



Orientação:



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Do conhecimento à prática.



DECLARAÇÃO DE AUTORIA

Nome (s): Francisca Madalena Silva Moura, Estudante(s) n.º 38098 do curso Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, declaro que a Dissertação apresentado para avaliação na(s) Unidade(s) curricular Dissertação é da minha autoria e cumpre as normas de integridade académica.

Assim assume-se:

-Esclarecer explicitamente se partes do trabalho foram já apresentadas para avaliação de outras unidades curriculares ou provas de grau na Universidade Portucalense ou noutras instituições;

-Identificar corretamente as fontes utilizadas, de forma a que possam ser consultadas e atestada a autenticidade do trabalho que apresento;

-Assumir, sob compromisso de honra, a responsabilidade da autoria integral do trabalho, não tendo contratado serviços de terceiros para a sua realização;

-Indicar a supervisão recebida para elaboração do trabalho;

-Reconhecer como fraudulentas práticas que correspondem a formas de plágio, cópia servil, omissão ou citação deficiente de fontes, percebendo que tais práticas infringem direitos de autoria e são contrárias à integridade académica;

- Submeter, quando solicitado, à consideração do(s) docente(s), relatórios que tenham sido emitidos por equipamento especializado na deteção de plágio.

Data. 25.10.2023.....

Assinatura(s) Francisca Madalena Silva Moura

Francisca Madalena Silva Moura

**Viabilidade, aceitabilidade e impacto preliminar dos
Grupos de Movimento consciente: Um estudo piloto com
estudantes universitários.**

Dissertação apresentada à Universidade Portucalense Infante D. Henrique para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde sob a orientação da
Prof. Doutora Maria Araújo

Departamento de Psicologia e Educação

Outubro 2023

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato de gratidão perante quem nos apoia incondicionalmente, quem acredita em nós e nos incentiva e ajuda a sermos melhores. Passados 5 anos, pretendo agradecer a todos aqueles que estiveram presentes nesta longa caminhada desde o início e aos que apareceram durante o caminho e que acreditaram plenamente que este dia iria chegar. É com um enorme orgulho que vos deixo o meu maior, profundo e sincero agradecimento.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Araújo, um agradecimento muito especial por toda a exigência, sinceridade, disponibilidade, compreensão, energia, motivação, dedicação, apoio e pela partilha de conhecimentos que contribuíram para o meu enriquecimento profissional.

Às minhas companheiras académicas, por me compreenderem melhor do que ninguém, por serem o meu suporte e auxílio desde o primeiro dia, por vibrarem com as minhas vitórias, por toda a tranquilidade transmitida, por toda a partilha, ajuda, presença, força e companheirismo.

Aos meus pais, os pilares da minha vida, por me terem proporcionado esta incrível oportunidade, por depositarem em mim toda a confiança, pelo apoio, paciência, encorajamento e amor incondicionais, neste longo e árduo percurso da minha vida académica.

Ao meu namorado e amigo, por ser o meu porto seguro, por ter sempre uma palavra reconfortante, pela presença, amparo e motivação imensuráveis, por me incentivar sempre a nunca desistir, porque “eu sou capaz e vou conseguir”, por todo o seu amor e por tudo.

À minha família: avó, tias, tios, prima pelo apoio e preocupação incondicionais, por vibrarem com as minhas conquistas tanto ou mais do que eu, por serem o meu suporte, por me motivarem e torcerem por mim, por tudo o que têm feito por mim e para mim.

Às minhas fiéis amigas e companheiras de vida, Carol, Diana e Pacheco por compreenderem todos os “não posso”, por me ouvirem e aconselharem nos momentos mais vitoriosos e dramáticos, pela amizade e por tudo.

Muito obrigada!

*“Não basta dar os passos que nos devem levar um dia aos objetivos,
cada passo deve ser ele próprio um objetivo em si mesmo,
ao mesmo tempo que nos leva para diante.”*

Johann Goethe

RESUMO

Nos últimos anos, vários estudos têm documentado o risco acrescido dos estudantes universitários para o desenvolvimento de perturbações emocionais e para a manutenção de níveis elevados de stress, ansiedade e depressão. As intervenções somatopsíquicas têm ganho relevo na atualidade, contudo há poucos estudos que comprovem a sua eficácia. Deste modo, este estudo pretende avaliar a viabilidade dos grupos de movimento com estudantes universitários, para condução posterior de um estudo randomizado controlado RCT. Para tal, este estudo terá como objetivos: 1) avaliar a procura do programa, 2) a aceitabilidade da intervenção e o 3) impacto preliminar ao nível da consciência interoceptiva, bem-estar, depressão, ansiedade, stress e nas dificuldades de regulação emocional. Foram usadas diferentes medidas e instrumentos para a recolha de dados, nomeadamente indicadores de recrutamento, características dos estudantes inscritos (n=45) e não inscritos no programa, participantes assíduos e não assíduos, os obstáculos à inscrição/participação e indicadores de satisfação. Foram ainda usadas as escalas MAIA, EADS-21, PANAS, SWLS e EDRE, bem como dados qualitativos a partir da realização de entrevistas para avaliação preliminar das mudanças somatopsíquicas. Os resultados sugerem aceitabilidade da intervenção por parte dos estudantes universitários e um impacto positivo dos grupos de movimento ao nível das diferentes dimensões da consciência interoceptiva. Contudo, e tal como noutros estudos com esta população, registaram-se dificuldades na adesão dos participantes. Os resultados qualitativos sugerem várias potencialidades destes grupos noutras dimensões de impacto não avaliadas quantitativamente, nomeadamente ao nível da maior abertura ao novo, adoção de novos comportamentos de autorregulação, maior perceção de si mesmos, nomeadamente dos seus limites, sentimento de maior liberdade entre outras conquistas pessoais e interpessoais. Este estudo revela ser um contributo para o estudo da efetividade terapêutica dos grupos de movimento.

Palavras-chave: Aceitabilidade; grupos de movimento; estudantes universitários; consciência interoceptiva; distress; regulação emocional

ABSTRACT

In the last years several studies have documented the increased risk of university students for the development of emotional disturbances and for keeping high levels of stress anxiety and depression. The psychosomatic interventions have won relevance today, however few studies prove their effectiveness. So this study wants to assess the viability of movement groups with university students, to later conduct a controlled randomized study, an RCT study. For that, this study has like purposes 1) rate the search for the project 2) the commitment to the intervention and 3) the inicial impact of the interoceptive awareness level, the well-being, the depression, the anxiety, the stress and the difficulty of emotional regulation. It have been used different measures and tools to collect the data, namely recruitment indicators, characteristics of the signed up students (n=45) and non signed up in the program, assiduous and non assiduous participants the obstacles to the registration/participation and satisfaction indicators. It has also been used the MAIA, EADS-21, PANAS, SWLS and EDRE scales as well as qualitative data through doing interviews for the preliminar evaluation of psychosomatic changes. The obtained results suggest acceptability of the intervention by the university students and a positive impact of the movement groups on the different dimensions of interoceptive awareness levels. Though and like other studies with this population have been registered difficulties in the accession of the participants. The qualitative results hint to various potentialities of this groups in other dimensions of impact not quantitatively evaluated, mainly a terms of greater openness to new things, adoption of new self-regulation behaviors, greater perception of themselves, particularly their limits, feeling of greater freedom among other achievements. people and interpersonal. This study shows to add up to the therapeutic effectiveness for the study of movement groups.

Keywords: Acceptability; movement group; university students; interoceptive awareness; distress; emotional regulation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
MÉTODO	9
Desenho Metodológico.....	9
Recrutamento	9
Participantes	9
Procedimentos	10
Programa de Intervenção.....	11
Medidas de Avaliação Primárias	15
Medidas de Avaliação Secundárias	16
<i>The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)</i>	16
<i>Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)</i>	17
<i>Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS)</i>	18
<i>Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)</i>	19
<i>Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)</i>	19
Outras medidas de Avaliação Qualitativa	20
Viabilidade da Intervenção	20
Aceitabilidade da intervenção	20
Procedimentos de análise de dados	21
RESULTADOS	23
Viabilidade da Intervenção	23
Aceitabilidade da intervenção	25
Impacto preliminar.....	34
Resultados Qualitativos	37
DISCUSSÃO	42
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

EADS – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress

EDRE - Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

GE – Grupo Experimental

GC – Grupo controlo

MAIA - The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness

RE – Regulação Emocional

SWLS - Escala de Satisfação com a Vida

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1. Diafragma de fluxo sobre os participantes do estudo.....	10
Tabela 1. Breve descrição da intervenção, objetivos e principais exercícios	13
Tabela 2. Descrição dos instrumentos usados no presente estudo.....	16
Tabela 3. Diferenças entre Inscritos e Não inscritos nas V. sociodemográficas.....	23
Tabela 4. Presença distribuída ao longo da intervenção completa.....	25
Tabela 5. Número de sessões atendidas por cada participante.....	26
Tabela 6. Diferenças entre assíduos e não assíduos nas V. sociodemográficas.....	26
Tabela 7. Diferenças entre assíduos e grupo controlo nas V. sociodemográficas.....	29
Tabela 8. Obstáculos para a participação na intervenção para os grupos não participantes e desistentes.....	32
Figura 2. Satisfação dos participantes com as sessões e intervenção no geral	34
Tabela 9. Tipos de mudanças identificadas pelos participantes do programa de intervenção.....	40

INTRODUÇÃO

O presente estudo pretende avaliar a viabilidade dos grupos de movimento, uma técnica de trabalho grupal da psicoterapia corporal alicerçada nos pressupostos do pensamento de Wilhelm Reich, com estudantes universitários. A pandemia COVID-19 surgiu em 2020 e as tentativas de controlar o seu contágio e de reduzir a morbilidade e mortalidade associadas implicaram medidas de distanciamento social e isolamento, com consequências diversas para a vida dos indivíduos, a nível pessoal, familiar, social e económico. Estas medidas tiveram um impacto ao nível da saúde mental da população, sendo que é extensa a literatura que nos últimos dois anos tem relatado um aumento dos níveis de ansiedade, depressão e stress na população geral, mas especialmente nos estudantes universitários (Bruin, 2020; Chen et al., 2021; Dawson et al., 2020; Schmidt et al., 2020; Zhou et al., 2020). Os níveis de depressão, ansiedade e stress mantiveram-se elevados no período pós-pandémico nos estudantes (Sauvage et al., 2021).

Desta forma, e em função da necessidade de se intervir precocemente no âmbito da promoção da saúde mental com estudantes universitários e da escassez de estudos ao nível da eficácia dos grupos de movimento, o objetivo deste estudo é avaliar a viabilidade dos grupos de movimento com esta população para condução posterior de um estudo RCT. Pretende-se avaliar não só a procura do programa por parte dos estudantes, assim como a aceitabilidade da mesma, bem como o seu impacto preliminar ao nível da consciência interoceptiva, bem-estar, depressão, ansiedade, stress e nas dificuldades de autorregulação.

A apresentação desta dissertação está dividida em cinco secções. Primeiramente, o enquadramento teórico, onde é apresentada a revisão da literatura, os objetivos e hipóteses do estudo. Seguidamente, é apresentado o método que inclui a caracterização dos participantes, das medidas dos instrumentos administrados e os procedimentos utilizados. Na secção seguinte são apresentados os resultados obtidos e as respetivas análises. Posteriormente, foi realizada a discussão dos resultados obtidos. Por fim, é apresentada a conclusão do estudo.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Grupos de Movimento

O final da década de 1960 foi marcado por intensos movimentos político-sociais, cujo lema central era a liberdade de expressão, influenciando assim os mais diversos campos de conhecimento. Perante tal fervor social, as intervenções terapêuticas grupais foram reformuladas sob a influência das “técnicas do potencial humano”, enfatizando formas de trabalho não verbais, tendo o corpo como foco (Saidon, 1983). Com o corpo a assumir um novo destaque, foram recuperadas determinadas ideias e técnicas já presentes nas obras de Wilhelm Reich, o precursor da Psicoterapia Corporal. Reich levou o conceito freudiano de neurose atribuído à repressão sexual a outro plano, considerando que a repressão se dava não apenas no plano psíquico, mas também no físico, chegando à descoberta do que designou de couraças musculares (Volpi, 2004). As couraças foram caracterizadas pelo autor por tensões crônicas que protegem o indivíduo de situações ameaçadoras e que influenciam a sua vida de forma a inibir o fluxo de energia. Dentro dessas couraças, Reich definiu sete segmentos localizados em áreas específicas do corpo como: ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico. Cada couraça influencia o corpo de determinada maneira, impedindo as reações naturais e espontâneas do indivíduo. De acordo com Reich, o indivíduo encouraçado apresenta vários sintomas somáticos que podem interferir significativamente no seu ajustamento psicológico. As patologias surgirão em locais do corpo onde há uma carência de energia e forte tensão muscular, ou seja, onde há a presença de uma couraça. As ideias de Reich foram incentivadas pela importância dada à busca do prazer, liberdade e pela procura de expressão como condições de equilíbrio e saúde, procurando que o indivíduo entrasse em contato com o seu próprio corpo, a fim de que pudesse ganhar consciência das suas tensões musculares e dos bloqueios existentes no próprio corpo (Volpi, 2004).

Vários autores deram continuidade às ideias de Reich como, por exemplo, Alexandre Lowen e Frederico Navarro (Romão & Silva, 2018), aplicando estratégias como a meditação e atenção plena ao corpo (estratégia hoje em dia muito utilizada nas terapias cognitivo- comportamentais de terceira geração, como por exemplo as terapias baseadas no Mindfulness), o grounding, que se caracteriza como o processo energético que faz com que o indivíduo tenha contacto com o solo e com o seu próprio corpo e a vegetoterapia, que consiste no uso da estimulação física, nomeadamente das massagens, com a intenção de estimular e mobilizar as couraças no tratamento da

ansiedade e depressão (Romão & Silva, 2018). Para Lowen (1977), quando o indivíduo entra em contacto com a sua energia corporal, a designada bioenergia, energia básica que motiva todas as ações do organismo, poderá usá-la de maneira adequada, estimulando a vibração do mesmo e a mobilização das couraças, promovendo bem-estar e diminuição do nível de stress e depressão.

Os avanços atuais das neurociências corroboram as descobertas de Reich e dos seus seguidores. A ideia defendida por Damásio (2017) é que o corpo e o cérebro estão interligados numa interação contínua que se desdobra no tempo, dentro de diferentes regiões do corpo e também dentro do espaço mental. Estados mentais causam estados cerebrais, que causam estados corporais. Os estados do corpo são então mapeados no cérebro e incorporados nos estados mentais em curso. Uma pequena mudança no cérebro pode ter grandes consequências para o estado do corpo, da mesma forma, uma pequena mudança no corpo pode ter um grande efeito no cérebro. Desta forma, as intervenções corporais aliam os benefícios do movimento corporal nos seus efeitos imediatos na elevação do humor (Boecker, 2008), com a potencialidade de contribuir para o aumento da consciência interoceptiva. Os modelos de intervenção que integram a intervenção somática e a respetiva articulação com a dimensão psicológica, abrem novos caminhos para que as pessoas, pouco a pouco, se consigam religar a si mesmas (Van Der Kolk, 2020).

Segundo a Teoria do Embodiment, nomenclatura inventada por Valera, Thompson e Rosch (1991) que tem sido prioritariamente utilizada pela ciência para estudar o papel do corpo nas funções mentais superiores, não só pela psicologia e ciência cognitiva (Barsalou, 1999; 2008), mas também noutros âmbitos da ciência como o da robótica (Brooks, 1991) e na neurociência (Damasio, 1994), o nosso conhecimento forma-se por meio da interação de estados sensoriais e estados motores que ocorrem juntos com as experiências que vivemos e as emoções que sentimos diariamente (Barsalou, Niedenthal, Barbey & Ruppert, 2003). Desta forma, os estados preceptivos e corporais são armazenados em áreas sensoriomotoras do cérebro podendo ser resgatados posteriormente. Sendo assim, estados corporais são constituintes da cognição e, portanto, os estados corporais podem desencadear estados cognitivos e vice-versa (Barsalou, 1999).

