



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

CONHECIMENTOS E REPRESENTAÇÕES DE  
PACIENTES E PSICÓLOGOS CLÍNICOS ACERCA DO PROTOCOLO  
DE KUNDALINI YOGA PARA TRATAMENTO COMPLEMENTAR  
DA PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Psicologia do Bem – Estar e Promoção  
da Saúde

Por

Adriana Velloso Buonfiglio

Setembro 2024



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

CONHECIMENTOS E REPRESENTAÇÕES DE  
PACIENTES E PSICÓLOGOS CLÍNICOS ACERCA DO PROTOCOLO  
DE KUNDALINI YOGA PARA TRATAMENTO COMPLEMENTAR  
DA PERTURBAÇÃO OBSESSIVO–COMPULSIVA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Psicologia do Bem – Estar e Promoção  
da Saúde

Por

Adriana Velloso Buonfiglio

Faculdade de Ciências Humanas

Sob orientação da Prof. Doutora Susana Costa Ramalho

## Resumo

Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é uma patologia que traz diversos prejuízos aos doentes, afetando nomeadamente a qualidade de vida. Parte dos pacientes, mesmo quando submetidos ao tratamento padrão, mantêm sintomas residuais. Junta-se a esse fator um crescente interesse em técnicas alternativas e complementares para serem usadas nos tratamentos de saúde mental, incluindo técnicas de corpo-mente (yoga e meditação). Frustração com tratamento convencional, menos efeitos colaterais e menor estigma, são algumas razões na literatura para o interesse nessas técnicas no âmbito da saúde mental. O presente estudo pretendeu avaliar o nível de abertura e de aceitação das técnicas alternativas e complementares no tratamento do TOC entre psicólogos e pacientes e, especificamente, averiguar se esses conheciam um protocolo para tratamento do TOC dentro da Kundalini Yoga (KY) e suas respectivas opiniões. Pretendeu-se também comparar os grupos em relação ao conhecimento em yoga e meditação para saúde mental, nível de conhecimento específico no protocolo de KY para TOC e abertura para técnicas de meditação. Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo, transversal e não experimental. Na primeira fase do estudo participaram 34 pessoas (psicoterapeutas e pacientes) e, na segunda fase, cinco psicólogos. O estudo mostrou haver abertura em ambos os grupos para técnicas alternativas e complementares, com abertura significativamente maior entre os psicólogos para complementar o tratamento do TOC, mais conhecimentos gerais em yoga e meditação entre os psicólogos. Para as mesmas variáveis não se encontraram diferenças significativas quando comparando os grupos por gênero. O estudo mostrou um conhecimento nulo neste protocolo de KY entre pacientes e bastante baixo entre psicólogos. Este estudo pode contribuir para divulgar o protocolo da KY como forma de tratamento complementar do TOC, entre psicoterapeutas e pacientes, sendo escassa a literatura sobre esse protocolo e o seu potencial relevo na saúde mental.

*Palavras-chave:* TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) ; Kundalini Yoga, técnicas alternativas; técnicas complementares; protocolo da Kundalini Yoga para o TOC.

## **Abstract**

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a pathology that impairs patients in multiple ways, namely by affecting their quality of life. Some of the patients, even those undergoing standard treatment, still exhibit residual symptoms. Moreover, there has been a growing interest in alternate and complementary techniques applied to mental health treatment, including body-mind techniques (yoga and meditation). Frustration with a conventional treatment, fewer side-effects and less stigma are some of the reasons in literature for an increasing interest in such approaches to mental health. This study has sought to measure the level of openness and acceptance of such alternate and complementary techniques among psychologists and patients, and specifically to determine if they were familiar with a Kundalini Yoga (KY) protocol for OCD treatment, in addition to establishing their respective opinions on this matter. It also sought to compare groups according to their acquaintance with yoga and meditation for mental health, specific level of knowledge of the KY protocol for OCD, and openness to meditation techniques. It is a qualitative and quantitative, cross-sectional and nonexperimental study. Its first phase included 34 participants (psychotherapists and patients), while its second phase included five psychologists. The study indicated openness to alternate and complementary techniques in both groups, with a significantly larger acceptance of a complementary OCD treatment among psychologists, who also displayed a better overall knowledge of yoga and meditation. No significant differences were found under the same variables when groups were compared by gender. Knowledge among patients of the KY protocol was nil, while psychologists showed a very limited knowledge. This study can contribute to promote the KY protocol as a complementary OCD treatment among therapists and patients, given the scarce literature and the potential relevance of this protocol in mental health treatment.

*Key words:* OCD (Obsessive Compulsive Disorder); alternate techniques; complementary techniques; Kundalini Yoga Protocol for OCD.

## **Dedicatória**

Dedico esta dissertação ao meu pai por todo suporte,  
amor e bons valores transmitidos em vida e  
que me “olha” e me guarda agora em outro plano.

*“Sat Nam” (a verdade é a minha identidade).*

Yogi Bhajan

## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Prof. Doutora Susana Costa Ramalho por todo apoio, esclarecimentos e agilidade em sanar minhas dúvidas e paciência e generosidade com meu momento de vida, frequentemente com palavras de incentivo nas trocas de e-mail e supervisões.

Ao apoio inicial das Professoras: Prof. Doutora Rita Francisco e Prof. Doutora Bárbara Nazaré.

Aos meus pais, Rocco Buonfiglio (in memoriam) e Heloisa Buonfiglio, que sempre incentivaram e priorizaram os estudos como um dos principais valores transmitidos.

À minha mãe, linguista, na tradução do resumo.

Ao meu marido e parceiro Gonçalo Faria por todo suporte emocional e financeiro ao longo dos anos de mestrado.

À Professora de Kundalini Yoga (KY) Ana Carolina Moreno pela parceria e disponibilidade por replicar o protocolo de KY para TOC em vídeo aos voluntários desse estudo.

Ao Professor da Kundalini Yoga, médico e investigador Dr. Rodrigo Yacubián Fernandes que participou de estudo anterior com o protocolo da KY para TOC e que serviu de referência para esse estudo, sempre solícito em sanar minhas dúvidas e toda sua generosidade em compartilhar seus conhecimentos.

A todos os voluntários do estudo (psicólogos e pacientes) que participaram dessa investigação, alguns psicólogos amigos e colegas da minha rede profissional no Brasil.

Às minhas irmãs Camila e Leda e à mais especial das amigas Fernanda Rodrigues por todo incentivo ao longo do percurso.

À minha filha e fonte de inspiração Helena Buonfiglio Faria.

## Índice

Introdução .....	10
Capítulo I: Enquadramento Teórico .....	11
1.1. Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) .....	11
1.1.1. Fatores etiológicos do TOC .....	11
1.1.2. Particularidades do TOC e suas Repercussões (Incapacidades e Prejuízos) .....	12
1.1.3 Tratamento Convencional para o TOC .....	14
1.1.4. Limitações do Tratamento Convencional para o TOC .....	14
1.2. Técnicas Alternativas, Complementares e Integrativas .....	15
1.2.1. Percepções de Pacientes, Profissionais de Saúde e Estudantes da Área da Saúde sobre as Técnicas Alternativas e Complementares em Geral: Facilitadores e Barreiras .....	18
1.2.2. Perspectivas de Pacientes e Profissionais de Saúde quanto ao Uso da Yoga e da Meditação como Técnicas Alternativas/Complementares de Saúde .....	20
1.3. A Kundalini Yoga no Tratamento do TOC .....	23
1.3.1. <i>Pranayama</i> e seus Efeitos sobre o SNC .....	25
1.4. Abertura e Preferências dos Pacientes em Relação às Técnicas Complementares Relacionadas Especificamente ao TOC .....	26
Capítulo II: Metodologia .....	27
2.1. Desenho de Investigação .....	27
2.1.1. Perguntas de investigação: .....	27
2.1.2 Objetivos Gerais .....	27
2.1.3 Objetivos específicos .....	27
2.2. Instrumentos .....	28
2.3. Análise Descritiva da Amostra .....	29
2.4 Procedimentos para Recolha de Dados Quantitativos .....	29

2.4.1. Procedimentos de Recolha Dados Qualitativos.....	30
2.5. Análise Quantitativa de Dados .....	31
2.5.1. Análise Qualitativa de Dados .....	31
Capítulo III: Resultados.....	33
3.1. Análise do Estudo Quantitativo.....	33
3.1.1. Análise de Correlação.....	33
3.1.2. Análise de Diferenças entre Grupos para Meditação .....	34
3.1.3. Análise de Diferenças entre Grupos para Técnicas Alternativas Complementares .....	34
3.1.4. Análise de Diferenças entre Grupos para Conhecimentos em Yoga e Meditação .....	35
3.1.5. Análise de Diferenças entre Grupos para Conhecimento do Protocolo da KY para TOC .....	36
3.1.6. Análise de Comparação por Gênero nos Conhecimentos em Yoga e Meditação .....	37
3.1.7. Análise de Comparação por Gênero para Abertura às Técnicas Alternativas Complementares .....	38
3.2. Análise do Estudo Qualitativo.....	39
Capítulo IV: Discussão dos Resultados.....	47
4.1. Limitações do Estudo .....	54
Capítulo V: Conclusão .....	55
Referências: .....	57
Anexo A.....	66
Anexo B.....	71
Anexo C.....	77
Anexo D.....	79

## Introdução

Estudos com técnicas alternativas e complementares para o tratamento de transtornos mentais têm surgido com mais frequência na literatura. Nguyen e Lavretsky (2020) destacam o crescente uso das técnicas integrativas e complementares pelas pessoas a partir da geração dos *baby boomers* – nascidos entre os anos de 1946 e 1964 – e salientam como aspecto positivo a percepção de um custo reduzido de tais técnicas, sem ou com menos efeitos adversos, bem como a possibilidade de os doentes também poderem gerir o autocuidado em relação ao seu próprio corpo e saúde.

Entre os diversos tipos de transtornos mentais, temos o Transtorno Obsessivo Compulsivo - TOC. A literatura sobre o TOC evidencia as diversas formas de como essa perturbação parece afetar a qualidade de vida dos pacientes, nas mais variadas esferas de vida. De acordo com O DSM-V (*American Psychiatric Association, 2014*), é bastante frequente a associação do TOC com outras psicopatologias. A associação do TOC com depressão *major* pode incrementar o risco de suicídio, sendo que pensamentos de ideação suicida podem acometer até metade dos doentes em algum momento de suas vidas (*American Psychiatric Association, 2014*).

Du Mortier e colegas (2021) referem um maior conhecimento de preditores de hospitalização em outras psicopatologias do que no TOC, bem como a falta de estudos longitudinais sobre os preditores de tratamento intensivo e hospitalização para o TOC.

No tocante às técnicas complementares para o tratamento do TOC, o foco desta dissertação serão as técnicas “complementares” que estejam relacionadas ao yoga e à meditação, procurando explorar os conhecimentos e opiniões dos pacientes e psicólogos clínicos sobre um protocolo para TOC dentro da yoga Kundalini, sendo, portanto, essa a terapia alternativa/complementar mais referida neste estudo.

# Capítulo I: Enquadramento Teórico

## 1.1. Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)

O TOC ou a POC são siglas para denominar a mesma patologia. TOC, transtorno obsessivo compulsivo, como o transtorno é conhecido no Brasil e POC, perturbação obsessiva compulsiva, nome pela qual a doença é conhecida em Portugal. Trata-se de uma alteração mental que se caracteriza por obsessões e compulsões. As obsessões são os pensamentos ou imagens que invadem a mente dos pacientes de forma recorrente. Costumam gerar ansiedade por terem conteúdo aversivo e/ou repetitivo. As compulsões são os comportamentos que são repetitivos e podem transformar-se em rituais, executados numa tentativa de diminuir a ansiedade gerada pelas obsessões (Cicarini et al., 2022). Cicarini e colegas (2022) destacam que, entre as principais obsessões, estão os pensamentos ou imagens de violência, contaminação, cunho sexual, religioso, organização e simetria, entre outros. Essas obsessões levam, como consequência, às compulsões de: assepsia e limpeza, necessidade de colocar coisas em ordem, comportamentos de contagem, verificação, entre outros.

Relativamente à prevalência global do TOC, de acordo com o DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), gira entre 1.1 a 1.8% atingindo mais mulheres na idade adulta e mais o sexo masculino na infância. Cicarini et al. (2022) referem pesquisas em que o TOC atinge quase 4% da população em geral quando se consideram desde as formas mais sutis até as mais severas da doença, afetando igualmente ambos os gêneros.

### 1.1.1. Fatores Etiológicos do TOC

Os fatores que estão na origem do TOC ainda não são totalmente conhecidos. Alterações nos circuitos cerebrais com o envolvimento do córtex orbito-frontal e os gânglios da base, disfunções na circuitaria cerebral que conectam essas duas áreas, alterações neuroquímicas, especialmente ligadas à serotonina, genética e fatores do ambiente estarão na gênese da doença (Cordioli, 2014; Fenske & Petersen, 2015).

Cicarini e colaboradores (2022) apontam que, para além desses elementos, fatores psicológicos, estresse, alterações hormonais na gravidez e alterações dos hormônios após o parto podem estar na origem dessa patologia. O estresse significativo parece ser um fator

ambiental de risco para o desenvolvimento de sintomas de TOC, embora os mecanismos não estejam suficientemente claros sobre de que forma se processa a relação do estresse com o TOC (Adams et al., 2018).

Os genes também parecem exercer alguma influência na origem do TOC. Em uma revisão sistemática com 105 artigos sobre associação genética no TOC, os autores ressaltam a ocorrência do TOC numa interação de múltiplos genes de efeito pequeno com o ambiente (Sampaio et al., 2013). Cordioli (2014) refere que a incidência do TOC é maior em familiares de indivíduos com essa patologia, principalmente quando o início dos sintomas se dá em idade mais precoce e no TOC com sintomas de colecionismo. No mesmo livro, o autor destaca a variedade dos genes que podem estar envolvidos na etiologia do TOC, sem consenso quanto a quais seriam esses genes e quanto ao modelo específico de transmissão genética, tendo a genética um efeito discreto na etiologia da doença.

