

Tânia Praça

**Impacto de um Programa de Redução de Stresse Baseado no *Mindfulness* (MBSR)
em reclusos**



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2018

Tânia Praça

**Impacto de um Programa de Redução de Stresse Baseado no *Mindfulness* (MBSR)
em reclusos**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof^a. Doutora Marta Brás

Prof^a. Doutora Cláudia Carmo



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2018

**Impacto de um Programa de Redução de Stresse Baseado no *Mindfulness* (MBSR)
em reclusos**

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser o(a) autor(a) deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Copyright

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos

Um especial agradecimento a todos os participantes que anuíram participar neste estudo, bem como ao Doutor Alexandre Martins, diretor do Estabelecimento Regional Prisional de Faro, e à restante equipa, que com a disponibilidade, simpatia e auxílio permitiram a sua concretização.

Gostaria de agradecer à Prof.^a Dra. Jacinta Fernandes, por ter aceite aplicar o programa realizado no âmbito deste estudo, pela transmissão de conhecimento, sabedoria e todos esclarecimentos relativos ao tema. O seu entusiasmo fez com que eu ansiasse cada sessão, querendo sempre mais. Muito obrigada, sem a sua disponibilidade teria sido impossível.

Agradeço imenso a orientação e disponibilidade da Prof.^a Dra. Marta Brás e da Prof.^a Dra. Cláudia Carmo que foram fundamentais para que este trabalho pudesse ter sido levado a cabo e conduzido de acordo com as melhores recomendações possíveis, sem as quais não teria certamente o mesmo rigor e qualidade. Obrigada pela confiança em mim depositada para o realizar e por todo o apoio, dedicação, disponibilidade e incentivo ao longo deste percurso.

À minha filha e ao meu namorado, foi fundamental a compreensão e o imenso carinho que demonstraram, obrigada por me motivarem dia após dia e aturarem as minhas constantes mudanças de humor. Por estarem incondicionalmente ao meu lado.

E por fim quero agradecer aos meus pais e irmão, por todos estes anos de apoio e paciência carinho e dedicação incondicionais, sem vocês não seria possível isto acontecer.

Resumo

As práticas de *mindfulness* ostentam comprovados benefícios para um aumento significativo do bem-estar físico e psicológico e uma maior capacidade de regulação emocional nos reclusos (Kabat-Zinn, 1993). No entanto, na literatura, verifica-se um escasso investimento na investigação sobre a influência da prática de *mindfulness* no contexto prisional.

Neste sentido, o presente estudo pretende verificar o impacto de um programa de redução de stresse baseado no *mindfulness* (MBSR) em reclusos, no qual se pretendeu avaliar a ansiedade, depressão, stresse, afeto positivo e negativo, autoestima, capacidade e estado *mindfulness*.

Participaram 59 indivíduos do sexo masculino, reclusos no Estabelecimento Regional Prisional de Faro. Os participantes foram divididos por dois grupos – grupo experimental, constituído por 29 reclusos, e grupo de controlo, constituído por 30 reclusos. O grupo experimental foi submetido ao programa durante 26 semanas (sessões semanais de 60 minutos).

Os resultados mostram um aumento significativo da autoestima no grupo experimental, comparativamente ao grupo de controlo, no momento pós-programa. O grupo experimental apresentou também um aumento significativo na capacidade geral *mindfulness*, tal como na capacidade de observação, quando comparados o momento pré-programa com o momento pós-programa. A avaliação qualitativa mostrou que, no geral, o programa teve efeitos benéficos observáveis nos sujeitos em contexto prisional. A maioria dos participantes avaliou a intervenção como sendo útil, tanto no seu quotidiano no estabelecimento prisional, como num futuro, em contexto não-prisional.

Concluimos que o *mindfulness* poderá ser um meio eficaz para a promoção de competências nos reclusos, para lidar com o stresse do contexto prisional, e aquisição de recursos internos, de forma a diminuir comportamentos de risco e evitar reincidências.

Palavras-chave: *Mindfulness*, contexto prisional, programa de Redução de Stresse Baseado no *Mindfulness*

Abstract

The Mindfulness practices have proven benefits for a significant increase in physical and psychological well-being and a greater capacity for emotional regulation in prisoners (Kabat-Zinn, 1993). However, in literature, there is scarce investment in research on the influence of the practice of mindfulness in the prison context.

In this sense, the present study intends to verify the impact of a stress reduction program based on mindfulness (MBSR) in prisoners, in which it was intended to evaluate anxiety, depression, stress, positive and negative affection, self esteem, capacity and state mindfulness.

There is 59 male participants, that are prisoners at the Regional Prisional Detention Establishment of Faro. The Participants were divided into two groups - an experimental group of 29 inmates and a control group of 30 inmates. The experimental group was submitted to the program for 26 weeks (weekly sessions of 60 minutes).

The results show a significant increase in self-esteem in the experimental group, compared to the control group, at the post-program. The experimental group also showed a significant increase in overall mindfulness ability, such as in the ability to observe, when compared to the pre-program moment with the post-program moment. The qualitative evaluation showed that, in general, the program had beneficial effects observed in subjects in a prison context. Most of the participants evaluated the intervention as being useful both in their daily life in, the prison and in the future in a non-prison context.

We conclude that mindfulness can be an effective way to promote competencies in prisoners, to deal with prison stress, and to acquire internal resources in order to reduce risk behaviors and avoid recurrences.

Keywords: Mindfulness, prison context, Mindfulness Based Stress Reduction Program

Índice

1. Introdução	2
2. Enquadramento teórico	4
2.1. <i>Mindfulness</i> em Contexto Clínico	11
2.2. <i>Mindfulness</i> em Contexto Prisional	16
3. Objetivos	20
4. Método	21
4.1. Participantes	21
4.2. Instrumentos	22
4.3. Programa baseado em <i>Mindfulness</i>	27
4.4. Procedimento de recolha de dados	30
4.5. Procedimento de análise de dados	31
5. Resultados	32
5.1. Análise descritiva e comparação entre grupos no momento pré-programa	33
5.2. Análise descritiva e comparação entre grupos no momento pós-programa	36
5.3. Análise descritiva e comparação intragrupal (grupo de controlo) no momento pré e pós-programa	39
5.4. Análise descritiva e comparação intragrupal (grupo experimental) no momento pré e pós-programa	41
5.5. Análise Correlacional	44
5.6. Análise descritiva da avaliação qualitativa	45
6. Discussão	46
7. Conclusões	51
8. Referências bibliográficas	55
9. Anexos	65

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Média, desvio-padrão e diferenças entre grupos nas variáveis ansiedade, depressão e stresse, no momento pré-programa	33
Tabela 2 - Médias e diferenças entre grupos nas variáveis afetos positivos e afetos negativos, no momento pré-programa	34
Tabela 3 - Médias e diferenças entre os grupos na variável autoestima, no momento pré-programa	34
Tabela 4 - Médias e diferenças entre os grupos nas variáveis observar, descrever, agir com consciência, não julgar, não reagir, capacidade mindfulness e estado mindfulness, no momento pré-programa	35
Tabela 5 - Médias e diferenças entre grupos nas variáveis ansiedade, depressão e stresse, no momento pós-programa	36
Tabela 6 - Médias e diferenças entre grupos nas variáveis afetos positivos e afetos negativos, no momento pós-programa.....	36
Tabela 7 - Médias e diferenças entre os grupos na variável autoestima, no momento pós-programa	37
Tabela 8 - Médias e diferenças entre os grupos nas variáveis observar, descrever, agir com consciência, não julgar, não reagir, capacidade mindfulness e estado mindfulness, no momento pós-programa.....	38
Tabela 9 - Médias e diferenças das variáveis em análise, entre o momento pré-programa e o momento pós-programa, no grupo de controlo.....	39
Tabela 10 - Médias e diferenças das variáveis em análise, entre o momento pré-programa e o momento pós-programa, no grupo experimental.....	42
Tabela 11 - Correlações entre as variáveis ansiedade, depressão, stresse, afetos positivos e negativos, autoestima, capacidade mindfulness e estado mindfulness, no momento pós-programa, no grupo experimental.....	45

Índice de Anexos

Anexo A - Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21).....	66
Anexo B - Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS-VRP)	68
Anexo C - Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).....	70
Anexo D - Questionário das Cinco Facetas Mindfulness (FFMQ).....	72
Anexo E - Inventário de Mindfulness de Freiburg (FMI).....	75
Anexo F - Medida de avaliação qualitativa.....	77

Lista de Abreviaturas

MBI – Intervenção Baseada em Mindfulness (Mindfulness-Based Intervention)

MBSR – Intervenção Baseada em Mindfulness para Redução do Stresse (Mindfulness - Based Stress Reduction)

MBCT – Intervenção Baseada em Mindfulness para Terapia Cognitiva (Mindfulness- Based Cognitive Therapy)

DBT – Terapia Comportamental Dialética (Dialectical Behavior Therapy)

ACT – Terapia de Aceitação e Compromisso (Acceptance and Commitment Therapy)

MT – Meditação Transcendental

1. Introdução

Mindfulness é uma das práticas contemplativas que recentemente mais tem gerado interesse de teóricos, clínicos e investigadores (Zelaso & Lyons, 2012). Kabat-Zinn (2003) define *mindfulness* como “a consciência que surge ao prestar atenção ao presente, de forma deliberada e sem julgar o decorrer da experiência”, desenvolvendo esta capacidade de prestar atenção de forma consciente.

Esta prática, consiste assim na capacidade que o indivíduo possui de focar a sua atenção num determinado pensamento, emoção ou sensação, que surge no momento de forma não reativa emocionalmente (Schonert-Reichl et al., 2015). O *mindfulness* está associado à autorregulação (regulação emocional e atenção focada), à motivação (altruísmo, generosidade e curiosidade), à autoavaliação (autoconsciência, autocompaixão) e à cognição social (curiosidade empática, bondade e compaixão, relação de confiança) (Roeser, 2016). Segundo Singh, Lancioni, Winton, Singh, Adkins e Singh (2008) a definição de *mindfulness* varia em função do seu contexto (social, psicológico, clínico ou espiritual), bem como em função da perspectiva de análise (de investigador, clínico ou praticante). São vários os autores que descrevem o *mindfulness* como uma habilidade de dirigir toda a atenção às experiências que ocorrem no momento presente, aceitando sem fazer julgamentos. Segundo Bishop e colaboradores (2004), esta aprendizagem habilitará o indivíduo a reagir às situações de modo mais intencional, ou seja, responder às situações mais refletidamente ao invés de reflexiva e automaticamente.

A prática de *mindfulness* pode ser formal: atenção focada nos pensamentos, sensações corporais ou sentimentos que vão aparecendo num certo momento, de forma intencional (e.g., meditação); ou informal: tomar consciência da utilização desta prática em atividades do quotidiano (e.g., caminhar, comer). Contudo, o objetivo da prática de *mindfulness* é o mesmo para as duas abordagens. Isto é, pretende que haja consciência de uma experiência

que ocorre num determinado momento, desenvolvendo a aceitação e a curiosidade. São práticas que realçam a aprendizagem “de dentro para fora” (Meiklejohn et al., 2012).

Grande parte dos programas baseados em *mindfulness* resultam do programa original proposto por John Kabat-Zinn no final do século XX. O Programa de Redução de Stresse Baseado no *Mindfulness* (MBSR) é o programa terapêutico mais conhecido da terapia *mindfulness*, tendo sido inserido e desenvolvido num contexto médico para pessoas com doença crónica e perturbações relacionadas com o stresse. Porém, todos os programas têm vindo a receber uma crescente atenção por parte da comunidade científica (Chiesa & Serretti, 2010) e a sua aplicação está a ser alargada a diferentes contextos, nomeadamente no contexto educativo, contexto prisional e contexto clínico.

A presente investigação pretende verificar o Impacto de um Programa de Redução de Stresse Baseado no *Mindfulness* (MBSR) numa amostra de reclusos do sexo masculino, cujo objetivo principal consiste em avaliar a eficácia do programa (MBSR) na redução da sintomatologia depressiva, ansiedade e afeto negativo e no aumento do afeto positivo, da autoestima e da capacidade e estado de *mindfulness*.

Apesar dos progressos significativos, a investigação empírica sobre o *mindfulness* em contexto prisional é ainda reduzida, principalmente em Portugal, pelo que é manifesta a pertinência para que estudos empíricos, relativos ao tema, surjam e demonstrem a sua eficácia.

Este trabalho encontra-se organizado em diferentes capítulos, iniciando-se com o Enquadramento Teórico, onde é apresentada a revisão de literatura realizada acerca da importância das práticas de *mindfulness* e os respetivos resultados terapêuticos tanto em contexto clínico, como em contexto prisional, finalizando com a explicitação dos objetivos e questões de investigação do presente estudo. Segue-se o Método, incluindo

neste capítulo a caracterização da amostra e dos instrumentos de medida utilizados, uma breve explicação do programa MBSR e, posteriormente, os procedimentos utilizados para a recolha e análise de dados sobre as variáveis a estudar. Apresentam-se os resultados e a sua discussão e, por último, uma conclusão geral do que se apurou com a presente investigação.

2. Enquadramento teórico

Mindfulness é uma palavra inglesa utilizada como tradução do conceito oriental de Sati (em Pali) ou Smrti (em Sânscrito), considerada uma prática espiritual associada às tradições Budistas da Ásia (Smith & Novak, 2003).

O termo *mindfulness* pode ser entendido como um conceito que vai para além da meditação, é considerado um estado de consciência que envolve estar atento conscientemente na própria experiência. A prática da meditação é naturalmente uma maneira de elevar e desenvolver o estado, ou a capacidade de *mindfulness* (Shapiro et al., 2007). É percebida como a competência de estar capaz de captar e identificar os estímulos que sucedem externamente, no meio ambiente, ou interiormente, através das emoções, sensações ou pensamentos. A consciência, designada como conceito associado à moralidade, é a capacidade de criar uma distinção entre o que é certo e o que é errado com base num conjunto de valores pessoais, ou normas sociais (May, 1983).

Em 2004, o psicólogo Bishop reuniu autores do Canadá e também dos Estados Unidos que analisavam e utilizavam técnicas de *mindfulness* e juntos desenvolveram uma definição funcional para o conceito, caracterizada por dois elementos centrais: 1) autorregulação da atenção, que consiste em sustentar a atenção na experiência do

momento presente; 2) a adoção de uma atitude de abertura e curiosidade, seguido por a aceitação sem apreciações e julgamentos.