Os grupos de movimento, enquanto intervenções somatopsíquicas, que estimulam estados sensoriais e motores num processo de atenção plena, têm como objetivo conduzir o participante num processo de sensibilização e consciencialização

corporal, de modo a melhorar a sua perceção de si mesmo, recuperar a vitalidade e o bem-estar, resgatando a capacidade de expressão emocional (Gama & Rego, 1996). Para Sofiati (1993), o grupo de movimento, para além de permitir centrar o foco da atenção no corpo, respeitando a singularidade de cada participante, permite criar um espaço em que, por meio dos sons, gestos, olhares, expressão da raiva, da dor e da angústia, a interpersoalidade pode ser experimentada de novas formas, produzindo mudanças na relação do participante consigo próprio e com o mundo que o rodeia. Pode ser visto também como um trabalho preventivo, psicoprofilático, pois dá ao indivíduo a possibilidade de autoconhecimento através da própria linguagem expressiva do organismo, dificilmente traduzível em palavras. Possibilita que cada participante caminhe “em direção à espontaneidade e à descarga energética e emocional” (Gama & Rego, 1996, p.18). Os grupos de movimento integram diferentes tipos de estratégias para além de exercícios próprios da psicoterapia corporal, tais como: técnicas de teatro, dança, educação física, biodança, expressão corporal, exercícios expressivos, diversas técnicas orientais, entre outras. (Gama & Rego, 1996, p.15).

Na revisão de literatura realizada por Nogueira e Albertini (2014) sobre a aplicação dos grupos de movimento, constata-se que estes têm sido aplicados a participantes de perfis diversos, com objetivos que não se restringem à esfera da psicoterapia, abrangendo também aspetos mais preventivos e educacionais e que apesar da presença de contribuições positivas desencadeadas pelo grupo de movimento, denota-se o facto de ser uma metodologia de intervenção ainda em construção, com lacunas em termos da quantidade e rigor científico dos estudos existentes de avaliação da sua efetividade terapêutica.

Intervenções somatopsíquicas e sua eficácia com estudantes universitários

Apesar de não terem sido encontrados estudos que comprovem a eficácia dos grupos de movimento em estudantes universitários, existem vários estudos avaliam a eficácia de intervenções somatopsíquicas com estudantes universitários, nomeadamente as Terapias de Dança e Movimentos (DMT), com evidências da sua eficácia na diminuição dos sintomas depressivos e na ansiedade e na melhoria da qualidade de vida e das habilidades interpessoais e cognitivas dos estudantes (Kosh et al., 2019; Ranker, 2016).

Há atualmente evidências que os programas de intervenção que se baseiam no desenvolvimento da atenção plena, nomeadamente a capacidade de os indivíduos manterem a sua atenção na experiência corporal vivenciada com uma postura de abertura, curiosidade e de autocompaixão, ajudam a melhorar o bem-estar e a regulação emocional (Kabat-Zinn, 1990; Bishop et al., 2004). É unânime a opinião de diversos autores a respeito de que alterações fisiológicas provocam alterações nos processos emocionais e vice-versa, o que demonstra a ligação entre corpo e mente (Cruz & Júnior, 2011).

A eficácia destas intervenções pode variar devido a diversos fatores, como a abordagem específica utilizada, a cultura e características dos estudantes e do ambiente universitário, assim como a participação e adesão dos mesmos. Vários estudos são controlados para avaliar a eficácia destas intervenções e fornecer evidências sobre quais as abordagens mais eficazes. Em geral, a abordagem mais eficaz para a redução de problemas de saúde mental nos estudantes universitários são a combinação de estratégias preventivas, como programas de apoio e políticas institucionais que promovam o bem-estar mental e emocional dos estudantes. Contudo, as intervenções de relaxamento e intervenções baseadas em Mindfulness e meditação foram apontadas como as segundas mais eficazes nesta população (Conley, Shapiro, Kirsch & Durlak, 2017; Rogehr et al., 2013), o que sugere a importância da integração corpo-mente nas intervenções.

O papel da consciência interoceptiva

Uma das possíveis explicações para o sucesso das abordagens somatopsíquicas relaciona-se com o facto de os estudos demonstrarem, que o desenvolvimento da consciência interoceptiva está associado a maiores níveis de autorregulação e consequentemente, níveis mais baixos de sintomatologia ansiosa, depressiva e stress (Price & Hooven, 2018).

Assiste-se hoje a um crescente interesse na conexão entre a interoceptividade e os sintomas depressão e ansiedade (Domschke, Stevens, Pfliegerer, & Gerlach, 2010; Paulus & Stein, 2010). Há evidência científica de que pessoas mais sintonizadas com os seus sinais interoceptivos são mais competentes a ler os seus próprios sentimentos emocionais e a regular as suas respostas emocionais (Craig, 2015; Füstös, Gramann, Herbert, & Pollatos, 2013). A consciência interoceptiva diz respeito não só à percepção dos sinais que têm origem no interior do corpo (sinais viscerais), tais como a fome, a

respiração e o ritmo cardíaco, que representam os estados do mesmo (Khalsa & Lapidus, 2016) como também à capacidade de a pessoa perceber e processar de forma competente os sinais fisiológicos que se originam no seu corpo. Atualmente acredita-se que a consciência corporal interoceptiva tem um papel na sobrevivência ao permitir respostas reguladas às sensações que estão relacionadas com a integridade corporal e física e às sensações emocionais que estão mais direcionadas para a integridade social (Price & Hooven, 2018). A consciência interoceptiva parece facilitar o uso de estratégias de regulação emocional, ou seja, estratégias adaptativas que pressupõem uma relação coerente com o eu, mais especificamente uma comunicação eficaz entre corpo, mente e sentimento (idem). Neste sentido, é possível desenvolver a percepção e utilização dos sinais corporais interoceptivos, o que se traduz em melhorias na consciência corporal, autorregulação emocional e no bem-estar psicológico.

A ligação entre a consciência interoceptiva e o stress em estudantes universitários, ainda é um campo em crescimento, uma vez que a compreensão destes dois fatores pode ter implicações para a promoção da saúde mental dos mesmos. O stress é desencadeado a partir de “stressores” vindos do meio externo, do ambiente social, e do mundo interno (Monteiro, Freitas & Ribeiro, 2007). No ambiente académico, os “stressores” podem ser vividos pelos estudantes de forma excessiva, traduzindo-se em ansiedade, depressão, má qualidade do sono, baixo desempenho académico, abuso de álcool e substâncias, redução da satisfação com a vida, perda de autoconfiança, redução da qualidade de vida e perturbações psicológicas ou ideações/tentativas de suicídio (Bore, Kelly & Nair, 2016). Contudo, se um estudante é altamente consciente das suas respostas fisiológicas ao stress, como por exemplo, o aumento dos batimentos cardíacos, a tensão muscular, entre outros, pode ser capaz de refletir antecipadamente sobre estes sinais e adotar estratégias que sejam eficazes para ultrapassar estas situações (Paulus & Stein, 2010).

A ansiedade pode ser definida como um estado adaptativo perante situações de stress, num momento de perigo real ou imaginário, podendo ser dividida em ansiedade estado e ansiedade traço. A primeira refere-se a estados passageiros, transitórios enquanto a segunda, refere-se a características mais estáveis, relacionadas a indivíduos mais reativos (Cabral & Nardi, 2012). Estudos demonstram que a ansiedade tem aumentado significativamente na população humana, incluindo sobretudo a categoria dos estudantes universitários (Cabral & Nardi, 2012). A consciência interoceptiva e ansiedade também tem uma forte ligação, uma vez que, estudantes que

tenham baixa consciência interoceptiva, são mais vulneráveis a desenvolver ansiedade e preocupação excessiva (Domschke et al., 2010).

O desenvolvimento de sintomas depressivos é diferente das flutuações regulares de humor e das respostas emocionais diárias, especialmente quando se apresentam com longa duração e com intensidade moderada ou grave, podendo-se tornar numa condição séria de saúde. Leva o indivíduo a um grande sofrimento e disfunção no meio académico, no trabalho e no ambiente familiar, podendo até levar ao suicídio (OMS, 2017). A consciência interoceptiva tem sido associada a várias condições de saúde mental, e a depressão não é exceção. Esta pode desenvolver um papel fundamental na capacidade do indivíduo ser capaz de identificar e interpretar as suas próprias emoções. Um estudante com uma baixa consciência interoceptiva pode sentir dificuldade em perceber os seus estados emocionais, tornando-se desta forma mais vulneráveis a desenvolver sintomas depressivos (Paulus & Stein, 2010).

A regulação emocional (RE) pode ser definida como as tentativas dos indivíduos para influenciarem suas emoções, de perceber quando as têm e de perceber a maneira como estas se expressam (Gross, 2015). O processo de regulação emocional é dividido em três fases: a identificação da emoção, a seleção de uma estratégia e a implementação da estratégia selecionada (Pellisson & Boruchovitch, 2022). A consciência interoceptiva é considerada um componente fundamental para a RE, uma vez que indivíduos que sejam mais conscientes das suas sensações corporais, poderão identificar com maior facilidade os sinais iniciais de emoções mais intensas, e desta forma, conseguem responder de forma mais adaptativa a essas mesmas emoções (Kever et al., 2015, Pollatos et al., 2007 & Werner et al., 2010).

De acordo com a meta análise de Rosendahl, Sattel e Lahmann (2021), apesar da crescente relevância da aplicabilidade de elementos do paradigma da mente corporificada, a psicoterapia corporal parece ainda não ser uma opção de tratamento bem estabelecida, podendo isto se dever a uma das lacunas observadas de não haver estudos que comprovem a sua eficácia.

Necessidade de Intervir de forma preventiva

As instituições de ensino superior constituem-se como agentes privilegiados de promoção do bem-estar e de saúde mental dos membros da sua comunidade, particularmente dos seus estudantes (Alexandre, et. al., 2022). A entrada no ensino superior é um momento de várias mudanças na vida dos estudantes, que, na maior

parte das vezes, estão associadas a desafios desenvolvimentais inerentes à entrada na fase do adulto emergente (Arnett, 2004). Quando os estudantes entram para o ensino superior é comum apresentarem medos e angústias relacionados com estes novos desafios, relacionados com a necessidade de autonomia crescente, o estabelecimento de novas relações, a pressão académica, entre outros aspetos relacionados com a etapa desenvolvimental (Castro, 2017).

Face ao risco acrescido dos estudantes universitários para o desenvolvimento de perturbações emocionais e perante a manutenção de níveis elevados de stress, ansiedade e depressão dos estudantes universitários neste período pós-pandémico (Wang et al., 2022), torna-se imperioso pensar-se em novas intervenções de cariz profilático, eficazes de promoção da saúde mental.

Desta forma, e em função da necessidade de se intervir precocemente em estudantes universitários ao nível da sua saúde mental e da escassez de estudos ao nível da eficácia dos grupos de movimento, pretende-se avaliar a viabilidade dos grupos de movimento com estudantes universitários, para condução posterior de um estudo RCT. Para tal, este estudo terá como objetivos 1) avaliar a procura do programa, 2) a aceitabilidade da intervenção e o 3) impacto preliminar ao nível da consciência interoceptiva, bem-estar, depressão, ansiedade, stress e nas dificuldades de autorregulação.

MÉTODO

1.1 Desenho Metodológico

Este estudo trata-se de um estudo piloto de viabilidade de um programa de intervenção, recorrendo a métodos mistos de avaliação.

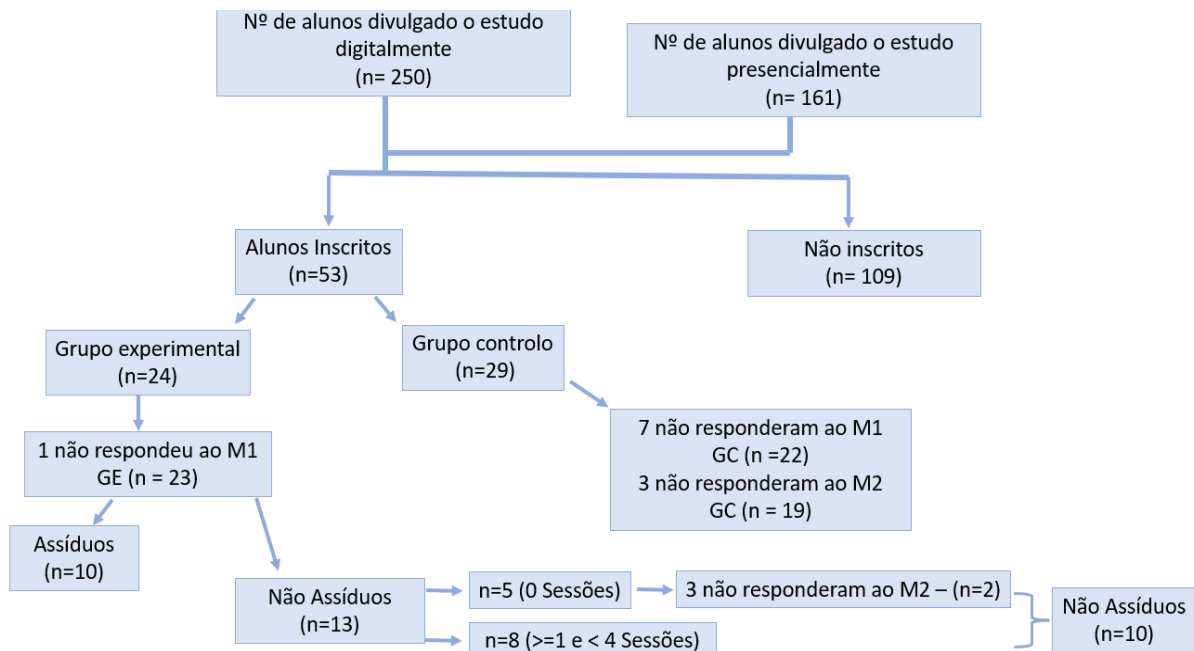
1.2 Recrutamento

Este estudo foi divulgado a todos os estudantes universitários do 1º e 2ª ano do 1º ciclo de estudos em Psicologia e em Educação Social e do 1º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Departamento de Psicologia e Educação. Foram excluídos os estudantes do 3º ano do 1º ciclo de estudos em Psicologia e em Educação Social e do 2º ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, pelo facto do estudo ter uma duração superior à duração prevista para a permanência destes estudantes na universidade. No que diz respeito a outros critérios de inclusão, foi adoptado o critério de ter dezoito ou mais anos e dominar a língua portuguesa. Não foram aplicados outros critérios de exclusão, uma vez que os grupos de movimento podem ser adaptados a qualquer pessoa. A versatilidade dos grupos de movimento faz com que não haja qualquer restrição, podendo o terapeuta adaptar a sequência às características dos participantes (Nogueira, 2010), mesmo que sejam limitações físicas.

1.3 Participantes

O estudo foi divulgado de forma presencial a 161 estudantes, num universo de 250 estudantes, que puderam ter conhecimento do estudo através da plataforma digital moodle. Foram 53 os estudantes que se inscreveram, no espaço de 2 semanas, no programa de intervenção, tendo sido divididos de forma aleatória em 2 grupos, grupo experimental (n=24) e grupo controlo (n=29). Os estudantes que não se inscreveram no programa, mas que aceitaram participar no estudo foram 109, conforme a seguinte figura representa.

Fig. 1 Diafragma de fluxo sobre os participantes do estudo



Dos estudantes inscritos, 8 estudantes não participaram no primeiro momento de recolha dos instrumentos de medida, ficando assim uma amostra válida de 45 participantes inscritos, aleatorizados em dois grupos: 23 participantes no grupo experimental e 22 participantes no grupo controlo: 44 do sexo feminino (97,8%) e 1 do sexo masculino (2,2%), com idades compreendidas entre os 18 e os 42 anos ($M = 21.87$, $DP = 4.490$). Dos participantes inscritos 19 não praticam qualquer tipo de exercício físico (42,2%) e 26 praticam (57,8%), 37 participantes não estavam a ter nenhum tipo de intervenção psicológica (82,2%) sendo que 8 encontravam-se em processos de acompanhamento psicológico (17,8%).