Há menção na literatura de um TOC secundário a outras causas, relacionado ao Transtorno Neuropsiquiátrico Autoimune Pediátrico (Cordioli, 2014; Endres et al., 2022; Sampaio et al., 2013) e a outras doenças neuropsiquiátricas e autoimunes (Cordioli, 2014; Endres et al., 2022) que se apresentam com sintomas de TOC.

### **1.1.2. Particularidades do TOC e suas Repercussões (Incapacidades e Prejuízos)**

Ainda que a maioria das pessoas possa ter pensamentos intrusivos e desagradáveis de vez em quando, o critério B do DSM-V ajuda na distinção entre pensamentos intrusivos ocasionais e obsessões, dando ênfase a que tais pensamentos e comportamentos compulsivos devem ocupar tempo na vida da pessoa, mais de uma hora por dia, ou causar prejuízo significativo para justificar um diagnóstico de TOC (*American Psychiatric Association*, 2014).

Diversas áreas da vida dos pacientes com TOC podem ser afetadas em função do tempo gasto com as obsessões e compulsões (*American Psychiatric Association*, 2014; Scholl et al., 2017). O conteúdo e a gravidade dos sintomas variam de indivíduo para indivíduo. Os que têm sintomas considerados ligeiros ou moderados podem passar de 1 a 3 horas por dia em compulsões ou ruminando obsessões. Em pacientes com quadros mais graves os sintomas podem estar presentes quase o tempo todo configurando maior incapacidade (*American Psychiatric Association*, 2014).

O isolamento social também aparece como uma consequência do TOC, podendo levar

a pessoa a se isolar socialmente pela autoconsciência da natureza irracional de seus comportamentos, afetando integralmente o funcionamento do indivíduo (de Almeida et al., 2014).

Com o intuito de evitar um confronto com situações, lugares ou coisas que temem, os pacientes com TOC têm frequentemente comportamentos de evitação, conforme o tipo de TOC que têm, podendo evitar, por exemplo, interações sociais, idas a restaurantes ou banheiros públicos, condicionando assim suas vidas. Situações interpretadas como gatilhos para suas obsessões e/ou compulsões podem levar a um aumento de ansiedade, ataques de pânico ou mesmo nojo, dependendo da natureza de suas obsessões, sendo frequente alguma inquietação enquanto não executam seus rituais compulsivos (*American Psychiatric Association*, 2014).

A literatura evidencia uma forte associação do TOC com sintomas depressivos e outras comorbidades comuns além da depressão. A associação de comorbidades com o próprio TOC pode nos dar alguma ideia das limitações e incapacidades experienciadas pelos pacientes, afetando também a qualidade de vida destes doentes, principalmente sintomas de depressão. A qualidade de vida vem sendo um elemento cada vez mais valorizado em saúde mental e no tratamento do TOC. Um tratamento que viabilize para além do alívio dos sintomas a capacidade dos pacientes de usufruir de suas vidas (Du Mortier et al., 2021; Macy et al., 2013). Em um estudo sobre mudanças na qualidade de vida de pacientes com TOC que receberam tratamento hospitalar/ ambulatorial por um ano, Hertenstein e colegas (2013) destacam que a maioria dos pacientes com TOC tinham mais sintomas físicos, psicológicos e sociais do que a população em geral, mesmo obtendo melhoras com o tratamento. Esses pacientes tinham pontuações na qualidade de vida abaixo daquela da população não clínica, inclusive após a conclusão do tratamento do TOC. Subramaniam e colaboradores (2013) referem que a qualidade de vida de indivíduos com TOC costuma ser melhor que a de pacientes cuja principal patologia é a depressão *major*, mas igual ou pior que a de sujeitos com esquizofrenia. Doenças associadas ao TOC impactam negativamente a qualidade de vida dos pacientes com TOC, nomeadamente a depressão (Hertenstein et al., 2013; Macy et al., 2013; Subramaniam et al., 2013). A depressão associada ao TOC pode muitas vezes afetar mais a qualidade de vida dos pacientes com TOC do que os sintomas de TOC isolados, sem comorbidade (Macy et al., 2013).

Fatores como ser solteiro(a), ter depressão associada mais severa, baixa qualidade de

vida ou sofrer redução na qualidade de vida e até o uso de psicotrópicos podem ser preditores da necessidade de tratamento intensivo para o TOC. Essas variáveis podem ser mais preditoras de necessidade de tratamento intensivo no futuro do que a gravidade dos sintomas isolados do TOC (Du Mortier et al., 2021).

### **1.1.3 Tratamento Convencional para o TOC**

O tratamento convencional para TOC inclui psicoterapia na abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), com a técnica da Exposição e Prevenção de Resposta (EPR), e medicação com inibidores seletivos de recaptação da serotonina, sendo a EPR uma técnica comportamental na qual os pacientes têm que lidar e tolerar situações que evoquem obsessões e compulsões, aprendendo a não reagir com compulsões a essas situações (Reid et al., 2021).

A Exposição e Prevenção de Resposta junto com a Terapia Cognitiva integram o tratamento de primeira linha para o TOC, sendo que a Terapia Cognitiva seria um meio de trabalhar pensamentos disfuncionais, reduzindo o sofrimento e melhorando a adesão terapêutica, reduzindo o abandono do tratamento (McKay et al., 2015).

Ainda que a serotonina seja o neurotransmissor envolvido na patogênese do TOC mais referido na literatura e os inibidores seletivos de recaptação de serotonina sejam os fármacos mais usados no tratamento deste transtorno, a literatura também ressalta algumas dúvidas em relação à serotonina. Goodman e colegas (2014) alertam para o fato de que a função da serotonina em investigações farmacológicas permanece não esclarecida. Um possível sistema glutamatérgico na fisiopatologia do TOC e a importância de futuros estudos com medicamentos que inibam o glutamato em alguns circuitos neuronais, como novas terapêuticas para o TOC, são salientadas em alguns estudos (Boff et al., 2021; Goodman et al., 2014). Há quantidade aumentada de glutamato no líquido cefalorraquidiano de pessoas com transtorno obsessivo compulsivo e evidências da ação hiperativa do glutamato no TOC em investigações clínicas e não clínicas (Boff et al., 2021).

### **1.1.4. Limitações do Tratamento Convencional para o TOC**

É frequente na literatura a menção de pacientes que mesmo tratados com medicação e psicoterapia, na abordagem definida como “padrão ouro”, não obtêm melhora significativa ou redução de seus sintomas. Shannahoff-Khalsa e colegas (2019) referem que até 50% dos

pacientes são resistentes quando usam critérios de melhoria na escala que mensura o TOC e que mais ou menos 30% não respondem a terapia combinada com inibidores de recaptação de serotonina e exposição e prevenção de resposta.

Embora a psicoterapia não cause efeitos colaterais, a exposição e prevenção de resposta pode estar associada a bastante ansiedade por parte dos pacientes, levando muitos a deixarem o tratamento (*drop out*), configurando cerca de 30% dos pacientes (Arumugham & Reddy, 2014). Em relação aos efeitos secundários dos inibidores seletivos de recaptação de serotonina, conhecem-se alguns como sejam: vômito, diarreia, tontura e redução da libido, entre os mais prevalentes (Ribeiro et al., 2014). Além dos aspectos acima mencionados, outras questões como o fato de a psicoterapia ainda não ser financeiramente acessível a todos que dela precisam e a resistência em tomar medicação ou abandono desta por conta dos efeitos adversos, são frequentemente referidos na literatura. Por conta dessas limitações no acesso ao tratamento e outras características que podem configurar um obstáculo à terapia convencional para o TOC, somadas a um crescente interesse acadêmico por técnicas meditativas e de yoga, como uma forma alternativa ou complementar ao tratamento padrão de transtornos psiquiátricos (Nguyen & Lavretsky, 2020), parece-nos relevante tentar perceber se tais técnicas são também conhecidas fora do universo de investigação científica, pelos profissionais de saúde mental e pacientes. Consideramos também importante conhecer o nível de aceitação que estes evidenciam perante tais intervenções.

## **1.2. Técnicas Alternativas, Complementares e Integrativas**

Na literatura é frequente encontrarmos a sigla CAM que, traduzida para português, significa “medicina alternativa complementar”. Tratamentos complementares englobam terapias que não fazem parte das práticas e do ensino médico convencional, mas que - por terem graus variados de evidência - podem ser usadas em diversas condições de saúde (Asher et al., 2017). De acordo com o *National Center for Complementary and Integrative Health*, a medicina alternativa é um conjunto de procedimentos da medicina tradicional oriental relacionadas a corpo-mente, ou outras, usadas em substituição aos procedimentos da medicina convencional com evidências insuficientes em comparação às práticas da medicina convencional (*National Center for Complementary and Integrative Health*, 2020 cit. in Nguyen & Lavretsky, 2020). Neste estudo, com a finalidade de simplificar a linguagem, os

termos para técnicas e métodos “alternativos” e “complementares” serão usados como sinônimos, para referir procedimentos e tratamentos que não são convencionais, que se afastam do que é considerado tratamento padrão, já que na bibliografia sobre o tema os dois termos são muitas vezes usados juntos e também como sinônimos.

Yoga é uma arte antiga de uma sabedoria sutil que contempla o corpo, a mente e a alma (Ivengar, 2008). A palavra yoga vem do sânscrito, que na tradução significa concentração, focar a atenção. A filosofia do yoga prega a união do nosso eu individual com o universo, da união como um todo. Um estado puro e amplo de consciência em que nosso eu não existe isoladamente. O yoga é assim uma experiência dinâmica interna que acopla nosso eu ao nosso corpo, mente, sentidos e inteligência (Ivengar, 2008).

Existem diferentes tipos de yoga. O foco deste estudo será a Kundalini Yoga, já que o protocolo de tratamento para o TOC pertence a este tipo de yoga, embora haja menção de outros tipos de yoga também pesquisados.

A meditação é um estado autoinduzido com autofoco. Requer um estado alterado de consciência, em que há uso da lógica com descontração muscular. A meditação pode ser encontrada dentro de tradições espirituais, mas também ser praticada fora destes contextos e pode reduzir sintomas ansiogênicos, promovendo relaxamento do corpo de forma mais aprofundada e veloz que o estado de sono, além de inúmeras outras mais valias (Saide et al., 2017). Segundo Demarzo (2011), a meditação é uma prática que integra mente e corpo com atenção e consciência absoluta e sem julgamento para o momento presente.

Apesar do grande interesse e potencial em várias condições de saúde, seu uso dentro da Psiquiatria ainda é embrionário (Saide et al., 2017).

Com relação a Kundalini Yoga, de acordo com iogues<sup>1</sup> e tântricos<sup>2</sup>, a energia Kundalini situa-se numa pequena glândula que se encontra na base da coluna espinhal. O símbolo da Kundalini é representado por uma cobra enrolada na base da nossa coluna. O despertar da Kundalini tem como objetivo alcançar o estado responsável pelo estado de iluminação e felicidade e uma expansão da mente que acontece quando a energia Kundalini se desenrola e sobe pela coluna até alcançar os últimos chacras<sup>3</sup> (Downing, 2021; Saraswati,

---

<sup>1</sup> Adeptos da prática de yoga.

<sup>2</sup> Praticantes do movimento religioso/filosófico (Tantrismo) que influenciou o budismo.

<sup>3</sup> Centros de energia no corpo ativados pela meditação segundo o budismo.

2010). A Kundalini Yoga é um tipo de yoga que tem em sua prática a combinação de mantras ou cânticos espirituais, pranayamas que são técnicas de respiração, asanas que são posições corporais do yoga, mudras que são formas de posicionamento das mãos e meditação. Esse tipo de yoga meditativa se diferencia dos outros tipos de yoga por abarcar todos os elementos das práticas do yoga (Fernandes et al., 2021). A Kundalini foi introduzida e difundida ao ocidente pelo yogi Bhajan. Antes disso era uma prática antiga que se manteve por séculos em segredo (Deslippe, 2012).

Observa-se um crescente interesse acadêmico do uso de técnicas de yoga e/ou meditação para tratar diferentes transtornos psiquiátricos que se evidencia com diversos estudos (por exemplo, Krishnakumar et al., 2015). Na literatura há menção de técnicas de yoga e meditação usadas como ferramentas para tratar várias condições de saúde mental, nomeadamente a redução e gestão da ansiedade com yoga e/ou meditação. Indícios da possível eficácia podem ser constatados quando a meditação se alia ao tratamento medicamentoso (Saide et al., 2017). Krishnakumar e colaboradores (2016) referem o acúmulo de pesquisas com base em evidências que demonstram os benefícios diretos ou indiretos das técnicas de meditação e Yoga, bem como a contribuição destes estudos para uma maior atenção mundial sobre essas práticas.

Para além da gestão e redução da ansiedade, encontram-se também na literatura estudos com diversos tipos de yoga e/ou meditação para outras condições psiquiátricas: depressão (Cramer et al., 2017), esquizofrenia (Cramer et al., 2013), transtornos específicos de ansiedade (de Araújo et al., 2020; Saide et al., 2017), percepção de baixa qualidade de vida (Gard et al., 2014), entre outros, além de alguns poucos estudos da Kundalini Yoga para o TOC (Bhat et al., 2021; Shannahoff- Khalsa, 1996, 1997, 2004, Shannahoff- Khalsa et al., 2019). Recentemente, a Kundalini Yoga foi utilizada para incremento de saúde mental e autorregulação emocional entre estudantes no contexto da pandemia de Covid-19 (Brandão et al., 2024).

De uma maneira geral, os estudos com técnicas meditativas ou de yoga como tratamento complementar para as condições de saúde mental acima referidas mostraram-se promissoras em reduzir os sintomas das doenças e/ou na melhora da qualidade de vida dos sujeitos (Bressington et al., 2019; Cramer et al., 2013; de Araújo et al., 2020; Nascimento et al., 2021; Siddiqui et al., 2014). Entretanto, em praticamente todos os estudos sobre o tema, há menção de pouca robustez metodológica ou baixa qualidade da investigação, seja pelo

número reduzido da amostra, seja pelo pouco tempo do estudo, por estudos não randomizados, taxas de desistências e recaídas não mencionadas. Observam-se ainda diferentes níveis de eficácia reportados.