Shapiro e colaboradores (2007) também desenvolveram uma definição, onde sugerem que *mindfulness* se refere a um construto complexo, contendo três componentes que interagem entre si: 1) o intuito de praticar; 2) a atenção que é exercitada em si mesmo e 3) a atitude com que se realiza a própria atenção. Segundo Hülshager e colaboradores (2013) *mindfulness* é uma capacidade humana inerente e natural que se altera de pessoa para pessoa e de situação para situação.

Relativamente à aplicação deste conceito na psicologia clínica contemporânea, os problemas clínicos geralmente estão ligados ao processamento do passado ou futuro. O *mindfulness* ajuda a abandonar essa dicotomia (Kabat-Zinn, 2007). O termo *mindfulness* é empregue como significando “atenção plena”, caracterizando-se por um estado mental particular e propositado que une atenção focada no momento presente, consciência aberta e memória de si mesmo (Leahy, 2013), sem fazer julgamentos, onde o objetivo principal é que o indivíduo não se centre em recordações acerca do passado ou pensamentos relacionados com o futuro (Kabat-Zinn, 2015).

Kabat-Zinn (1990) relata a atenção plena como sendo um modo de estar atento, de estar atento, de percepção ou apreensão dos acontecimentos e conteúdos mentais (percepções, sensações, cognições e afetos) no momento. Quando se desenvolve o estado ou a habilidade de *mindfulness*, a tendência do indivíduo é ser menos reativo, conseguindo agir de forma efetiva e consciente, perante as experiências.

Esta prática ensina que sensações e emoções negativas não devem ser combatidas, mas aceites, valora emoções positivas, atitude de vida e bondade e um desprendimento dos conteúdos conceituais. Ao contrário de modificar os conteúdos dos pensamentos e

suposições irracionais, consiste em revisar o contexto socio-verbal que os alimenta. (Vandenberghe & Assunção, 2006). Barros (2000) diz que, o objetivo do *mindfulness* é preparar a mente para que esteja sempre consciente do que se está a realizar no momento presente. Ao ser treinada, a mente passa a reconhecer os seus conteúdos de uma forma mais clara, assim, conhecendo e aprendendo a lidar melhor com as emoções, não carecendo o uso de defesas ou distrações (Barros, 2000).

Os participantes são ensinados a aceitar todos os sentimentos que possam ocorrer durante a prática, tais como: inquietação, agitação e desconforto físico. O principal é sempre manter o foco da atenção ao momento presente, não se deixando perder por nenhum pensamento ou sentimento que os possa distrair (Sillifant, 2007).

A maioria dos autores concorda que mais procedimentos estão envolvidos nesta prática, incluindo a atenção, consciência, intenção, postura, cognição e ação (Rebe et al., 2013). Todos estes processos permitem fazer a gestão das emoções, de comportamentos e reconhecimento dos eventos mentais que sucedem nesses momentos.

Segundo alguns autores (e.g., Brown & Ryan, 2003; Gregório & Pinto-Gouveia, 2011), a capacidade das pessoas para estarem atentas ao momento presente e aí manterem a sua atenção, isto pode ser conhecido como um atributo disposicional variável a nível intra e inter-individual, o qual afeta a capacidade da atenção nas experiências e tarefas do dia-a-dia. Porém, esta capacidade de autoregulação da atenção pode ser desenvolvida através da prática meditativa formal. Neste contexto, a meditação pode ser explicada como a autoregulação intencional da atenção momento-a-momento (Kabat-Zinn 1990), transmitida através de uma variedade de exercícios que estimulam o sujeito a prestar atenção às experiências internas, como as sensações corporais, os pensamentos e as emoções, ou a aspetos do ambiente, como os sons (Baer, 2003). O estudo de Taylor (2014)

e Deyo (2009) indica que a prática de *mindfulness* leva a melhorias consideráveis nos níveis de *mindfulness*.

Nas terapias cognitivas, o *mindfulness* é colocado como uma técnica sistematizada, que pode ser ensinada e treinada. Utilizada para desenvolver a conscientização e dar uma resposta mais habilmente aos processos mentais que influenciam no desenvolvimento de certas patologias, dificuldades emocionais ou comportamentais (Martínez & Pacheco, 2006).

Nas últimas três décadas, o *mindfulness* tem sido integrado em programas estruturados de intervenção terapêutica designados de Intervenções Baseadas em *mindfulness* (*Mindfulness-Based Interventions* - MBIs). As MBIs podem ser entendidas como intervenções psicossociais, nas quais as práticas de atenção plena são ensinadas de maneira estruturada com conteúdo bem definido, são abordagens recentes da terapia cognitivo-comportamental, que utilizam técnicas terapêuticas complementares, como por exemplo, as atividades em grupo e intervenções cognitivo-comportamentais (e.g., registo de pensamentos e planeamento de atividades) (Vago & Silbersweig, 2012) que procuram aliviar a “bagagem extra” que se acumula sobre sintomas, como pensamentos negativos (Chiesa & Serretti, 2010).

Foi na década de 70 que Kabat-Zinn iniciou um programa baseado em *mindfulness* para ajudar sujeitos com doenças crónicas. A ideia principal seria que, através da prática de *mindfulness*, os pacientes modificassem a sua própria relação com o sofrimento causado pela dor que estavam a experienciar (Black, 2014). Foi esta iniciativa, programa conhecido como Redução de Stresse Baseado em *Mindfulness* (*Mindfulness-Based Stress Reduction* - MBSR) que levou Kabat-Zinn a criar a *Stress Reduction Clinic*, em 1979 (Rau & Williams, 2015).

O impacto deste programa foi de tal modo positivo na relação dos pacientes com a doença e resultante recuperação, que foram vários os investigadores que se interessaram em aprofundar o seu conhecimento sobre *mindfulness*, começando depois a surgir novos programas de intervenção oriundos do MBSR, como a Intervenção Baseada em *Mindfulness* para Terapia Cognitiva (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* - MBCT) (Teasdale, Segal, & Williams, 1995); a Terapia Comportamental Dialética (*Dialectical Behavior Therapy* - DBT) (Linehan, 1993); a Terapia de aceitação de compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* - ACT) (Hayes, Strosahl, & Williams, 1999) e também a Intervenção Baseada em *Mindfulness* para Prevenção de Recaídas (*Mindfulness-Based Relapse Prevention* - MBRP) (Wilfkiewitz, Marlatt, & Walker, 2005).

Estes programas revelaram-se promissores na melhoria de diversas condições, no caso da aplicação do MBCT a pacientes com perturbação depressiva, ou no caso do MBRP em pacientes com perturbações por uso de substâncias (Bowen et al., 2006). Também Teasdale (2003) refere que estas intervenções não se focam diretamente na mudança dos acontecimentos psicológicos, mas sim pretendem alterar a função de tais acontecimentos e a relação que os indivíduos criam com eles, através de estratégias como o *mindfulness*, a aceitação e a descentração cognitiva.

Existem ainda outras intervenções não clínicas, que se concentram em princípios de *mindfulness*. Alguns exemplos são: O *Cultivating Emotional Balance*, procura combinar as práticas de *mindfulness* com treino de regulação emocional (Melo & Sardinha 2014). O *Mindfulness Awareness Practices*, aplicado a pacientes com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (Smalley et al., 2009). O *Mindfulness in Schools Programme*, tem como intuito inserir a prática de *mindfulness* nas escolas (Kuyken et al., 2008). O *Body in Mind Training*, originalmente definido para trabalhar com pacientes

psiquiátricos mais severos como Esquizofrenia e Perturbação Bipolar (Melo & Sardinha 2014).

De modo mais ou menos semelhante, estas novas abordagens empregam métodos desenhados a partir de tradições espirituais e de meditação que foram agregados a intervenções baseadas em evidências, não obstante as diferenças entre si, todas têm o *mindfulness* como elemento central da terapia (Hayes, 2006).

Como referido em cima, o programa terapêutico mais utilizado é o MBSR (Kabat-Zinn, 1982). Este programa caracteriza-se por uma abordagem educacional sistemática centrada no paciente (Santorelli, 2014) onde se foca na diminuição do sofrimento causado pela doença (Black, 2014). Consiste num treino intensivo de meditação *mindfulness*, que ajuda os participantes a integrarem e aceitarem, sem fazer julgamentos, as suas condições físicas e psicológicas (Kabat-Zinn, 1990). É realizado por um período de 8 a 10 semanas, com 10 a 40 participantes por grupo, que se reúnem semanalmente entre uma hora e meia e duas horas e meia. Na sexta semana de intervenção é realizada uma sessão de prática intensiva de *mindfulness* que dura cerca de 7 a 8 horas. Os participantes praticam e recebem instruções sobre as capacidades de *mindfulness* e discutem também os trabalhos de casa por vezes realizados. Os exercícios praticados visam auxiliar os participantes a compreender a influência mútua entre corpo e mente, levando-os ao desenvolvimento de uma maior consciência acerca dessa mesma relação, ajudando a perceber as reações automáticas da mente, trazê-las de volta à experiência do momento presente, principalmente ao que está a acontecer no corpo no momento presente (Kabat-Zinn, 2003).

Os exercícios praticados no programa incluem exploração corporal *mindful*, meditação sentada, meditação a caminhar e técnicas básicas de yoga. Os participantes são também instruídos a relatar os seus pensamentos e sentimentos, sem se tornarem absorvidos pelo

seu conteúdo (Kabat-Zinn, 1982). São atentadas as emoções, as cognições e sensações, bem como a forma como elas vêm e vão na medida em que o praticante compreenda o fluxo de ideias que surgem na sua mente e não se agarre a qualquer uma delas (Baer, 2006).

No início do programa, os participantes são informados que devem praticar diariamente, pelo menos durante 45 minutos, individualmente, os exercícios praticados durante as sessões de grupo. Os participantes são ensinados a focar a sua atenção para aspetos do momento presente, como a respiração, a textura, o andar, aos sons do meio ambiente e ao próprio corpo, evitando deste modo, pensamentos ruminativos. Estes exercícios encorajam a compreensão dos acontecimentos cognitivos e emocionais à medida que vão ocorrendo, incluindo aqueles que podem ser sinais de uma provável recaída depressiva. Este reconhecimento pode levar a uma mudança efetiva do comportamento, incluindo diminuição da impulsividade e comportamentos mal-adaptativos (Kabat-Zinn, 1990).

É transmitido aos participantes que o fundamental é perceber quando a mente tende a reagir inconscientemente para, em seguida, trazê-la de volta ao que está a acontecer, ao momento presente, sobretudo ao que está a acontecer ao corpo. As habilidades necessárias são ensinadas de forma direta, dentro da série de práticas de meditação tranquila integrada à vida quotidiana dos participantes (Kabat-Zinn, 2003).

Bahlmeijer, Prenger, Taal e Cuijpers (2010) produziram uma meta-análise que aponta para que programas como o MBSR tenham impacto na redução de níveis de ansiedade, depressão e stresse em indivíduos com doenças crónicas. Eberth e Sedlmeier (2012) afirmaram também que os estudos realizados com este programa conseguiram resultados mais positivos em pacientes com diferentes doenças físicas e perturbações de foro psicológico.

A meta-análise realizada por Bohlmeijer, Prenger, Taal e Cuijpers em 2010, refere que programas como o MBSR têm grande impacto na redução de níveis de stresse quotidiano. Também o estudo de Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer e Toney (2006) mostrou resultados que indicavam que a ansiedade, a depressão e a irritabilidade diminuem com sessões regulares de meditação. Kenny, Parsons, Gratch, Leuski e Rizzo, (2007), também sugerem que o *mindfulness* pode ser uma estratégia eficaz para aquela cuja depressão não está a responder a outras abordagens, tais como a medicação antidepressiva ou a terapia cognitiva.

A prática regular de meditação tem vindo também a demonstrar um importante auxílio na manutenção da experiência profunda e duradoura de sentimentos de quietude, bem-estar, autoestima e autorrespeito, e por esta razão, cada vez mais, existe um maior interesse no impacto desta prática no contexto prisional (Kabat-Zinn, 1993).

Kabat-Zinn, em 2015, ressalta que este modelo tem sido utilizado com bastante sucesso e com modificações apropriadas a vários outros contextos, como em escolas, programas de treinamento atlético, em ambiente de trabalho, e também, em contexto clínico e prisional.

2.1. *Mindfulness* em Contexto Clínico

A utilização do *mindfulness* como forma de abordagem na intervenção clínica tem vindo a ser aplicada em diversas patologias, nomeadamente: depressão, ansiedade, stresse, dificuldades de aprendizagem, doenças somáticas crónicas, doenças do sistema imunitário, doentes com cancro. Basicamente no funcionamento clínico geral. Baer em 2003, concluiu que com a aplicação das MBIs há um decréscimo ao nível da dor, sintomatologia ansiosa e depressiva, diminuição dos níveis de stresse e também melhoras

ao nível do funcionamento psicológico. Também Toneatto e Nguyen (2007) analisaram 15 estudos dedicados aos efeitos de programas MBSR em medidas de ansiedade e depressão, que usaram grupos de controlo e avaliações de *follow-up*, e, segundo estes autores, permanecia a falta de provas claras de que o treino do tipo MBSR tivesse efeitos seguros na depressão e ansiedade. Numa outra meta-análise conduzida para avaliar a eficácia de intervenções MBSR na redução dos níveis de stresse em pessoas saudáveis, que incluiu dez estudos publicados até 2008, os autores concluem que embora haja provas sobre tais efeitos, dadas as limitações metodológicas dos estudos, torna-se pouco seguro concluir acerca de possíveis efeitos característicos das terapias baseadas na atenção plena (Chiesa & Serreti, 2010).

Teasdale e colaboradores (1995) mencionam que o treino do *mindfulness* pode capacitar os indivíduos deprimidos a descrever melhor os seus pensamentos depressogénicos e a redirecionar a sua atenção para outros aspetos do momento presente, como por exemplo a respiração, os sons do meio ambiente, os cheiros, as texturas, evitando deste modo, pensamentos ruminativos. Estes autores salientam que este treino estimula a consciência dos eventos cognitivos e emocionais à medida que vão acontecendo, incluindo aqueles que podem ser sinais de uma potencial recaída. Este reconhecimento pode levar a uma modificação do comportamento, diminuindo assim a impulsividade e os comportamentos menos adaptativos. Este redirecionamento pode sugerir uma forma de fuga ou afastamento, no entanto, é precisamente o oposto. O principal objetivo é aceitar o momento presente, reparar em todos os seus aspetos, alargar assim a sua perspetiva naquele preciso momento e, desta forma, valorizar aspetos que na maior parte das vezes não ligamos e que passam despercebidos (Demarzo, 2011).