1.4 Procedimentos

Após pedido de aprovação da presente investigação à Comissão de Ética da Universidade Portucalense, o recrutamento dos participantes foi feito inicialmente através da divulgação do estudo de modo presencial pelas turmas do primeiro e segundo ano da licenciatura em Psicologia e Educação social e 1º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Nesta divulgação, foram apresentados os objetivos do estudo, o descritivo do programa de intervenção e as tarefas inerentes à respetiva participação e direitos dos participantes. Foi de seguida realizada divulgação através da plataforma moodle para todos os estudantes inscritos nos anos atrás mencionados. A inscrição para o programa de intervenção foi realizada através de um formulário de

inscrição distribuído em formato de papel e disponibilizado também na plataforma online. O período ativo de inscrição durou 2 semanas. Finalizado este período, os elementos inscritos foram randomizados aleatoriamente, através do site “www.Randomizer.com” em 2 condições: os participantes que iriam frequentar o grupo de movimento e os estudantes que ficariam em lista de espera (grupo de controlo). A participação implicou, em qualquer caso, o preenchimento de um consentimento informado, livre e esclarecido, para participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia, garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos, assegurando a liberdade dos participantes para aceitar ou rejeitar a participação no estudo e fornecendo informação sobre a investigação e os seus objetivos.

Uma semana antes do início da intervenção foi realizada a recolha de dados respeitante ao primeiro momento (M0), através de um questionário online com recurso à plataforma Google Forms, enviado a todos os participantes inscritos.

A recolha de dados do pós-teste ocorreu nas 2 semanas imediatamente após a finalização do grupo de movimento (M1) tendo sido enviado a todos os participantes o link para preenchimento do protocolo de investigação. A dificuldade na recolha dos dados fez com que esta fosse alargada mais 2 semanas do que o período inicialmente previsto. A recolha de dados em follow-up (3 meses após a finalização), por motivos relacionados com o tempo útil desta dissertação, não será considerada para efeitos de análise deste trabalho.

1.5 Programa de intervenção

O programa de intervenção foi implementado a 2 grupos entre a data 12/04/2023 e 21/06/2023, nos seguintes horários: quartas-feiras das 14h às 15h30 e das 18h às 19h30. Estes horários foram os escolhidos preferencialmente pelo maior número de estudantes no formulário de inscrição. Ao grupo em lista de espera foi dada a possibilidade de participar numa segunda edição do grupo de movimento. O programa teve a duração de 8 sessões, com duração de 90 minutos cada uma. Cada sessão incluiu três momentos: aquecimento, experiênciação, ou seja, trabalho mais aprofundado ao nível de um segmento corporal selecionado e, por fim, a integração verbal das experiências vivenciadas durante a sessão.

A estrutura do programa baseou-se na proposta básica do grupo de movimento de Gama e Rego (1996), tendo a seguinte sequência:

1ª sessão: Apresentação, aquecimento e respiração (Objetivos: apresentar os objetivos do programa e a sua fundamentação; facilitar a integração dos diferentes participantes e criar um contexto de grupo seguro e convidativo à experimentação; iniciar o trabalho corporal a partir da mobilização da respiração e promoção da consciência do seu efeito ao nível das sensações corporais).

2ª Sessão: Respiração (Objetivos: Promover a compreensão do ciclo respiratório e favorecer a experimentação de diferentes ritmos e tipos de respiração).

3ª Sessão: Pés e pernas (Objetivos: Promover o contacto com a realidade, do corpo com o solo e favorecer a experimentação de diversas formas de andar).

4ª Sessão: Pelve (Objetivos: Promover o conhecimento da pelve não como repressão, mas sim como algo sublime e vital).

5ª Sessão: Tronco e Braços (Objetivos: Promover o desbloqueio da couraça torácica).

6ª Sessão: Cabeça e Pescoço (Objetivos: Promover a consciência das sensações corporais sentidas através destes dois membros corporais).

7ª Sessão: Trabalho integrando do corpo todo (Objetivos: Inteirar as partes todas num todo harmónico e orgânico).

8ª Sessão: Trabalho integrando o corpo todo e encerramento.

Em cada sessão foi realizada uma sequência de exercícios bioenergéticos no sentido de ajudar cada participante a entrar em contacto com o seu corpo, a perceber as regiões tensas do seu corpo e bloqueios musculares e a explorar formas de regular as suas emoções através do movimento consciente e da respiração. Estes exercícios quando aplicados em grupo aliviam a pressão interna através da expressão de tensões emocionais bloqueadas, oferecendo conforto e bem-estar e novas experiências de interpessoalidade, num ambiente social seguro e de saudável troca afetiva.

Tabela 1. Breve descrição da intervenção, objetivos e principais exercícios.

Sessão	Objetivos	Principais Exercícios
1. Apresentação e enquadramento do programa	Promover o conhecimento interpessoal dos diferentes participantes e estimular o desenvolvimento de um sentido de unidade grupal; promover um clima de confiança para a exploração da experiência corporal;	Cada participante escolhe o modo de dizer o próprio nome que expresse quem é e como está neste momento; caminhar pela sala, deixando a respiração fluir e soltando o que a bloqueia; observar o outro, mantendo diferentes intensidades de contacto ocular; Perceber os limites com o outro (2 a 2) através das sensações físicas desencadeadas pela aproximação corporal do outro; Sentir os próprios limites com o exercício da imaginação da sua bolha;
2. Respiração	Promover a compreensão do ciclo respiratório e favorecer a experimentação de diferentes ritmos e tipos de respiração;	Diferentes exercícios de respiração, colocando as mãos em diferentes partes do corpo, sentindo a expansão e contração; exercícios para estimular a respiração; o ritmo e intenção; exercícios de respirar em grupo.
3. Pés e pernas	Promover a tomada de consciência das sensações, sentimentos e emoções decorrentes do contacto dos pés e pernas com o mundo externo; promover o contacto com a realidade; explorar sensações de segurança/insegurança, sensação de estar seguro/medo de cair, liberdade de ir e vir/dificuldades em fazer o caminho.	Exercícios de alongamentos dirigidos aos pés e pernas; de automassagem nos pés; de pisar irregularidades; experimentar diferentes, modalidades de marcha (apoiado no calcanhar, ponta dos pés, apoio lateral); de imitar modos de andar de diferentes personagens (soldado, alcoolizado, rei/rainha) e elemento do grupo; andar com diferentes atitudes (andar tímido, apressado, irritado, orgulhoso) com atenção plena ao corpo, emoções e pensamentos.
4. Zona Pélvica	Promover a tomada de consciência dos processos de flexibilidade e de mobilidade desta parte do corpo. Tomada de consciência das sensações associados à intimidade, prazer, vergonha, libertação/contenção, explosão/implosão. Promoção da experiência de dar e receber associada ao processo de inspiração/expiração.	Exercícios de movimento da bacia (mover a pélvis para a frente e para trás); Movimentos com a pélvis (círculo horizontal no ar, movimentos na forma de 8); massajarem a zona Pélvica no colchão sentindo os seus ossos, saliências, pontos dolorosos; exercícios pélvicos a partir dos ritmos musicais; exercícios de projeção pélvica (deitarem-se no chão com a barriga para cima e pés no chão, e levar o umbigo em direção ao teto, e depois soltar).

5. Tronco e braços	Promover a tomada de consciência dos processos de flexibilidade e de mobilidade desta parte do corpo. Tomada de consciência das sensações associados às diferentes partes do corpo nesta região.	Exercícios de experimentação de diferentes formas de andar com os braços em diferentes posições; exercícios de contração e expansão do tórax à medida que sincronizam com a respiração; Exercícios expressivos (postura de defesa contra algo); exercício da caixa de música e marioneta.
6. Cabeça e pescoço	Promover a tomada de consciência do processo de contacto com o mundo através do olhar, cheirar e deglutir. Promover a tomada de consciência dos processos de flexibilidade e de mobilidade desta parte do corpo; tomada de consciência das sensações associados às diferentes partes do corpo nesta região; tomada de consciência dos órgãos sensoriais.	Exercícios de movimentação do pescoço (frente /trás, para os lados); Exercício de consciência dos olhos. Convidar os participantes a movimentar os olhos em diferentes direções; emitir diferentes tipos de sons e com diferentes intensidades); Tomar consciência de bloqueios; exercícios de massagem individual da face, couro cabeludo e pescoço. Exercícios de expressões faciais, convidar os participantes a fazerem caretas, em duplas, sendo que o outro imita e depois invertem os papéis.
7. Integrando o corpo todo	Promover o processo de integração das diferentes regiões do corpo num todo harmonioso.	Sequência global de alongamentos em sincronia com a respiração consciente; implementar movimentos com as articulações periféricas e depois ir acrescentando as restantes articulações de forma progressiva e gradual; exercícios lúdicos, como por exemplo, escolher um animal e imitá-lo com todo o corpo, através do movimento e dos sons.
8. Encerramento	Promover o processo de integração das diferentes regiões do corpo num todo harmonioso. Integrar o processo experiencial	Exercícios de aquecimento/ alongamentos; recordar os diferentes exercícios realizados ao longo das sessões e selecionar alguns em função da intenção que cada um traz para a sessão; Realização de exercício psicodramático do percurso de cada participante no processo terapêutico, com identificação de marcos e/ou obstáculos.

1.6 Medidas

Foram usadas medidas de avaliação primárias para avaliar a viabilidade e aceitabilidade do programa de intervenção e medidas de avaliação secundárias para avaliar preliminarmente o impacto da intervenção ao nível da ansiedade, depressão, stress e dificuldades de regulação emocional nos estudantes universitários.

1.6.1 Medidas de Avaliação Primárias

Para avaliar a viabilidade dos grupos de movimento com estudantes universitários foi avaliada a taxa do recrutamento, e de adesão ao programa de intervenção. Foram também exploradas as características dos estudantes inscritos e não inscritos através dos dados sociodemográficos recolhidos a partir do questionário construído para o efeito. Este era composto por questões mais sociodemográficas tais como: idade, sexo, estado civil, escolaridade dos pais, nível de satisfação académica e por questões mais direcionadas a saúde como por exemplo: se apresenta alguma doença, se toma algum tipo de medicação, se pratica exercício físico se tem atualmente ou já teve acompanhamento psiquiátrico ou psicológico entre outras. (Ver Anexo 1)

Foram também avaliados os obstáculos ao recrutamento/participação, a partir de um questionário construído para o efeito, com 2 versões: uma para os estudantes que não se inscreveram no programa de intervenção, composta por 10 itens de cariz mais sociodemográfico e com motivos para a não participação/inscrição, medidos numa escala tipo likert de 4 pontos em que 1- Não concordo nada e 4- Concordo totalmente, e foi utilizada outra versão mais curta para os estudantes que desistiram do programa, composta por uma pergunta com 16 itens de resposta, com possíveis motivos de desistência do programa de intervenção, e respetiva escala de likert, e com uma pergunta de resposta aberta. As opções de resposta variaram entre 1= não concordo nada a 4= concordo totalmente. (Ver Anexo 2 e 3)

Para medir a aceitabilidade da intervenção foram usadas medidas quantitativas (taxa de assiduidade e de caracterização dos estudantes assíduos e não assíduos ao programa) e uma medida qualitativa, através da construção de um questionário para o efeito, tendo por base o questionário de Satisfação do Cliente (CSQ-8), (Attkinson, 1991; Traduzido e adaptado por Machado & Klein, 2002). As perguntas do questionário foram: “Em que medida os grupos de movimento satisfizeram as suas necessidades?”; “Se um

amigo demonstrasse interesse no tema/ conceito dos grupos de movimento, iria recomendar-lhe o nosso programa?"; "Acha que o programa o ajudou a identificar melhor o que sente e a lidar melhor com os seus problemas?"; "Qual é a sua satisfação com a quantidade de sessões realizadas?" entre outras. Constam no questionário perguntas de resposta mais aberta, nomeadamente: "Quais foram, para si, os maiores benefícios da participação no grupo de intervenção? O que lhe foi mais útil?"; "Quais foram os momentos/ atividades mais memoráveis para si?"; "Que outros temas e estratégias gostaria de ter abordado na intervenção?". (Ver anexo 4). Como medida adicional de aceitabilidade da intervenção, foi monitorizado a adesão de cada participante às sessões, havendo uma folha de presença com o nome de cada participante em cada uma das sessões.

1.6.2 Medidas de Avaliação Secundárias

Tabela 2. Descrição dos instrumentos usados no presente estudo

Instrumentos	Escala de resposta	Número de subescalas	Número de Itens
The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness - MAIA	Likert de 6 pontos	8	33
Escala de Ansiedade, Depressão e Stress - EADS-21	Likert de 4 pontos	3	21
Escala de Afetos Positivos e Negativos - PANAS	Likert de 5 pontos	2	20
Escala de Satisfação com a Vida - SWLS	Likert de 7 pontos	-	5
Escala de Dificuldades de Regulação Emocional - EDRE	Likert de 5 pontos	6	36

The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA, Mehling et al., 2012; tradução e adaptação Machorrinho et al, 2018);

É uma escala de autorrelato, composta originalmente por 32 itens e foi projetada para capturar as facetas multidimensionais da consciência interoceptiva incluindo oito subescalas diferentes: Perceber/Notar (tomada de consciência das sensações corporais confortáveis, desconfortáveis ou neutras), Não se distrair (reflete a tendência para não

evitar a tomada de consciência das sensações dolorosas ou desconfortáveis), Não se preocupar (tendência para manter o equilíbrio emocional face ao desconforto físico), Regulação atencional (mede a capacidade de sustentar e regular a atenção dedicada às sensações corporais), Consciência emocional (a capacidade de rapidamente tomar consciência de alterações emocionais no corpo), Autorregulação (medir a capacidade de lidar com as emoções negativas e focando a atenção para as sensações corporais), Escutar o corpo (capacidade de focar ativamente a atenção no corpo e obter experiências de Insight) e Confiança (experiência do corpo sentido como algo regulável e de confiança). Cada item é avaliado numa escala de Likert de 6 pontos que variam entre 0 - nunca e 6- sempre. Para este estudo foi usada a escala adaptada de Machorrinho (et al., 2018) para a população portuguesa de 33 itens. Face a terem sido encontrados valores de consistência interna muito variáveis para a amostra deste estudo, entre -.14 e .90, e alguns fatores propostos terem valores de consistência interna inaceitáveis, optou-se por recorrer à proposta de fatores da validação desta escala para a população portuguesa realizada por Salvador (et al., 2019), que propõem os seguintes 4 fatores: Fator 1- Regulação Atencional (itens 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17); Fator 2 - Consciência Emocional (itens 1, 2, 3, 18, 19, 20, 21, 22); Fator 3 - Escuta Corporal (itens 23, 25, 26, 27, 28, 29) e o Fator 4 - Confiança (itens 30, 31, 32). Na amostra total deste estudo, os alphas de Cronbach encontrados foram de .92 para a escala total, .80 para o fator Regulação atencional, .83 para o fator consciência emocional, .88 para o fator escuta corporal e .47 para o fator confiança, indicando uma elevada consistência interna à exceção do fator confiança. Por este motivo, não serão relatados os resultados relativos a este último fator.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21, Lovibond & Lovibond, 1995; Tradução e adaptação de Pais-Ribeiro & Leal, 2004));

A EADS organiza-se em três subescalas: Depressão, Ansiedade e Stress, incluindo cada uma delas sete itens, num total de 21 itens. Segundo Lovibond e Lovibond (1995) as subescalas foram desenvolvidas de modo que os fatores começaram por ser definidos em termos de consenso clínico e posteriormente foram refinadas em termos empíricos nomeadamente com recurso a técnicas de análise fatorial. Por sua vez, cada subescala inclui vários conceitos, nomeadamente: subescala Depressão: Disforia (dois itens); Desânimo, (dois itens); Desvalorização da vida (dois itens); Auto-depreciação (dois itens); Falta de interesse ou de envolvimento (dois itens); Anedonia (dois itens); Inércia (dois itens); subescala Ansiedade: Excitação do Sistema Autónomo (cinco itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (dois itens); Ansiedade

Situacional (três itens); Experiências Subjetivas de Ansiedade (quatro itens) e subescala Stress: Dificuldade em Relaxar (três itens); Excitação Nervosa (dois itens); Facilmente Agitado/Chateado (três itens); Irritável/Reação Exagerada (três itens); Impaciência (três itens). Cada item consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim” e “aplicou-se a mim a maior arte das vezes”. A EADS é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos. O resultado de cada subescala é obtido através da soma dos 7 itens correspondentes, onde as pontuações mais elevadas equivalem a estados emocionais mais negativos. Na validação deste instrumento para a população portuguesa, o alfa de Cronbach para a escala de depressão é de .85, .74 para a escala da ansiedade, e .81 para a escala de stress (Pais-Ribeiro et al., 2004). Na amostra deste estudo, os alphas de Cronbach encontrados foram de .95 para a escala total, .90 para subescala Depressão, .87 para a subescala Ansiedade e .86 para a subescala Stress, indicando uma elevada consistência interna.

Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS, Watson et al., 1988; Tradução e Adaptação de Galinha & Ribeiro, 1995);

Esta escala é composta por 20 itens que se repartem por dois fatores: afetos positivos e afetos negativos. Os itens são constituídos por adjetivos (ex. aflito, animado) com chaves de respostas em uma escala Likert de cinco pontos que variam de “nem um pouco” a “extremamente”. A escala foi desenvolvida e validada com base na escala PANAS (Positive Affects and Negative Affects Scale) de Watson, Clark e Tellegen (1988), apresentando índices adequados de consistência interna (.88 e .84) e evidências de validade. Na amostra total deste estudo, os alphas de Cronbach encontrados foram de .92 para a escala total, .90 para subescala Afetos positivos e .92 para a subescala Afetos Negativos, indicando uma elevada consistência interna.

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS, Diener et al, 1985, tradução e adaptação de Neto, Barros & Barros, 1990);

Esta escala é composta por cinco itens de autorrelato, cujo conteúdo avalia o nível de satisfação dos sujeitos. As respostas são dadas por meio de uma escala Likert de cinco pontos que variam entre “discordo plenamente” e “concordo plenamente”. A

SWLS tem mostrado uma forte consistência interna e uma moderada estabilidade temporal (Pavot & Diener, 1993). Diener e colaboradores (1985) referem um coeficiente alfa de .87 e no teste-reteste, após dois meses, um coeficiente de estabilidade de .82. Na amostra total deste estudo, os alphas de Cronbach encontrados foram de .79 para a escala total.

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE, Gratz & Roemer, 2004; tradução e adaptação de Veloso et al., 2010).

Esta escala avalia as dificuldades de regulação emocional, através de seis domínios: não aceitação das emoções negativas- Não aceitação (6 itens); incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experiência emoções negativas- Objetivos (5 itens); dificuldades no controlo de comportamentos impulsivos quando experiencia emoções negativas- Impulsos (6 itens); acesso limitado a estratégias de RE que são percebidas como efetivas- Estratégias (8 itens); falta de consciência emocional- Consciência (6 itens); ausência de clareza emocional- Clareza (5 itens), reportados numa escala de Likert de 5 pontos (1= quase nunca se aplica a mim; 2= algumas vezes aplica-se a mim; 3= metade das vezes aplica-se a mim; 4= a maioria das vezes aplica-se a mim; 5= aplica-se quase sempre a mim). No que concerne à sua cotação, os resultados de cada subescala correspondem à média das respostas dadas, enquanto o valor do score total resulta da soma dos scores de cada subescala. Cotações mais elevadas são indicativas de maiores dificuldades de regulação emocional. Na sua validação para a população portuguesa, a DERS demonstrou valores elevados de consistência interna ($\alpha = .92$) e uma boa fidelidade teste-reteste ($r_s = .82$). Na amostra total deste estudo, os alphas de Cronbach encontrados foram de .92 para a escala total, .91 para a subescala não aceitação das emoções negativas- Não aceitação, .47 para a subescala incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experiência emoções negativas- Objetivos, .81 para a subescala dificuldades no controlo de comportamentos impulsivos quando experiencia emoções negativas- Impulsos, .82 para a subescala acesso limitado a estratégias de RE que são percebidas como efetivas- Estratégias, .55 para a subescala falta de consciência emocional- Consciência e .13 para a subescala ausência de clareza emocional- Clareza. Face à fraca consistência interna nesta amostra nas subescalas, Objetivos, Consciência e Clareza, não serão relatados os resultados relativos a estas subescalas.

1.6.3 Outras medidas qualitativas

Questionário de Satisfação

Foi construído um questionário para perceber a satisfação dos participantes com o programa de intervenção, tendo por base o CSQ-8 de Attkinson, 1991; Traduzido e adaptado por P.P. Machado & J.M. Klein, 2002. Foram incluídos após adaptação os primeiros 7 itens do CSQ-8, que procuram explorar o grau de satisfação do participante relativamente à intervenção/ serviços que recebeu, o impacto da mesma na sua vida, se voltaria a recorrer a este tipo de programa de intervenção, se recebeu a intervenção que desejava e, ainda, se o recomendaria a outras pessoas o programa. Cada item tem 4 opções de resposta, em que 1 indica “baixa satisfação” e 4 indica “elevada satisfação”. Foram ainda adicionadas as seguintes 4 questões de resposta: “Quais foram, para si, os maiores benefícios da participação no grupo de intervenção? O que lhe foi mais útil?”; “Quais foram os momentos/ exercícios mais memoráveis para si?”; “Houve algum aspeto da intervenção que não achou tão útil ou que gostaria de mudar?” e “Tem alguma sugestão para a melhoria deste programa?”.

Entrevista Semiestruturada

Para avaliar o impacto preliminar do programa de intervenção foram também recolhidos dados qualitativos através da realização de entrevistas aos participantes assíduos no programa. Para tal, foi construído um guião de entrevista semiestruturado, com o objetivo de 1) explorar a vivência do participante ao longo do grupo de movimento, 2) identificar com os participantes mudanças neles próprios e nos outros elementos do grupo, esperadas ou não esperadas que possam ou não estar associadas à intervenção e 3) identificar fatores úteis à mudança, obstáculos ou fatores negativos e sugestões para futuras intervenções (ver guião de entrevista no anexo 5).

Esta entrevista foi realizada com 7 participantes, dentro de 10 participantes assíduos dos grupos de movimento, que de forma voluntária aceitaram realizar. Tiveram uma duração de 20 a 30 minutos.

1.7 Procedimentos de Análise de dados

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados e analisados através do programa IBM SPSS Statistics Versão 27. Para a avaliação das medidas primárias foram usadas estatísticas descritivas, nomeadamente frequências para verificar a taxa de adesão ao programa, os obstáculos à não participação assim como o nível de satisfação dos que participaram com o programa de intervenção.

Foram ainda realizados Teste T para amostras independentes, após a análise dos pressupostos para a sua realização, no sentido de perceber diferenças entre o grupo dos participantes inscritos e não inscritos, os participantes assíduos e não assíduos, e dos participantes assíduos e o grupo de controlo nas variáveis idade, horas de estudo e nível de satisfação académica. Recorreu-se também ao Teste de Qui-Quadrado para verificar diferenças nas variáveis sexo, estado civil, ser ou não trabalhador estudante, tomar psicofármacos, pratica algum tipo de exercício físico e ter atualmente acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

No que concerne, às medidas de avaliação secundárias foi realizado o teste não-paramétrico de Mann Whitney para amostras independentes onde foram exploradas as diferenças entre os grupos (grupo experimental assíduo, grupo experimental não assíduo e o grupo controlo) no momento 1 (pré-teste) ao nível da consciência interoceptiva, ansiedade, depressão, stress e dificuldades de regulação emocional. Por fim, foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras emparelhadas, de forma a avaliar as diferenças entre o momento 1 (pré-teste) e o momento 2 (pós-teste) ao nível da consciência interoceptiva, ansiedade, depressão, stress, bem-estar subjetivo e dificuldades de regulação emocional em cada um dos grupos (grupo dos assíduos, grupo dos assíduos e grupo de controlo).

Para complementar a avaliação do impacto preliminar dos grupos de movimento, foi realizado um estudo qualitativo. A investigação qualitativa tem um interesse particular no estudo dos processos de mudança, muito mais do que pelos resultados, e o significado é de extrema importância nesta abordagem (Sousa & Santos, 2020). Por isso, a pesquisa qualitativa dá prioridade à perspetiva dos participantes. Portanto, neste estudo, relativamente a esta componente, foi realizada uma análise categorial, acerca da experiência dos participantes assíduos, cuja avaliação, foi feita através da análise de modelo/temática. Após a transcrição integral dos conteúdos das entrevistas, percorreu-se as seguintes etapas de análise: leitura, codificação e interpretação dos dados

(Brooks, et al., 2015). Inicialmente, foi realizada uma leitura flutuante dos dados, seguida de uma análise temática de conteúdo para a construção das categorias. A categorização seguiu o critério de não exclusividade, uma vez que o mesmo conteúdo pôde ser categorizado, simultaneamente, em várias categorias, sendo elas: vivência do processo, tipos de mudanças, fatores úteis para a mudança, exercícios úteis e sugestões.

No sentido de assegurar a credibilidade do procedimento, foi analisado todo o material recolhido, foi realizada a descrição detalhada dos resultados fazendo uso extensivo de registos literais das fontes e procedeu-se à validação comunicativa, envolvendo a orientadora na validação das categorias construídas.

RESULTADOS

I. Viabilidade da Intervenção

1.1. Taxa de recrutamento

Relativamente à taxa de recrutamento, dos 250 alunos a quem o programa foi divulgado de forma digital e presencial, 53 inscreveram-se no programa (20%) num período de duas semanas. Foi divulgado presencialmente a 161 estudantes, tendo-se recolhido 52 inscrições presenciais (32%).

Diferenças nas variáveis sociodemográficas entre os estudantes inscritos e não inscritos

Foi feita uma análise para apurar diferenças entre o grupo dos participantes inscritos e não inscritos nas variáveis sociodemográficas recolhidas. Para a comparação nas variáveis idade vs horas de estudo vs nível de satisfação académica recorreu-se ao teste T de Student, e para verificar diferenças nas variáveis Sexo vs estado civil vs ser ou não trabalhador estudante recorreu-se ao Teste de Qui- quadrado.

Tabela 3. *Características básicas dos inscritos e não inscritos. Teste T para amostras independentes e Qui-Quadrado.*

	Inscritos (n=45)	Não Inscritos (n=109)
Idade <i>M (DP)</i>	21,87(4,49)	21,18(5,02)
Nível de Satisfação académica <i>M (DP)</i>	3,62(0,68)	3,84(0,64)
Quantas horas dedica em média por semana ao estudo? <i>M (DP)</i>	8,64(6,92)	7,96(5,36)
Sexo (F/M)	44/1**	91/18**
Estado Civil		
Solteiro e dependente financeiramente dos pais	42	101
Solteiro(a) e independente financeiramente	1	3

Casado ou em união de facto com filhos	1	1
Casado ou em união de facto sem filhos	1	3
Divorciado com filhos	0	1
Divorciado sem filhos	-	-
É trabalhador estudante? (SIM/NÃO)	11/34	20/89

M – Média; DP – desvio padrão

** - Valor significativo

Relativamente aos participantes inscritos a média de idades foi de 22 anos ($DP = 4.49$) e nos participantes não inscritos a média foi de 21 anos ($DP = 5.02$). No nível de satisfação académica a média dos inscritos foi de $M = 3,62$, $DP = 0.68$, sendo que nos não inscritos foi de $M = 3,84$, $DP = 0.64$. Por fim, relativamente aos números de horas que dedica em média ao estudo, o grupo dos inscritos dedica em média 9 horas semanais ao estudo ($M = 8,64$, $DP = 6.92$), e os não inscritos 8 horas semanais ao estudo ($M = 7,96$, $DP = 5.36$), não havendo diferenças significativas de acordo com a análise do teste T de Student para amostras independentes para nenhuma desta variáveis.

Relativamente à análise do Teste do Qui- Quadrado para verificar se ser do sexo feminino ou masculino, ter determinado estado civil ou ser ou não trabalhador estudante tem influência na escolha de se inscrever ou não no programa de intervenção, os resultados mostram não haver uma relação significativa nas variáveis sexo, estado civil e ser ou não trabalhador estudante.

1.2 Taxa de Adesão

Relativamente à taxa de adesão ao programa de intervenção, esta foi de 67%. Iniciaram o grupo de intervenção 16 participantes dos 24 que tinham sido recrutados para o grupo experimental.

1.3 Taxa de retenção

Para efeitos de análise foi considerado o grupo dos participantes assíduos, aqueles que compareceram a pelo menos quatro de oito sessões, sendo o grupo dos restantes

designado pelo grupo dos não assíduos. Relativamente à taxa de retenção esta foi inferior a 50%. Só 10 participantes (42%) dos 24 participantes recrutados para ingressarem no grupo experimental, foram assíduos às sessões de intervenção, ou seja, vieram a 4 ou mais sessões.

II. Aceitabilidade da Intervenção

2.1 Taxas de Assiduidade

Dos 23 participantes recrutados para o grupo experimental, dos 17 participantes, 5 compareceram apenas a 1 sessão, 2 compareceu a 2/3 sessões e 10 participantes compareceram a 4 ou mais sessões. Ao longo do processo de intervenção, estiveram presentes na primeira sessão 16 participantes (70%) e 5 participantes na última sessão, distribuídos conforme a tabela 4 e 5.

Tabela 4. Número de sessões atendidas por cada participante

Nome	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7	Sessão 8	Total
Participante 2, G1	X	-	X	X	-	X	-	-	4
Participante 3, G1	X	-	-	-	-	-	-	-	1
Participante 5, G1	X	X	X	-	-	X	-	X	5
Participante 7, G1	X	X	X	-	-	-	-	-	3
Participante 8, G1	X	-	-	-	-	-	-	-	1
Participante 9, G1	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Participante 10, G1	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Participante 11, G1	X	-	-	-	-	-	-	-	1
Participante 12, G2	-	X	-	-	-	-	-	-	1
Participante 13, G2	X	-	-	-	-	-	-	-	1
Participante 14, G2	X	X	-	X	-	X	X	X	6
Participante 17, G2	X	X	X	X	-	-	-	-	4
Participante 18, G2	X	X	X	X	X	-	-	-	5
Participante 19, G2	X	X	X	X	X	-	-	-	5
Participante 21, G2	X	X	X	X	X	-	X	-	6
Participante 22, G2	X	X	X	-	-	-	-	-	3
Participante 23, G2	X	X	X	X	-	X	X	X	7

Tabela 5. Presença distribuída ao longo do programa de intervenção

Número da Sessão	Grupo 1	Grupo 2
1	8	8
2	4	8
3	5	6
4	3	6
5	2	3
6	4	2
7	2	3
8	3	2

Diferenças nas variáveis sociodemográficas entre os estudantes assíduos e não assíduos

Foi feita uma análise para apurar diferenças entre o grupo dos participantes assíduos e não assíduos nas variáveis sociodemográficas recolhidas. Para a comparação nas variáveis idade, horas de estudo e nível de satisfação académica recorreu-se ao teste T de Student, e para verificar diferenças nas variáveis sexo, estado civil, ser ou não trabalhador estudante, toma Psicofármacos, pratica algum tipo de exercício físico e se está a ter atualmente acompanhamento psicológico ou psiquiátrico recorreu-se ao Teste de Qui- quadrado.

Tabela 6. Características básicas dos participantes assíduos e não assíduos. Teste T para amostras independentes e Qui-Quadrado.