Thirthalli e colaboradores (2016) reforçam que há poucos estudos sobre eficácia das técnicas complementares com o devido rigor metodológico. No mesmo artigo, os autores justificam essa escassez como consequência da falta de treinos metodológicos científicos entre os estudiosos dessas técnicas e/ou de pouca verba para teste de eficácia em países em que tais técnicas já estão bem difundidas, como Índia e China.

Em uma revisão sistemática com 16 ensaios clínicos randomizados, para se averiguar a eficácia de intervenções com base em meditação no TOC, os resultados foram uma diminuição maior de sintomas quando a meditação era combinada com fármacos, mais do que o uso isolado do fármaco para TOC. Entretanto, essa diferença só foi estatisticamente significativa após a intervenção e não no acompanhamento *follow-up* após alguns meses (Lee et al., 2022).

### **1.2.1. Percepções de Pacientes, Profissionais de Saúde e Estudantes da Área da Saúde sobre as Técnicas Alternativas e Complementares em Geral: Facilitadores e Barreiras**

A literatura tem apontado uma crescente busca e utilização da Medicina Complementar e Alternativa pelo mundo nas últimas décadas (Nguyen & Lavretsky, 2020). Entretanto, há menos estudos que abordam os obstáculos para uso e aceitação da Medicina Alternativa e Complementar do que estudos que avaliam a aceitação desse tipo de medicina, o que configura uma limitação relacionada às barreiras para aceitação dessas técnicas (Tangkiatkumjai et al., 2020).

Uma revisão sistemática e representativa da população global, com 51 países no total, entre países do Oriente e Ocidente e um total de 231 artigos, teve como objetivo avaliar motivos de uso e de não uso da Medicina Alternativa Complementar em populações com doenças específicas e na população geral. Constatou-se que os 3 principais motivos para o uso deste tipo de medicina foram segurança, melhorias percebidas com uso dessas técnicas e frustração com a medicina convencional. Nessa revisão que englobou práticas tão variadas como fitoterápicos à Medicina Tradicional Chinesa, os motivos de uso dessas técnicas complementares e alternativas não diferiram entre as populações com alguma condição

específica de saúde da população geral (Tangkiatkumjai et al., 2020). No mesmo estudo, as pessoas afirmaram que o uso da Medicina Alternativa e Complementar acontecia como sendo a última opção de recurso, sendo que - em população com alguma doença e em países asiáticos onde esse tipo de medicina constitui-se como tratamentos tradicionais - tais técnicas não substituíam a chamada medicina convencional. O contrário se observou para a população geral no Japão, onde a medicina convencional pode ser frequentemente substituída pela alternativa complementar (Tangkiatkumjai et al., 2020). As razões para o não uso da Medicina Alternativa Complementar asiática foram sobretudo inseguranças quanto à eficácia dessas técnicas ou eficácia inferior comparada às técnicas da medicina convencional, indisponibilidade ou problemas no acesso dessas técnicas, preocupações acerca dos efeitos secundários destas, sendo que esses relatos foram mais frequentes na população asiática do que na ocidental (Tangkiatkumjai et al., 2020). A conclusão desse estudo foi a de que a população do Ocidente tende a não procurar a Medicina Alternativa Complementar por se sentirem seguros e confiantes na eficácia da Medicina Convencional. Entretanto, essa mesma população ocidental pode procurar técnicas complementares ou alternativas caso se sintam frustrados com a Medicina Convencional (Tangkiatkumjai et al., 2020). No mesmo estudo e entre os principais motivos para o não uso da medicina alternativa complementar pelos pacientes, evidencia-se o facto de serem escassas e duvidosas as fontes de informações quanto à eficácia dessa medicina, existência de opiniões contrárias ao uso dos profissionais de saúde e/ou familiares dos pacientes, bem como o custo alto dessas técnicas.

A literatura revela que técnicas alternativas e complementares são, em geral, bem aceitas por pacientes, com diferentes níveis de aceitação entre os estudos. Entre os facilitadores para aceitação dos pacientes, no que concerne às técnicas complementares relacionadas a corpo-mente, estão menor estigma em comparação ao tratamento psiquiátrico convencional (Asher et al., 2017; Nyer et al., 2018; Siddiqui et al., 2014), ausência ou menores efeitos colaterais dessas técnicas (Mitha et al., 2013; Nguyen & Lavretsky., 2020; Nyer et al., 2018; Siddiqui et al., 2014; Tangkiatkumjai et al., 2020), custo zero ou reduzido e maior autonomia (Nguyen & Lavretsky., 2020; Siddiqui et al., 2014; Tangkiatkumjai et al., 2020).

Em um estudo com o intuito de avaliar as diferentes atitudes e percepções dos pacientes em relação às abordagens integrativas e complementares em geral para doenças

crônicas tanto físicas quanto mentais, constatou-se que a maioria dos pacientes escolheria essas abordagens de forma adjunta ao tratamento convencional, enquanto uma minoria escolheria essas abordagens de forma alternativa ou em substituição aos tratamentos convencionais. No mesmo estudo, questões como faixa etária, severidade dos sintomas, condições socioeconômicas dos participantes, sofrimento percebido pela doença, estigma relacionado à doença e tipo de tratamento também exerciam influência nas percepções e escolhas dessas abordagens por parte dos pacientes (Berna et al., 2019).

### **1.2.2. Perspectivas de Pacientes e Profissionais de Saúde quanto ao Uso da Yoga e da Meditação como Técnicas Alternativas/Complementares de Saúde**

Com relação à aceitação de técnicas complementares em saúde mental, envolvendo yoga ou meditação pelos profissionais de saúde, questões como acesso facilitado, baixo custo e preferência dos pacientes por essas técnicas, bem como a segurança dessas técnicas em relação à falta ou menor efeito colateral, figuram entre as condições mais destacadas na literatura para abertura à essas técnicas pelos profissionais de saúde (Bressington et al., 2019; Olsson et al., 2022). A questão do empoderamento do paciente e um cuidado mais holístico também são destacados como facilitadores das técnicas complementares entre esses profissionais (Butterfield et al., 2017; Olsson et al., 2022; Oosterbroek & Brittany Dirk, 2021; Sharp et al., 2018; Siddiqui et al., 2014).

Também a melhora na relação profissional de saúde– doente é referida em trabalhos de revisões em estudos sobre técnicas adjuntas de saúde envolvendo yoga ou meditação (Olsson et al., 2022; Oosterbroek & Brittany Dirk, 2021; Siddiqui et al., 2014).

Já na questão de viabilidade para integrar técnicas meditativas ou do yoga nas rotinas de saúde, os profissionais de saúde apontam falta de conhecimento/formação específica e a gestão do tempo como principais barreiras (Malviya et al., 2022; Olsson et al., 2022; Sharp et al., 2018). Diferenças conceituais e filosóficas entre a medicina convencional e medicina alternativa complementar também são apontadas como barreiras à integração dessas técnicas nos cuidados de atenção primária pelos profissionais de saúde (Sharp et al., 2018). Algum ceticismo ou falta de confiança relacionado às técnicas menos convencionais e com menos evidências de eficácia constituem uma barreira à maior aceitação das técnicas complementares entre os profissionais de saúde (Malviya et al., 2022; Olsson et al., 2022; Sharp et al., 2018). Em um estudo australiano com cerca de 100 profissionais de saúde

mental, cujo objetivo era avaliar sobre seus conhecimentos e a viabilidade de implantação do yoga, mantras e pranayamas como tratamento adicional de saúde por esses profissionais, o nível em geral de conhecimento e confiança dessas técnicas adicionais foram baixos, com a maior parte dos profissionais admitindo a viabilidade dessas técnicas sob a condição de receberem antes formação para a aplicação e para implantação no contexto dos cuidados de saúde mental. Neste estudo, o menor nível de conhecimento e de confiança constatado foi dos psicólogos, sem que essa diferença tenha sido significativa em relação aos outros profissionais e com a percepção geral entre todos os profissionais de saúde de maior viabilidade de implantação do yoga e do pranayama em relação aos mantras (Malviya et al., 2022).

Profissionais de saúde comumente demonstram algum receio em recomendar tais técnicas aos pacientes mais comprometidos psicologicamente, em particular por conta das fracas evidências dessas terapias complementares (Olsson et al., 2022).

Em relação à abertura para tratamentos não convencionais, com base em evidências, optou-se por se incluir, no questionário deste estudo, apenas questões relacionadas às técnicas alternativas complementares em geral e a questões relacionadas ao yoga, deixando as perguntas sobre prática e indicação de técnicas meditativas de fora para avaliar a variável “abertura às técnicas alternativas e complementares”. Isso porque a literatura ainda não é tão extensa com estudos de evidências do yoga como tratamento para saúde mental, ao contrário dos inúmeros estudos publicados, há décadas, relacionando técnicas de meditação à saúde mental e mais especificamente à redução de ansiedade. Butterfield e colegas (2017) propõem que a dificuldade em colocar a prática de yoga dentro de um protocolo rigoroso de investigação pode parecer ser contraditório à natureza experiencial do yoga em alguns praticantes, bem como a escassez de investigações com qualidade, interferindo na aceitação dos profissionais de saúde com protocolos de yoga.

Avery et al (2021) ressaltam dados de pesquisas em que aparece uma predominância para o gênero feminino tanto entre praticantes de yoga, quanto para parcela de pacientes encaminhados para yoga entre os profissionais de saúde. Nyer et al (2018) também referem dados sociodemográficos da maioria das pesquisas envolvendo praticantes de yoga semelhantes.

Ideias pré-concebidas como a percepção do yoga como uma prática mais feminina entre estudantes da área da saúde podem ser barreiras à prática do yoga entre estudantes

masculinos dessa área (Brems et al., 2015). Nesse mesmo estudo, entre os principais motivadores para que praticassem yoga estavam: a percepção do yoga como atividade atlética, ligada à saúde muscular e bem-estar mental. Contudo, no mesmo artigo, também fazia parte de uma das barreiras percebidas à prática do yoga a necessidade de ter flexibilidade e ter porte atlético para o praticar.

Os estagiários de psicologia destacam-se como um dos grupos de estudantes da área de saúde com maior abertura para recomendar yoga aos pacientes (Sulenes et al., 2015). Maior conhecimento do yoga e experiência pessoal com yoga parecem estar associados à maior indicação e encaminhamento de pacientes para o yoga entre profissionais de saúde/estudantes da área de saúde (Brems et al., 2015; Butterfield et al., 2017; Malviya et al., 2022; Sulenes et al., 2015). Sendo assim, muitos artigos mencionam a estratégia de se aumentar o conhecimento dos benefícios do yoga e facilitar o acesso do yoga entre estudantes e/ou profissionais de saúde como forma de aumentar a aceitação e a integração do yoga nos cuidados complementares de saúde por seus provedores (Avery et al., 2021; Brems et al., 2015; Butterfield et al., 2017; Sulenes et al., 2015).

Em relação às questões ligadas à integração do yoga com a prática profissional do psicólogo, encontram-se poucos artigos, provavelmente por tais práticas ainda não fazerem parte da realidade da maioria dos atendimentos psicoterapêuticos. Kamradt (2017) realça o yoga como uma das técnicas complementares /alternativas mais procuradas atualmente e menciona a chance atual dos psicoterapeutas poderem integrar o yoga em suas práticas clínicas ou informar seus pacientes em relação ao yoga a fim de potencializar benefícios como bem-estar e melhora adicional dos sintomas psicológicos pelo yoga. A autora também destaca as implicações éticas e os desafios aos psicólogos que quiserem orientar exercícios de yoga a seus pacientes como: a falta de diretrizes e protocolos de yoga padronizados para que os psicólogos façam uso correto do yoga em suas práticas, bem como falta de conhecimento técnico do yoga para maioria dos psicólogos. Também destaca: a necessidade de se alinhar os propósitos da filosofia iogue com os propósitos da psicoterapia, a necessidade de eventual diálogo do psicólogo com médico que acompanha seu paciente para casos de alguma limitação física ou de natureza médica para execução das posturas, implicações do desempenho de múltiplos papéis do psicólogo etc.

Nyer (2018) destaca a necessidade de persistência e de frequência na execução do yoga para que os benefícios dessa prática para saúde possam aparecer, destacando que para isso é

necessário alguma motivação e disciplina do praticante, algo que pode ser mais custoso a alguém que esteja – por exemplo - com uma depressão severa. O autor ainda aponta questões como a falta de familiaridade com as posturas e alguma dificuldade inicial na execução delas, o que pode desencadear frustração nos praticantes. O autor também cita preocupação dos provedores de saúde com possíveis lesões físicas na execução de posturas do yoga dos pacientes e preocupações deles em usar o yoga em quadros de saúde mais críticos como psicoses, quadros de bipolaridade e depressão severa, priorizando intervenções com mais evidências e de ação mais rápida do que o yoga, enfatizando que o yoga não deve ser considerado como primeira opção terapêutica em nenhum transtorno psiquiátrico atualmente. Conclusões parcialmente semelhantes sobre receio dos profissionais de saúde em recomendar tais técnicas aos pacientes mais comprometidos, em particular por conta das fracas evidências dessas terapias complementares, são encontradas também no trabalho de Olsson e colegas (2022).

No estudo de Brems e colaboradores (2015), raros foram os estudantes da área da saúde inquiridos sobre as barreiras ao yoga que trouxeram a percepção de que a prática estava ligada às questões religiosas ou a algum culto. Entre os participantes da investigação nenhum que já praticasse yoga relatou isso ou qualquer preocupação que a prática pudesse trazer alguma interferência em suas escolhas religiosas.