Numa investigação realizada com pacientes com dor crónica que participaram no MBSR registou-se diminuição nos níveis de dor e na inibição social que esses sintomas lhes causavam quotidianamente bem como a redução nos níveis de depressão e ansiedade e ainda aumento da autoestima (Carlson, 2001).

Relativamente aos antidepressivos, um estudo de Godfrin e Van Heeringen (2010), propõe que também se pode recorrer ao *mindfulness* enquanto os indivíduos ainda estão a tomar medicação. Nesse estudo verificou-se que o treino de *mindfulness* diminuía as hipóteses de recaída de depressão de 68% para 30%, mantendo a toma dos antidepressivos.

É importante referir que as intervenções derivadas do programa MBSR têm-se revelado bastante prometedoras na melhoria de várias condições, como no caso da aplicação da MBCT a pacientes em estados pós-depressivos e mostrou-se bastante pertinente na prevenção na recorrência de episódios depressivos em sujeitos com histórico de depressão major recorrente (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby, & Lau, 2000).

Numa análise posterior, Coffey e Hartman (2008) relativamente à ligação entre o *mindfulness* e o desconforto psicológico em estudantes, concluíram que existe uma relação inversa entre ambas as variáveis, sendo esta mediada por fatores como a regulação emocional, a indiferença e a ruminação. Ou seja, quanto maior o desenvolvimento de competências *mindfulness*, menor o desconforto psicológico sentido pelos sujeitos, devido à redução de pensamentos ruminativos (sobre o passado ou o futuro), au maior desapego (capacidade de visualizar a felicidade como independente das circunstâncias externas) e à maior habilidade de regulação emocional (habilidade de regular o afeto negativo).

Numa investigação realizada por Beauchemin, Hutchins e Patterson (2008) com adolescentes com dificuldades de aprendizagem, foram verificadas melhorias significativas no desenvolvimento das capacidades sociais e desempenho académico e diminuição da ansiedade estado e traço, após os exercícios de *mindfulness*. A diminuição da atenção autofocada pode explicar a mudança adaptativa na auto-imagem social em fórbicos sociais, quer por modulação dos conteúdos, quer dos processos cognitivos (Goldin et al., 2009), apresentando também melhoras em casos de dificuldades de aprendizagem causados por hiperatividade e/ou défices de atenção (Black, Milam, & Sussman, 2009).

De acordo com Li, Black e Garland (2015), as MBIs têm vindo a demonstrar resultados terapêuticos bastante positivos em diversos casos como em pacientes com doenças somáticas crónicas, do sistema imunitário (HIV), assim como comportamentos relacionados com obesidade. Em 2005, Smith e colegas publicaram um artigo sobre o uso de MBSR em pacientes com cancro, tendo o mesmo vindo a demonstrar que a aplicação do programa ajudava os pacientes a dormir melhor, diminuição do stresse associado à sua condição clínica, uma melhoria do humor, assim como na melhoria de processos de adaptação à doença (Shennan, Payne, & Fenlon, 2011). Resultados idênticos foram obtidos e apresentados numa revisão feita por Ott, Norris e Bauer-Wu (2006).

Em 2005, Chadwick, Taylor e Abba avaliaram a eficácia do *mindfulness* em indivíduos com sintomatologia psicótica, através da administração do questionário CORE (*Clinical Outcomes in Routine Evaluation*). Esta intervenção foi relacionada a uma melhoria no funcionamento clínico geral. Os mecanismos, através dos quais a atenção plena parece exercer efeito benéfico no sofrimento psicológico estariam relacionados com a regulação emocional, o desapego e a redução da ruminação (Weinstein et al., 2009).

Outro exemplo é a aplicação do programa MBRP em pacientes com perturbações por uso de substâncias, no estudo realizado por Bowen, Witkiewitz, Dillworth, Chawla, Simpson, Ostafin, e Marlatt (2006), indivíduos que tinham completado um tratamento intensivo para perturbação por uso de substâncias, ao serem sujeitos a um programa de MBRP, mostraram uma decréscimo na sensação de ânsia ou desejo de voltar a consumir.

Um estudo realizado por Winbush, Gross e Kreitzer (2007), onde foram analisados os efeitos do MBSR em perturbações do sono, os resultados indicaram que a qualidade do sono foi melhorada após a aplicação do programa, diminuindo o grau de preocupação dos participantes. Posteriormente, Gross, em 2011, continuou com a mesma investigação e os resultados foram ao encontro do que tinha obtido anteriormente, apresentando uma melhoria significativa tanto na qualidade do sono, como na facilidade em adormecer, após 8 semanas de treino comparativamente ao uso de medicação.

Em 2003, Kabat-Zinn procurou estudar as mudanças nos processos biológicos associados a alterações mentais e físicas encontradas como resposta à prática de *mindfulness*. Mediu a atividade elétrica cerebral pré e pós a aplicação do programa e os resultados foram positivos, apresentando uma grande ativação no córtex frontal anterior esquerdo, região relacionada a estados emocionais positivos.

De forma geral, as intervenções fundamentadas na prática de *mindfulness* (Black, 2014) têm revelado vários benefícios no âmbito da saúde mental, assim como efeitos físicos, em diferentes casos. Tem aplicabilidade na redução de stresse associado a doenças crónicas graves, como no stresse do quotidiano (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004).

São vários os estudos (e.g., Bohlmeijer, Prenger, Tallm, & Cuijpers, 2010; Chiesa & Serretti, 2009; Eberth & Sedlmeier, 2012) que demonstram o sucesso do MBSR enquanto protocolo de medicina comportamental capaz de auxiliar no tratamento e prevenção de doenças físicas e psicológicas. Os resultados das metanálises investigadas sugerem também que as intervenções MBSR e MBCT podem auxiliar indivíduos com um largo espectro de condições clínicas e não-clínicas a lidar com as suas dificuldades, e que as mudanças terapêuticas observadas são específicas da intervenção.

Ao longo dos anos, têm surgido diversas adaptações aos protocolos já existentes, assim como o desenvolvimento de novos específicos para diferentes populações clínicas. Trata-se de uma prática em expansão e implementação, sendo também vários os estudos realizados ao longo deste percurso. Como foi referido, as adaptações dos protocolos têm sido alargadas a diversos contextos, nomeadamente o contexto prisional.

2.2. *Mindfulness* em Contexto Prisional

Também ligada ao Budismo, a meditação Vipassana¹ tem vindo a ser aplicada em diversas prisões. Tanto a meditação Vipassana, como o *mindfulness* são técnicas meditativas que têm o intuito de focar a atenção nos eventos mentais (pensamentos e emoções) e na realidade física (respiração e sensações corporais) que obrigam a um estado de perceção permanente desses mesmos estímulos que surgem no nosso corpo (Goenka, 2017).

¹ *Vipassana* - é uma das mais antigas técnicas de meditação da Índia. Foi redescoberta pelo Buda Gotama há mais de 2500 anos, focaliza-se na interconexão entre a mente e o corpo, que pode ser experimentada diretamente pela atenção disciplinada às sensações físicas. É um processo de autopurificação através da auto-observação (Goenka,2017).

Em 1994, na prisão de Thiar, a maior prisão da Índia. Vários autores estudaram os efeitos da meditação Vipassana em reclusos e os resultados psicológicos e concluíram que houve aumento do senso de esperança, redução significativa da ansiedade e depressão tal como nos sentimentos de hostilidade e desesperança (Dhar, 1994).

Chaudhary (1999) numa prisão da Índia, procurou investigar os efeitos da meditação Vipassana em reclusos adolescentes. Chaudhary observou uma redução significativa na sintomatologia ansiosa, houve também diminuição na agressão entre reclusos que tinham participado no estudo, aumento das emoções positivas como esperança, autocontrolo e conformidade em comparação com os reclusos que não participaram.

Numa prisão dos Estados Unidos, Bowen (2006) realizou uma investigação onde foram aplicadas técnicas de meditação Vipassana a reclusos que consumiam álcool e drogas e onde comprovou que os participantes comparativamente ao grupo de controlo que não tinham concretizado as sessões de meditação, obtiveram uma redução significativa do uso de substâncias.

Profissionais de saúde e investigadores defendem que a prática do *mindfulness* é benéfica para indivíduos que sofrem de diferentes alterações (Baer, 2008). No contexto prisional têm sido concebidos vários estudos sobre a aplicação de técnicas de meditação nas prisões e estas demonstram nitidamente a importância destas práticas na melhoria das condições de vida de toda a população prisional. Segundo Kabat-Zinn (1993), a prática habitual de meditação poderá reduzir a reatividade dos reclusos perante estados emocionais intensos, sem fazerem recurso ao uso de substâncias psicoativas.

Num estudo realizado por Kabat-Zinn no departamento prisional de Massachussets, nos Estados Unidos, aplicou-se um programa MBSR a cerca de 2000 reclusos, em seis

estabelecimentos prisionais, com reclusos do sexo masculino e feminino, entre 1992 e 1996. O estudo visava avaliar o efeito da prática nos níveis de agressividade, de autoestima e humor, antes e depois da intervenção com MBSR. A análise dos resultados mostrou um decréscimo dos níveis de agressividade, flutuação mental e distresse, e um aumento da autoestima, desde o momento antes da intervenção até à avaliação realizada após a intervenção. As alterações foram mais significantes nas mulheres do que nos homens (Samuelson, Carmody, Kabat-Zinn, & Bratt, 2007).

No estabelecimento prisional da Virgínia, Sumter, Monk-Turner e Turner (2009) decidiram verificar o impacto de práticas de *mindfulness* nos reclusos. O estudo consistia em analisar várias variáveis pré e pós-intervenção. Os resultados mostraram que o programa contribuiu para o relaxamento e para um adormecer mais tranquilo, maior controlo da agressividade e dos sentimentos de frustração e redução do stresse e ansiedade.

Em 2013, num estudo realizado por Lanza e Menéndez, na Prisão Estatal de Villabona, com 31 mulheres reclusas com Perturbação de Uso de Substâncias, onde empregaram a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) como programa a aplicar, uma das terapias de terceira geração com mais estudos realizados no tratamento de abuso de substâncias. O objetivo do estudo consistia em verificar a eficácia da ACT no tratamento destas reclusas. Embora os resultados tenham sido positivos no momento pós-tratamento (28%), os resultados foram mais significativos passados seis meses (44%). A intervenção demonstrou resultados positivos relativamente à sensibilidade à sintomatologia ansiosa (Perez-Álvarez, 2008), maior aceitação psicológica e redução da sintomatologia associada ao consumo de substâncias psicoativas.

Em 2017, no estabelecimento prisional da província de Acebuche de Almería, Espanha, Romera, Mañas, Gallego, Navarro, Martínez e Cangas, docentes da Universidade de Almería, dirigiram a um grupo de reclusos, sessões de *mindfulness*, concluindo após dois anos de recolha de dados, que as mudanças foram notórias e positivas, tanto na adesão aos tratamentos prescritos pelos médicos, como na redução de conflitos, redução significativa nos níveis de stresse e depressão, melhoria de autoestima e na socialização. Segundo o diretor da Prisão, Miguel Ángel de la Cruz, o conflito entre o grupo depois das sessões realizadas é praticamente nulo, existindo maior envolvimento dos presos, entre eles e também com os seus colaboradores (Uroz, 2017).

Em 2017, num estudo preliminar realizado por Sousa (2017) com alguns reclusos do estabelecimento prisional de Faro concluiu que existe uma relação entre a diminuição das variáveis ansiedade, depressão, stresse, afeto negativo e autoestima negativa e um aumento da capacidade e estado *mindfulness*. Neste estudo observou-se também uma maior capacidade de observação (FFMQ) no grupo de reclusos que participou no programa, comparativamente ao grupo de controlo, tal como os valores médios nos níveis de autoestima (EAR), demonstraram ser superiores no grupo experimental (Sousa, 2017).

Com base na informação recolhida, podemos concluir que são vários os estudos atualmente publicados relativos às práticas de *mindfulness*. De acordo com Demarzo (2011), os programas de *mindfulness* possuem um impacto abrangente no que diz respeito à promoção da saúde e qualidade de vida.

Os resultados neste contexto apontam para uma diminuição dos pensamentos causadores de stresse e ansiedade como também melhora a socialização com os outros reclusos e

funcionários, diminuindo os níveis de agressividade, tornando-se uma importante inovação no campo da saúde mental.

3. Objetivos

O principal objetivo deste estudo consistiu em avaliar a eficácia de um programa *Mindfulness Based Stress Reduction* – MBSR na redução da sintomatologia depressiva, ansiedade e afeto negativo e no aumento do afeto positivo, da autoestima e da capacidade e estado de *mindfulness* numa amostra de reclusos. Pretendeu-se assim verificar se existiam diferenças significativas nos níveis de stresse e ansiedade, autoestima, afeto negativo e positivo tal como a capacidade de *mindfulness* antes e depois da aplicação do programa no grupo experimental e verificar se existem diferenças entre os dois grupos (experimental e controlo) quanto às variáveis em estudo.

Desta forma e de modo a concretizar o objetivo principal emergiram os seguintes objetivos específicos: (1) verificar se existem diferenças significativas nos dois grupos (análise intergrupo) (grupo experimental e grupo controlo) nas variáveis sociodemográficas; (2) verificar se existem diferenças significativas nos dois grupos (análise intergrupo) (grupo experimental e grupo de controlo) nas variáveis em análise (depressão, ansiedade, stresse, autoestima, afetos positivos e negativos e capacidade e estado de *mindfulness*) no momento do pré-teste (antes do programa); (3) verificar se existem diferenças significativas nos dois grupos (análise intergrupo) (grupo experimental e grupo de controlo) nas variáveis em análise no momento pós-programa (depois do programa); (4) verificar se existem diferenças significativas no grupo de controlo entre o momento pré-programa (antes da intervenção) e o momento pós-

programa (depois da intervenção) (análise intragrupo) nas variáveis em análise e (5) verificar se existem diferenças significativas no grupo experimental entre o momento pré-programa (antes da intervenção) e o momento pós-programa (depois da intervenção) nas variáveis em análise (análise intragrupo).

4. Método

4.1. Participantes

O presente estudo contou com a participação de 59 indivíduos do sexo masculino, reclusos no Estabelecimento Regional Prisional de Faro. Os participantes foram divididos por dois grupos – grupo experimental, constituído por 29 reclusos, e por um grupo de controlo, constituído por 30 reclusos. A constituição dos grupos foi efetuada tendo por base a frequência do 6º ou 9º anos de escolaridade, inseridos nos cursos de Educação e Formação de Adultos (EFA). Participaram também reclusos do curso de Inglês com o 12º ano de escolaridade, o estudo foi inserido na formação como programa de promoção de saúde mental.