	Assíduos (n=10)	Não Assíduos (n=13)
Idade <i>M (DP)</i>	20,90(1,37)	21,46(2,26)
Nível de Satisfação académica <i>M (DP)</i>	3,50(0,97)	3,46(0,52)

Quantas horas dedica em média por semana ao estudo? <i>M (DP)</i>	11,40(8,37)	8,46(6,74)
Sexo (F/M)	10/ -	13/ -
Estado Civil		
Solteiro e dependente financeiramente dos pais	10	13
Solteiro(a) e independente financeiramente	-	-
Casado ou em união de facto com filhos	-	-
Casado ou em união de facto sem filhos	-	-
Divorciado com filhos	-	-
Divorciado sem filhos	-	-
É trabalhador estudante? (SIM/NÃO)	1/9	3/10
Toma Psicofármacos? (SIM/NÃO)	0/10	0/8
Pratica algum tipo de exercício físico? (SIM/NÃO)	7/3	7/6
Atualmente sofre acompanhamento psicológico ou psiquiátrico? (SIM/NÃO)	1/9	3/10

M – Média; DP – desvio padrão

Relativamente aos participantes assíduos, a média de idades é $M= 20,90$, $DP =1.37$ e nos participantes não assíduos a média é de $M = 21,46$, $DP =2.26$. No nível de satisfação académica a média dos participantes assíduos é de $M = 3,50$, $DP =0.97$, sendo que nos participantes não assíduos é de $M = 3,46$, $DP =0.52$. Por fim relativamente ao número de horas que dedica em média ao estudo, nos participantes assíduos a média é $M = 11,40$, $DP =8.37$, e nos participantes não assíduos é de $M = 8,46$, $DP =6.74$.

De acordo com a análise do Teste T para amostras independentes, após confirmação dos pressupostos da normalidade e homogeneidade das variâncias das

variáveis, idade, nível de satisfação académica e quantas horas dedica em média por semana ao estudo, foram comparados os participantes assíduos e os não assíduos, não se verificando diferenças estatisticamente significativas face à idade entre os participantes assíduos e os não assíduos $t(21) = -0.69, p = .496$, entre o nível de satisfação académica $t(21) = -0.12, p = .090$ e por fim, entre o número de horas que dedica em média por semana ao estudo $t(21) = -0.93. p = .362$.

Relativamente à análise do Teste Qui-Quadrado para verificar se ser do sexo feminino ou masculino, o estado civil e ser ou não trabalhador estudante, tomar psicofármacos, praticar algum tipo de exercício físico e atualmente estar a sofrer acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, tem influência em ser ou não assíduo às sessões. Verificou-se que no que concerne às variáveis sexo, estado civil, e tomar psicofármacos não foram apuradas diferenças, uma vez que só existiram participantes do sexo feminino (N =10) e (N =13), solteiras e dependentes financeiramente dos pais (N =10) e (N =13) e que não consomem psicofármacos (N=10) e (N=8) em ambos os grupos. Relativamente a ser ou não trabalhador estudante, não condicionou o grau de assiduidade ($\chi^2(1) = .67, p = .412$), assim como praticar algum tipo de exercício físico ($\chi^2(1) = .62, p = .431$) e atualmente sofrer acompanhamento psicológico ou psiquiátrico ($\chi^2(1) = .67, p = .412$).

Diferenças nas variáveis sociodemográficas entre os estudantes assíduos e Grupo controlo

Foi feita uma análise para apurar diferenças entre o grupo dos participantes assíduos e não assíduos nas variáveis sociodemográficas recolhidas. Para a comparação nas variáveis idade vs horas de estudo vs nível de satisfação académica recorreu-se ao teste T de Student, e para verificar diferenças nas variáveis Sexo vs estado civil vs ser ou não trabalhador estudante vs Toma Psicofármacos vs. Pratica algum tipo de exercício físico vs. Atualmente sobre de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, recorreu-se ao Teste de Qui-quadrado.

Tabela 7. *Características básicas dos participantes assíduos e do grupo controlo. Teste T para amostras independentes e Qui-Quadrado.*

	Assíduos (n=10)	Grupo controlo (n=22)
--	--------------------	--------------------------

Idade <i>M (DP)</i>	20,90(1,37)	22,67(6,25)
Nível de Satisfação académica <i>M (DP)</i>	3,50(0,97)	3,81(0,60)
Quantas horas dedica em média por semana ao estudo? <i>M (DP)</i>	11,40(8,37)	7,76(6,28)
Sexo (F/M)	10/ -	21/ 1
Estado Civil		
Solteiro e dependente financeiramente dos pais	10	19
Solteiro(a) e independente financeiramente	-	1
Casado ou em união de facto com filhos	-	1
Casado ou em união de facto sem filhos	-	1
Divorciado com filhos	-	-
Divorciado sem filhos	-	-
É trabalhador estudante? (SIM/NÃO)	1/9	7/15
Toma Psicofármacos? (SIM/NÃO)	1/9	0/15
Pratica algum tipo de exercício físico? (SIM/NÃO)	7/3	10/12
Atualmente sofre acompanhamento psicológico ou psiquiátrico? (SIM/NÃO)	1/9	3/19

M – Média; DP – desvio padrão

Relativamente aos participantes assíduos, a média de idades é $M= 20,90$, $DP =1.37$ e no grupo controlo a média é de $M = 22,67$, $DP =6.25$. No nível de satisfação

académica a média dos participantes assíduos é de $M = 3,50$, $DP = 0,97$, sendo que no grupo controlo é de $M = 3,81$, $DP = 0,60$. Por fim relativamente ao número de horas que dedica em média ao estudo, nos participantes assíduos a média é $M = 11,40$, $DP = 8,37$, e no grupo controlo é de $M = 7,76$, $DP = 6,28$.

De acordo com a análise do Teste T para amostras independentes, após confirmação dos pressupostos da normalidade e homogeneidade das variâncias das variáveis, idade, nível de satisfação académica e quantas horas dedica em média por semana ao estudo, foram comparados os participantes assíduos e o grupo controlo, não se verificando diferenças estatisticamente significativas face a idade entre os participantes assíduos e grupo controlo $t(29) = -0,87$, $p = .388$, entre o nível de satisfação académica $t(29) = -1,09$, $p = .283$, assim como entre o número de horas que dedica em média por semana ao estudo $t(29) = 1,35$, $p = .187$.

Relativamente à análise do Teste Qui-Quadrado para verificar se ser do sexo feminino ou masculino, o estado civil e ser ou não trabalhador estudante, tomar psicofármacos, praticar algum tipo de exercício físico e atualmente estar a sofrer acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, tem influência em ser participante assíduo ou do grupo controlo. Verificou-se que no que concerne a tomar psicofármacos não foram apuradas diferenças, uma vez que só existiram participantes que não consomem psicofármacos ($N=8$) e ($N=14$) em ambos os grupos. Relativamente a ser do sexo feminino ou masculino, não condicionou o grau de assiduidade ($\chi^2(1) = .49$, $p = .483$), assim como o estado civil ($\chi^2(3) = 1,58$, $p = .664$), ser ou não trabalhador estudante ($\chi^2(1) = 1,92$, $p = .165$), praticar algum tipo de exercício físico ($\chi^2(1) = .86$, $p = .353$) e atualmente sofrer acompanhamento psicológico ou psiquiátrico ($\chi^2(1) = .11$, $p = .739$).

2.2 Obstáculos ao recrutamento e à participação

Os motivos da não participação e de desistência foram examinados por meio do questionário de não participação e do questionário de desistência contruído para o efeito. Dos estudantes da população deste estudo que não se inscreveram para o programa de intervenção 109 responderam ao questionário de não participação. Dos 11 inscritos no programa de intervenção e selecionados para o grupo experimental que compareceram a 0 ou 1 sessão, grupo designado por desistente, 9 responderam ao questionário de desistência.

A tabela mostra que os motivos mais comuns para aqueles que optaram por não se inscreverem no programa de intervenção foram a incompatibilidade horária (55,0%), seguindo-se de não dispor de tempo para qualquer atividade extracurricular (45,9%) e por motivos logísticos (Ex. horários dos transportes para regressar a casa, ...) (41,3%). Relativamente ao grupo dos que desistiram da intervenção os motivos mais enunciados foram por incompatibilidade horária (55,6%) e por não dispor de tempo para qualquer atividade extracurricular (55,6%).

Tabela 8. *Obstáculos para a participação na intervenção para os grupos não participantes e desistentes*

	Grupo Não Inscritos (n=109)		Grupo de Desistentes (n=9)	
	% concordância a total ou parcial	% discordância total ou parcial	% concordância a total ou parcial	% discordância total ou parcial
Porque não tive conhecimento sobre o programa, nem através da sessão de divulgação, nem através do link enviado via moodle	15,6	61,5	-	-
Por não estar interessado em programas que se foquem na saúde mental	2,8	83,5	0	100
Porque não acredito na eficácia dos programas de intervenção em grupo no âmbito da saúde mental	0,9	89,0	0	100
Porque não achei o programa interessante ou relevante para mim	1,8	63,3	0	100
Por não dispor de tempo para qualquer atividade extracurricular (E.g., por motivos laborais, de estudo, hobbies/ocupações, motivos familiares)	45,9	15,6	55,6	22,2
Devido a incompatibilidade horária	55,0	14,7	55,6	22,2
Porque não acho que necessite ou poderia beneficiar de um programa de promoção de saúde mental	5,5	69,7	0	100
Por motivos logísticos (Ex. horários dos transportes para regressar a casa, ...)	41,3	19,3	22,2	55,6
Por envolver exercícios corporais	3,7	73,4	22,2	77,8
Por não querer partilhar aspetos sobre mim com os outros	4,6	67,0	22,2	77,8

Por ser uma intervenção em grupo	4,6	69,7	0	100
Por ser uma intervenção em grupo, com pessoas que conheço	2,8	73,4	0	100
Por ser uma intervenção em grupo, com pessoas que não conheço	4,6	67,9	22,2	77,8
Por ser um programa de intervenção realizada dentro da UPT, em que não pode estar garantido o meu anonimato na participação.	4,6	83,5	11,1	88,9
Por estar associado a um estudo de investigação	-	89,0	0	100
Porque já estou a ter acompanhamento psiquiátrico/psicológico	4,6	75,2	0	100
Porque não tive informação suficiente sobre o programa de intervenção e sobre o estudo.	9,2	59,6	-	-
Por nenhum motivo em particular. Provavelmente agora, iria inscrever-me.	14,7	43,1	-	-

2.3 Satisfação com a Intervenção

A totalidade dos participantes considerados assíduos (n=10), avaliou a qualidade do grupo de intervenção como boa (n=7) ou excelente (n=3).

Em relação à questão “os grupos de movimento satisfizeram as suas necessidades”, a maioria dos participantes (9 de 10), respondeu que quase todas ou a maior parte foram satisfeitas.

Relativamente à questão “Se algum amigo tivesse interesse no tema/programa se lhe recomendaria o nosso programa de intervenção”, a maioria dos participantes (6 de 10), “recomendaria sem dúvida” a nosso programa de intervenção.

Os gráficos abaixo mostram-nos a satisfação dos participantes com a quantidade de sessões realizadas assim como com o programa em geral. A totalidade dos participantes está satisfeito (6 de 10) e bastante satisfeito (4 em 10), com o número de sessões realizadas, assim como 50% dos participantes ficou satisfeito com o programa e os restantes 50% demonstraram-se bastante satisfeitos.

Figura 2. Satisfação dos participantes com as sessões e intervenção no geral



A maioria dos inquiridos “recomendaria vivamente” a intervenção a outras pessoas (6 em 10).

Relativamente há questão “acha que o programa o/a ajudou melhor a identificar o que sente e a lidar melhor com os seus problemas?”, mais de metade (7 de 10) respondeu que “sim, ajudou de algum modo”, tendo os restantes 3 respondido “sim, ajudou muito”.

Na parte final do questionário foram colocadas três perguntas de resposta aberta, sendo que a primeira remetia para quais teriam sido os benéficos em participar no programa de intervenção, sendo que a maioria dos inquiridos (6 em 10) respondeu que foi entender o corpo e o que ele me transmite (e.g., “Para mim o grupo de intervenção foi muito útil, ajudou-me a ter mais consciência do meu corpo e das minhas emoções, bem como a ouvir o que o meu corpo me transmite”; “Estar em contacto com o meu corpo e perceber através do mesmo as emoções que experiencio”), e 2 em 10 responderam aumentar o meu autoconhecimento (e.g., “Aumentar autoconhecimento”; “ Perceber o que é preceituário na minha vida e saber excluir ou deixar para outro dia o que me é menos importante”). No que concerne à segunda pergunta de resposta aberta esta remetia para quais os exercícios mais memoráveis/ importantes para os participantes, 3 participantes referiram os exercícios das posturas de poder, 2 participantes o exercício de guiar/ ser guiado e 2 participantes o exercício de avaliação do grau de confiança numa lista de objetivos/desejos, após realização de uma sequência de exercícios.

Se houvesse uma iniciativa do género futura, a maioria voltaria a inscrever-se (6 em 10).

III. Impacto Preliminar do programa de intervenção ao nível da consciência interoceptiva, ansiedade, stress, depressão e regulação emocional

Dos 53 participantes inscritos para o programa de intervenção, 39 responderam a todas as medidas (taxa de resposta de 74%). No total, 45 responderam ao momento 1 (10 pertencentes ao grupo dos assíduos, 13 pertencentes ao grupo dos não assíduos e 22 do grupo de controlo) e 39 responderam ao momento 1 e 2 (10 pertencentes ao grupo dos assíduos, 10 pertencentes ao grupo dos não assíduos e 19 pertencentes ao grupo controlo). A resposta dos participantes assíduos ao momento 2 de recolha ocorreu entre datas mais rapidamente, entre 23 de junho e 26 de junho e dos restantes participantes entre 23 de junho de 2023 e 4 de julho de 2023.

Num primeiro momento foram exploradas as diferenças entre os grupos (grupo experimental assíduo, grupo experimental não assíduo e o grupo controlo) no momento 1 (pré-teste) ao nível da consciência interoceptiva, ansiedade, depressão, stress e dificuldades de regulação emocional, através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o Grupo experimental assíduo ($n=10$) e o grupo de controlo ($n=22$), entre o Grupo experimental assíduo ($n=10$) e o Grupo experimental não assíduo ($n=13$) e entre o Grupo experimental não assíduo e o grupo controlo nas variáveis consciência interoceptiva, ansiedade, depressão, stress e regulação emocional.

Para avaliar o impacto preliminar do programa na consciência interoceptiva, ansiedade, depressão, stress e regulação emocional, recorreu-se ao teste não paramétrico de Wilcoxon para amostras emparelhadas.

Relativamente à comparação do M1 e M2 dos participantes **assíduos ($n=10$)**: observou-se um aumento significativo de todos os fatores da escala MAIA, ou seja, houve um aumento significativo da Regulação atencional do momento 1 antes da intervenção ($R_A = 3.3$), para o momento 2 depois da intervenção ($R_A = 6.1$) ($Z = - 2.145$; $p_{UE} = 0.032$; $N = 10$); da consciência emocional do momento 1 antes da intervenção ($R_A = 0.0$) para o momento 2 depois da intervenção ($R_A = 5.5$) ($Z = - 2.814$; $p_{UE} = 0.005$; $N =$

10); da escuta corporal do momento 1 antes da intervenção ($R_A = 3.5$) para o momento 2 depois da intervenção ($R_A = 5.2$) ($Z = - 2.253$; $p_{UE} = 0.024$; $N = 10$).

Na EADS-21, a diferença entre os dois momentos (M1 e M2) nas subescalas depressão ($p_{UE} = .107$), ansiedade ($p_{UE} = .481$) e stress ($p_{UE} = .502$) não foi estatisticamente significativas, assim como na escala total ($p_{UE} = .284$). Não foram também encontradas diferenças significativas entre o M1 e o M1 na escala de dificuldades de regulação emocional, nem em nenhuma subescala, Estratégias $p_{UE} = .209$; Não aceitação ($p_{UE} = .286$) e Impulsos ($p_{UE} = .100$). Na SWLS, a diferença entre os dois momentos (M1 e M2) não é estatisticamente significativa, $p_{UE} = .362$. Por fim, na PANAS, a diferença entre os dois momentos (M1 e M2) na subescala afetos positivos ($p_{UE} = .759$), e na subescala afetos negativos ($p_{UE} = .919$) também não foi estatisticamente significativa.

Em suma, com base nos valores de significância, registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o m1 e o m2 no grupo dos participantes assíduos ao nível da consciência interoceptiva, registando-se um aumento significativo em todas as subescalas do MAIA (Regulação atencional; consciência emocional e escuta corporal).