### **1.3. A Kundalini Yoga no Tratamento do TOC**

Pesquisa bibliográfica sobre o tema dá-nos conta de apenas três ensaios clínicos sobre a Kundalini Yoga para o TOC publicados até 2019, sendo um destes estudos aberto, não controlado. Faz-se necessário recuar à década de 90, para o vislumbre dos primeiros ensaios clínicos com essa técnica. Um dos principais investigadores desta área é o *yogi* e investigador Shannahoff-Khalsa. O primeiro artigo científico sobre a técnica respiratória da Kundalini Yoga específica para tratar o TOC foi escrito no início da década de 90 (Shannahoff-Khalsa, 1991 como citado em Shannahoff-Khalsa, 2004). Em 1992, Shannahoff-Khalsa tentou pela primeira vez o tratamento de indivíduos com TOC, diagnóstico clínico de TOC de acordo com os critérios do DSM III, e com histórico de terem recebido alguma terapêutica para o TOC sem alívio de seus sintomas. Esse foi um ensaio clínico aberto, não controlado e sem placebo, com cinco participantes até o final do estudo. O estudo teve a duração de um ano. No protocolo constavam sete técnicas com uma sessão presencial na semana e indicação

para os participantes de prática diária. Os participantes que faziam uso prévio de medicação foram estabilizados com fluoxetina três meses antes do início da intervenção. Os testes para sintomas de TOC eram administrados em intervalos de três meses. As classificações do Yale – Brown *Obsessive Compulsive Scale* – (Y-BOCS), que é um dos instrumentos usados para mensurar sintomas do TOC, foram feitas com base apenas na avaliação dos participantes. Houve melhora dos sintomas em todos os participantes ao final do estudo, sendo que três dos cinco voluntários já não cumpriam mais critério diagnóstico para o TOC. No último acompanhamento, três dos cinco participantes já não faziam mais uso de medicação com redução da dose de medicação nos outros participantes por melhora na sintomatologia, com média de melhora de 54% na sintomatologia de TOC no grupo de participantes que concluíram a pesquisa (Shannahoff-Khalsa & Beckett, 1996).

O segundo estudo de Shannahoff-Khalsa (1997) com protocolo da Kundalini Yoga para o TOC foi controlado, aleatório e parcialmente cego. As técnicas da KY foram comparadas quanto a eficácia para o TOC com técnicas de Resposta de Relaxamento e Meditação *Mindfulness* -RRMM. O grupo 1 da KY foi composto por 11 pessoas. O grupo 2 -RRMM foi formado por dez sujeitos. Esse número foi reduzido a sete participantes em cada grupo após três meses do estudo por motivo de desistência. Em cada um dos dois grupos havia inicialmente seis adultos usando medicação para os sintomas de TOC. Tanto nesse segundo estudo quanto no terceiro e mais recente, era vedado aos participantes receber qualquer tipo de terapia para o TOC bem como trocar ou aumentar a dose do fármaco para controle dos sintomas do TOC, sendo permitido somente a redução de dose durante a intervenção entre aqueles que já faziam uso de medicação para essa patologia, estes tendo sido previamente estabilizados na dose meses antes do início da pesquisa. Não havia diferenças significativas nas pontuações totais do Y-BOCS antes da intervenção entre os grupos. Após três meses de intervenção houve uma redução na pontuação da escala de TOC significativamente maior no grupo de KY, o que levou à fusão dos dois grupos em um único grupo da Kundalini Yoga. Entre os sujeitos que completaram o estudo de nove meses, muitos eliminaram a medicação e outros reduziram significativamente a dose (Shannahoff-Khalsa, 1997).

Para replicar o estudo com o protocolo de KY para o TOC, desta vez de forma mais rigorosa e com uma amostra maior por um ano e quatro meses, Shannahoff-Khalsa e colaboradores (2019) reproduziram o protocolo, no estudo mais recente com esse protocolo.

O ensaio clínico tinha inicialmente 24 pessoas em cada grupo, sendo um grupo de KY e outro de Resposta de Relaxamento – RR, sendo que sete participantes concluíram o estudo completo. Os participantes tinham idades compreendidas entre 18 e 65 anos. Os participantes estavam cegos para as técnicas e para seu conteúdo antes de ingressarem nos grupos até o fim da primeira fase do estudo, com duração de quatro meses e meio. A segunda fase do estudo era não cega, com a fusão dos grupos em um único grupo de Kundalini Yoga por conta desta intervenção ter sido mais eficaz, com duração de 12 meses. O protocolo de KY era composto de dez técnicas com uma eletiva, com duração total da prática de 65 minutos. A intervenção presencial era semanal, para ambos os grupos, e os participantes dos dois grupos eram orientados a praticar em casa diariamente. Todos os indivíduos do grupo de KY que completaram o estudo tiveram uma redução nos sintomas de TOC superior a 35% no Y-BOCS com exceção de quatro participantes, antes alocados no grupo de RR, que reduziram seus sintomas no Y-BOCS em 27% ao fim da segunda fase do estudo. Seis indivíduos tiveram pontuação menor que 12 no Y-BOCS de sintomas ligeiros ou sem sintomas e três com pontuação de zero em outra escala de TOC (Shannahoff-Khalsa, et al., 2019).

### **1.3.1. *Pranayama* e seus Efeitos sobre o SNC.**

*Pranayama* é uma técnica do yoga que consiste em regular ritmicamente e de maneira voluntária a respiração (Singh et al., 2016). O *pranayama* auxilia na minimização do stress e pode promover relaxamento (Bhavanani, 2017).

Em alguns artigos de Shannahoff-Khalsa sobre o protocolo da KY para o TOC observa-se um destaque entre as técnicas para a de respiração exclusiva pela narina esquerda, *pranayama*, como sendo a mais específica na redução da sintomatologia desta perturbação. Alguns dos principais mestres em Kundalini Yoga, não pesquisadores, propõem que 90 dias dessa técnica, se feita por 31 minutos diariamente, com duração de 15 segundos em cada etapa da respiração, com uma respiração completa por minuto, é suficiente para eliminar completamente os sintomas obsessivos compulsivos (Shannahoff-Khalsa, 2004). Ainda sobre a respiração nasal unilateral forçada pelas narinas, Niazi e colaboradores (2022) ressaltam o hipotálamo como responsável pelo ritmo do fluxo aéreo das narinas, bem como a demonstração da ciência via evidências, do que as práticas do yoga já propunham de que a respiração pela narina direita se relaciona com a atividade simpática num alto nível, induzindo um estado de excitação. Já a respiração pela narina esquerda relaciona-se à

atividade parassimpática, ligada a um estado mais relaxado. A respiração unilateral forçada da narina esquerda parece ter efeitos no sistema nervoso central (Shannahoff-Khalsa, 1997).

Resultados de um estudo com a respiração unilateral do yoga demonstraram uma associação desse tipo de respiração com a dominância do hemisfério cerebral, causando a ativação e aumento do fluxo sanguíneo ou desativação e diminuição do fluxo sanguíneo no córtex pré-frontal esquerdo e direito consoante a narina usada para a respiração unilateral (Singh et al., 2016).

#### **1.4. Abertura e Preferências dos Pacientes em Relação às Técnicas Complementares Relacionadas Especificamente ao TOC.**

Em estudo de Patel e colegas (2017) sobre as preferências e aceitação de pacientes entre as técnicas com mais evidências científicas de eficácia para tratar o TOC, a maioria preferiu a exposição e prevenção de resposta ao medicamento, sem que essa preferência fosse estatisticamente significativa. Já a EPR foi estatisticamente mais aceita do que os antipsicóticos. Entre os que preferiram a medicação, grande parte estava em uso dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina durante o estudo relatando experiências positivas com a medicação. Entre o que estavam usando fármacos, mas ainda tinham sintomas, mais da metade também relatou preferir a técnica de EPR. A Kundalini Yoga foi o segundo tratamento mais aceito atrás da terapia de aceitação e compromisso entre os novos tratamentos. Técnicas mais invasivas como cirurgias e estimulação cerebral profunda foram as menos aceitas.

Assim, neste contexto, propusemo-nos estudar se pacientes com TOC e psicólogos clínicos com experiência nessa patologia conhecem o protocolo de Kundalini Yoga para o tratamento complementar do TOC, avaliar o seu nível de conhecimento no protocolo, bem como suas opiniões e representações após a apresentação do protocolo de KY completo. Também foi objetivo do estudo investigar se pacientes e psicólogos mostram abertura às técnicas menos convencionais de corpo-mente (yoga e meditação) como forma de tratamento adjunto do TOC.

## Capítulo II: Metodologia

### 2.1. Desenho de Investigação

Realizamos um desenho de estudo não-experimental, transversal, entre sujeitos, segundo uma abordagem mista (quantitativa e qualitativa). Os dados foram recolhidos em momentos distintos, tendo os dados de natureza quantitativa sido recolhidos numa primeira fase, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2023, junto aos pacientes e os meses de fevereiro e março do mesmo ano junto aos psicólogos. Numa segunda fase foram recolhidos os dados de natureza qualitativa, no mês de junho, para o segundo questionário, e entre os meses de junho e julho para a realização das entrevistas, após a análise dos dados quantitativos.

#### 2.1.1. Perguntas de investigação:

As questões: *Que conhecimento têm pacientes e psicólogos clínicos sobre o protocolo para TOC da Kundalini Yoga?* e *Quais as representações de pacientes e psicólogos sobre o protocolo para TOC do Yoga Kundalini?* direcionaram os objetivos dessa investigação.

#### 2.1.2 Objetivos Gerais

Explorar o conhecimento e as representações de pacientes e psicólogos clínicos acerca do protocolo da Kundalini Yoga como forma de tratamento complementar do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, numa amostra de conveniência.

#### 2.1.3 Objetivos específicos

- a) Conhecer a opinião de pacientes e psicólogos clínicos acerca do protocolo da KY para o TOC, individualmente e comparativamente;
- b) Avaliar os conhecimentos prévios sobre os benefícios gerais para saúde mental da yoga e da meditação entre psicólogos clínicos e pacientes com TOC;
- c) Conhecer o nível de abertura de pacientes e psicólogos clínicos para tratamento complementar para o TOC;

- d) Explorar o grau de motivação de pacientes e psicólogos clínicos em usar ou recomendar o protocolo da Kundalini Yoga de forma a complementar o tratamento para TOC.

## **2.2. Instrumentos**

Foram construídos dois questionários: um para pacientes com TOC e outro para psicólogos com experiência em atender essa patologia, para análise quantitativa dos dados (anexos A e B respectivamente). Ambos eram essencialmente constituídos por dois blocos e com perguntas semelhantes, adaptadas a pacientes e a psicólogos, com duração estimada de 12 minutos para seu preenchimento. No primeiro bloco, o termo de consentimento informado com os objetivos do estudo e questões abordando dados sócio-demográficos, questões fechadas relacionadas ao critério de inclusão à abertura para técnicas alternativas à psicoterapia e à medicação (por exemplo: “Já tentou algum tratamento alternativo à psicoterapia ou a medicação para tratar o TOC?”), no caso do questionário voltado aos pacientes, e perguntas também fechadas e adaptadas no questionário dos psicólogos, como exemplo: “De maneira geral, sente-se aberto (a) a tratamentos alternativos /integrativos de saúde, com evidências científicas de eficácia?”. Questões de múltipla escolha relacionadas ao conhecimento e nível de conhecimento do mini protocolo ou do protocolo completo de Kundalini Yoga para o TOC (escala do tipo Likert para mensurar o nível de conhecimento de pacientes e psicólogos nesse protocolo, com pontuação de: 1- nenhum conhecimento a 5 -muito conhecimento) e um segundo bloco constituído por sete afirmações para classificação em verdadeiro, falso ou a opção “não sei”, relacionadas ao conhecimento prévio dos benefícios do yoga e da meditação entre pacientes e psicólogos, sendo as mesmas perguntas e na mesma ordem em ambos os questionários.

Para análise qualitativa dos dados, foi elaborada uma entrevista semiestruturada para os psicólogos com cinco questões abertas e uma questão de múltipla escolha, mas com abertura para os participantes justificarem sua resposta, todas com base nos objetivos gerais do estudo (anexo C). Os temas das perguntas se dividiram em: certificação de que o participante havia visto o protocolo completo de KY para o TOC, com todas as técnicas; em seguida, acerca de suas impressões desse protocolo completo para TOC. Por último, questões relacionadas a se o profissional já havia tido a oportunidade de indicar o protocolo a algum paciente e se aventava algum benefício secundário ao paciente, com a prática regular do

protocolo, para além da redução dos sintomas de TOC. A última pergunta era sobre sugestão ou observação que o psicólogo quisesse fazer. Para os pacientes, foi elaborado um segundo questionário com os mesmos temas das entrevistas dos psicólogos, mas adaptado aos pacientes. O tempo previsto para o preenchimento do segundo questionário foi de menos de cinco minutos e entre dez e 15 minutos para as entrevistas. Como não houve resposta ao segundo questionário por parte dos pacientes, o mesmo não consta em anexo.

### **2.3. Análise Descritiva da Amostra**

A amostra total foi composta por 32 participantes, sendo 19 pacientes com TOC e 13 psicólogos clínicos com experiência nesse tipo de transtorno. A maioria foi composta de mulheres sendo no total 21 mulheres e 11 homens. Desses, 12 mulheres integravam o grupo dos pacientes e nove mulheres estavam no grupo dos psicólogos. Entre os homens sete eram pacientes e quatro homens eram psicólogos.

A faixa etária da amostra variou entre os 18 e os 65 anos.

Quanto à escolaridade todos os 13 psicólogos participantes tinham alguma pós-graduação completa. Já entre os pacientes a escolaridade variou entre: ensino básico completo (um participante), ensino secundário incompleto (um participante), ensino secundário completo (dois participantes), ensino superior incompleto (oito participantes), superior completo (três pessoas) e pós-graduação completa ou incompleta (quatro pessoas).

Em relação aos pacientes 17 deles estavam recebendo algum tratamento no momento da pesquisa (acompanhamento psicoterapêutico e/ou psiquiátrico) enquanto dois pacientes não estavam recebendo tratamento para o TOC.

Em relação à prática da meditação após o início dos sintomas do TOC, dez pacientes já haviam feito meditação enquanto nove ainda não tinham praticado. No grupo de psicólogos dez já haviam indicado meditação a algum paciente para o TOC ou qualquer outra condição de saúde mental e três nunca haviam indicado meditação a nenhum paciente.

Entre os psicólogos, seis já tinham indicado yoga para algum paciente por TOC ou alguma condição de saúde e sete nunca tinham indicado yoga a nenhum paciente. No grupo dos pacientes, quatro já haviam praticado yoga após o início dos sintomas de TOC e 15 não haviam praticado após o início dos sintomas de TOC.