No momento pré-programa, 25 dos participantes do grupo experimental completaram o protocolo inicial, 25 participantes completaram a avaliação no momento pós-programa, e apenas 21 completaram o momento pré-programa e pós-programa. Relativamente ao grupo de controlo, 29 reclusos realizaram a avaliação no momento pré-programa, sendo que 20 realizaram a avaliação no momento pós-programa, e apenas 19 completaram o protocolo no momento pré e pós programa. Faltando participantes que se encontravam em julgamento, que tinham sido transferidos e saído em liberdade e por isso apenas responderam num único momento da avaliação.

A média da idade dos participantes é de 35 anos ($DP = 8.59$). No que respeita ao estado civil, 42 sujeitos eram solteiros (71.2%), 16 casados ou em união de fato (27.1%) e um era divorciado ou separado (1.7%). Relativamente à nacionalidade, 51 são de nacionalidade portuguesa (86.4%) e 8 são africanos (13.6%). Por fim, no que respeita à naturalidade, 17 são naturais de Faro (28.8%), 11 de Lisboa (18.3%), 8 de Olhão (13.6%) e os restantes estavam distribuídos por outros concelhos. No que diz respeito à escolaridade, 29 participantes estão a tirar o 9ºano (49.2%), 24 estão no 6ºano de escolaridade (40.7%) e os restantes 6 estão na turma de inglês, equivalente ao 12ºanos de escolaridade (10.2%).

4.2. Instrumentos

Para avaliar as variáveis em estudo foram utilizados os seguintes instrumentos validados e adaptados para a população portuguesa, exceto o questionário sociodemográfico e o questionário de satisfação com o programa, desenvolvidos no âmbito da presente investigação.

1) Questionário de caracterização sociodemográfica:

Este questionário foi desenvolvido no âmbito desta investigação e contemplou questões relativas à idade, nacionalidade, naturalidade, estado civil, e o ano escolar que frequenta. Foi preenchido no início e no final do programa, sendo constituído por 6 questões de resposta rápida (Anexo A). O Questionário Sociodemográfico recolhe informações sobre a data de nascimento, estado civil, naturalidade, nacionalidade, escolaridade e o ano escolar que frequenta relativo a cada participante.

- 2) *Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)* (Lovibond & Lovibond, 1995, adaptado para português por Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004)

A EADS-21 avalia a sintomatologia relacionada com ansiedade, stresse e depressão e é composta por 21 itens (a versão original contém 42 itens) e está organizada em três subescalas (depressão, ansiedade e stresse), cada uma composta por sete itens. Todos os itens consistem numa frase que remete para sintomas emocionais negativos, em que o indivíduo tem de avaliar cada sintoma experimentado na última semana, de acordo com a sua gravidade e frequência. A resposta é de tipo Likert que vai desde 0 (“*Não se aplicou nada a mim*”) a 3 (“*Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*”). Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos. As subescalas ostentam valores de consistência interna adequados: Depressão $\alpha = .88$, Ansiedade $\alpha = .82$, Stresse $\alpha = .90$ na versão original e Depressão $\alpha = .85$, Ansiedade $\alpha = .74$ e Stresse $\alpha = .81$ na versão portuguesa. No nosso estudo, a escala revelou também elevada consistência interna em todas as subescalas, no pré-programa Depressão $\alpha = .84$, Ansiedade $\alpha = .83$, Stresse $\alpha = .85$ e também no pós-programa Depressão $\alpha = .80$, Ansiedade $\alpha = .86$, Stresse $\alpha = .88$ (Anexo B).

- 3) *Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988, adaptado para português por Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)*

Este questionário avalia duas dimensões do afeto e é constituído por duas subescalas: afeto positivo e afeto negativo. Formada por um conjunto de 20 itens, dos quais 10 itens avaliam emoções positivas (e.g., entusiasmado, interessado, orgulhoso) e 10 itens avaliam emoções negativas (e.g., nervoso, irritado, perturbado). O sujeito tem que responder numa

escala de tipo Likert de 1 a 5 pontos, entre “*nada ou muito ligeiramente*” até “*extremamente*”, em que grau experienciou cada uma das emoções referidas sendo que reportam às emoções sentidas durante as últimas semanas. De acordo com os autores, ambas as escalas deste instrumento são consistentes, válidas e eficientes na medição das duas dimensões de afeto. Os valores de consistência interna são de magnitude semelhante na escala original e na versão portuguesa: subescala de Afeto Positivo $\alpha = .88$ e $\alpha = .86$; e subescala de Afeto Negativo $\alpha = .87$ e $\alpha = .89$. Relativamente ao nosso estudo, tanto a subescala de Afeto Positivo como a de Afeto Negativo apresentam boa consistência interna no pré-programa: Afeto Positivo $\alpha = .82$; Afeto Negativo $\alpha = .84$ tal como no pós-programa: Afeto Positivo $\alpha = .89$; Afeto Negativo $\alpha = .84$) (Anexo C).

4) *Escala de Autoestima de Rosenberg* (RSES; Rosenberg, 1965, adaptado para português por Santos & Maia, 2003)

A Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) foi originalmente desenvolvida por Morris Rosenberg (1965), para avaliar a autoestima global, versão adaptada para a população portuguesa de Santos e Maia (2003). É uma escala do tipo Likert, com quatro alternativas de resposta e possui 10 itens em que a resposta é cotada de 1 a 4 entre “*concordo fortemente*” e “*discordo fortemente*”. Cinco dos itens correspondem a aspetos negativos e os restantes a aspetos positivos (Pais Ribeiro, 2007). Os itens são formulados na positiva ou negativa de forma alternada para que haja diminuição do enviesamento nas respostas. Os scores variam entre 10 e 40, onde os valores mais altos refletem uma autoestima elevada. A RSES original apresentava boas propriedades psicométricas, a sua consistência interna era elevada, com um valor de $\alpha = .92$ (Rosenberg, 1965). Relativamente ao nosso estudo a análise de consistência interna revelou um α de 0.76 no

momento pré-programa e $\alpha = 0.77$ no pós-programa, apresentando assim uma consistência interna razoável (Anexo D).

5) *Questionário das Cinco Facetas Mindfulness* (FFMQ; Baer, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006, adaptado para português por Gregório e Pinto-Gouveia, 2011)

O FFMQ é composto por 39 itens. É um questionário de autoresposta composto por cinco facetas distintas do *mindfulness*: *não-reagir* (não reatividade à experiência interna: tendência a permitir que os pensamentos e sentimentos venham e vão sem se deixar afetar por eles); *observar* (notar ou estar atento a experiências internas e externas, como sensações, cognições, emoções, visões, sons e cheiros), *agir com consciência* (estar atento às atividades do momento, por oposição ao estado de “piloto automático”), *descrever* (caracterizar experiências internas através de palavras) e *não-julgar* (da experiência interna: não avaliar e julgar pensamentos e sentimentos) (Barros, 2013). Os itens são respondidos numa escala tipo Likert, em que a possibilidade de resposta vai desde 1 (“nunca ou muito raramente verdadeiro”) a 5 (“muito frequentemente ou sempre verdadeiro”). Relativamente à consistência interna, este instrumento apresenta valores indicativos de uma boa consistência interna: Observar ($\alpha = .78$); Descrever ($\alpha = .88$); Agir com Consciência ($\alpha = .89$); Não-Julgar ($\alpha = .86$); Não-Reagir ($\alpha = .66$). No nosso estudo no momento pré-programa a escala mostra boas propriedades psicométricas, consistência interna, fiabilidade e validade do constructo: Observar ($\alpha = .80$); Descrever ($\alpha = .78$); Não-Julgar ($\alpha = .83$); Não-Reagir ($\alpha = .82$) e muito boas na subescala Agir com consciência ($\alpha = .90$), no momento pós-programa continua a apresentar boa consistência: Observar ($\alpha = .86$); Descrever ($\alpha = .85$); Não Julgar ($\alpha = .81$); Não Reagir ($\alpha = .75$) e muito boas na subescala Agir com consciência ($\alpha = .91$) (Anexo E).

- 6) *Inventário de Mindfulness de Freiburg* (FMI) (Versão reduzida de Walach, Buchheld, Büttenmüller, Kleinknecht, & Schmidt, 2006, foi traduzida e adaptada por Pinto Gouveia e Gregório, 2007)

O FMI mede o *mindfulness* enquanto constructo geral com várias facetas interrelacionadas, nomeadamente, um componente cognitivo, um componente processual, um componente de aceitação da experiência e um componente de não ajuizamento. É composto por 14 itens, o formato de resposta é tipo Likert, com respostas entre 1 (“*raramente*”) e 4 (“*quase sempre*”). A pontuação total de *mindfulness* obtém-se a partir da soma de todos os itens. Quanto maior a pontuação total, mais capacidade de *mindfulness*. A consistência interna medida pelo modelo Alfa de Cronbach mostrou um valor de $\alpha = .79$ para a população normal, apresentando assim valor indicativo de consistência interna razoável. No que concerne ao nosso estudo a escala no pré-programa a consistência interna medida pelo modelo Alfa de Cronbach mostrou um valor aceitável de $\alpha = .64$ e no pós-programa $\alpha = .76$, apresentando um valor indicativo de consistência interna razoável (Anexo F).

7) *Questionário de satisfação com o programa MBSR*

Este questionário pretende avaliar, de forma qualitativa, a experiência dos reclusos (grupo experimental), após a aplicação do programa. Deste modo, foram elaboradas três questões que pretendem avaliar os exercícios praticados ao longo das sessões, se gostaram dos exercícios praticados nas sessões, se esses exercícios tiveram influência no seu dia-a-dia na prisão, assim como se os reclusos consideram que a prática desses mesmos exercícios poderá ter benefícios quando saírem em liberdade. Também foram questionados acerca das razões de considerarem se os exercícios poderiam ser benéficos ou não na prisão e após o cumprimento da pena legal. Foi utilizada uma Escala Visual Analógica (EVA)

(Huskisson, 1974), trata-se de uma reta com 10 centímetros de comprimento desprovida de números, na qual há apenas indicação no extremo esquerdo de “*nada*” e no extremo direito de “muito”. Pede-se, então, para que o participante avalie e que marque, com um ponto, na respetiva linha (Anexo G).

4.3. Programa baseado em *Mindfulness*

O programa foi dinamizado pela Professora Doutora Maria Jacinta Fernandes², e designado de Treino da Atenção, para que não tivesse interferência de variáveis parasitas através da denominação *mindfulness* e consistiu numa adaptação do modelo original desenvolvido por Kabat-Zinn em 1979. Tendo em conta a necessidade de corresponder ao contexto e rotina vivida pela população do estudo, foram realizadas algumas adaptações (e.g., duração das sessões, exclusão do dia de retiro). O programa consistiu num conjunto sessões semanais, com duração aproximada de uma hora, que se estenderam por um período de cerca de sete meses.

As sessões foram eminentemente práticas, a instrutora ensinou um conjunto de técnicas meditativas, incluindo a atenção plena da respiração, do corpo, dos sons, dos sentimentos e dos pensamentos. Na maioria dos exercícios, aos participantes foi proposto que o foco da atenção incidisse num objeto único de atenção, e regular a atenção nesse objeto no momento-a-momento, cultivando uma atitude de observação, de reconhecimento e aceitação e de não-julgamento sem se deixar absorver por ele, pois trata-se de um evento passageiro (Baer, 2003).

² Formação creditada em *mindfulness*, especificamente no programa de Redução de Stresse Baseado no *Mindfulness*.

A base central do programa consistiu em oferecer uma oportunidade aos participantes de praticarem (e aprenderem) um conjunto de exercícios concebidos com o intuito de os instruir de técnicas de atenção plena, relaxamento corporal, exploração emocional para aumentar a capacidade de presença e consciência no dia-a-dia, diálogos e partilha em grupo para desenvolver a capacidade de equilíbrio emocional, resposta a desafios, ansiedade do dia-a-dia e instruções específicas tendo sempre em conta cada participante.

As sessões incidiram especialmente na exploração de formas de trazer a consciência para o momento presente; concentração; observação do corpo (parado ou em movimento), reconhecer as sensações; observar os estímulos externos, ambientais e as suas consequências no corpo e mente. Relativamente às emoções, os praticantes foram convidados a reconhecer as emoções e os sentimentos que estavam a presenciar no momento, sem se importar se são agradáveis, neutros ou desagradáveis, as emoções foram assim reconhecidas e observadas, mas com a intenção de não se perder com pensamentos sobre elas. Em relação aos processos mentais, foram instruídos a reconhecê-los independentemente do seu conteúdo, por exemplo, quando a instrutora pedia para focar a atenção nas pernas, o participante tinha que reconhecer quando a mente se distraía com pensamentos e por sua vontade trazer de volta a atenção ao objeto proposto, reativando um estado mental de alerta sem esforço. A ideia principal era reconhecer os objetos que iam surgindo na mente como as imagens, pensamentos ou outros estímulos. Os participantes foram convidados a reconhecer a impermanência dos conteúdos mentais e da possibilidade de analisar a sua mente (metacognição).

Foram vários os exercícios aplicados pela instrutora durante as sessões, por exemplo o exercício da uva passa, que consistiu em pegar numa uva passa, mas sem a comer de imediato, primeiro observou-se com detalhe, a ideia foi captar tudo o que pudesse ser

visto e sentir a sua textura, depois com os olhos fechados explorar a uva passa com a ajuda da língua de modo a desfrutar tudo o que a simples uva tinha para nos oferecer. O exercício da erva aromática, em que foi entregue aos participantes uma erva aromática e onde se pediu para de olhos fechados descrever o que sentia ao cheirar e sentir o objeto, estes exercícios são muito eficazes no *mindfulness* no controlo da ansiedade. Foram muitos os exercícios corporais e de relaxamento para fortalecer o corpo dos participantes e libertar a tensão muscular e registo dos pensamentos e emoções no final de algumas sessões tal como descreverem situações ou experiências do seu quotidiano ou como descrever um evento agradável como os pensamentos, emoções e sensações vividas durante a sessão, e os pensamentos ocorridos durante o próprio ato de os descrever. O programa também compreendeu uma componente teórica psicoeducacional acerca quer da prática meditativa quer de aspetos relacionados com a atenção e ansiedade tendo sido entregue material relevante aos participantes que demonstraram interesse em receber.