Relativamente à comparação do M1 e do M2 dos participantes **não assíduos (n=10)**, nas diversas medidas:

Não foram encontradas diferenças significativas entre os 2 momentos na escala MAIA nas diferentes subescalas: Regulação atencional ($p_{UE} = .106$), consciência emocional ($p_{UE} = .443$), e escuta o corporal ($p_{UE} = .673$). Também não foram encontradas diferenças significativas entre o M1 e o M2 na escala EADS-21 ($p_{UE} = .386$), nem em nenhuma das subescalas: depressão ($p_{UE} = .444$), ansiedade ($p_{UE} = .593$) e stress ($p_{UE} = .360$). Na escala de dificuldade de regulação emocional (EDRE) também não foram encontradas diferenças significativas entre os 2 momentos na escala total ($p_{UE} = .$) nem nas suas subescalas: Estratégias ($p_{UE} = .236$), Não aceitação ($p_{UE} = .183$) e Impulsos ($p_{UE} = .959$). Na SWLS, a diferença entre os dois momentos (M1 e M2) não foi estatisticamente significativa ($p_{UE} = .235$). Por fim, na PANAS, a diferença entre os dois momentos (M1 e M2) na subescala afetos positivos ($p_{UE} = .539$) e na subescala afetos negativos ($p_{UE} = .541$), a diferença também não foi estatisticamente significativa.

Em suma, não se registaram mudanças significativas entre o momento 1 e o momento 2 nos grupos dos participantes não assíduos em nenhuma das variáveis dependentes estudadas.

Relativamente à comparação do M1 e do M2 **grupo controlo (n=19) e no que diz respeito à consciência interoceptiva**: observou-se um aumento significativo da Regulação atencional, do momento 1 antes da intervenção ($R_A=8.9$) para o momento 2 depois da intervenção ($R_A=9.7$) ($Z = -2.183$; $p_{UE}=0.029$; $N = 19$) da escala MAIA. Não foram encontradas diferenças significativas entre os 2 momentos na escala MAIA nas diferentes subescalas: Consciência emocional ($p_{UE}=.326$), e escuta o corporal ($p_{UE}=.253$).

Não foram encontradas diferenças significativas entre o M1 e o M2 na escala EADS-21 ($p_{UE}=.407$), nem em nenhuma das subescalas: depressão ($p_{UE}=.977$), ansiedade ($p_{UE}=.066$) e stress ($p_{UE}=.552$).

Na escala de dificuldade de regulação emocional (EDRE) também não foram encontradas diferenças significativas entre os 2 momentos na escala total nem nas subescalas: Estratégias ($p_{UE}=.193$), Não aceitação ($p_{UE}=.513$) e Impulsos ($p_{UE}=.621$).

Observou-se um aumento significativo na escala total da satisfação com a vida (SWLS) do momento 1 antes da intervenção ($R_A=6.5$) para o momento 2 depois da intervenção ($R_A=11.0$) ($Z = -2.036$; $p_{UE}=0.042$; $N = 19$).

Observou-se uma redução significativa na subescala afetos negativos do PANAS (medida numa escala ordinal de 1 a 5 em que (1 = Nada ou muito ligeiramente a 5 = Extremamente)), do momento 1 antes da intervenção ($R_A=10.6$) para o momento 2 depois da intervenção ($R_A=4.2$) ($Z = -3.190$; $p_{UE}=0.001$; $N = 19$). Não se verificaram diferenças na subescala afetos positivos, a diferença não é estatisticamente significativa, $p_{UE}=.601$.

Em suma, no grupo controlo e com base nos valores de significância, registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o m1 e o m2 no grupo controlo ao nível da subescala Regulação atencional do MAIA. Registaram-se diferenças significativas na satisfação com a vida, registando-se um aumento significativo na escala total da SWLS. Por fim, registou-se uma redução significativa na subescala afetos negativos do PANAS.

IV. Resultados qualitativos

Da análise temática do conteúdo das entrevistas transcritas, emergiram 5 categorias macro: 1) vivência do processo, 2) tipos de mudanças, 3) fatores úteis para a mudança, 4) exercícios úteis e 5) sugestões.

Relativamente à vivência do processo, 4 participantes destacaram que foi uma experiência inesperada, conforme os seguintes exemplos:

“Não sabia bem para o que ia, sabia que tinha de me mexer (N.15)”;

“Para mim foi uma experiência que surgiu, até meio de surpresa (N.5)”;

“é algo diferente, eu nunca tinha feito assim um programa (N.20)”;

“Foi diferente, porque não estava habituada (N.10)”.

Ainda dentro da categoria vivência do processo, 2 participantes destacaram diferenças entre o início do processo e o decorrer do mesmo. Se inicialmente 2 participantes relatam “timidez e vergonha”, ao longo do tempo foram sentindo mais confiança, conforme os seguintes exemplos:

“No início senti-me muito retraída e envergonhada” (N.10);

“... , mas depois ao longo do tempo, como as sessões iam passando e comecei a ganhar mais confiança nas pessoas através das atividades que íamos realizando, comecei-me a soltar mais e a deixar-me levar pelas sessões.” (N.10);

“No início estava mais inibida, envergonhada e tímida para fazer alguns exercícios” (N.21);

“Ao longo das sessões fui-me tornando mais espontânea e autêntica, sem medos e constrangimentos”. (N.21)

De igual forma na categoria “Vivência do processo” 5 participantes consideraram a experiência globalmente positiva:

“Senti-me muito bem lá desde a 1 sessão até a última, senti-me acolhida” (N.5);
“Desde o início que percebi, que ia ser algo, que ia mudar alguma coisa em mim para melhor” (N.9);

“Foi muito bom, muito proveitoso, gostei muito” (N.15);

“Eu gostei bastante, sentia que era um momento de autocuidado”. (N.21);

“Foi um programa muito útil” (N.23)

Por fim, 5 participantes referiram sentir algumas dificuldades ao longo do processo, nomeadamente dificuldades nos exercícios que implicaram toque por parte de terceiros, dificuldades nos exercícios de respiração, dificuldades de gestão emocional e dificuldades interpessoais:

“Na sessão em que tivemos de tocar na outra pessoa e ser tocado eu senti-me muito desconfortável, foi difícil para mim” (N.9);

“Não estava a conseguir perceber nem implementar algumas formas de respirar”. (N.10);

“Exercícios da respiração custou-me um bocado prolongar, fiquei um bocado mais aflita” (N.20);

“no final ficávamos meio que “sozinhas” com as nossas emoções e a pensar sobre elas, sentia desconforto por vezes” (N.23);

“Seremos todas da mesma turma, isso constrangia-me” (N.15).

No que concerne à categoria “tipo de mudanças identificadas”, foram categorizadas 8 subtipos de mudanças, nomeadamente:

Tabela 9. *Tipos de mudanças identificadas pelos participantes do programa de intervenção*

Tipos de mudanças	
Categorias	Exemplos dados
	- “Sim [referindo-se ao início do programa], como uma pessoa muito tímida, envergonhada, reservada (...) Acho que já não me veem como uma pessoa tão reservada, tão tímida, envergonhada, os

Menos timidez	<p>grupos ajudaram-me muito, foi um desafio para mim estar lá, mas acho que agora já não me consideram tanto assim, já me sinto mais há vontade para falar com pessoas que não conheço tão bem (...); “Menos timidez em conversas com “desconhecidos”. (N.10)</p>
Maior consciência corporal	<ul style="list-style-type: none"> - “Percebo melhor os sinais que o meu corpo me dá” (N.10) - “Sou mais sensível a mudanças no corpo”; “Estou atenta aos sinais do meu corpo” (N.23) - “Estou mais atenta aos sinais que o meu corpo dá” (N.15) - “Ter mais consciência dos sinais do meu corpo em algumas zonas” (N.9) - “Prestar mais atenção ao que o meu corpo me está a dizer e ao que estou a sentir” (N.5) - “Não ignorar os sinais/pedidos do meu corpo” (N.5) - “Estar mais atenta as minhas tensões corporais (dores...)” (N.20)
Maior abertura ao novo	<ul style="list-style-type: none"> - “Diria abertura a novas oportunidades, não ter receio de ir e fazer as coisas”. (N.10)
Novos comportamentos de autorregulação	<ul style="list-style-type: none"> - “Respiro mais profundamente” (N.23) - “Tento respirar da forma que nos foi ensinado em situações stressantes” (N.9)
Maior perceção/ definição dos limites	<ul style="list-style-type: none"> - “Capacidade de perceber o meu espaço, os limites do meu espaço e do espaço do outro” (N.15) - “Aprendi e dizer não, foi a minha mudança mais drástica” (N.9) - “Percebi melhor que diferentes pessoas sentem a mesma coisa de maneira diferente e que lidam também de maneira diferente” (N.5) - “Impor mais e melhor os meus limites (físicos)” (N.20)
Sentimento de maior liberdade/menor inibição	<ul style="list-style-type: none"> - “Maior espontaneidade/menos inibição” (N.21) - “Facilidade em ser vulnerável” (N.21) - “Maior liberdade de expressão através do corpo” (N.15) - “Sentir-me mais à vontade com a minha existência em público” (N.23) - “Não me preocupar tanto com a perceção dos outros acerca de mim” (N.23)
Mudanças relacionais	<ul style="list-style-type: none"> - “Tenho mais à vontade para falar/ estar com desconhecidos” (N.9)

Os participantes destacam também algumas mudanças observadas nos outros:

“vi que ela evolui bastante e que o grupo a ajudou muito, principalmente na parte dos limites de impor os limites e de dizer os não” (N.15);

“Senti que a A. estava mais consciente do que queria e dos seus pensamentos” (N.9).

Através das entrevistas foi realizado o levantamento do quanto estas mudanças foram esperadas ou não. No total das entrevistas realizadas às 7 participantes foram identificadas pelas próprias 31 mudanças (cada participante identificou entre 3 a 6 mudanças). Destas 31 mudanças, 1 foi totalmente esperada, 7 algo esperadas, 3 nem foram esperadas nem surpresas, 14 foram algo surpresas e 6 totalmente surpresas. Relativamente a se estas mudanças aconteceriam ou não sem a participação no programa de intervenção, das 31 mudanças identificadas, 4 de certeza que não aconteceriam, 13 provavelmente não aconteceriam, 5 não sabem se aconteceriam ou não, 8 provavelmente aconteceriam e 1 de certeza que aconteceria. No que concerne para o grau de importância de estas mudanças terem acontecido, das 31 mudanças identificadas, 3 foram consideradas como moderadamente importantes, 13 como muito importantes e 15 como extremamente importantes.

Relativamente à categoria “fatores úteis para a mudança”, os participantes destacaram 3, nomeadamente “a integração verbal da experiência com os outros” (e.g., “no final de cada sessão o falar e o ouvir outros pontos de vista, fez com que eu tentasse por em prática no meu dia-a-dia” (N.9)), “o respeito sentido dentro do grupo” (e.g., “no facto de eu respeitar os outros e saber que eles me têm de respeitar” (N.20)), e por fim “a abertura à experiência”, sendo que esta foi o fator mais mencionado, como podemos verificar nos seguintes exemplos:

“Diria abertura a novas oportunidades, não ter receio de ir e fazer as coisas”. (N.10);

“Muito principalmente foi o ter-me sentido confortável dentro do grupo e ter tido uma postura de abertura” (N.5);

“o facto de eu ter tido a capacidade de me predispor a fazer as coisas, sem ter vergonha nem constrangimentos” (N.15);

“Eu acho que foi essencialmente a minha abertura à experiência” (N.20).

Para a categoria “exercícios úteis”, quatro exercícios específicos foram destacados, nomeadamente: os exercícios de respiração (e.g. “Estávamos sentadas numa roda e tínhamos de pensar numa pessoa que nos fosse importante” (N.5); “Houveram sessões que tiveram mais impacto em mim, por exemplo a da respiração” (N.10), o exercício para observar o grau de confiança numa lista de objetivos e desejos após uma sequência de exercícios corporais (e.g. “Uma sessão que ficou bastante marcada para mim, foi a de colocar de 1 a 10 os objetivos” (N.9)), os exercícios de grounding (e.g. “Outra atividade que gostei, foi a do andar, ajudou-me a perceber que eu gosto da minha forma de andar...” (N.20)) e, o exercício da bolha/ de estabelecer os limites pessoais (e.g. “o exercício de conseguirmos deixar a pessoa chegar até nós, ajudou-me a perceber até onde estavam impostos os meus limites...” (N.10), “O exercício da bolha e o de impor os nossos limites, foi importante” (N.23), “Atividade que tivemos de criar uma bolha, acho que essa atividade é mesmo fundamental” (N.20)). Uma participante mencionou todas as atividades como úteis (e.g. “Todas as atividades em si, foram uteis” (N.21)

Por fim, e relativamente à última categoria “Sugestões”, 3 participantes deram sugestões de melhoria ao programa nomeadamente: “...o que mudava era a questão do horário, não faria tão tarde” (N.23), “mudava o facto de serem 8 sessões, são 2 meses é muito tempo” (N.15), “acho que seria bom de acrescentar mais sessões para reforçar mais um bocadinho as mensagens a transmitir e a passar” (N.20). Uma das participantes deu uma sugestão para futura iniciativa que seria: “Criar esta iniciativa de forma anual, 2 grupos, 1 que já tivesse participado e um grupo novo e assim todos os anos” (N.9).

DISCUSSÃO

Este estudo tem como objetivo principal avaliar a viabilidade dos grupos de movimento com estudantes universitários, para condução posterior de um estudo RCT. De forma paralela, avaliou-se também o potencial de sucesso da intervenção através de três objetivos: 1) procura do programa, 2) aceitabilidade da intervenção e o 3) impacto preliminar ao nível da consciência interoceptiva, bem-estar, depressão, ansiedade, stress e nas dificuldades de autorregulação.

Relativamente ao primeiro objetivo, verificou se uma taxa de recrutamento de 20%, dos 250 estudantes a quem o programa foi divulgado de forma digital e presencial. A divulgação digital foi realizada após a divulgação presencial, pelo que dos 161 estudantes a quem foi divulgado o estudo de forma presencial, 52 inscreveram-se tendo apenas 1 se inscrito de forma digital, o que remete para uma melhor eficácia da divulgação presencial para este tipo de população.

Existiram dificuldades de adesão ao programa de intervenção por parte dos estudantes, sendo que estas, deveram-se à falta de incompatibilidade horária (55,0%), não dispor de tempo para qualquer atividade extracurricular (45,9%) e por motivos logísticos (41,3%). Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores, uma vez que foi de igual forma relatado em vários estudos, que a dificuldade de adesão a intervenções grupais de promoção da saúde mental em universitários é um problema real, e que os fatores associados a estas dificuldade são diversos e incluem aspetos pessoais, sociais e académicos, entre as quais: falta de tempo, incompatibilidade horária, preocupações acerca da privacidade, falta de abertura emocional, entre outros (Hunt & Eisenberg, 2010; Komiya et al., 2000; Oliveira, et al., 2022; Stead et al., 2010).

De igual forma, os motivos de desistência do programa, são os mesmos que os de não participação, colocando-se a hipótese destas dificuldades poderem ter na sua génese a dificuldade na gestão do tempo por parte dos estudantes universitários. A dificuldade da gestão do tempo é um problema comum entre os estudantes, principalmente em relação à priorização de tarefas, ao estabelecimento de metas e à organização do seu tempo diário (Oliveira, Carlotto, Pereira & Dias, 2016; Ruwer, Silva, Kleinowski & Nicolait, 2021).

No que concerne ao segundo objetivo, os participantes assíduos demonstraram-se satisfeitos com a intervenção no geral e a maioria recomendaria vivamente a outras

pessoas (6 de 10). Existem estudos que corroboram estes resultados, nomeadamente a dissertação de Assunção (2018), onde os estudantes universitários se demonstram satisfeitos com este tipo de programas e relatam que os programas os ajudam a melhorar a sua saúde física, mental e emocional. Os dados qualitativos sugerem ainda que, os estudantes demonstram a existência destes programas como uma mais valia para os mesmos e vêem o programa de intervenção como um momento de autocuidado “o programa foi bem implementado, deveria ser de novo implementado, haver futuras iniciativas do género...(N.10)”; “Eu gostei bastante, sentia que era um momento de autocuidado (N.21)”.