### **2.4 Procedimentos para Recolha de Dados Quantitativos**

A recolha de dados foi feita online através da plataforma QualtricsSurveySoftware (v. XM, Qualtrics, Provo, UT). Nesta plataforma, foram criados dois questionários: um para pacientes e outro para psicólogos. O primeiro questionário para pacientes com TOC foi partilhado através de um *link* pela rede social do Facebook em grupos de pessoas com TOC e também via e-mail (indicação de pacientes por alguns psicólogos que constituem rede de contatos da aluna/investigadora), segundo uma abordagem por conveniência e bola de neve. Tal recolha de dados se deu no período entre janeiro e fevereiro de 2023.

Para a recolha de dados dos psicólogos foi usada a rede de contatos da aluna/investigadora de colegas psicólogos que preenchiam critérios de inclusão para o estudo e indicação de outros psicólogos conhecidos destes em mesma situação, seguindo-se uma abordagem por bola de neve. Nesses casos, o *link* com o questionário foi enviado por e-mail e a recolha dos dados se deu entre fevereiro e março de 2023.

Definiu-se como critério de inclusão para pacientes ter idade igual ou superior a 18 anos e ter recebido diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo por médico psiquiatra ou psicólogo. O critério de inclusão para psicólogos foi ser psicólogo clínico com experiência em tratar pacientes com essa condição de saúde.

#### **2.4.1. Procedimentos de Recolha Dados Qualitativos**

Para além dos objetivos do estudo, todos os participantes foram informados das duas fases da investigação: pré-apresentação do protocolo completo da Kundalini para o TOC (pré-teste) e pós-apresentação do protocolo (pós-teste), sendo também esclarecidos de que receberiam um vídeo com o protocolo completo da Kundalini Yoga para o TOC, bem como a segunda fase da pesquisa (coleta de opiniões sobre o protocolo via questionário e/ou entrevista).

Após o recebimento dos questionários preenchidos, pacientes e psicólogos receberam uma apresentação do protocolo completo da KY para o TOC sob a forma de um vídeo gravado por instrutora desse tipo de yoga, com a demonstração de todas as técnicas, com cada exercício contemplado no protocolo, explicações adicionais não apenas da execução, mas do tempo de execução e tempo de intervalo entre os exercícios, objetivos, propostas alternativas de forma de execução de algumas das técnicas, indicações e restrições a determinadas condições de saúde específicas para alguns exercícios/técnicas. O *link* de acesso ao vídeo foi enviado a todos os participantes por e-mail. Posteriormente, realizou-se

uma entrevista para explorar as opiniões e representações dos psicólogos clínicos acerca do protocolo apresentado da Kundalini Yoga e um segundo questionário aos pacientes com o mesmo objetivo.

As entrevistas individuais com os psicólogos foram realizadas à distância na plataforma Zoom com a duração máxima de 15 minutos cada, entre os meses de junho e julho de 2023. Aos pacientes foi enviado um *link*, por e-mail, com o segundo questionário. Entretanto, nenhum dos pacientes respondeu ao segundo questionário, de forma que a segunda fase da pesquisa (opinião sobre o protocolo completo da KY) foi feito só com os participantes psicólogos, tendo sido respondido no mês de junho de 2023.

O número total de entrevistas foi de cinco psicólogos.

## **2.5. Análise Quantitativa de Dados**

Procedeu-se a análise quantitativa através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 28.0 (IMB, SPSS Statistics for Windows Inc., Armonk, NY). As primeiras operações executadas foram de estatística descritiva, em seguida as análises correlacionais e, por fim as análises de diferenças. Para analisar as relações entre as dimensões em estudo, foi utilizada o coeficiente de correlação de Spearman, uma vez que a distribuição da amostra do estudo não cumpria critérios de normalidade (Pallant, 2020). O passo seguinte foi a comparação entre os grupos de pacientes com TOC e psicólogos. Os testes usados foram o Qui Quadrado para mensurar diferenças quanto a abertura à meditação e também diferenças no nível de conhecimento do protocolo específico de Kundalini Yoga para TOC nesses dois grupos. Já para análise de diferenças na abertura às técnicas alternativas/complementares, conhecimentos prévios e gerais dos benefícios de yoga e meditação entre psicólogos e pacientes e, posteriormente, comparação relacionada ao gênero para as variáveis de conhecimentos prévios dos benefícios de yoga e meditação, bem como sobre abertura às técnicas alternativas/complementares, foram feitas análises usando o teste U de Mann-Whitney.

### **2.5.1. Análise Qualitativa de Dados**

A análise de dados foi precedida da transcrição na íntegra de todas as entrevistas. Para uma análise qualitativa de dados foi escolhido o método da análise temática das entrevistas. A análise temática é um método que permite a identificação, análise e a citação de padrões,

possibilitando a organização e descrição dos dados (Braun & Clarke, 2006). Tal método constitui-se como flexível e essencial dentro da análise qualitativa (Braun & Clarke, 2006).

A análise temática é feita em seis passos: o primeiro onde o investigador se relaciona com os dados numa leitura e releitura destes, o segundo passo a codificação dos dados, o terceiro passo organiza em grupos os códigos por temas, o quarto elabora um mapa de temas, o quinto conceitua e nomeia os temas e, por último, produz a análise e um relatório dessa análise feita (Braun & Clarke, 2006).

## Capítulo III: Resultados

### 3.1. Análise do Estudo Quantitativo

#### 3.1.1. Análise de Correlação

Na Tabela um serão apresentados os resultados de correlação entre os conhecimentos gerais em Yoga e Meditação e o conhecimento específico no protocolo da Kundalini Yoga para tratar TOC.

**Tabela 1**

*Correlação entre nível de conhecimento em geral em Yoga e em Meditação com o nível de conhecimento específico no protocolo de Kundalini Yoga para o TOC de toda amostra: pacientes e psicólogos*

	Nível de conhecimento em yoga e meditação	Nível de conhecimento específico no Protocolo de Kundalini Yoga para TOC
Coefficiente de correlação	1,000	,542*
Valor de $p$	.	,001
Número total de sujeitos	32	32

Os resultados evidenciam uma correlação significativa entre o nível de conhecimento geral em yoga e meditação e nível de conhecimento específico do protocolo de Kundalini para TOC (valor de  $p$ ) sendo o valor dessa correlação moderado.

### 3.1.2. Análise de Diferenças entre Grupos para Meditação

A Tabela dois apresenta a comparação dos grupos relacionada à abertura para meditação.

**Tabela 2**

*Diferença entre pacientes e psicólogos quanto à abertura para meditação*

	Abertura à meditação		
	Sim	Não	Total
Contagem pacientes	10	9	19
Contagem psicólogos	9	4	13
Qui-quadrado de Pearson	Valor 1,943	Valor de $p$ ,163	

Relativamente à abertura para meditação, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre psicólogos e pacientes.

### 3.1.3. Análise de Diferenças entre Grupos para Técnicas Alternativas Complementares

A Tabela três apresenta as diferenças entre os grupos no tocante à abertura às técnicas alternativas/complementares.

**Tabela 3***Abertura às Técnicas Alternativas entre Pacientes e Psicólogos*

	Grupo	N	Média
	Pacientes	19	11,61
Abertura	Psicólogos	13	23,65
	Total	32	

  

Valor do teste para abertura	
Valor de U	30,500
Valor de Z	-3,848
Valor de <i>p</i>	<,001

Os resultados revelaram que os psicólogos têm uma abertura para técnicas alternativas significativamente maior do que os pacientes. Com base na proposta de Cohen (1988), calculou-se o valor do tamanho do efeito, que revelou-se um efeito de magnitude forte ( $d=0,681$ ).

#### **3.1.4. Análise de Diferenças entre Grupos para Conhecimentos em Yoga e Meditação**

A Tabela quatro apresenta as diferenças relacionadas ao conhecimento em Yoga e Meditação entre os grupos.

**Tabela 4**

*Nível de Conhecimento prévio em Yoga e Meditação entre Pacientes e Psicólogos*

Nível de conhecimento em yoga e meditação	Grupo	N	Média
	Pacientes	19	13,00
	Psicólogos	13	21,62
	Total	32	

  

	Valor
Valor de U	57,000
Valor de Z	-2,713
Valor de <i>p</i>	,007

Os resultados dão conta de que os psicólogos têm um nível de conhecimento prévio em yoga e meditação maior e estatisticamente significativo em relação aos pacientes. Sendo o tamanho do efeito moderado ( $d = 0,48$ ), tendo sido considerada a proposta de Cohen (1988) para cálculo do efeito.

### **3.1.5. Análise de Diferenças entre Grupos para Conhecimento do Protocolo da KY para TOC**

A Tabela cinco apresenta a comparação dos grupos referente ao conhecimento específico do protocolo da Kundalini Yoga para TOC.

**Tabela 5**

*Conhecimento específico do protocolo de KY para TOC entre pacientes e psicólogos*

Conhece o miniprotocolo ou o protocolo completo da Kundalini Yoga para o TOC?	Sim	Não	Total
Grupo Pacientes	0	19	19
Grupo Psicólogos	2	11	13
Total	2	30	32
	Valor	Valor de <i>p</i>	
Valor do Qui Quadrado	3,118	,077	

Em relação ao conhecimento específico do protocolo da Kundalini Yoga para TOC os dados apontam não haver diferença significativa entre os grupos de psicólogos e de pacientes.

### **3.1.6. Análise de Comparação por Gênero nos Conhecimentos em Yoga e Meditação**

A Tabela seis apresenta as diferenças de gênero nos grupos em relação aos conhecimentos em Yoga e Meditação.

**Tabela 6**

*Comparação por gênero entre pacientes e psicólogos em relação aos conhecimentos prévios em yoga e meditação*

Gênero	N	Conhecimento em yoga e meditação
Masculino	11	16,64
Feminino	21	16,43
Total	32	

  

	Valor
Valor de U	114,000
Valor de Z	-,063
Valor de <i>p</i>	,950

No que toca às diferenças entre homens e mulheres nos grupos de psicólogos e pacientes sobre os conhecimentos prévios de yoga e meditação, os dados mostram não haver diferença estatisticamente significativa nessa variável.

### **3.1.7. Análise de Comparação por Gênero para Abertura às Técnicas Alternativas Complementares**

A Tabela sete apresenta a comparação por gênero entre os grupos relacionada à abertura às técnicas alternativas/complementares.

**Tabela 7***Diferença por gênero para abertura às técnicas alternativas*

	Gênero	N	Média
Abertura	Masculino	11	15,27
	Feminino	21	17,14
	Total	32	
		Valor	
Valor de U		102,000	
Valor de Z		-,578	
Valor de <i>p</i>		,564	

Os resultados mostraram não haver diferença significativa entre homens e mulheres nos grupos de pacientes e psicólogos quanto à abertura para técnicas alternativas/complementares.

### **3.2. Análise do Estudo Qualitativo**

Com o objetivo de conhecer a opinião dos psicólogos (já que não tivemos respostas referentes às percepções dos pacientes) quanto ao protocolo da Kundalini Yoga para o TOC, observamos quatro categorias referentes a este protocolo: barreiras identificadas, facilitadores identificados, estratégias para lidar com as barreiras e ganhos adicionais com uso do protocolo.

#### **A. Barreiras Identificadas:**

Todos os psicólogos que passaram pela entrevista (cinco) foram unânimes em responder que indicariam o protocolo, mas que essa indicação seria restrita a alguns pacientes e não todos os pacientes com TOC. Essa categoria de barreiras identificadas engloba as condições que eles levariam em conta para indicar o protocolo, bem como a identificação de dificultadores observados por estes no protocolo. Dessa categoria emergiram duas subcategorias: Perfil do paciente e Complexidade do Protocolo.

## 1. Perfil do paciente:

Foi mencionada a preocupação de alguns psicólogos (dois) quanto a abertura que o paciente teria para uma abordagem diferente:

*“Abertura do paciente para coisas menos tradicionais e abertura para o misticismo, perspectiva oriental e metafísica” (LZ06) e  
“Recomendo para pacientes que já estão mais abertos para outras práticas” (SEC3).*

Também houve preocupação com a aliança terapêutica e em indicar a pacientes que já tivessem com um perfil de maior engajamento processo terapêutico (dois psicólogos):

*“Eu acho que depende assim, eu acho que é mais do comprometimento do paciente, se é um paciente que está fazendo terapia por vontade própria, aí sim eu indicaria, porque eu acho que esse paciente estaria mais aberto às sugestões.” (LR3).*

Outras questões também relacionadas ao perfil mais pessoal do paciente também foram levantadas por dois participantes, no sentido da necessidade de o doente ter que ter persistência, uma vez que o protocolo estipula que a execução de posturas e respirações devem ser repetidos diariamente até que o paciente adquira esse hábito e consiga colher os resultados da diminuição de seus sintomas:

*“Não, eu acho que depende do paciente porque você sabe, né? A pessoa com TOC não tem muita paciência... é difícil de você, vamos dizer dar uma técnica mais meditativa para um paciente de TOC” (EMM2).  
“Há pacientes que não teriam persistência para fazer todas as técnicas” (MLGE 07).*

Ainda dentro da subcategoria de perfil do paciente, um psicólogo referiu que poderia haver resistência ao protocolo de alguns pacientes:

*“(...) talvez um pensamento automático de que isso é muito ruim ou é*

*muito fraco, é muita besteira... cê tá entendendo?” (EMM2).*

Uma psicóloga condicionou a recomendação do protocolo ao perfil de pacientes com rotina menos extensa:

*“Também depende do perfil, acho que tem pacientes que fariam super tranquilamente porque conseguiriam encaixar uma hora a mais na rotina para isso, mas assim, por exemplo, acho que um dos que respondeu, inclusive sua pesquisa, que é um estudante de engenharia ele tem uma rotina que... não caberia. Absurda de tempo que não caberia, até estratégias que por exemplo mais curtas, que eu indico, que eu prescrevo são difíceis de ter adesão” (LZ06).*

A preocupação de dois psicólogos relacionada a alguma condição médica do paciente, articular, de lesão ou mesmo algum problema de saúde pré-existente que pudesse fazer com que o profissional não indicasse ou receasse indicar o protocolo para pacientes com esse perfil também apareceu:

*“Hum... Olha eu acho ... porque assim é muito... é... talvez físico, né? Então, por exemplo... vou te falar da minha experiência própria se o paciente tem alguma condição cardíaca, alguma limitação física, alguma limitação médica, que seria uma contraindicação, por exemplo algum problema no pulmão ou uma obesidade, alguma dificuldade, sei lá... pulmonar, cardíaca. Alguma coisa que fosse um pouco... o paciente não se sentisse à vontade fazendo isso. Porque, por exemplo, já tive paciente que com exercício básico, assim de respiração, paciente falou ah eu tenho taquicárdica, tenho um pouco de receio de fazer isso e eu não sabia, não sei se pode ou não pode, entendeu? Mas fora isso eu acho que não, acho que é super-recomendado” (LR3).*

Uma psicóloga respondeu que não indicaria esse protocolo aos pacientes com TOC puramente mental ou que tivessem a propensão de terem mais compulsões mentais:

*“(...) existem pacientes, meus pacientes, tô falando de pacientes que já atendi, com perfil de TOC que têm uma tendência a fazer muita*

*repetição mental” (LZ06).*

## 2. Complexidade do protocolo:

Nessa subcategoria estão englobados tanto a extensão/ duração do tempo do protocolo (mais de uma hora, diariamente) quanto alguma dificuldade na execução de algum exercício, postura ou respiração. Sendo que uma psicóloga condicionou a indicação do protocolo aos pacientes já familiarizados ou que já praticassem yoga:

*“Eu indicaria para pacientes que já praticam yoga, porque eu achei a prática morosa para pacientes que não praticam yoga” (MLGE7).*

Relativamente à dificuldade para execução de alguma técnica do protocolo, um psicólogo mencionou essa questão:

*“Eu... considero que o paciente pode achar... muito, muito difícil, as posturas... as posições...” (MLGE7).*

Mais especificamente no que toca ao tempo do protocolo completo, dois psicólogos mencionaram esse aspecto:

*“Em termos de adesão acho que o grande problema é o tempo” (LZ6).*

*“Sim, são muitas técnicas. Muito complexo.” (MLGE -07).*

### **B. Facilitadores Identificados**

Essa categoria diz respeito aos aspectos do protocolo que os psicólogos identificaram que podem facilitar a execução por parte dos pacientes.