Como foi referido anteriormente, o programa foi adaptado ao contexto prisional, sendo que a duração das sessões foi de apenas uma hora semanal, não foi possível realizar o dia de retiro sendo que também não foi possível facultar CD's com exercícios de *mindfulness* aos participantes. Em relação aos trabalhos de casa, exercícios de respiração, foco nas sensações e pensamento no momento, fora do contexto das sessões, os participantes afirmavam que era muito difícil concentrarem-se fora das sessões pelo que não conseguiram realizar.

4.4. Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados para este estudo foi feita presencialmente, e decorreu entre janeiro e julho de 2018. Foi realizada uma reunião com a equipa do Estabelecimento Prisional de Faro para dar continuidade ao protocolo já iniciado anteriormente.

Trata-se de um estudo de natureza quasi-experimental e desse modo serão utilizados instrumentos de Pré- e Pós-teste. Desenvolvido o desenho metodológico relativo ao ano anterior, que apresenta um grupo experimental (sujeitos submetidos ao programa, grupo de controlo do ano anterior) e recorre a um grupo de comparação/controlo (participantes que não frequentaram as sessões, apenas preencheram os questionários). Os participantes foram avaliados em dois momentos distintos, o grupo experimental antes de iniciar o programa e no final do mesmo, o grupo de controlo preencheu no início e no final, mas não participaram no programa, permanecendo em lista de espera.

Os participantes foram distribuídos, pela direção do Estabelecimento Prisional de Faro, de acordo com as turmas existentes e com o protocolo relativo ao ano anterior, por dois grupos, experimental e controlo [Educação e Formação para Adultos de nível 1 (EFA B2) – grupo de controlo; Educação e Formação para Adultos de nível 2 (EFA B3) – grupo experimental] sendo que participantes da turma de Inglês também integraram os grupos acima referidos por existir atualmente um decréscimo de reclusos no Estabelecimento Prisional de Faro.

Sendo que o objetivo principal é comparar os efeitos da intervenção avaliando dois diferentes momentos: pré-intervenção, e de pós-intervenção, e para responder às hipóteses colocadas inicialmente procurou-se avaliar um conjunto de medidas de autorrelato associadas ao contexto prisional.

Num primeiro momento foi explicado o estudo aos participantes tal como foram informados que os questionários seriam recolhidos e tratados de forma anónima e confidencial e que a participação no programa seria de forma voluntária podendo desistir a qualquer momento. O programa teve início uma semana após o preenchimento dos questionários e teve a duração de 26 semanas, com sessões semanais de uma hora. O preenchimento dos questionários pós-programa decorreu duas semanas após a última sessão do programa realizado com o grupo experimental.

4.5. Procedimento de análise de dados

As informações recolhidas junto da amostra foram codificadas e introduzidas numa base de dados. Os procedimentos e análises estatísticas foram efetuados através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 23.0 para *Windows* 10). Trata-se de um sistema abrangente para o tratamento de dados estatísticos que pode assumir dados de quase todos os tipos de arquivo e usá-los para gerar relatórios tabulados, gráficos e medidas de distribuição e tendência, estatísticas descritivas e análises estatísticas complexas (IBM, 2013), programa este que me permitiu efetuar os cálculos estatísticos, com todos os procedimentos referentes à análise descritiva e inferencial e ainda à visualização dos resultados dos mesmos.

Nesta investigação, a variável independente é a condição de intervenção, que ocasiona os dois grupos – experimental e controlo. As variáveis dependentes são as pontuações obtidas pela aplicação das escalas de autorelato: ansiedade, depressão e stresse (subescalas da escala EADS-21), afeto positivo e afeto negativo (subescalas da escala PANAS-VRP), níveis de autoestima (escala EAR), capacidade de *mindfulness* (subescalas Observar, Descrever, Agir com consciência, Não-julgar e Não-reagir da escala FFMQ) e estado de *mindfulness* (escala FMI).

Inicialmente, procedeu-se à caracterização da amostra, analisando-se os dados de acordo com a metodologia descritiva usual (médias e desvio-padrão) das variáveis que descrevem a população amostrada e os dois grupos (experimental e de controlo) nos dois momentos de avaliação. Foram igualmente usadas estatísticas não paramétricas (dada a reduzida dimensão da amostra), nomeadamente o *Related Samples Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test* para comparar as diferenças entre os dois momentos de avaliação (pré e pós-programa) intragrupo (*within groups*) e o teste *Mann-Whitney Tests for two Independent Samples* para verificar a significância da diferença intergrupais (*between groups*). Determinou-se também o tamanho do efeito, através do cálculo do coeficiente *r*, sendo que estes valores foram interpretados tendo como base os critérios de Cohen (1988) sendo que ($> .10$) indicia um tamanho do efeito negligenciável ($> .30$) indicia um tamanho do efeito de intensidade média e ($> .50$) revelam tamanhos de efeito fortes (Cohen, 1988).

De modo a observar se existia relação entre as variáveis ansiedade, depressão, stresse, afeto positivo, afeto negativo e autoestima, e capacidade *mindfulness* (Observar, Descrever, Agir com consciência, Não-reagir e Não-julgar) e estado *mindfulness* foram utilizadas correlações (Spearman). Para finalizar os resultados, foi efetuada uma análise descritiva da medida de avaliação qualitativa. Na primeira e terceira pergunta, foram calculadas as frequências. Relativamente à segunda questão, foram calculadas a frequência, média e desvio-padrão.

5. Resultados

Nesta seção do estudo são apresentados os principais resultados obtidos. Primeiro, procede-se à comparação dos resultados entre o grupo experimental e o grupo de controlo (análise intergrupais), no momento pré-programa e no momento pós-programa. De seguida, comparam-se os resultados do grupo de controlo entre o momento pré-programa

e o momento pós-programa e repete-se o procedimento para o grupo experimental (análise intragrupal). Exploram-se, posteriormente, as análises correlacionais entre as variáveis no momento pós-programa, no grupo experimental. Por último, explanam-se as análises qualitativas acerca da medida de avaliação qualitativa.

5.1. Análise descritiva e comparação entre grupos no momento pré-programa

Começou-se por comparar os resultados do grupo experimental com os do grupo de controlo, no momento pré-programa, nomeadamente nos níveis de ansiedade, depressão e stresse.

Tabela 1

Média, desvio-padrão e diferenças entre grupos nas variáveis ansiedade, depressão e stresse, no momento pré-programa

Pré-programa	Grupo Experimental (n=25)		Grupo de Controlo (n=29)		r de Cohen	U	ρ
	M	DP	M	DP			
EADS – 21 (Total)	10.52	9.80	15.75	12.93	-.22	271.00	.112
Ansiedade	2.56	3.39	4.65	4.86	-.23	263.00	.080
Depressão	2.76	3.30	4.90	4.87	-.25	257.50	.066
Stresse	5.20	5.44	6.20	4.81	-.11	312.50	.383

Nota. M = média; r = r de Cohen; U = teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes.

De acordo com a Tabela 1, no momento pré-programa, não existiam diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo nas variáveis ansiedade, depressão e stresse.

A análise que se segue pretende verificar se entre o grupo de controlo e experimental, no momento pré-programa existem diferenças ao nível do afeto positivo e o afeto negativo.

Tabela 2

Médias e diferenças entre grupos nas variáveis afetos positivos e afetos negativos, no momento pré-programa

Pré-programa	Grupo Experimental (n =25)		Grupo de Controlo (n =29)		r de Cohen	U	ρ
	M	DP	M	DP			
Afeto Positivo	32.37	8.91	28.51	5.90	-.21	260.00	.115
Afeto Negativo	43.72	5.20	40.62	7.07	-.24	226.50	.078

Nota. M = média; r = r de Cohen; U = teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes.

Segundo os dados expostos na Tabela 2, relativamente à análise de diferenças intergrupais (grupo experimental e grupo de controlo) nas variáveis afeto positivo e afeto negativo também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. No entanto, no grupo experimental verificam-se médias superiores na variável afeto positivo ($M=32.37$; $DP=8.91$) e também na variável afeto negativo ($M=43.72$; $DP=5.20$) no momento pré-programa.

Continuamente, comparamos os resultados do grupo experimental com os do grupo de controlo, no momento pré-programa, relativamente ao nível da autoestima.

Tabela 3

Médias e diferenças entre os grupos na variável autoestima, no momento pré-programa

Pré-programa	Grupo Experimental (n=25)		Grupo de Controlo (n=29)		r de Cohen	U	ρ
	M	DP	M	DP			
Autoestima	31.52	4.22	31.83	4.05	-.20	280.50	.153

Nota. M = média; r = r de Cohen; U = teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes.

De acordo com a tabela 3, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (experimental e controlo), no momento pré-programa, na variável autoestima.

Em seguida, procuramos comparar os resultados do grupo experimental com os do grupo de controlo, no momento pré-programa, relativamente às *variáveis observar, descrever, agir com consciência, não-julgar, não-reagir, capacidade mindfulness e estado mindfulness*.

Tabela 4

Médias e diferenças entre os grupos nas variáveis observar, descrever, agir com consciência, não julgar, não reagir, capacidade mindfulness e estado mindfulness, no momento pré programa

Pré-programa	Grupo Experimental (n=25)		Grupo de Controlo (n=29)		r de Cohen	U	p
	M	DP	M	DP			
Observar	19.64	4.87	19.80	6.90	-.04	345.00	.761
Descrever	25.68	5.42	25.69	5.46	-.00	360.00	.965
Agir com consciência	29.24	8.49	29.79	7.01	-.00	359.50	.958
Não Julgar	27.56	7.68	28.48	5.89	-.03	348.00	.801
Não Reagir	19.44	4.40	19.80	6.10	-.01	355.50	.903
Total FFMQ	124.04	17.40	126.10	17.10	-.03	350.00	.828
Total FMI	38.68	5.78	39.24	5.40	-.03	348.00	.801

Nota. M = média; r = r de Cohen; U = teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes.

Segundo os dados da tabela 4, nas variáveis observar, descrever, agir com consciência, não-julgar, não-reagir, capacidade *mindfulness* e estado *mindfulness*, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas intergrupais (grupo experimental e grupo de controlo) no momento pré-programa.

5.2. Análise descritiva e comparação entre grupos no momento pós-programa

Posteriormente, comparamos os resultados do grupo experimental com os do grupo de controlo, no momento pós-programa, nomeadamente nos níveis de ansiedade, depressão e stresse.

Tabela 5

Médias e diferenças entre grupos nas variáveis ansiedade, depressão e stresse, no momento pós-programa

Pós-programa	Grupo Experimental (n=25)		Grupo de Controlo (n=29)		r de Cohen	U	ρ
	M	DP	M	DP			
EADS – 21 (Total)	9.60	7.13	13.65	13.75	-.14	225.00	.567
Ansiedade	2.23	2.27	4.14	4.88	-.25	219.50	.245
Depressão	2.61	2.81	3.70	4.10	-.15	238.00	.621
Stresse	4.72	2.82	6.47	5.51	-.20	228.50	.451

Nota. M = média; r = r de Cohen; U = teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes.

De acordo com a tabela 5, apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, no momento pós-programa, é possível verificar que os valores das médias são mais baixos no grupo experimental em todas as variáveis analisadas, nomeadamente: ansiedade ($M = 2.23$; $DP = 2.27$), depressão ($M = 2.61$; $DP = 2.81$) e stresse ($M = 4.72$; $DP = 2.82$).

A análise que se segue procurou verificar se entre o grupo de controlo e experimental, no momento pós-programa se encontram diferenças ao nível do afeto positivo e o afeto negativo.

Tabela 6

Médias e diferenças entre grupos nas variáveis afetos positivos e afetos negativos, no momento pós-programa

Pós-programa	Grupo Experimental (n =25)		Grupo de Controlo (n =29)		r de Cohen	U	p
	M	DP	M	DP			
Afeto Positivo	30.88	8.72	28.04	8.74	-.16	215.50	.299
Afeto Negativo	42.88	5.30	40.45	8.26	-.18	236.00	.594

Nota. M = média; r = r de Cohen; U = teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes.

Como se pode verificar na tabela 6, apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas, nas variáveis afetos positivos e afetos negativos, entre os grupos no momento pós-programa, podemos observar uma média superior, ao nível do afeto positivo, no grupo experimental ($M=30.88$; $DP=8.72$).

Seguidamente, comparamos os resultados do grupo experimental com os do grupo de controlo, no momento pós-programa, relativamente aos níveis de autoestima.

Tabela 7

Médias e diferenças entre os grupos na variável autoestima, no momento pós-programa

Pós-programa	Grupo Experimental (n=25)		Grupo de Controlo (n=29)		r de Cohen	U	p
	M	DP	M	DP			
Autoestima	34.07	4.44	30.61	4.30	-.37	152.50	.010*

Nota. M = média; r = r de Cohen; U = teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes.

De acordo com a tabela 7, na variável autoestima no momento pós-programa, entre grupos verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($U=152.50$; $p=.010$), apresentando o grupo experimental uma média mais elevada ($M=34.07$; $DP=4.44$) e no

que respeita ao tamanho do efeito, podemos observar um efeito considerado médio ($r=.37$).

Seguidamente procurámos comparar os resultados do grupo experimental com os do grupo de controlo, no momento pós-programa, relativamente às *variáveis observar, descrever, agir com consciência, não-julgar, não-reagir, capacidade mindfulness e estado mindfulness*.

Tabela 8

Médias e diferenças entre os grupos nas variáveis observar, descrever, agir com consciência, não-julgar, não-reagir, capacidade mindfulness e estado mindfulness, no momento pós-programa

Pós-programa	Grupo Experimental (<i>n</i> =25)		Grupo de Controlo (<i>n</i> =29)		<i>r</i> de Cohen	<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Observar	21.81	5.31	19.14	6.82	-.21	202.00	.128
Descrever	27.38	5.08	25.48	5.88	-.17	235.00	.414
Agir com consciência	32.11	5.71	28.28	7.98	-.27	199.50	.115
Não Julgar	28.27	4.96	28.38	6.48	-.01	268.50	.923
Não Reagir	21.38	4.70	21.42	6.06	-.00	272.00	.983
Total FFMQ	133.69	13.76	125.38	19.42	-.24	209.00	.171
Total FMI	39.42	6.61	38.38	5.43	-.08	246.00	.562

Nota. *M* = média; *r* = *r* de Cohen; *U* = teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes.