Os resultados secundários mostram como efetivamente os grupos de movimento tem impacto na consciência interoceptiva. O grupo dos participantes assíduos (N=10) aumentou a consciência interoceptiva no momento 2 após a intervenção, conforme o esperado, o que não se verificou no grupo dos participantes não assíduos nem no grupo controlo. Estes resultados corroboram com alguns estudos anteriores que mostram que intervenções corporais, como meditação, Mindfulness, yoga, tai chi e atenção plena na vida quotidiana, podem ser eficazes para melhorar a consciência interoceptiva (Bartlett & Brown, 2017; Eisenberger, et al., 2003). Essas intervenções podem ajudar as pessoas a tornarem-se mais conscientes das suas sensações corporais, tanto físicas quanto emocionais. Isso pode levar a uma melhor compreensão de si mesmo e dos próprios estados, o que pode ser benéfico para a sua saúde mental e para o seu bem-estar (Bartlett & Brown, 2017; Khoury et al., 2011; Eisenberger, et al., 2003).

Por outro lado, ao contrário do esperado, os resultados mostram que no grupo controlo se verificou um aumento da regulação atencional (RA). Apesar de ter havido este aumento nesta subescala do MAIA, não houveram diferenças em processos mais complexos que a consciência interoceptiva envolve, nomeadamente na capacidade de tomar consciência emocional a partir do corpo e na capacidade de obter experiências de insight a partir da atenção ao corpo. Existem estudos que mostram que o aumento da atenção as sensações corporais (RA), não é suficiente para aumentar a autorregulação, levando a uma maior atenção aos pensamentos e sentimentos negativos o que pode aumentar a ansiedade e a ruminação (Creswell & Lindsay, 2014; Feldman., Hayes., Kumar., Greeson, & Laurenceau, 2007). Neste mesmo grupo verificaram-se variações na satisfação com a vida e diminuição do afeto negativo, o que não seria de todo esperado, por não terem participado na intervenção. Coloca-se como hipótese para explicação destes resultados o facto de os participantes do grupo controlo terem demorado mais tempo na resposta ao momento 2 de recolha de dados (cerca de

mais 2 semanas do que os outros grupos), o que fez com que as suas respostas tivessem sido recolhidas na maioria dos casos em fase pós-exames. O momento de recolha de dados em estudantes universitários é muito importante ser considerado em estudos futuros. Face à dificuldade de se prever e controlar o tempo necessário para a recolha de uma amostra suficiente, sugere-se em estudos futuros controlar esta variável da data de recolha dos dados para garantir uma boa comparabilidade dos grupos.

No grupo dos participantes assíduos não se encontraram diferenças ao nível do stress, ansiedade, depressão nem nas dificuldades de regulação emocional. A realização de follow-ups poderia ser muito importante para perceber se o aumento da consciência interoceptiva teve repercussões mais tardias ao nível destas variáveis. Os estudos referem que o aumento da consciência interoceptiva tem impacto na melhoria da regulação emocional, ou seja, indivíduos que conseguem identificar com maior facilidade os sinais iniciais de emoções mais intensas, conseguem responder de forma mais adaptativa a essas mesmas emoções, podendo diminuir sintomas ansiosos e depressivos (Kever et al., 2015, Pollatos et al., 2007 & Werner et al., 2010).

Apesar das escalas recolhidas não terem mostrado diferenças nestas dimensões, os resultados qualitativos mostram diferenças não só ao nível da consciência corporal como também no uso de novas estratégias de regulação emocional no dia-a-dia (como por exemplo, exercícios de respiração). Os dados qualitativos mostram ainda outras mudanças não medidas pelas escalas utilizadas, nomeadamente “maior abertura ao novo”, adoção de “novos comportamentos de autorregulação”, “maior perceção” de si mesmos, nomeadamente “dos seus limites”, “sentimento de maior liberdade”. Tal como as terapias expressivas que intencionalizam a mudança a partir da ação (e.g. psicodrama), este estudo sugere que os grupos de movimento têm impacto ao nível da espontaneidade. Segundo Moreno (1974), a espontaneidade refere-se à preparação do indivíduo, conduzindo-o a uma resposta adequada perante uma situação nova, ou a uma resposta nova perante uma situação antiga, e está associada a variáveis como a autoestima e bem-estar psicológico. Para estudos futuros a consideração de outras escalas para avaliação destas variáveis poderia constituir uma mais-valia.

Limitações do estudo

Como limitações do estudo, há a salientar o facto de não ter sido possível por motivos temporais proceder à recolha e análise do follow-up, para avaliar não só se os

resultados ao nível da consciência interoceptiva se manteriam ao longo do tempo, como também avaliar outras mudanças ao longo do tempo.

Para estudos futuros, sugere-se o uso de versões mais reduzidas dos instrumentos usados e eventualmente de outras escalas, nomeadamente a versão portuguesa do SAI – R (Spontaneity Assessment Inventory) desenvolvida por Kipper e Beasley (2016) e uma escala de autoestima.

Este estudo foi apenas divulgado a estudantes do Departamento de Psicologia e Educação (Curso Psicologia e Educação Social). Apesar do elevado número de inscrições no programa num curto período de tempo (2 semanas), não foi possível perceber se tal resultaria da mesma forma com estudantes menos sensibilizados para os programas de intervenção psicológica ou de promoção de competências.

A implementação deste programa co-ocorreu com um período de inúmeras greves dos transportes públicos, motivo de falta muito mencionado pelos participantes, ficando por se perceber o real impacto desta variável na reduzida taxa de retenção dos participantes. A realização de programas de intervenção psicológica no segundo semestre parece também esbarrar com alguns obstáculos, nomeadamente as interrupções letivas (férias da páscoa e da queima das fitas).

Apesar das múltiplas dificuldades inerentes à implementação de um programa de intervenção com estudantes universitários, este estudo sugere várias potencialidades dos grupos de movimento com esta população.

CONCLUSÃO

Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de perceber a taxa de adesão deste público alvo a programas de promoção da saúde mental, o nível de satisfação dos mesmos com o programa, assim como o impacto preliminar dos grupos de movimento ao nível da consciência interoceptiva, bem-estar, depressão, ansiedade, stress e nas dificuldades de autorregulação dos estudantes universitários.

Os resultados do presente estudo mostram que existe procura deste programa de intervenção por parte dos estudantes. Os meios de divulgação presenciais revelaram-se mais eficazes para o recrutamento do que os meios de divulgação digital. Existem vários constrangimentos à participação regular no programa de intervenção. Os motivos evocados quer para a desistência, quer para a não participação foram idênticos, tendo a ver com as dificuldades dos estudantes de incompatibilidade horária, não disporem de tempo e motivos logísticos.

Revelou-se como dificuldade deste estudo a recolha dos questionários de medida em ambos os momentos, mas principalmente na recolha do momento 2, pelo que se sugere que em estudos futuros se opte por instrumentos de medida mais curtos, ou que o meio de pedido seja feito por SMS que neste estudo se tornou mais eficaz do que via email.

Os resultados sugerem também um impacto preliminar dos grupos de movimento em todas as dimensões da consciência interoceptiva, tal como esperado, para aqueles que compareceram a quatro ou mais sessões. Este resultado é indicativo da impossibilidade de se encurtar esta intervenção. Para os participantes assíduos registou-se não só elevada satisfação com o programa de intervenção, como também, foram relatadas outras mudanças para além das que foram medidas pelos instrumentos quantitativos, nomeadamente um aumento na espontaneidade, na assertividade e na abertura ao novo, pelo que se sugere em estudos futuros a inclusão de outras medidas para avaliação destes construtos.

Para futuros estudos seria de grande importância controlar o efeito do período pós exames nas dimensões do bem-estar e do afeto negativo.

O presente estudo revela-se um importante contributo para a teoria e prática a nível nacional e internacional, atendendo à relevância do tópico e escassez de estudos

existentes no âmbito, uma vez que contribui para o estudo da efetividade terapêutica dos grupos de movimento, sugerindo eu que os grupos de movimento são intervenções somatopsíquicas com aumento na consciência interoceptiva, que a literatura recentemente tem associado a uma série de benefícios para a saúde mental, através da prática de movimentos conscientes, envolvendo a atenção aos detalhes do movimento como a respiração, a postura e às sensações corporais, podendo contribuir para o aumento dos níveis de autorregulação e conseqüentemente, diminuição dos níveis de sintomatologia ansiosa, depressiva e stress (Price & Hooven, 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre, J. D., Carvalho, H., Fonseca, A. M., & Casto, C. A. (2022). Estado emocional e coping em estudantes universitários no confinamento provocado pela COVID-19. *Psicologia*, 36(1), 51-60. <https://doi.org/10.17575/psicologia.1782>
- Almeida, L., & Freire, T. (2017). *Metodologia de investigação em psicologia e educação* (5ª Ed.). Psiquilíbrios.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging Adulthood*. Oxford University Press.
- Bartlett, J., & Brown, K. W. (2017). *The mindful body: How to use mindfulness to improve your physical and mental health*. Hachette Books.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Brandtner, M., & Bardagi, M. (2009). Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(2), 81-91. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202009000200004&lng=pt&nrm=iso
- Bruine de Bruin, W. (2021). Age differences in COVID-19 risk perceptions and mental health: Evidence from a national US survey conducted in March 2020. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2). <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa074>
- Cabral, R., Nardi, A.E. (2012). Anxiety and Inibition of panic attacks within translational and prospective research contexts. *Trends Psychiatry Psychoter*, 34(2), 62-72.
- Câmara, M. V. (2006). Um certo olhar sobre o corpo na clínica reichiana. *Revista Reichiana*, 15, 30-34.

- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in china. *Psychiatry Research*, 287:112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Conley, C.S., Durlak, J.A. & Dickson, D.A. (2013). Uma revisão avaliativa da pesquisa de resultados sobre saúde mental universal programas de promoção e prevenção da saúde para estudantes do ensino superior. *Journal da American College Health*, 61(5), 286–301. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.802237>
- Conley, C.S., Shapiro, J.B., Kirsch, A.C & Durlak, J.A. (2017). Uma meta-análise de programas indicados de prevenção de saúde mental para estudantes do ensino superior em situação de risco. *Jornal de Psicologia de Aconselhamento*, 64 (2), 121–140. <https://doi.org/10.1037/cou0000190>
- Chen, P. J., Pusica, Y., Sohaei, D., Prassas, I., & Diamandis, E. P. (2021). An overview of mental health during the COVID-19 pandemic. *Diagnosis*, 8(4),403-412. <https://doi.org/10.1515/dx-2021-0046>
- Craig A. D. (2015). *How Do You Feel? An Interoceptive Moment with Your Neurobiological Self*. Princeton University Press. <https://doi:10.1515/9781400852727>
- Creswell, J. D. & Lindsay, E. K. (2014). Como o treinamento da atenção plena afeta a a saúde? Um buffer de stress de atenção plena. *Direções atuais na ciência Psicológica*, 23(6), 401-407. <https://doi.org/10.1177/0963721414547415>
- Costa, E. S., & Leal, L. (2008). Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior – Avaliar para intervir. In I. Leal, J. L. Pais Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 213-216). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Cruz, M. Z. & Júnior, A. P. (2011). Corpo, mente e emoções: referenciais teóricos da psicossomática. *Simbio-Logias*, 4(6), 46-66. <http://hdl.handle.net/11449/140656>

- Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2020). COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *Journal of contextual behavioral science*, 17. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.010>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Domschke, K.; Stevens, S.; Pfleiderer, B. & Gerlach, A. L. (2010). Interoceptive sensitivity in anxiety and anxiety disorders: an overview and integration of neurobiological findings. *Clin Psychol Rev.*, 30(1). <https://doi:10.1016/j.cpr.2009.08.008>
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness e regulação emocional: O desenvolvimento e a validação inicial da escala de Mindfulness cognitiva e efetiva revisada (CAMS-R). *Jornal de Psicopatologia e Avaliação Comportamental*, 29(3), 177-190. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9035-8>
- Füstös, J.; Gramann, K. & Herbert, B.M. & Pollatos, O. (2013). On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Soc Cogn Affect Neurosci*, 8(8), 911-917. <https://doi:10.1093/scan/nss089>.
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643), 290-292.
- Eisenberg, D. Hunt, J., & Speer, N. (2013). Mental health in American colleges and universities: Variation across student subgroups and across campuses. *J Nerv Ment Dis*, 201(1), 60-67. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827ab077>
- Engel, R. J., & Schutt, R. K. (2014). *Fundamentals of social work research* (2ª Ed.). Sage Publications.
- Galinha, I., & 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. <https://doi.org/10.14417/ap.84>

- Gama, M. E. R., & Rego, R. A. (1996). Grupos de movimento: consciência e expressão de si através do corpo. In R. A. Rego (Org.), *Cadernos Reichianos*, 1 (2ª ed.). Instituto Sedes Sapientiae.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Huang, J., Nigatu, Y.T., Smail-Crevier, R., Zhang, X. & Wang, J. (2018). Intervenções para problemas comuns de saúde mental entre estudantes universitários e universitários: uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos andomizados. *Jornal da pesquisa psiquiátrica*, 107-1. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.09.018>.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behaviour among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.008>
- Ibrahim, A.K.; Kelly, S.J.; Adams, C.E. & Glazebrook, C. A. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J Psychiatr Res.*, 47(3), 391-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Kabat-Zinn, J. (1990). Vida em plena catástrofe: Usando a sabedoria do seu corpo e mente para enfrentar o estresse, a dor e a doença. *Dell Publishing*.
- Kever, A., Pollatos, O., Vermeulen, N., & Grynberg, D. (2015). Interoceptive sensitivity facilitates both antecedent and response focused emotion regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 87, 20-23. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.014>
- Kipper, D. A., & Beasley, C. R. (2016). Factor analysis of the Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R). *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 15(1), 5-10. <https://doi.org/10.1007/s11620-015-0301-1>
- Khalsa, S.S. & Lapidus, R.C. (2016). Can Interoception Improve the Pragmatic Search for Biomarkers in Psychiatry? *Front Psychiatry*, 25(7), 121. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00121>

- Khoury, B., Sharma, M., Rush, E., & McGonigal, K. (2011). The effects of yoga on mental health: A review of the literature. *Psychiatry Research*, 187(3), 449-456. <https://doi.org/10.1155/2012/165410>
- Koch, S.C., Riege, R. F. F., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L., & Beelmann, A. (2019). Effects of Dance Movement Therapy and dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update. *Front Psychol.* 20;10:1806. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01806>
- Komiya, N., Good., G., & Sherrod, N. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 138-143. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.47.1.138>
- 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. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U).
- Lowen, A. (1977). *O corpo em terapia*. Summus Editorial.
- Maia, B.R. & Dias, P.C., (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 37, e200067. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>
- Mamun, M. A., Sakib, N., Gozal, D., Bhuiyan, A. K. M. I., Hossain, S., Bodrud-Doza, M., Mamun, F. A., Hosen, I., Safiq, M. B., Abdullah, A. H., Sarker, M. A., Rayhan, I., Sikder, M. T., Muhit, M., Lin, C.-Y., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The COVID-19 pandemic and serious psychological consequences in Bangladesh: a population-based nationwide study. *Journal of Affective Disorders*, 279, 462-472. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.036>
- Machorrinho, J., Veiga, G., Fernandes J., Mehling, W., Marmeleira, J., (2018). Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness: Psychometric Properties of the Portuguese Version. 1-19. <https://doi.org/10.1177/0031512518813231>

- Mehling, W., Price, C., Daubenmier, J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PLoS One*, 7(11), e48230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>
- Moreno, J. L. (1974). Psicodrama. The creativity theory of personality: spontaneity, creativity and human potentialities. In: I. Greenberg (Ed.), *Psychodrama: theory and therapy*. New York, Behavioral Publications.
- Nirino, S., Silva, P. O., Pucci, S.H.M. (2022). Estudo piloto- programa 8 semanas de Mindfulness para universitários. *Brazilian Journal of Global Health*, 2(8), 5. <https://doi.org/10.56242/globalhealth;2022;2;8;1-5>
- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). *Satisfação com a vida*. In L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, L. Oliveira, O. Caetano & J. Marques (Eds.) *A acção educativa: Análise psicossocial* (pp. 91-100). ESEL./APPORT.
- Nogueira, T. A. (2010). *Grupo de movimento: conceituação, estado da arte e aplicação na área educacional*. Dissertação de Mestrado. <https://doi.org/10.11606/D.47.2010.tde%2D09022011%2D102040>
- Oliveira, E. N. et al. (2022). Covid-19: repercussões na saúde mental de estudantes do ensino superior. *Saúde debate*, 46, 206-220. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E114P>
- Oliveira, C. T., Carlotto, R. C., Pereira, M. A., & Dias, A. C. G. (2016). Oficinas de gestão do tempo com estudantes universitários. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 224-233. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001482014>
- Organização mundial de saúde (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: OMS, 24.
- 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. <http://hdl.handle.net/10400.12/1058>
- Paulus, M.P. & Stein, M.B. (2010). Interoception in anxiety and depression. *Brain Struct Funct.*, 214(5-6). <https://doi:10.1007/s00429-010-0258-9>.