Um dos aspectos referidos pelos psicólogos em relação à flexibilidade foi o fato de o protocolo poder ser feito de casa ou de qualquer lugar da conveniência do paciente, tendo sido um aspecto ressaltado por quatro dos cinco psicólogos que participaram dessa segunda fase da pesquisa:

*“Pode ser realizado em qualquer ambiente privado” (SEC3).*

*“Então compartilhar o vídeo com as posturas da professora é um aspecto facilitador pra praticar em casa, por exemplo.” (MLGE -07).*

*“Eu acho que... sim, eu acho que é um protocolo que o paciente pode fazer em casa... a pessoa pode fazer em casa contanto que tenha o vídeo para assistir, acompanhar ou as anotações de como fazer. Mas eu acho que pode fazer, sei lá... né? Tendo um quarto pra fazer ou um lugar assim que a pessoa tenha privacidade eu acho... né?” (LR3).*

O aspecto explicativo e didático da professora de Kundalini Yoga no vídeo do protocolo também foi ressaltado, contudo por ter sido mencionado só por um inquirido não foi contemplado como uma subcategoria, mas englobado dentro da categoria de facilitadores identificados.

*“Eu achei é ... didático o vídeo com as posturas da professora, né?” (MLGE -07).*

Uma participante não identificou nenhum aspecto que pudesse ser facilitador no protocolo. Como foi uma única fala, de uma única inquirida optou-se por não se criar outra subcategoria, mas sim incluir a fala dentro dessa subcategoria:

*“Não, acho que o que facilitaria seria quebrar em passos, aqueles passos todos em um passo novo, por semana, ir crescendo, né? Até o paciente fazer. Talvez os exercícios de respiração fossem mais conhecidos assim, no sentido de... tivesse uma ressonância maior com coisas que os pacientes já tivessem tentado antes, mas não acho que isso seja um fator facilitador não” (LZ6).*

### **C. Estratégias para Lidar com as Barreiras**

Em algumas entrevistas (três das cinco entrevistas) na mesma fala em que os psicólogos mencionavam algumas barreiras identificadas, espontaneamente, sugeriam formas de lidar com tais barreiras, adaptações ao protocolo.

Nessa categoria estão incluídas sugestões, espontâneas dos próprios psicólogos, para facilitar a execução e/ou adesão do paciente ao protocolo. No aspecto mais cognitivo, de uma psicoeducação ao paciente sobre a eficácia do protocolo a fim de sensibilizá-lo e motivá-lo ao uso do protocolo, diminuir alguma resistência do paciente relacionada à dúvida

da eficiência ou ajudá-lo em fazer e em manter o hábito da prática em sua rotina. Também em relação às adaptações na forma de executar as posturas para pacientes com problemas de saúde ou articulares poderem aderir as técnicas com mais conforto e segurança, bem como adaptações sugeridas para driblar a questão de pacientes ainda pouco engajados no processo terapêutico (sem a consolidação da aliança terapêutica).

Mais especificamente sobre reduzir crenças e resistências cognitivas do paciente ao protocolo, uma psicóloga sugeriu:

*“Talvez fazer assim uma psicoeducação, mostrando pra ele as vantagens, né? Dele fazer a... meditação, porque eu acho que ajuda bastante” (EMM2).*

No que toca aos pacientes com alguma limitação física ou médica para prática de exercícios, também houve um participante que sugeriu estratégias para lidar com essa barreira, de forma que o protocolo pudesse ser recomendado (sendo que, no próprio vídeo com o protocolo disponibilizado, foram mencionadas formas de se adaptar técnicas e exercícios para algumas limitações físicas ou de saúde):

*“Eu não sei... eu teria que conversar com um fisioterapeuta ou com um médico ortopedista antes do paciente, para saber se ele poderia fazer um exercício tão vigoroso. Com o risco de lesão mesmo. Então ou se adapte isso para pacientes com lesão ou por exemplo, não consigo ficar sentada de joelhos, em cima dos próprios joelhos, e aí tem as adaptações sugeridas no próprio protocolo de se fazer algumas posturas na cadeira” (LZ06).*

Com relação à barreira de pacientes novos, ainda sem a aliança terapêutica estabelecida, uma psicóloga considerou/flexibilizou esperar para indicar o protocolo para pacientes nessas condições:

*“(...) agora se fosse um paciente que ainda não tivesse muito é... comprometido com o tratamento ou ainda um pouco resistente, nossa relação não estivesse ainda bem assim consolidada... eu acho que eu esperaria um pouco” (LR3).*

Consoante à preocupação com a extensão do protocolo em caber na rotina e na adesão dos pacientes também houve uma psicóloga a sugerir uma forma de resolver esse problema:

*“(...) então, por exemplo, como você passou o passo a passo, todos os exercícios do protocolo, com os tempos de cada um e etc por escrito... O que eu faria para um paciente que eu tivesse certeza que adere ao perfil, que funciona, eu talvez ensinasse um exercício por semana”... (LZ06).*

#### **D. Ganhos Adicionais com Uso do Protocolo:**

Essa categoria diz respeito aos benefícios imaginados pelos inquiridos para além da redução da sintomatologia do TOC com o uso regular do protocolo de Kundalini Yoga. Quase todos os participantes dessa segunda fase (quatro em cinco) responderam imaginar ganhos além da melhora dos sintomas do TOC. Questões como regulação do humor (incluindo redução da ansiedade) e questões relacionadas a autonomia do paciente apareceram (ainda que não em frequência suficiente para se formar subcategorias).

Observou-se que três dos cinco participantes responderam que com o uso regular do protocolo o paciente poderia experimentar também uma redução em sua ansiedade ou regular suas emoções, sendo que especificamente a questão da redução da ansiedade foi mencionada por dois participantes:

*“Ah, eu consigo imaginar que... mesmo tipo de ganho de paciente que faz uso de estratégias de relaxamento ou estratégias meditativas. Então eu consigo imaginar um ganho de redução de ansiedade em geral, não só do TOC. Normalmente como tem muita comorbidade no TOC, talvez esses pacientes... Porque eles tão fazendo práticas que são, em última instância, meditativas, eles vão ter os benefícios que a gente conhece com as práticas meditativas: então redução geral de ansiedade” (LZ06).*

No que toca ao controle emocional abordando controle de raiva, mais especificamente uma psicóloga referiu isso:

*“(...) pra se a pessoa tem problema de, de raiva, de explodir ali. Não sei, eu não sei os benefícios, mas imagino que tenham muitos benefícios. Aquela coisa mais de se, mais de se acalmar” (LR3).*

Aspectos como atenção ao momento presente foram trazidos por duas psicólogas. Ambas as falas também estavam relacionadas ao controle emocional.

*“Eu acho muito importante essa técnica de relaxamento e de meditação. Eu acho que coloca a pessoa, né? No presente... Porque o ansioso sofre muito com a condição do futuro, o que vai acontecer, né? Ele sempre imagina o pior, então eu acho que é uma forma de colocar o paciente no presente para que ele possa ter melhora não só do TOC, mas de outras coisas também, eu acho que sim” (EMM2).*

Também houve menção de uma psicóloga sobre a possibilidade de o protocolo ajudar os pacientes com insônia, como possibilidade de um ganho adicional do protocolo.

*“Assim não sei se funciona pra insônia, né...” (LR3).*

Uma inquirida referiu a disciplina com o yoga como um possível ganho do uso regular do protocolo:

*“Pode adquirir é... uma prática de disciplina de ... de respiração... né? Ter maior disciplina nos princípios da yoga, pode ter mais benefícios Sim” (MLGE07).*

Questões relacionadas ao autocuidado também apareceram, com a fala de dois participantes. Sendo uma fala mais explícita e a outra implícita:

*“Vamos dizer assim, ter um tempo pra ele, olhando pra ele mesmo, ter um autocuidado” (EMM2) e “(...) conexão com o corpo, com a respiração” (LR3).*

Em anexo, encontra-se a Tabela com as categorias referidas neste texto (Anexo D).

## Capítulo IV: Discussão dos Resultados

A primeira fase deste estudo teve como objetivo explorar se psicólogos clínicos e pacientes tinham conhecimento do protocolo da Kundalini Yoga para tratar de forma complementar o TOC, bem como o nível desse conhecimento no protocolo. Pretendeu também investigar a abertura tanto de pacientes quanto de psicólogos a tratamentos complementares e “alternativos” ao usual para tratar essa patologia. Outro objetivo era mensurar o nível de conhecimento geral desses dois grupos em relação aos benefícios de yoga e de meditação para a saúde mental, de modo mais amplo.

Neste estudo, o nível de conhecimento prévio do protocolo de KY para TOC não divergiu entre pacientes e psicólogos clínicos, observando-se um nível de conhecimento extremamente baixo entre os psicólogos e nulo entre os pacientes. A literatura sobre esse protocolo de KY específico para TOC ainda é bastante escassa. Também não há estudos prévios sobre conhecimento específico desse protocolo nem entre pacientes e nem entre profissionais da saúde. Esses aspectos podem explicar tal achado.

Em relação aos conhecimentos prévios sobre os benefícios para a saúde mental em geral da prática de yoga e meditação, os resultados desse estudo revelam que os psicólogos tinham conhecimentos significativamente maiores que os pacientes, com tamanho de efeito moderado.

Os resultados desse trabalho demonstraram que ambos os grupos tinham em geral essa abertura às técnicas alternativas complementares, com abertura significativamente maior dos profissionais de saúde e com tamanho de efeito de magnitude forte. A literatura não parece ser consensual sobre esse aspecto, uma vez que diversos estudos apontam para um certo ceticismo e desconfiança dos profissionais de saúde em relação aos tratamentos e técnicas não convencionais (Malviya et al., 2022; Olsson et al., 2022; Sharp et al., 2018) e outros revelam bom grau de aceitação entre os profissionais de saúde (Bressington et al., 2019; Olsson et al., 2022). Tangkiatkumjai e colegas (2020) propõem que o fato de haver menos estudos que investigam recusa ou resistência a técnicas no âmbito da chamada medicina alternativa e complementar – quando comparando com estudos sobre a aceitação dessas técnicas - pode limitar e até enviesar os resultados encontrados na literatura sobre a aceitação desse tipo de medicina.

O fato de a maioria dos pacientes estar recebendo algum tipo de tratamento, psiquiátrico ou psicoterapêutico no momento em que foi feita essa pesquisa e de estes pacientes terem demonstrado abertura às técnicas menos convencionais, mas ainda inferior à abertura que os profissionais de saúde demonstraram, pode refletir alguma satisfação com o tratamento padrão, deixando técnicas alternativas e complementares como último recurso a ser tentado. Essa possibilidade está de acordo com os resultados encontrados por Tangkiatkumjai e colaboradores (2020).

Optou-se por não ser feita uma análise à parte com os pacientes que não estavam recebendo nenhum tipo de tratamento para o TOC nesse estudo pelo fato de o número ser muito reduzido (dois participantes sem nenhum tipo de tratamento).

A literatura também refere aspectos variados e particularidades dos pacientes como influência na abertura para tratamentos menos convencionais. Assim, idade, severidade dos sintomas, condições socioeconômicas, sofrimento percebido pela doença, estigma relacionado à doença e tipo de tratamento também têm influência nas percepções e escolhas dessas abordagens por parte dos pacientes (Berna et al., 2019).

Entretanto, quando se investigou somente a abertura à meditação, com perguntas sobre prática de meditação (para pacientes) ou indicação de meditação (por parte dos psicólogos), não se observaram diferenças significativas entre pacientes e psicólogos, com boa abertura em ambos os grupos. Portanto, houve um maior equilíbrio entre psicólogos e pacientes no que toca à aceitação de abordagens meditativas para saúde mental. Esses dados parecem estar condizentes com o fato de haver maior número de estudos na literatura em técnicas meditativas do que em técnicas de yoga como tratamento adjunto para transtornos de saúde mental, conforme mencionado anteriormente. Butterfield et al., (2017) descrevem as dificuldades dos estudos com yoga se adequarem dentro de uma metodologia rigorosa das investigações, não havendo um consenso na literatura sobre protocolos de yoga para tratamentos de saúde mental além da falta de investigações com melhor qualidade (Butterfield et al., 2017).