Segundo a tabela 8, as variáveis observar, descrever, agir com consciência, não-julgar, não-reagir, capacidade *mindfulness* e estado *mindfulness*, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas intergrupais (grupo experimental e grupo de controlo) no momento pós-programa, no entanto as médias nas subescalas observar ($M=21.81$; $DP=5.31$); descrever ($M=27.38$; $DP=5.08$); agir com consciência ($M=32.11$; $DP=5.71$); capacidade *mindfulness* ($M=133.69$; $DP=13.76$) e estado *mindfulness* ($M=39.42$; $DP=6.61$) são superiores no grupo experimental.

5.3. Análise descritiva e comparação intragrupal (grupo de controlo) no momento pré e pós-programa

Em seguida, começou-se por comparar os resultados do grupo de controlo, no momento pré-programa e no momento pós-programa, nomeadamente nos níveis de ansiedade, depressão e stresse.

Tabela 9

Médias e diferenças das variáveis em análise, entre o momento pré-programa e o momento pós-programa, no grupo de controlo

Grupo de Controlo	Pré-programa (n =19)		Pós-programa (n =19)		r de Cohen	z	p
	M	DP	M	DP			
EADS – 21 (Total)	17.26	13.03	12.83	13.87	-.45	-1.96	.049*
Ansiedade	5.63	5.19	3.79	4.93	-.53*	-2.31	.021*
Depressão	5.37	5.45	3.50	4.00	-.32	-1.43	.153
Stresse	7.21	5.13	6.31	5.71	-.15	-.69	.566

Nota. M = média; r = r de Cohen; Z = teste de Wilcoxon.

Como se verifica na tabela 9, relativamente às diferenças, no grupo de controlo, entre o momento pré-programa e o momento pós-programa, observam-se diferenças estatisticamente significativas na escala total ($Z=-1.96$; $p=.049$) e na variável ansiedade ($Z=-2.31$; $p=.021$). No que respeita ao tamanho do efeito, podemos observar um médio na escala total ($r=-.45$) e um efeito forte na subescala ansiedade ($r=-.53$).

Seguidamente comparámos os resultados do grupo de controlo, no momento pré-programa e no momento pós-programa, nomeadamente nos níveis de afeto positivo e afeto negativo.

Tabela 10

Médias e diferenças das variáveis em análise, entre o momento pré-programa e o momento pós-programa, no grupo de controlo

Grupo de Controlo	Pré-programa (n =24)		Pós-programa (n =25)		r de Cohen	z	P
	M	DP	M	DP			
Afeto Positivo	28.31	5.20	27.58	9.04	-.11	-0.48	0.631
Afeto Negativo	39.21	8.03	40.68	8.43	-.24	-1.04	0.297

Nota. M = média; r = r de Cohen; Z = teste de Wilcoxon.

De acordo com a tabela 10, no que respeita às variáveis afeto positivo e afeto negativo, não foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas.

Continuamente comparamos os resultados do grupo de controlo, no momento pré-programa e no momento pós-programa, nomeadamente nos níveis de autoestima.

Tabela 11

Médias e diferenças das variáveis em análise, entre o momento pré-programa e o momento pós-programa, no grupo de controlo

Grupo de Controlo	Pré-programa (n=29)		Pós-programa (n=21)		r de Cohen	z	ρ
	M	DP	M	DP			
Autoestima	31.53	4.29	30.84	4.32	-.21	-0.93	0.351

Nota. M = média; r = r de Cohen; Z = teste de Wilcoxon.

Como podemos verificar na tabela 11, na variável autoestima os resultados não são estatisticamente significativos.

Em seguida, procuramos comparar os resultados do grupo de controlo no momento pré-programa e no momento pós-programa, relativamente às *variáveis observar, descrever,*

agir com consciência, não-julgar, não-reagir, capacidade mindfulness e estado mindfulness.

Tabela 12

Médias e diferenças das variáveis em análise, entre o momento pré-programa e o momento pós-programa, no grupo de controlo

Grupo de Controlo	Pré-programa (n =29)		Pós-programa (n =21)		r de Cohen	z	p
	M	DP	M	DP			
Observar	20.78	7.31	19.26	7.15	-.41	-0.76	0.447
Descrever	25.79	5.41	25.90	5.00	-0.01	-0.04	0.962
Agir com consciência	28.74	7.64	28.79	8.11	-0,05	-0.24	0.810
Não Julgar	28.74	6.39	28.90	6.61	-0.01	-0.04	0.962
Não Reagir	21.63	6.34	21.68	6.30	-0.07	-0.34	0.754
Total FFMQ	128.21	19.61	127.10	19.64	-.19	-0.85	0.394
Total FMI	39.26	5.77	38.21	5.70	-.22	-0.99	0.320

Nota. M = média; r = r de Cohen; Z = teste de Wilcoxon.

De acordo com a tabela 12, no grupo de controlo entre o momento pré-programa e pós-programa, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis analisadas.

5.4. Análise descritiva e comparação intragrupal (grupo experimental) no momento pré e pós-programa

No grupo experimental, começou-se por comparar no momento pré-programa e no momento pós-programa os níveis de ansiedade, depressão e stresse.

Tabela 13

Médias e diferenças das variáveis em análise, entre o momento pré-programa e o momento pós-programa, no grupo experimental

Grupo Experimental	Pré-programa (n=21)		Pós-programa (n=21)		r de Cohen	z	p
	M	DP	M	DP			
EADS – 21 (Total)	9.20	9.43	9.80	7.53	-.16	-0.76	0.442
Ansiedade	2.05	2.96	2.24	2.48	-0.05	-2.60	0.795
Depressão	2.71	3.38	2.85	3.02	-.14	-0.67	0.501
Stresse	4.76	4.40	4.71	2.93	-0.09	-0.43	0.661

Nota. M = média; r = r de Cohen; Z = teste de Wilcoxon.

Como podemos observar na tabela 13, os resultados nesta análise não demonstraram ser estatisticamente significativos, é apenas de notar que as médias na escala EADS ($M=9.80$; $DP=7.53$) e nas subescalas ansiedade ($M=2.24$; $DP=2.48$) e depressão ($M=2.85$; $DP=3.02$) são um pouco superiores no momento pós-programa.

Seguidamente comparámos os resultados do grupo experimental, no momento pré-programa e no momento pós-programa, nomeadamente nos níveis de afeto positivo e afeto negativo.

Tabela 14

Médias e diferenças das variáveis em análise, entre o momento pré-programa e o momento pós-programa, no grupo experimental

Grupo Experimental	Pré-programa (n=21)		Pós-programa (n=21)		r de Cohen	z	p
	M	DP	M	DP			
Afeto Positivo	32.67	9.11	31.09	8.79	-.20	-0.93	0.350
Afeto Negativo	43.76	5.32	42.19	5.52	-.29	-1.32	0.184

Nota. M = média; r = r de Cohen; Z = teste de Wilcoxon.

De acordo com a tabela 14, entre o momento pré-programa e pós-programa nas variáveis afetos positivos e afeto negativo, não se observam resultados significativos.

Continuamente comparámos os resultados do grupo experimental, no momento pré-programa e no momento pós-programa, nomeadamente nos níveis de autoestima.

Tabela 15

Médias e diferenças das variáveis em análise, entre o momento pré-programa e o momento pós-programa, no grupo experimental

Grupo Experimental	Pré-programa (n =21)		Pós-programa (n =21)		r de Cohen	z	ρ
	M	DP	M	DP			
Autoestima	33.66	4.43	34.14	4.55	-.12	-0.59	0.555

Nota. M = média; r = r de Cohen; Z = teste de Wilcoxon.

Na tabela 15, podemos observar um aumento da média da autoestima ($M=34.14$; $DP=4.55$), apesar do resultado não ser estatisticamente significativo.

Em seguida, procuramos comparar os resultados do grupo experimental no momento pré-programa e no momento pós-programa, relativamente às *variáveis observar, descrever, agir com consciência, não-julgar, não-reagir, capacidade mindfulness e estado mindfulness*.

Tabela 16

Médias e diferenças das variáveis em análise, entre o momento pré-programa e o momento pós-programa, no grupo experimental

Grupo Experimental	Pré-programa (n=21)		Pós-programa (n=21)		r de Cohen	z	ρ
	M	DP	M	DP			
Observar	19.52	5.23	22.33	5.46	-.47*	-2.15	0.031*
Descrever	25.47	5.87	27.14	5.01	-.38	-1.66	0.096
Agir com consciência	29.66	8.33	32.47	5.79	-.34	-1.59	0.111
Não Julgar	27.66	7.99	28.85	5.18	-0.11	-0.52	0.600
Não Reagir	19.04	4.61	21.48	4.78	-.40	-1.87	0.061
Total FFMQ	123.90	18.27	135.04	14.42	-.50*	-2.33	0.020*
Total FMI	38.85	6.13	39.85	6.14	-.18	-0.82	0.410

Nota. M = média; r = r de Cohen; Z = teste de Wilcoxon.

Segundo a tabela 10, no grupo experimental, entre o momento pré-programa e o momento pós-programa, verificamos diferenças estatisticamente significativas na capacidade geral *mindfulness* ($Z=-2.33$; $p = 0.020$) onde observamos um efeito forte ($r=-.50$), na subescala observar também se verificaram diferenças significativas ($Z=-2.15$; $p=.031$), com um efeito médio ($r=-.47$). Verificamos também que houve um aumento das médias das variáveis descrever ($M=27.14$; $DP=5.87$), agir com consciência ($M=32.47$; $DP=5.79$), não-reagir ($M=21.48$; $DP=4.78$). Observamos também um aumento da média do estado *mindfulness* ($M=39.85$; $DP=6.14$), embora estas diferenças não sejam significativas do ponto de vista estatístico.

5.5. Análise Correlacional

De forma a verificar se existia relação entre as variáveis ansiedade, depressão, stresse, afeto positivo, afeto negativo e autoestima, e capacidade *mindfulness* e estado *mindfulness*, no momento pós-programa, no grupo experimental, foi realizada uma correlação de Spearman.

Tabela 17

Correlações entre as variáveis ansiedade, depressão, stresse, afetos positivos e negativos, autoestima, capacidade mindfulness e estado mindfulness, no momento pós-programa, no grupo experimental

Pós-programa	Capacidade Mindfulness (n=29)					Total Capacidade mindfulness	Estado mindfulness (n=29)
	Observar	Descrever	Agir com consciência	Não Julgar	Não Reagir		
Ansiedade	.11	-.43*	-.19	-.09	-.16	-.27	-.24
Depressão	-.08	-.64**	-.31	-.30	-.08	-.49*	-.11
Stresse	.06	-.26	-.17	-.18	-.05	-.13	-.24
Afeto positivo	.28	.31	.29	.17	-.05	.35	.61**
Afeto negativo	-.09	.22	.01	.13	-.17	.02	-.21
Autoestima	.31	.72**	.26	.51*	.08	.70**	.30

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$.

De acordo com a tabela 17, foi possível constatar que relativamente à variável afeto positivo, quanto mais elevado for o valor desta variável maior estado de *mindfulness*. Relativamente à autoestima, quanto mais alto for o valor, maior capacidade *mindfulness* (Descrever) e (Não-Julgar).

5.6. Análise descritiva da avaliação qualitativa

De forma a aprofundar o conhecimento sobre os efeitos do programa no grupo experimental, pretendeu-se fazer uma análise qualitativa, na qual foram realizadas três questões, completada por dados objetivos recolhidos através de uma escala tipo likert de 0 a 10, entre “Nada” e “Muito”, que possibilitaram realizar uma análise descritiva de forma a averiguar os efeitos do programa nos participantes.

Em relação à pergunta “A prática dos exercícios de atenção tiveram influência no meu dia-a-dia na prisão”, a maioria dos sujeitos ($n = 20$) responderam “Sim” (76.9%), outros ($n = 5$) responderam “não” (19.2%) e 1 sujeito não respondeu. Quando questionados sobre a razão da sua resposta (Sim/Não), dos sujeitos que responderam “Sim” a justificação da

maioria ($n = 12$) foi "Ajuda/Controlar a ansiedade/descontrair" (46.2%), três responderam "Tempo para pensar/Resolver problemas" (11.5%) e dois responderam "Ajudou a prestar atenção ao corpo" (7.7%). Dos restantes sujeitos, cinco não responderam (19.2%) e quatro responderam "Não teve efeito" (15.4%).

Em resposta à pergunta "*Em que medida gostou dos exercícios?*", dos 26 sujeitos, a maioria assinalou um valor igual ou superior a cinco ($n = 23$). Note-se que a média foi de ($M = 6.94 DP = 3.10$). À pergunta "*Considero que a prática dos exercícios de atenção podem vir a ter influência no meu dia-a-dia "lá fora"?*", pudemos verificar que a maioria dos sujeitos ($n = 22$) responderam "Sim" (84.6 %), três responderam "Não" (11.5 %) e um não respondeu (3.8%). Quando questionados sobre a razão da sua resposta (Sim/Não), a justificação de dez sujeitos foi "*Controlo ansiedade/Bem-estar*" (38.5%), sete não responderam (26.9%), quatro responderam "*Atenção ao corpo*" (15.4%), três sujeitos "*Gosto pelo exercício*" (11.5%) e dois sujeitos responderam "*Não gosta/Não tem efeito*" (7.7%).

6. Discussão

O principal objetivo deste estudo consistiu em avaliar a eficácia de um programa *Mindfulness Based Stress Reduction* – MBSR na redução da sintomatologia depressiva, ansiedade, stresse e afeto negativo e no aumento do afeto positivo, da autoestima e da capacidade e estado de *mindfulness* numa amostra de reclusos. Pretendeu-se, assim, verificar se existiam diferenças significativas nos níveis de stresse e ansiedade, autoestima, afeto negativo e positivo tal como a capacidade de *mindfulness* antes e depois da aplicação do programa no grupo experimental e verificar se existem diferenças entre os dois grupos (experimental e controlo) quanto às variáveis em estudo.

A análise das características sociodemográficas do grupo de controlo e do grupo experimental não revelou diferenças estatisticamente significativas. Ou seja, podemos afirmar que as amostras são relativamente homogéneas e, portanto, podemos compará-las, admitindo que eventuais diferenças entre o grupo de controlo e experimental não se devem a características sociodemográficas.

No momento pré-programa, não se observaram diferenças significativas nas análises intergrupais em nenhuma das variáveis em estudo. Isto significa que as características dos participantes de ambos os grupos são similares à partida e, portanto, qualquer alteração que possa vir a registar-se posteriormente pode ser atribuída à participação do grupo experimental no programa de Redução de Stresse Baseado no *Mindfulness*.