- Pellisson, S., & Boruchovitch, E. (2022). Estratégias de regulação emocional de estudantes universitários: uma revisão sistemática da literatura. *Educação & Formação*, 7(1). <https://doi.org/10.25053/redufor.v7i1.7152>
- Prince, C. J. & Hooven, C. (2018). Interoceptive awareness skills for emotion regulation: Theory and approach of mindful awareness in body-oriented therapy (MABT). *Frontiers in Psychology*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00798>
- Regehr, C., Glancy, D. & Pitts, A. (2013). Intervenções para reduzir o estresse em estudantes universitários: uma revisão e meta-análise. *Jornal de Distúrbios Afetivos*, 148(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.026> PMID: 23246209
- Reich, W. (1973). *Ether, God and Devil/Cosmic Superimposition*. Farrar, Straus & Giroux.
- Reyes-Rodrigues, M. L., Rivera-Medina, C. L., Cámara-Fuentes, L., Suárez-Torres, A. & Bernal, G. (2013). Depression symptoms and stressful life events among college students in Puerto Rico. *J Affect Disord*, 145(3), 324-330. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.010>.
- Romão, J. F. & Silva, D. V. R. (2018). A ansiedade no corpo – um olhar reichiano. *Psicologia - Saberes & Práticas*, 2(1), 11-20.
- Rosendahl, S., Sattel, H., & Lahmann, C. (2021). Effectiveness of BodyPsychotherapy. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12:709798. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.709798>
- Ruwer, L. M. E., Silva, A. M. G. S., Kleinowski, H. L., & Nicolait, J. G. (2021). *Gestão do tempo nas demandas acadêmico-profissionais: Um estudo de caso: Conbrepro*. Universidade Tecnológica Federal do Paraná.
- Saidon, O., Rodrigues, H. C., Sá-Leitão, M. B., Almeida, R. Acero, L. & Pereira, M. F. (1983). *Práticas Grupais*. Campus.
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Mental health and psychological interventions during the new coronavirus pandemic (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. <http://dx.doi.org/10.1590/19820275202037e200063>

- Schry, A.R. & White, S.W. (2013). Understanding the relationship between social anxiety and alcohol use in college students: a meta-analysis. *Addict Behav.*, 38(11), 2690-706. [https://doi.org/ 10.1016/j.addbeh.2013.06.014](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.06.014)
- Stead, R., Shanahan, M., & Neufeld, R. (2010). "I'll go to therapy, eventually": procrastination, stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 49, 175-180. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.028>
- Van der Kolk, B. A. (2020). *O corpo não esquece: Cérebro, mente e corpo na superação do trauma*. Lua de Papel.
- Veloso, M., Gouveia, J. P. & Diniz, A. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Arch. Clin. Psychiatry*, 37(4). <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Volpi, J. H. (2004). Um panorama histórico de Wilhem Reich. *Centro Reichiano*.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, X., Zhang, N., Pu, C., Li, Y., Chen, H. & Li, M. (2022). Anxiety, Depression, and PTSD among college students in the Post-COVID-19 Era: A cross- Sectional Study. *Brain Sci*, 12(11), 1553. <https://doi.org/10.3390/brainsci12111553>
- 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. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Worsley, J. D., Pennington, A. & Corcoran, R. (2022). Supporting mental health and wellbeing of university and college students: A systematic review of review-level evidence of interventions. *PlosOne*, 17(7): e0266725. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266725>

Yalom, I. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. (5th ed.). Basic Books.

Zhou, X., Snoswell, C. L., Harding, L. E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X., & Smith, A. C. (2020). The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health*, 26(4).
<https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>

ANEXOS

Anexo I. Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico/ Geral

Informações acerca do **Estudante**

1. Idade: _____

2. Sexo: ___ Masculino ___ Feminino ___ Não Binário ___ Outro

3. Curso/ ano em que está inserido atualmente

_____ 1º ano Licenciatura em Psicologia

_____ 2º ano Licenciatura em Psicologia

_____ 1º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

_____ 1º ano Licenciatura em Educação Social

_____ 2º ano Licenciatura em Educação Social

4. É trabalhador estudante?

Sim _____ Não _____. Se sim, quantas horas trabalha por semana? _____

5. Indique o seu nível de satisfação académica de 1 a 5 sendo que 1 é “Nada Satisfeito” e 5 “Muito Satisfeito.”

6. Quantas horas dedica em média por semana ao estudo? _____

7. Apresenta ou sofre de alguma doença física?

Sim _____ Não _____. Se sim, qual? _____

8. Estas doenças limitam-no fisicamente? Sim ___ Não _____. Se sim, quais as limitações? _____

9. Toma algum tipo de medicação? Sim____ Não____. Se sim, para que efeito/ doença toma? _____

10. Costuma praticar exercício físico?

Sim____ Não____. Se sim, que tipo? _____

Com que regularidade? (nº de vezes por semana) _____

11. Já alguma vez teve acompanhamento psicológico?

Sim____ Não____

Se sim, quanto tempo durou? _____

Qual o motivo do acompanhamento? _____

12. Já alguma vez teve acompanhamento psiquiátrico?

Sim____ Não____

Se sim, quanto tempo durou? _____

Qual o motivo do acompanhamento? _____

13. Atualmente tem acompanhamento psiquiátrico ou psicológico?

Sim____ Não____

Se sim, qual o motivo do acompanhamento? _____

14. Consume atualmente com regularidade algum tipo de drogas?

Sim____ Não____

Se sim, qual(s)? _____

10. Já alguma vez participou em algum grupo de intervenção de Mindfulness ou fez meditação?

Sim____ Não____

FIM

Anexo II. Questionário de Não Inscrição/ Participação

Programa “Sexto Sentido: move-te e equilibra-te” Questionário de Sondagem/ Não Inscrição

1. Idade: _____

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Estado Civil

Solteiro e dependente financeiramente dos pais

Solteiro(a) e independente financeiramente

Casado ou em união de facto com filhos

Casado ou em união de facto sem filhos

Divorciado com filhos

Divorciado sem filhos

4. Curso: _____

5. Ano de Curso: _____

6. É trabalhador estudante?

Sim

Não

Se sim, quantas horas trabalha por semana? _____

7. Indique o seu nível de satisfação académica no momento presente de 1 a 5 sendo que 1 é “Nada Satisfeito” e 5 “Muito Satisfeito.”

8. Quantas horas dedica em média por semana ao estudo? _____

9. Das afirmações anteriores ou através da opção “outros” indique-nos o **porquê de não se ter inscrito** no Programa “Sexto Sentido”. Classifique de 1 a 4

- 1 - Não concordo nada
- 2 - Discordo parcialmente
- 3 -Concordo parcialmente
- 4 - Concordo totalmente

Porque não tive conhecimento sobre o programa, nem através da sessão de divulgação, nem através do link enviado via moodle	
Por não estar interessado em programas que se foquem na saúde mental	
Porque não acredito na eficácia dos programas de intervenção em grupo no âmbito da saúde mental	
Porque não achei o programa interessante ou relevante para mim	
Por não dispor de tempo para qualquer atividade extracurricular (Risque o que não se adequa: por motivos laborais, de estudo, outros hobbies/ocupações, motivos familiares)	
Devido a incompatibilidade horária	
Porque não acho que necessite ou poderia beneficiar de um programa de promoção de saúde mental	
Por motivos logísticos (Ex. horários dos transportes para regressar a casa, ...)	
Por envolver exercícios corporais	

Por não querer partilhar aspetos sobre mim com os outros	
Por ser uma intervenção em grupo	
Por ser uma intervenção em grupo, com pessoas que conheço	
Por ser uma intervenção em grupo, com pessoas que não conheço	
Por ser um programa de intervenção realizada dentro da UPT, em que não pode estar garantido o meu anonimato na participação.	
Por estar associado a um estudo de investigação	
Porque já estou a ter acompanhamento psiquiátrico/psicológico	
Porque não tive informação suficiente sobre o programa de intervenção e sobre o estudo.	
Por nenhum motivo em particular. Provavelmente agora, iria inscrever-me.	
Outro. Qual/Quais? _____ _____ _____ _____	

FIM

Anexo III. Questionário de Desistência

Programa “Sexto Sentido: move-te e equilibra-te” Questionário de Desistência

Pretende continuar a sua participação no grupo? ___ sim ___ Não

No caso de desistência, indique **os motivos que melhor explicam a sua desistência do programa de intervenção**, indicando para cada afirmação seguinte o seu grau de concordância de 1 a 4:

- 1- Não concordo nada
- 2- Discordo parcialmente
- 3- Concordo parcialmente
- 4- Concordo totalmente

Por não estar interessado em programas que se foquem na saúde mental	
Porque não acredito na eficácia dos programas de intervenção em grupo no âmbito da saúde mental	
Porque não achei o programa interessante ou relevante para mim	
Por não dispor de tempo para qualquer atividade extracurricular (Risque o que não se adequa: por motivos laborais, de estudo, outros hobbies/ocupações, motivos familiares)	
Devido a incompatibilidade horária	
Porque não acho que necessite ou poderia beneficiar de um programa de promoção de saúde mental	
Por motivos logísticos (Ex. horários dos transportes para regressar a casa, ...)	
Por envolver exercícios corporais	
Por não querer partilhar aspetos sobre mim com os outros	
Por ser uma intervenção em grupo	
Por ser uma intervenção em grupo, com pessoas que conheço	
Por ser uma intervenção em grupo, com pessoas que não conheço	

Por ser um programa de intervenção realizada dentro da UPT, em que não pode estar garantido o meu anonimato na participação.	
Por estar associado a um estudo de investigação	
Porque já estou a ter acompanhamento psiquiátrico/psicológico	
Outro. Qual/Quais? _____ _____ _____	

Se quiser explicar melhor os motivos da sua desistência no seu caso em particular, por favor descreva no campo abaixo.

FIM

Anexo IV. Questionário de Satisfação

Programa “Sexto Sentido: move-te e equilibra-te”

Questionário de Satisfação com o programa

(Baseado no CSQ-8 (Atkinson, 1991; Traduzido e adaptado por P.P. Machado & J.M. Klein, 2002))

Por favor ajude-nos a melhorar o nosso programa ao responder a algumas questões sobre o mesmo. Estamos interessados na sua opinião sincera, quer ela seja positiva ou negativa. Por favor responda a todas as perguntas.

1. Como avaliaria a qualidade do grupo de intervenção?

- Excelente
- Bom
- Satisfatório
- Mau

2. Em que medida é que os grupos de movimento satisfizeram as suas necessidades?

- Quase todas foram satisfeitas
- A maior parte foram satisfeitas
- Só algumas foram satisfeitas
- Nenhuma foi satisfeita

3. Se um amigo demonstrasse interesse no tema/ conceito dos grupos de movimento, iria recomendar-lhe o nosso programa?

- Não, de todo
- Não, nem por isso
- Sim, dum modo geral
- Sim, sem dúvida

4. Qual é a sua satisfação com a quantidade de sessões realizadas?

- Bastante insatisfeito/a

Indiferente ou moderadamente insatisfeito
Satisfeito
Bastante satisfeito

5. Acha que o programa o/a ajudou a identificar melhor o que sente e a lidar melhor com os seus problemas?

Sim, ajudou muito
Sim, ajudou de algum modo
Não, não ajudou nada
Não, parece que tornou as coisas piores

6. No global, de um modo geral quão satisfeito/a está com o programa?

Bastante satisfeito
Satisfeito
Indiferente ou algo insatisfeito
Bastante insatisfeito

7. Se tivesse de se inscrever outra vez no nosso programa, voltaria a inscrever-se?

Não, de todo
Não, nem por isso
Sim, dum modo geral
Sim, sem dúvida

8. Quais foram, para si, os maiores benefícios da participação no grupo de intervenção? O que lhe foi mais útil?

9. Quais foram os momentos/ exercícios mais memoráveis para si?

10. Houve algum aspeto da intervenção que não achou tão útil ou que gostaria de mudar?

11. Tem alguma sugestão para a melhoria deste programa?

Muito obrigado! Realmente apreciamos a sua ajuda!

Anexo V. Guião da Entrevista

Participante:

Data:

Técnico (a): _____

Entrevista de avaliação dos resultados – Grupo de Movimento

Gostaríamos de convidá-lo/a para uma entrevista semiestruturada, com sensivelmente meia hora de duração.

Os principais tópicos desta entrevista são quaisquer mudanças que tenha verificado desde o início do Grupo de Movimento, o que acredita ter contribuído para essas mudanças, bem como os aspetos úteis e os aspetos desnecessários que identifica no Grupo de Movimento.

O objetivo central desta entrevista é que nos informe acerca da sua experiência no Grupo de Movimento e neste estudo. Esta informação ajudar-nos-á a compreender melhor como funciona o Grupo de Movimento, bem como a melhorar este tipo de intervenção psicoterapêutica.

Esta entrevista é sujeita a gravação áudio para fins de investigação. Os dados serão confidenciais. Por favor, faculte a maior quantidade de detalhes possível.

Questões:

1. Como foi para si o grupo de movimento? Como se sentiu no processo de intervenção?
2. Como se descreveria a si mesmo no início do programa?
3. De que forma a descreveriam os outros que a conhecem bem?
4. E agora como se descreve? Como os outros a descrevem? Há alguma coisa diferente?
5. Que mudanças, se as há, observou em si mesma desde o início do grupo?

- 5b.** O que nota de diferente no seu corpo? Em que situação ou situações vai notando essa(s) diferença(s)? (Pedir para dar nomes) (E mais? ...)
- 5c.** Em termos gerais, o que pensa ter causado estas mudanças?
- 6.** De um modo geral, o que teve na origem destas mudanças?
- 7.** Alguma coisa mudou para si para pior desde o início do grupo?
- 8.** O que foi útil no processo terapêutico? Pode dar exemplos (aspetos gerais, eventos específicos)
- 9.** Que obstáculos ou fatores negativos, se os há, sentiu ao longo do grupo?
- 9a.** O que aconteceu? O que fez nessa situação? (Descrição contextual – E mais? quando nota isso que faz?)
- 10.** O que notou de diferente nos seus colegas? Consegue dar algum exemplo de mudanças que observou nos seus colegas? Em termos gerais, o que pensa ter causado estas mudanças nos seus colegas?
- 11.** Houve situações difíceis ou penosas, mas ainda assim boas ou uteis? Se sim, quais? E porque?
- 12.** Como/ o que tem sido para si estar envolvido neste estudo? Tem algumas sugestões para nós, em relação ao grupo de movimento? Gostaria de fazer mais algum comentário acerca do grupo de movimento? Gostaria de dizer mais alguma coisa?

Tabela 1 - Lista de mudanças

	A mudança foi: 1 - Totalmente esperada 2 - Algo esperada 3 - Nem esperada, nem surpresa 4 - Algo surpresa 5 - Totalmente surpresa	Sem este grupo terapêutico, a mudança: 1 - De certeza NÃO acontecia 2- Provavelmente NÃO acontecia 3 - Não sei 4 - Provavelmente ACONTECIA 5 - De certeza ACONTECIA	A mudança foi: 1 - Nada importante 2 - Pouco importante 3 - Moderadamente importante 4 - Muito importante 5- Extremamente importante
1.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 541
4200-072 Porto
Portugal

+351 225 572 000
+351 969 773 967

upt@upt.pt
www.upt.pt