No que toca à diferença por gênero para conhecimentos prévios de yoga e meditação, os resultados desse estudo mostraram não haver diferença significativa. Também se analisou se havia diferença entre homens e mulheres em relação à abertura para técnicas alternativas complementares (incluindo yoga). Os nossos dados evidenciam não haver diferenças significativas relativas à abertura para técnicas menos convencionais entre mulheres e

homens. Esses dados contrariam a literatura, no sentido de que alguns estudos demonstram que há predominância do sexo feminino entre praticantes de yoga (Avery et al., 2021; Nyer et al., 2018) e ideias pré-concebidas do yoga como sendo algo mais feminino, bem como maior indicação dos profissionais da saúde ou estudantes da área de saúde do yoga para pacientes mulheres em relação aos pacientes homens (Avery et al., 2021; Brems et al., 2015).

A segunda parte desse estudo teve como objetivo conhecer as opiniões e representações dos participantes após o envio do protocolo completo de Kundalini Yoga como tratamento complementar do TOC. Para essa análise qualitativa consideraram-se cinco entrevistas com os psicólogos.

Não houve resposta do segundo questionário enviado a nenhum paciente participante. Assim, essa análise temática deu-se apenas com base nas perspectivas dos psicólogos clínicos acerca do protocolo apresentado.

A análise temática revelou temas como: barreiras identificadas, facilitadores identificados, estratégias para lidar com as barreiras e ganhos adicionais com uso do protocolo.

Dentro do tema de barreiras identificadas foram levantados pelos psicólogos aspectos referentes ao perfil do paciente e à complexidade do protocolo. Preocupações quanto ao perfil do paciente surgiram em relação a recomendar o protocolo de KY aos pacientes mais “abertos” a abordagens menos convencionais, “abordagens mais místicas e metafísicas” e também aos pacientes em que a aliança terapêutica já estivesse bem estabelecida.

Possivelmente essa preocupação do paciente se incomodar com “técnicas mais orientais ou místicas” revela, em realidade, as crenças pessoais da psicóloga inquirida (que deu exemplos e sugestões para que as terminologias e linguagens do vídeo/ protocolo fossem mais neutras, incomodando-se com termos usados pela professora de yoga como “transmutar”, entre outros, bem como com o turbante da professora de Kundalini Yoga que orientou as técnicas) ou com perfil de seus próprios pacientes (ainda que não tenha exemplificado nada nesse sentido). Na pesquisa de Brems e colegas (2015) pouquíssimos inquiridos colocaram como barreira a percepção do yoga como algo religioso e praticamente nenhum inquirido entre os já praticantes do yoga mencionou tal fato. Em um dos estudos de Shannahoff-Khalsa (1997), com o protocolo de KY, é mencionada uma desistência de um participante por motivo de conflito religioso. No mesmo estudo houve três desistentes por dúvidas quanto à terapêutica, sendo que dois estavam incluídos no grupo de intervenção da

KY e o outro no grupo de intervenção com outras técnicas. O motivo das dúvidas não é explícito no artigo do estudo. No último estudo do protocolo da KY de Shannahoff-Khalsa e colegas (2019), um dos critérios de exclusão para participação na pesquisa foi algum conflito religioso que impedisse ou deixasse o participante desconfortável com os mantras, cânticos, ou com a meditação, o que pode ter contribuído para menos desistências por impasse religioso. Esse “incômodo” de divergências conceituais entre medicina padrão e a medicina alternativa complementar em alguns profissionais de saúde, bem como alguma desconfiança e ceticismo de métodos alternativos e complementares com menos evidências de eficácia também é reportado em literatura (Malviya et al., 2022; Olsson et al., 2022; Sharp et al., 2018). Contudo, essa não é umas das principais razões de recusa encontradas em revisão literária por parte dos pacientes.

O outro psicólogo que mencionou sobre “abertura do paciente para coisas diferentes”, na mesma fala, realçou a questão da importância da aliança terapêutica e do engajamento do paciente, sem fazer qualquer observação ou sugestão quanto a linguagem do vídeo ou vestimenta da professora, mesmo quando perguntado se tinha alguma sugestão de melhoria ao protocolo. A questão da confiança dos doentes no profissional de saúde e a influência das opiniões desses profissionais acerca de tratamentos menos convencionais aparecem como fatores de influência para aceitação ou recusa dessas técnicas entre os pacientes, sendo tal dado condizente com o estudo de Tangkiatkumjai e colaboradores (2020).

Ainda no que toca o perfil do paciente foram colocadas preocupações de alguns psicólogos quanto à necessidade de o paciente ter de ter paciência e persistência para executar, rotineiramente, o protocolo para que possa se beneficiar dele. Esses dados são consistentes com estudos prévios (Nyer, 2018).

Uma inquirida mencionou preocupação com o fato de algum paciente ter resistência ao protocolo, achá-lo “fraco” ou “besteira”, num primeiro momento.

Também dentro do perfil do paciente uma psicóloga disse que evitaria recomendar o protocolo aos pacientes com TOC mental ou para pacientes que tivessem propensão a fazer compulsões mentais (por exemplo com os mantras). Tal preocupação não aparece na escassa literatura sobre o protocolo para TOC da KY, nos quais nos experimentos feitos não houve restrição quanto ao tipo de TOC e nem o TOC puramente mental foi critério de exclusão. Também não houve compulsão com os mantras ou com qualquer componente do protocolo referido nos resultados (Shannahoff-Khalsa & Beckett, 1996; Shannahoff-Khalsa, 1997;

Shannahoff-Khalsa, et al., 2019), sendo que nenhum efeito secundário foi observado no estudo de Shannahoff-Khalsa e colegas (2019).

Por fim, ainda dentro do perfil dos pacientes, houve a preocupação de dois psicólogos quanto às limitações articulares ou problemas de saúde de alguns pacientes para a execução de alguns exercícios /posturas do protocolo. Tais preocupações também são referidas em estudos (Kamradt ,2017; Nyer, 2018; Shannahoff-Khalsa, 1997). No estudo mais recente publicado com o protocolo de KY para TOC problemas de saúde como problemas na coluna, problemas nos pulmões, condições de saúde cardiovascular ou algum problema de mobilidade ou limitação física integraram os critérios de exclusão (Shannahoff-Khalsa, et al., 2019).

Em relação à complexidade do protocolo (tanto no que toca o tempo de duração do protocolo, quanto no que toca alguma dificuldade na execução de alguma técnica), alguns psicólogos referiram preocupação, uma referindo as “muitas técnicas” e a outra preocupada que um protocolo longo atrapalhasse a adesão do paciente. Nesse estudo não foi possível saber o ponto de vista do paciente, já que nenhum respondeu ao questionário de opinião do protocolo. Contudo, essa preocupação condiz com o estudo publicado desse protocolo, especificamente com a hipótese de que a exigência do treino diário em casa das técnicas, para além das práticas presenciais, possa ter levado alguns participantes a desistirem da investigação (Shannahoff-Khalsa, et al., 2019).

Com relação a alguma dificuldade na execução das técnicas do protocolo uma mesma psicóloga mencionou que restringiria o protocolo aos pacientes já praticantes ou familiarizados com o yoga pela “*complexidade e morosidade das técnicas*”. Esses dados, sobre complexidade das técnicas e falta de familiaridade com as mesmas, entre iniciantes, aparecem como potenciais causadoras de frustrações no artigo de Nyer (2018). Por outro lado, é possível que haja uma superestima em relação às dificuldades das posturas e técnicas do yoga por conta de alguns profissionais de saúde que não tenham conhecimento da prática de yoga. Na literatura há menção de muitas ideias pré-concebidas do yoga como algo específico para atletas em que essas representações podem constituir-se como barreiras para aceitação da prática (Brems et al., 2015).

A literatura sobre técnicas alternativas e complementares relacionadas ao yoga é clara em relacionar o aumento do conhecimento do yoga por parte dos profissionais/estudantes de saúde e suas experiências pessoais com a prática com um aumento da confiança e maior

indicação do yoga destes profissionais a seus pacientes (Brems et al., 2015; Butterfield et al., 2017; Malviya et al., 2022; Sulenes et al., 2014).

A maior parte dos participantes também identificou facilitadores do protocolo. Essa categoria diz respeito a todos os aspectos que podem ajudar o paciente a usar as técnicas contidas no protocolo, segundo as observações destes inquiridos. Dentro dessa categoria foram elencados aspectos que agrupamos na subcategoria flexibilidade para as práticas do protocolo. Nesse sentido, um ponto bastante valorizado pelos profissionais de saúde foi o fato de o protocolo ter sido gravado e disponibilizado de forma que os pacientes pudessem fazer em casa ou num local e horário de sua conveniência.

A didática da professora de KY que instruiu as técnicas no vídeo também foi valorizada por uma inquirida. Uma psicóloga mencionou como facilitador a gratuidade do protocolo e o fato de não haver necessidade de compra de qualquer material para a execução das técnicas. Uma participante mencionou não ter observado nenhum aspecto facilitador do protocolo.

Durante as entrevistas a maioria dos inquiridos apresentou sugestão, espontânea, para lidar com as barreiras identificadas no protocolo. Dessa forma foi criada a categoria “Estratégias para lidar com as barreiras”. As sugestões remetiam para adaptações passíveis de serem feitas a quem quisesse utilizar ou indicar as técnicas e foram agrupadas dentro da subcategoria adaptações ao protocolo. Num contexto mais cognitivo (a fim de quebrar ideias pré-concebidas dos pacientes que pudesse gerar resistência em testar o protocolo ou melhorar a adesão deste) aparece a sugestão de psicoeducação. Num contexto de receio em executar alguma postura ou técnica respiratória por algum problema de saúde, articular ou de mobilidade, a sugestão de adaptações de alguns movimentos (por exemplo, exercícios que podem ser feitos em cadeiras e não no chão) ou a preocupação dos psicólogos em, antes de indicarem o protocolo, terem o aval dos profissionais de saúde, como fisioterapeutas, ortopedistas ou médicos, que acompanham seus pacientes quanto à liberação destes para a prática do yoga. No próprio vídeo disponibilizado aos participantes a professora instruía sobre restrições para algumas condições de saúde em determinadas técnicas ou propunha adaptações de posturas e técnicas para determinados problemas de saúde/ mobilidade. Essas preocupações dos profissionais de saúde também são encontradas em alguns artigos (Kamradt, 2017; Nyer, 2018).

Uma psicóloga sugeriu “quebrar “o protocolo, de forma a ensinar ao paciente uma técnica nova por semana, para melhorar a adesão do paciente. Contudo, na mesma fala, disse não acreditar que esse fosse um aspecto facilitador do protocolo.

A preocupação em restringir a indicação do protocolo de yoga aos pacientes com sintomas mais severos, por conta de evidências mais fracas dessas técnicas (Olsson et al., 2022; Nyer, 2018) não foi mencionada nesse estudo.

Os inquiridos também apontaram possíveis ganhos adicionais que imaginam com o uso, regular, do protocolo de KY por seus pacientes nesse estudo. Dessa forma, criou-se essa categoria de “Ganhos adicionais com o uso do protocolo” que diz respeito a outros tipos de benefícios para além da redução e do controle dos sintomas do TOC. Como esses benefícios, em sua maioria, relacionaram-se à redução de ansiedade, controle de raiva e até na atenção plena para reduzir preocupações futuras e ruminatórias, foram integradas dentro da subcategoria de “regulação do humor”. Uma participante mencionou que talvez o protocolo de KY pudesse ser útil em melhorar a insônia. Outra psicóloga mencionou que, como ganho, poderiam estar novas técnicas de respiração e maior disciplina para a prática do yoga.

A autorregulação emocional via Kundalini Yoga, bem como a melhora de saúde mental como um todo entre universitários no contexto pandêmico, foi reportada em um estudo português (Brandão et al., 2024). A literatura também traz resultados de ganhos adicionais, além da redução dos sintomas de TOC, com uso do protocolo da KY como melhora na qualidade de vida dos pacientes, redução de ansiedade e medo, entre outros (Shannahoff-Khalsa & Beckett, 1996; Shannahoff-Khalsa, 1997; Shannahoff-Khalsa et al., 2019) e redução de sintomas depressivos (Shannahoff-Khalsa et al., 2019) e de insônia (Shannahoff-Khalsa & Beckett, 1996). No mais recente estudo do protocolo de KY para TOC de Shannahoff (Shannahoff-Khalsa et al., 2019) há também uma técnica, eletiva, para controle de raiva, que também já estava presente nas técnicas do estudo anterior do autor (Shannahoff-Khalsa, 1997).

Duas participantes mencionaram a questão do autocuidado do paciente e da conexão com o próprio corpo via uso regular das técnicas do protocolo de KY. Esses aspectos que também remetem para alguma autonomia e participação mais ativa do paciente em seu tratamento complementar também são referidos em relação às técnicas de corpo e mente (na qual se inserem tanto o yoga quanto a meditação) na literatura (Nguyen & Lavretsky., 2020; Siddiqui et al., 2014; Tangkiatkumjai et al., 2020). Se a questão da autonomia e o

engajamento do paciente em seu tratamento complementar de saúde puder ser percebida também como um empoderamento do paciente e de uma forma de cuidado mais holístico por parte dos profissionais de saúde, também se encontram dados na literatura nesse sentido (Butterfield et al., 2017; Olsson et al., 2022; Oosterbroek & Brittany Dirk, 2021; Sharp et al., 2018).

#### **4.1. Limitações do Estudo**

Esse estudo tem algumas limitações importantes a serem levadas em conta. A primeira prende-se com o baixo número da amostra (34 pessoas) na primeira fase e apenas cinco participantes (somente psicólogos) na segunda fase, o que consideramos uma amostra bastante limitada. Outra limitação foi o fato de que na segunda fase do estudo, após a apresentação do protocolo, não foi possível conhecer a opinião de nenhum paciente sobre o protocolo, já que não houve retorno do segundo questionário por parte dessa parcela da amostra.

O fato da autora do estudo conhecer três dos 13 participantes psicólogos e isso poder de alguma forma ter enviesado a opinião desses participantes (muito embora a grande maioria tenha sido de psicólogos desconhecidos da autora) pode também ser uma limitação.

Os estudos consultados em KY e em técnicas alternativas complementares, bibliografia consultada, têm metodologias variadas e diferentes graus de eficácia reportados, muitas vezes considerados sem a robustez metodológica necessária em literatura.