De modo a alcançar os objetivos propostos, após a primeira avaliação dos participantes, o grupo experimental foi submetido a um programa de prática *mindfulness*, durante 26 semanas. No final, os participantes voltaram a ser avaliados.

No momento pós-programa, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no intergrupo (grupo experimental e grupo de controlo), nas subescalas Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21), ao contrário do que seria de esperar, de acordo com os estudos de Pais-Ribeiro e colaboradores (2004) numa população jovem e saudável, ou aos obtidos por Lovibond e Lovibond (1995) numa amostra da população geral. Estes resultados possivelmente devem-se ao facto de a amostra ser reduzida. Contudo, ainda assim é possível verificar que os valores médios de ansiedade, depressão e stresse são mais baixos no grupo experimental do que no grupo de controlo.

Nas variáveis afeto positivo e afeto negativo, apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas, podemos observar uma média superior, ao nível do afeto

positivo, no grupo experimental comparativamente ao grupo de controlo. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos em que maiores níveis de *mindfulness* estão associados a níveis significativos mais elevados de afeto positivo e a níveis mais baixos de afeto negativo (Brown & Ryan, 2003). Diversos estudos sugerem ainda que as pessoas que vivenciam afeto positivo mais frequentemente são também aquelas que se encontram mais satisfeitas com suas vidas, que apresentam mais expectativas positivas em relação ao futuro e que apresentam autoestima mais elevada (Heatherton & Wyland, 2003; Wong & Lim, 2009).

No que respeita à autoestima, na análise intergrupo, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos, no momento pós-programa, sendo que o grupo experimental obteve um valor mais elevado, e o tamanho do efeito é considerado médio. Os dados vão ao encontro da literatura existente, nomeadamente no estudo de Samuelson e colaboradores (2007), no qual também se verificou um aumento dos níveis de autoestima nos reclusos após uma Intervenção Baseada em *Mindfulness* para Redução do Stresse (MBSR). Similarmente, Carlson (2001) numa avaliação após seis meses de intervenção com o programa MBSR, verificou uma redução dos níveis de stresse e ansiedade e aumento da autoestima em pacientes com dor crónica. Estes resultados são também corroborados pelos resultados obtidos numa análise realizada por Kabat-Zinn (2007), em que os resultados mostraram um aumento da autoestima, desde o momento antes da intervenção até à avaliação realizada após a intervenção.

Ainda na análise intergrupo, no momento pós-programa, apesar de não existirem muitas diferenças estatisticamente significativas, relativas as variáveis da escala FFMQ e FMI, verificam-se diferenças nas médias entre o grupo experimental e de controlo na subescala observar (FFMQ), descrever (FFMQ), agir com consciência (FFMQ) e capacidade de

mindfulness. O grupo experimental obteve níveis médios superiores ao grupo de controlo. Relativamente à variável *mindfulness*, o estudo de Taylor (2014) e Deyo (2009) sugere que a prática de *mindfulness* leva a melhorias significativas nos níveis de *mindfulness*. Baer e colaboradores (2004) descrevem a subescala observar como as competências do sujeito de observar ou prestar atenção tanto aos fenómenos internos (sensações corporais, pensamentos e emoções), como aos externos (sons, cheiros). Observar é uma das características principais do *mindfulness*, como tal, a prática do *mindfulness* está associada ao aumento desta dimensão.

Relativamente à análise referente à existência de relações entre as variáveis ansiedade, depressão, stresse, afeto positivo e afeto negativo, autoestima e capacidade e estado *mindfulness*, realizada através da correlação de Spearman, podemos constatar que relativamente à variável afeto positivo, quanto mais elevado for o valor desta variável mais estado de *mindfulness*. Estudos evidenciam uma correlação firmemente estabelecida entre elevado estado de *mindfulness* e o aumento de bem-estar subjetivo (Baer et al, 2006). Por exemplo, maiores níveis de *mindfulness* estão associados a níveis significativos mais elevados de afeto positivo, a níveis mais baixos de afeto negativo e maior satisfação de vida (Brown & Ryan, 2003).

Na análise intragrupo, no grupo de controlo, pudemos verificar que os valores obtidos na escala EADS, diminuíram do momento pré-programa para o momento pós-programa, observando-se diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente nos níveis de ansiedade. Os resultados obtidos podem dever-se ao fato de no início do ano letivo estarem mais ansiosos relativamente às avaliações realizadas, no momento pós programa os sujeitos já tinham passado por várias avaliações sendo que também já haviam sido informados que teriam que preencher o questionário no final.

Relativamente à análise intragrupo no grupo experimental, verificamos diferenças estatisticamente significativas na capacidade geral *mindfulness* com efeito forte comparativamente aos valores obtidos no momento pré-programa. Na subescala observar também se verificaram diferenças significativas, houve também um aumento das médias das variáveis descrever, agir com consciência e não-reagir. Estes resultados são corroborados pelos autores Carmody, Baer, Lykins e Olendzki (2009), onde se verificou um aumento significativo da subescala observar e agir com consciência, após uma intervenção de MBSR em estudantes universitários com queixas de dor crónica, stresse e sintomatologia ansiosa.

Comparados os valores obtidos no questionário das cinco facetas do *mindfulness* do nosso estudo com os valores médios encontrados por Gregório (2014), no seu estudo com 821 sujeitos (527 estudantes universitários e 224 pessoas da população geral). Confirmamos que todas as dimensões no nosso estudo se encontram na média geral, nomeadamente, agir com consciência e não-julgar. Apesar dos restantes resultados não serem estatisticamente significativos, observamos um aumento da média na variável autoestima que pode dever-se ao aumento da capacidade de *mindfulness*, que leva os sujeitos a autocriticarem-se menos, onde, com a prática, aprenderam a observar, não-reagir, agir com consciência e, por consequente, aumento da autoestima.

É ainda importante referir que se verificou um aumento, nas variáveis de ansiedade, depressão e stresse, o que pode ser explicado pelo aumento da subescala observação no grupo experimental, o que faz com que os sujeitos estejam mais conscientes de si próprios e mais atentos às sensações corporais. No estudo de Holzel e colaboradores (2014), verificou-se um aumento nas narrativas dos sujeitos acerca de consciência corporal associado a um aumento na subescala observação.

Em relação aos resultados da avaliação qualitativa, estes demonstraram ter, no geral, efeitos benéficos observáveis de que a prática de *mindfulness* demonstrou ser importante no contexto prisional. A maioria dos participantes relatou que, ao surgir dificuldades relativas ao contexto em que se encontram, colocaram em prática o conjunto de exercícios, incluindo o relaxamento corporal e as técnicas de respiração, ensinadas durante o programa onde afirmaram que se sentiam mais relaxados e que até adormeciam melhor. Os nossos resultados vão ao encontro do estudo de Sumter, Monk-Turner e Turner (2009), cujos resultados demonstraram que o programa contribuiu para o relaxamento e para um adormecer mais tranquilo, maior controlo da agressividade e dos sentimentos de frustração e redução do stresse e ansiedade.

É também importante referenciar que os elementos da direção do Estabelecimento Prisional Regional de Faro mencionaram que notaram os reclusos menos ansiosos quando eram confrontados com situações de avaliação escrita e oral e, até mesmo, no seu quotidiano.

7. Conclusões

O estudo do *mindfulness* tem sido alvo de um crescente interesse no domínio da Psicologia, pela sua importância no aumento de bem-estar e redução de sintomatologia psicopatológica. A prática regular de meditação tem vindo a demonstrar um importante auxílio na manutenção da experiência profunda e duradoura de sentimentos de calma, bem-estar, autoestima e autorrespeito, e por esta razão, cada vez mais, existe um maior interesse no impacto desta prática no contexto prisional (Kabat-Zinn, 1993).

Nesta dissertação procurou-se então compreender de que forma o *mindfulness* poderia influenciar, por um lado, a redução de sintomatologia ansiosa e depressiva, stresse, afeto negativo e autoestima negativa, por outro lado, o aumento de afeto positivo e autoestima positiva, numa amostra de reclusos em contexto prisional.

De acordo com os dados obtidos, na análise intergrupo no momento pré-programa, não foi possível observar diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (experimental e controlo). No momento pós-programa, é possível verificar que os valores das médias são mais altos nas variáveis observar, descrever, agir com consciência, capacidade e estado *mindfulness* no grupo experimental. Observamos também médias mais baixas no grupo experimental nas variáveis: ansiedade, depressão, stresse e afeto positivo. Na autoestima, as diferenças entre os grupo experimental e o de controlo foram estatisticamente significativas.

Na análise descritiva e comparação intragrupo no grupo de controlo, no momento pré e pós programa, verificamos diferenças estatisticamente significativas na EADS, nomeadamente na variável ansiedade que apresentou valores significativos e um efeito forte. No grupo experimental, apuramos diferenças estatisticamente significativas na capacidade geral *mindfulness* onde observamos um efeito forte tal como na subescala observar, onde também se verificaram diferenças significativas.

Em relação a inexistência de significância nas restantes variáveis em análise, poderá dever-se ao tamanho reduzido da amostra e à existência de algumas limitações metodológicas, como a utilização exclusiva de medidas de autorrelato, o facto de as escalas se agruparem num protocolo algo extensivo poderá ter sido ainda um fator que poderá ter inviabilizado algumas das respostas por parte dos respondentes, principalmente dos que têm menos escolaridade. A prática ter sido apenas semanal, em vez de diária,

sendo que a duração das sessões foi de apenas uma hora semanal. Não tendo sido possível realizar o dia de retiro sendo que também não foi possível facultar CD's com exercícios de *mindfulness* aos participantes. Em relação aos trabalhos-de-casa, exercícios de respiração, foco nas sensações e pensamento no momento, fora do contexto das sessões, os participantes afirmavam que era muito difícil concentrarem-se fora das sessões pelo que não conseguiram realizar. Estas limitações devem-se à adaptação do programa ao contexto prisional. Este estudo não só veio confirmar, em grande parte, o que já foi verificado em outros estudos, principalmente no que se refere à associação entre a prática de *mindfulness* e a capacidade *mindfulness*, como também reforça a importância do *mindfulness* (capacidade e estado) no aumento da autoestima, onde os resultados se mostraram significativos.

Em suma, o nosso estudo aparenta estar em consonância com aquilo que está descrito na literatura, levantando diversas questões que podem e deverão ser alvo de investigação futura, reforçando a associação que parece existir entre o *mindfulness*, a autoestima e o afeto positivo com a auto-compassão nos reclusos, pois estudos sugerem que existe uma associação positiva entre *mindfulness* e auto-compassão uma vez que a auto-compassão se foca na postura emocional que o indivíduo tem perante si próprio quando confrontado com dificuldades e para além disso, implica uma postura de *mindfulness* em vez de uma sobre-identificação com as emoções negativas (Bishop, et al., 2004; Brown & Ryan., 2003; Hayes & Feldman, 2004; Shapiro, et al., 2006; Shapiro & Schwartz, 2005).

Da revisão bibliográfica que serve de base à construção deste estudo concluímos que em contexto prisional ainda há muito trabalho a desenvolver em estudos futuros e que o *mindfulness* poderá ser um meio eficaz de atribuição de competências, aos reclusos, para

lidar com o stresse do contexto prisional, e aquisição de recursos internos, de forma a diminuir comportamentos de risco e evitar reincidências.

8. Referências bibliográficas

- Abrams, A. I., & Siegel, L. M. (1978). Programa de Meditação Transcendental e reabilitação na Prisão de Folsom State. Estudo de Validação Cruzada. *Criminal Justice and Behavior*, 6(1), 3-20.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125–143.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Barros-Oliveira, J. (2000). Felicidade: Teorias e factores. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4 (2), 281- 310.
- Beauchemin, J., Hutchins, T.L. & Patterson, F. (2008) Mindfulness meditation may lessen anxiety, promote social skills and improve academic performance amongst adolescents with learning difficulties. *Complementary Health Practise Review*, 13, 34-45.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.
- Black, D. S., Milam, J., & Sussman, S. (2009). Sitting-meditation interventions among youth: A review of treatment efficacy. *Pediatrics*, 124(3), 532-541.
- Black, D. S. (2014). Mindfulness-Based Interventions: An Antidote to Suffering in the Context of Substance Use, Misuse, and Addiction. *Substance Use & Misuse*, 49, 487-491.
- Bohlmeijer E., Prenger R., Taal E., Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a metaanalysis. (2010). *Journal Psychosomatic Research*, 68(6), 539-544.

- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 20(3), 343–347.
- 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.
- Carlson, L.E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Speca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditate on based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-months follow-up. *Support Care Cancer*, 9, 112-123.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2 ed.). New York: Academic Press.
- Coffey, K. A., & Hartman, M. (2008). Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complementary Health Practice Review*, 13, 79–91.
- Chadwick P., Newman-Taylor K.N., Abba N. (2005). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1), 77-87.
- Chaudhary, L. (1999). *Effectiveness of Vipassana Meditation as a Technique of Stress Management and Reformation among Adolescent Prisoners*, unpublished dissertation.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychol Med*, 40(8), 1239–1252.
- Demarzo, M. M. P. (2011). *Meditação aplicada à saúde*. Retrieved from <https://mindfulnessbrasil.files.wordpress.com/2011/05/promef-meditac3a7c3a3o-2011.pdf>

- Dhar, P. L. (1994). The First Vipassana Meditation Camp in Tihar Jail. Vipassana: Its Relevance to the Present World, Maharashtra: *Vipassana Research Institute*, 48-55.
- Eberth, J., & Sedlmeier, P. (2012). The effects of mindfulness meditation: A meta-analysis. *Mindfulness*, 3, 174-189.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2(23), 219-227.
- Godfrin, K.A. & van Heeringen, C. (2010) The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Recurrence of Depressive Episodes, Mental Health and Quality of Life: A Randomized Controlled Study. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 738-746.
- Goenka, S.N. (2017). *Os Resumos das Palestras*. Palestras proferidas em um curso de 10 dias de Meditação Vipassana condensadas por William Hart. Vipassana Research Institute.
- Goldin, P.R., Manber, Ball, T., Werner, K., Heimberg, R.G., & Gross, J.J. (2009). Neural mechanisms of cognitive reappraisal of negative self-beliefs in social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 66, 1091–1099.
- Gregório, S., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Facetas de mindfulness: características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica*, 54, 259-280.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35–43
- Grossman, P. (2011). Defining mindfulness by how poorly I think I pay attention during everyday awareness and other intractable problems for psychology's (re)invention of mindfulness: Comment on Brown et al. (2011). *Psychological Assessment*, 23, 1034–1040.

- Hanley, A. W., Abell, N., Osborn, D. S., Roehrig, A. D., & Canto, A. I. (2016). Mind the Gaps: Are Conclusions About Mindfulness Entirely Conclusive?. *Journal of Counseling & Development, 94*(1), 103-113.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (Ed.). (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Publications.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy, 44*, 1-28.
- Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2012). The Evolution of Cognitive Behavior Therapy: The Rise of Psychological Acceptance and Mindfulness. In *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*, 1–25.
- Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *The Lancet, 9*(2), 1127-1131.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*(1), 33–47.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 8*, 163-190.
- Kabat-Zinn, J., & Chapman-Waldrop, A. (1988). Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of program completion. *Journal of Behavioral Medicine, 11*, 333-352.
- Kabat-Zinn, J. (1990) *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (1992). Psychosocial factors: Their importance and management. In I. S. Ockene & J. K. Ockene. *Prevention of coronary heart disease*, 299-332. Boston: Little, Brown.

- Kabat-Zinn, J. (1993). Mindfulness meditation: Health benefits of an ancient Buddhist practice. In D. Goleman & J. Gurin (Eds.), *Mind/Body Medicine*, 259–275. Yonkers, New York: Consumer Reports Books.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). “Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future.” *Clinical Psychology: Science & Practice* 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481–1483. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0456-x>
- Kaplan, K., Goldenberg, D., & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15, 284-289.
- Kenny, P., Parsons, T., Pataki, C., Pato, M., St-George, C., Sugar, J., & Rizzo, A. A. (2008). Virtual Justina: A PTSD virtual patient for clinical classroom training. *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine*, 61, 113-118.
- Kuyken W., Byford S., Taylor R. S., Watkins E., Holden E., White K., et al. Teasdale J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 966–978.
- Lanza, P. V., & Menéndez, A. G. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women. *Psichothema*, 25(3), 307–312.
- Leahy, Robert (2013). *Regulação emocional em psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.
- Li, M. J., Black, D. S., & Garland, E. L. (2015). The applied mindfulness process scale (AMPS): a process measure for evaluating mindfulness-based interventions. *Personality and Individual Differences*, 93, 6-15.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The Structure of Negative Emotional States: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.
- Martínez, E. & Pacheco, M. (2012). El incremento de mindfulness con el ejercicio de la Psicoterapia. *Acción psicológica*, 9 (2), 111-116. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.2.4109>
- May, R. (1983). *The discovery of being: Writings in existential psychology*. New York, New York: Norton
- Meiklejohn, J., Phillips, C., Freedman, M. L., Griffin, M. L., Biegel, G., Roach, A., . . . Saltzman, A. (2012). Integrating mindfulness training into k-12 education: Fostering the resilience of teachers and students. *Mindfulness*, 3(4), 291-307.
- Melo, M.V., Sardinha, A., & Levitan, M.N. (2014). O desenvolvimento das terapias cognitivo-comportamentais e a terceira onda. In B.P Rangé, C.B. Neufeld, & E.M. Falcone. *Programa de atualização em terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Miller, J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17, 192-200.
- Ott, M. J., Norris, R. L., & Bauer-Wu, S. M. (2006). Mindfulness meditation for oncology patients: a discussion and critical review. *Integrative cancer therapies*, 5(2), 98-108.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310.

- Pinto Gouveia, J., & Gregório, S. (2007) Inventário de *Mindfulness* de Freiburg (FMI). Manuscrito não-publicado.
- Rau, H. K., & Williams, P. G. (2015). Dispositional mindfulness: a critical review of construct validation research. *Personality and Individual Differences*, 93, 32-43.
- Reb, J., Narayanan, Jayanth J., & Chaturvedi, S. (2012). *Mindfulness at Work: Antecedents and Consequences of Employee Awareness and Absent-mindedness*. Research Collection Lee Chian School of Business. Singapore: Institutional Knowledge at Singapore Management University.
- Roemer, L., & Orsillo, S. (2010). *A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação*. Porto Alegre: Artmed.
- Roeser, W. (2016). Mindfulness in students motivation and learning in school. In *Handbook of Motivation at School: Second Edition*, 385-407.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn, J., & Bratt, M. (2007). Mindfulness-Based Stress Reduction in Massachusetts Correctional Facilities. *The Prison Journal*, 87(2), 254–268.
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise Fatorial Confirmatória e Validação Preliminar de uma Versão Portuguesa da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8(2), 253-268.
- Sillifant, B. (2007). *A Conceptual Basis for the Refinement of an Operational Definition of Mindfulness* (Unpublished master's thesis). Massey University. New Zealand.
- Smalley, S. L., Loo, S. K., Hale, T. S., Shrestha, A., McGough, J., & Flook, L., (2009). Mindfulness and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65(10), 1087–1098.

- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1*(2), 105-115.
- Shapiro, Shauna; Izett, Christin (2010). La meditación: una herramienta universal para el cultivo de la empatía. In: HICKS, Steven; BIEN, Thomas (Ed.). *Mindfulness y Psicoterapia*. Barcelona: Kairós.
- Shennan, C., Payne, S., & Fenlon, D. (2011). What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. *Psycho-Oncology, 20*, 681-697. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1819>
- Smith, H., & Novak, P. (2003). *Buddhism: A concise introduction*. New York, NY: Harper Collins.
- Sousa, S. (2016). *Avaliação de um programa de Mindfulness-based stress reduction numa amostra de reclusos*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Algarve. Faro.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine, 62*, 613-622.
- Stübing, KS. (2015). *Uma intervenção com meditação para pacientes internados com transtorno alimentar*. (Dissertação Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Sumter, M. T., Monk-Turner, E., & Turner, C. (2009). “The Benefits of Meditation Practice in the Correctional Setting”. *Journal of Correctional Health Care, 15* (1), 47-57.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) raining help? *Behaviour Research and Therapy, 33*(1), 25–39.

- Toneatto, T., & Nguyen, L. (2007). Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *Canadian Journal of Psychiatry*, *52*, 260–266.
- Uroz, M. (2017). “Investigan el beneficio del mindfulness y el deporte en reclusos”. *Diário de Almería*. Espanha.
- Vago, D. R., & Silbersweig, D. A. (2012). Self-awareness, self-regulation, and selftranscendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*, *6*, 296.
- Vandenbergh, L., & Assunção, A. B. (2009). Concepções de mindfulness em Langer e Kabat-Zinn: Um encontro da ciência ocidental com a espiritualidade oriental. *Contextos clínicos*, *2*, 124-135.
- Watson, D., Clark, L., & 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.
- Weinstein, N., Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2009). A multimethod examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality*, *43*, 374–385.
- Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J. L., Floyd, A. R., Dedert, E. A., & Sephton, S. E. (2002). Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *9*, 297–307.
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J. V., Duggan, D. S., et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, *107*, 275–279.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 150–155.

- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E., & Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion, 15*, 422-432.
- Winbush, N. Y., Gross, C. R., & Kreitzer, M. J. (2007). The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Sleep Disturbance: A Systematic Review. *Explore: The Journal of Science and Healing, 3*(6), 585-591.
- Witkiewitz, K., Marlatt, A. and Walker, D. (2005) Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders: The Meditation Tortoise Wins the Race. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*, 229-221
- Xu, W., Wang, Y., & Liu, X. (2015). Effectiveness of 8-week mindfulness training improving negative emotions. *Chinese Mental Health Journal, 29*, 497–502.
- Zelazo, P. D., & Lyons, K. E. (2012). The potential benefits of mindfulness training in early childhood: A developmental social cognitive neuroscience perspective. *Child Development Perspectives, 6*(2), 154–160.

9. Anexos

Anexo A

Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)

EADS

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.

0	1	2	3
Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim de muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

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

Anexo B

Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS-VRP)

PANAS

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 sente cada uma das emoções geralmente, ou seja, em média.

1	2	3	4	5
Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Interessado

Perturbado

Excitado

Atormentado

Agradavelmente surpreendido

Culpado

Assustado

Caloroso

Repulsa

Entusiasmado

Orgulhoso

Irritado

Encantado

Remorsos

Inspirado

Nervoso

Determinado

Trémulo

Activo

Amedrontado

Anexo C

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

EAE

Por favor, responda aos seguintes itens, assinalando com um X a resposta que considera adequada.

	1. Discordo fortemente	2. Discordo	3. Concordo	4. Concordo fortemente
1. De uma forma geral, estou satisfeito comigo mesmo.				
2. Às vezes, penso que não presto para nada.				
3. Penso que tenho algumas boas qualidades.				
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.				
5. Creio que não tenho grande coisa de que me possa orgulhar.				
6. Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil.				
7. Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros.				
8. Gostaria de ter mais consideração por mim próprio.				
9. Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou um falhado.				
10. Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa.				

Anexo D

Questionário das Cinco Facetas Mindfulness (FFMQ)

Q5FM

Por favor avalie cada uma das afirmações seguintes de acordo com a escala de referência e, no retângulo em branco em frente de cada item, digite o número da escala que melhor descreve a sua opinião sobre o que considera ser geralmente verdadeiro para si relativamente a essa afirmação.

Nunca/ Muito raramente verdadeiro	Raramente verdadeiro	Algumas vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Muito frequentemente/ Sempre verdadeiro
1	2	3	4	5

	1. Quando caminho presto deliberadamente atenção às sensações do meu corpo em movimento.
	2. Sou bom (boa) a descobrir/ Encontro facilmente as palavras para descrever os meus sentimentos.
	3. Critico-me por ter emoções irracionais ou inapropriadas.
	4. Apercebo-me dos meus sentimentos e emoções sem ter que lhes reagir.
	5. Quando estou a fazer qualquer coisa a minha mente vagueia e distraio-me facilmente.
	6. Quando tomo um duche ou banho fico atento(a) às sensações da água no meu corpo.
	7. Consigo traduzir/ Exprimo facilmente as minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras.
	8. Não presto atenção ao que estou a fazer porque estou a sonhar acordado(a), preocupado(a) ou distraído(a) com qualquer coisa.
	9. Observo os meus sentimentos sem me “perder” neles.
	10. Digo a mim próprio(a) que não devia sentir-me como me sinto/ do modo que sinto.
	11. Noto como a comida e a bebida afectam os meus pensamentos, as minhas sensações corporais e emoções.
	13. Distraio-me facilmente.
	14. Acredito que alguns dos meus pensamentos são anormais e maus/ não são normais ou são maus e que não devia pensar dessa forma.
	15. Presto atenção às sensações, tais como o vento no meu cabelo ou o sol no meu rosto.
	16. Tenho dificuldade em pensar nas palavras certas para exprimir o que sinto acerca das coisas.
	17. Faço julgamentos sobre se os meus pensamentos são bons ou maus.
	18. É-me difícil/ permanecer focado/ atento ao que está a acontecer no presente.

	19. Quando tenho pensamentos ou imagens muito perturbadores recuo e torno-me consciente do pensamento ou imagem sem ser “apanhado” por este(a).
	20. Presto atenção a sons, tais como o bater do relógio, o chilrear dos pássaros ou os carros a passar.
	21. Em situações difíceis consigo fazer uma pausa/ consigo não reagir imediatamente.
	22. Quando tenho uma sensação no meu corpo é-me difícil descrevê-la porque não consigo encontrar as palavras certas.
	23. Parece que funciono em “piloto automático” sem muita consciência do que estou a fazer.
	24. Quando tenho pensamentos ou imagens perturbadoras, sinto-me calmo(a) pouco tempo depois.
	25. Digo a mim próprio(a) que não devia pensar do modo/ da forma que penso/ estou a pensar.
	26. Noto o cheiro e o aroma das coisas.
	27. Mesmo quando estou profundamente triste ou perturbado(a)/ terrivelmente perturbado consigo encontrar uma forma de colocar isso em palavras.
	28. Faço as actividades sem estar realmente atento às mesmas.
	29. Quando tenho pensamentos ou imagens perturbadores consigo aperceber-me deles sem reagir.
	30. Penso que algumas das minhas emoções são más e inapropriadas e que não as devia sentir.
	31. Noto elementos visuais na arte ou na natureza, tais como cores, formas, texturas ou padrões de luz e sombras.
	32. A minha tendência natural é exprimir a minha experiência/ traduzir as minhas experiências em palavras.
	33. Quando tenho pensamentos e imagens perturbadores, apenas me apercebo deles e “deixo-os ir”.
	34. Realizo trabalhos ou tarefas automaticamente sem estar atento ao que estou a fazer.
	35. Quando tenho pensamentos ou imagens perturbadores julgo-me como bom(boa) ou mau(má), dependendo/ em função do pensamento/ imagem/ de que tratam.
	36. Presto atenção a como as minhas emoções/ ao modo/ à forma como as minhas emoções influenciam/afectam o meu comportamento.
	37. Normalmente consigo descrever como me sinto no momento, com detalhe considerável/grande pormenor.
	38. Dou por mim a fazer coisas sem prestar atenção.
	39. Desaprovo-me quando tenho ideias irracionais.

Anexo E

Inventário de Mindfulness de Freiburg (FMI)

FMI

Por favor, considere a ultima semana e responda a cada afirmação da melhor forma possível (assinale a sua resposta digitando o numero correspondente à escala de referencia no rectângulo existente em frente de cada afirmação). Responda tão honestamente e espontaneamente quanto possível. Não há respostas certas ou erradas, nem boas ou más respostas. O que é importante é a sua experiência pessoal.

1	2	3	4
Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase Sempre

1. Estou receptivo(a) à experiência do momento presente.	
2. Estou consciente do meu corpo enquanto como, cozinho, limpo ou falo.	
3. Quando noto que a minha mente vagueia, retorno suavemente à experiência do aqui e agora.	
4. Sou capaz de gostar de mim próprio(a).	
5. Presto atenção ao que está por detrás das minhas acções.	
6. Observo os meus erros e dificuldades sem os julgar.	
7. Sinto-me ligado à minha experiência do aqui e do agora.	
8. Aceito experiências desagradáveis.	
9. Quando as coisas correm mal sou compreensivo comigo mesmo(a).	
10. Observo os meus sentimentos sem me “perder” neles.	
11. Em situações difíceis consigo parar e não reagir imediatamente.	
12. Experimento momentos de paz interior e de calma, mesmo quando as coisas se tornam agitadas/confusas.	
13. Sou impaciente comigo próprio(a) e com os outros.	
14. Consigo sorrir quando percebo como, algumas vezes, torno a vida difícil.	

Anexo F

Medida de avaliação qualitativa