## Capítulo V: Conclusão

Esse estudo colocou em evidência que, apesar de ainda não haver muito conhecimento de técnicas do yoga para o tratamento complementar do Transtorno Obsessivo Compulsivo entre psicólogos clínicos e pacientes, de um modo geral ambos têm abertura para essas técnicas não convencionais, para as quais se encontram hoje alguns estudos suportando os seus benefícios. Tais dados são concordantes com a literatura sobre abertura de profissionais de saúde e pacientes para técnicas alternativas complementares para questões de saúde mental em geral.

Nesse estudo, apesar de boa abertura para técnicas alternativas e complementares entre pacientes e psicoterapeutas, no grupo dos psicólogos essa abertura foi significativamente maior. Já em relação à abertura específica para técnicas meditativas não houve diferenças significativas entre os grupos, com abertura a essas técnicas em toda amostra.

No que toca aos conhecimentos prévios do yoga e da meditação relacionados à saúde mental, o grupo dos psicólogos demonstrou ter maior conhecimento do que os doentes com TOC. Apesar da abertura da amostra para técnicas não convencionais como tratamento adjunto do TOC, nesse estudo nem psicólogos e nem pacientes demonstraram conhecer o protocolo de yoga Kundalini para essa perturbação. Também não se verificou nenhuma diferença por gênero em nenhuma das variáveis analisadas.

Até onde sabemos, não existem estudos comparativos entre pacientes e profissionais de saúde acerca do conhecimento e representações do protocolo de Yoga Kundalini para o TOC, sendo que o protocolo em si ainda parece bem pouco difundido em literatura.

Uma vez que a literatura tem enfatizado que quando sujeitos ao tratamento padrão para essa patologia há ainda pacientes que mantêm sintomas residuais (Shannahoff-Khalsa et al., 2019), bem como existem pacientes que não podem/não querem experimentar efeitos secundários dos fármacos prevalentes (Ribeiro et al., 2014), parece -nos relevante o desenvolvimento de estudos com técnicas, ainda que menos convencionais, mas com alguns estudos dando nota dos seus resultados, somarem-se às opções de tratamento convencionais do TOC. Nesse contexto, ofertar outras possibilidades de tratamento, incluindo os não medicamentosos, talvez possa aumentar a satisfação e o engajamento desses doentes.

Não encontramos na literatura nenhum estudo feito somente com a técnica do *pranayama*, respiração descrita por alguns mestres iogues, como mais específica para controle dos sintomas do TOC (Shannahoff-Khalsa et al., 2019). Um estudo focado nessa única técnica poderia reduzir sensivelmente a extensão do tempo do protocolo. Tal redução poderia facilitar a adesão dos pacientes para técnica da Kundalini, além de se testar a eficácia para alívio dos sintomas do TOC exclusivamente via respiração específica (*pranayama*). Consideramos que se já houvesse um estudo publicado disseminando um protocolo mais reduzido da KY para tratamento do TOC, provavelmente a nossa influência junto de potencial amostra poderia ter sido facilitada (com um aumento no número de questionários respondidos após o envio da apresentação do protocolo de KY). Futuros estudos com foco específico nos *pranayamas* poderiam simplificar a prática da Kundalini Yoga, beneficiando ainda mais pacientes e profissionais de saúde que tratam TOC. É nosso entender que, não obstante as suas limitações, este estudo pode contribuir com a divulgação da Kundalini Yoga como uma possibilidade de tratamento complementar do TOC.

## Referências:

- Adams, T. G., Kelmendi, B., Brake, C. A., Gruner, P., Badour, C. L., & Pittenger, C. (2018). The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder. *Chronic Stress*, 2 (1), 1-11. DOI: 10.1177/2470547018758043
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Arumugham, S. S.; & Reddy, Y. J. (2014). Commonly asked questions in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 14 (2), 151-163. doi: 10.1586/14737175.2014.874287
- Asher, G. N., Gerkin, J., & Gaynes, B. N. (2017). Complementary therapies for mental health disorders. *Medical Clinics*, 101 (5), 847-864. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2017.04.004>
- Avery, T. J., Schulz-Heik, R. J., Friedman, M., Mahoney, L., Ahmed, N., & Bayley, P. J. (2021). Clinical yoga program utilization in a large health care system. *Psychological Services*, 18 (3), 389-397. <https://doi.org/10.1037/ser0000420>
- Berna, F., Göritz, A.S., Mengin, A., Evrad, R., Kopferschmitt, J., & Moritz, S. Alternative or complementary *attitudes* toward alternative and complementary *medicines*. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 19 (83), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12906-019-2490-z>
- Bhat, S. G., Arasappa, R., Jagannathan, A., & Varambally, S. (2021). Yoga therapy for Obsessive Compulsive Disorder (OCD): A case series from India. *Asian Journal of Psychiatry*, 62 (102739), 1-5.
- Bhavanani, A. B. (2017). Role of yoga in prevention and management of lifestyle disorders. *Yoga Mimamsa*, 49 (2), 42-47. DOI: 10.4103/ym.ym\_14\_17

- Boff, T. C., Soares, S. J. B., Ignácio, Z. M., & Lima, M. D. M. (2021, de 21 a 23 de outubro). A função do glutamato nos transtornos de ansiedade e no transtorno obsessivo-compulsivo. *II Simpósio de Neurociência Clínica e Experimental: Doenças Degenerativas*, Santa Catarina, Brasil. <https://portaleventos.uffs.edu.br/index.php/SIMPNEURO/article/view/15862/10311>
- Brandão, T., Martins, I., Torres, A., & Remondes-Costa, S. (2024). Effect of online Kundalini Yoga mental health of university students during Covid-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology* 00 (0), 1-14. doi: 10.1177/13591053231220710
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3 (2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brems, C., Justice, L., Sulenes, K., Girasa, L., Ray, J., Davis, M., ... & Colgan, D. (2015). Improving access to yoga: Barriers to and motivators for practice among health professions students. *Advances in Mind-Body Medicine*, 29 (3), 6-13.
- Bressington, D., Mui, J., Yu, C., Leung, S. F., Cheung, K., Wu, C. S. T., ... & Chien, W. T. (2019). Feasibility of a group-based laughter yoga intervention as an adjunctive treatment for residual symptoms of depression, anxiety and stress in people with depression. *Journal of affective disorders*, 248 (1), 42-51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.030>
- Butterfield, N., Schultz, T., Rasmussen, P., & Proeve, M. (2017). Yoga and mindfulness for anxiety and depression and the role of mental health professionals: a literature review. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12 (1), 44-54. <http://dx.doi.org/10.1108/JMHTEP-01-2016-0002>
- Cicarini, W. B., dos Santos, L. D., Viana, A., Clementino, A., Almeida, A. C., do Amaral, F., ... & Balduino, T. (2022). Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). *Revista de Trabalhos Acadêmicos - Universo Belo Horizonte*, 1 (5), 1-8.

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power analysis for The behavioral sciences (2ª ed.)*. Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cordioli, A. V. (2014). *TOC: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*. Artmed Editora.
- Cramer, H., Anheyer, D., Lauche, R., & Dobos, G. (2017). A systematic review of yoga for major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 213 (1), 70-77.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.006>
- Cramer, H., Lauche, R., Klose, P., Langhorst, J., & Dobos, G. (2013). Yoga for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 13 (1), 1-12.  
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/32>
- de Almeida, A. L. S., dos Santos, M. G., Ferreira, N. M., & Cyrino, L. A. R. (2014). Isolamento social e ideação suicida em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Cesumar – Ciências Humanas e Sociais Aplicadas*, 19 (1), 181-195.
- de Araújo, A. T., Côrrea, A. S., da Fonseca Grebot, I. B., & de Souza, W. C. (2020). Tratamento do TAG nas terapias cognitivas de terceira geração. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 22 (2), 39-54. doi: 10.5935/2318-0404.20200014
- Demarzo, M. M. P. (2011). Meditação aplicada à saúde. *Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed*, 6 (1), 9-26.  
<https://www.researchgate.net/publication/310842352>
- Deslippe, P. (2012). From Maharaj to Mahan Tantric: The Construction of Yogi Bhajan's Kundalini Yoga. *Sikh Formations*, 8 (3), 369-387. <http://dx.doi.org/10.1080/17448727.2012.745303>
- Downing, E. E. (2021). *Kundalini Yoga Demystified: A Modern Guide to what it is and how to Practice*. Llewellyn Worldwide.

- Du Mortier, J. A., Remmerswaal, K. C., Batelaan, N. M., Visser, H. A., Twisk, J. W., Van Oppen, P., & Van Balkom, A. J. (2021). Predictors of Intensive treatment in patients with obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychiatry, 12* (659401), 1-10. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.659401
- Endres, D., Pollak, T. A., Bechter, K., Denzel, D., Pitsch, K., Nickel, K., ... & Schiele, M. A. (2022). Immunological causes of obsessive-compulsive disorder: is it time for the concept of an “autoimmune OCD” subtype?. *Translational psychiatry, 12* (5). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01700-4>
- Fenske, J. N., & Petersen, K. (2015). Obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *American family physician, 92* (10), 896-903. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2015/1115/p896.html>
- Fernandes, E., Dumke, G. O., Mazon, L. M., & Pescador, B. (2021). Saúde na escola: a inserção do Kundalini Yoga como prática de cuidado. *Revista de Enfermagem UFPE On Line, 15* (1), 1-16. DOI: 10.5205/1981-8963.2021.246133
- Gard, T., Noggle, J. J., Park, C. L., Vago, D. R., & Wilson, A. (2014). Potential self-regulatory mechanisms of yoga for psychological health. *Frontiers in human neuroscience, 8* (770), 1-20. DOI: 10.3389/fnhum.2014.00770
- Goodman, W. K., Grice, D. E., Lapidus, K. A., & Coffey, B. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics, 37* (3), 257-267. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2014.06.004>
- Hertenstein, E., Thiel, N., Herbst, N., Freyer, T., Nissen, C., Külz, A. K., & Voderholzer, U. (2013). Quality of life changes following inpatient and outpatient treatment in obsessive-compulsive disorder: a study with 12 months follow-up. *Annals of general psychiatry, 12* (1), 1-9. <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/12/1/4>

- Iyengar, B. K. S. (2008). *Yoga: The Path To Holistic Health - The Definitive Illustrated Guide by The World's Leading Yoga Teacher*. Editora Dorling Kindersley Uk.
- Kamradt, J. M. (2017). Integrating yoga into psychotherapy: The ethics of moving from the mind to the mat. *Complementary therapies in clinical practice*, 27 (1), 27-30. DOI: 10.1016/j.ctcp.2017.01.003
- Krishnakumar, D., Hamblin, M. R., & Lakshmanan, S. (2015). Meditation and Yoga can Modulate Brain Mechanisms that affect Behavior and Anxiety-A Modern Scientific Perspective. *Ancient science*, 2 (1), 13-19. DOI: 10.14259/as.v2i1.171.
- Lee, S. M., Suh, H. W., Kwak, H. Y., Kim, J. W., & Chung, S. Y. (2022). Meditation-based intervention for obsessive-compulsive disorder: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 101(30), 1-12.  
<http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000029147>
- Macy, A. S.; Theo, J. N.; Kaufmann, S. C.; Ghazzaoui, R. B.; Pawlowski, P. A.; Fakhry, H. I.; Cassmassi, B. J.; & IsHak, W. W. (2013). Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS spectrums*, 18 (1), 21-33. doi: 10.1017/S1092852912000697
- Malviya, S., Zupan, B., & Meredith, P. (2022). Alternative interventions in clinical mental health settings: A survey of mental health professionals' perceptions. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 49 (101668), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101668>
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., ... & Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 225 (3), 236-246. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058>
- Mitha, S., Nagarajan, V., Babar, M. G., Siddiqui, M. J. A., & Jamshed, S. Q. (2013). Reasons of using complementary and alternative medicines (CAM) among elderly Malaysians of Kuala

- Lumpur and Selangor states: An exploratory study. *Journal of Young Pharmacists*, 5 (2), 50-53. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jyp.2013.05.002>
- Nascimento, J. C. P., Santos, K. V. G. D., Dantas, J. K. D. S., Dantas, D. V., & Dantas, R. A. N. (2021). Terapias não farmacológicas no tratamento de transtorno do estresse pós-traumático em emergencistas: revisão de escopo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55 (03724), 1-11. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020011603724>
- Nguyen, S. A., & LAVretsky, H. (2020). Emerging complementary and integrative therapies for geriatric mental health. *Current treatment options in psychiatry*, 7 (1), 447-470. DOI 10.1007/s40501-020-00229-5
- Niazi, I. K., Navid, M. S., Bartley, J., Shepherd, D., Pedersen, M., Burns, G., ... & White, D. E. (2022). EEG signatures change during unilateral Yogi nasal breathing. *Scientific Reports*, 12 (520), 1-13. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-04461-8>
- Nyer, M.; Nauphal, M.; Roberg, R.; & Streeter, C. (2018). Applications of yoga in psychiatry: what we know. *Focus*, 16 (1), 12-18. doi: 10.1176/appi.focus.20170055
- Olsson, A., Hedlund, S., & Landgren, K. (2022). To Use or Not Use Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Psychiatric Care: Interviews with Clinical Decision-Makers in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 43 (5), 463-472. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1986759>
- Oosterbroek, T., & Dirk, B. (2021). The experience of Trauma Center-Trauma Sensitive Yoga training on professional practice of mental health professionals and yoga instructors. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 43 (101365), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101365>
- Pallant, J. (2020). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7<sup>a</sup> ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003117452>

- Patel, S. R., Galfavy, H., Kimeldorf, M. B., Dixon, L. B., & Simpson, H. B. (2017). Patient preferences and acceptability of evidence-based and novel treatments for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Services, 68* (3), 250-257.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600092>
- Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., & Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive psychiatry, 106* (152223).  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152223>
- Ribeiro, A. G., Cruz, L. P. da ., Marchi, K. C., Tirapelli, C. R., & Miaso, A. I. (2014). Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de medicina. *Ciência & Saúde Coletiva, 19* (6), 1825–1833. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.06332013>
- Saide, O. L., de Albuquerque, E. C., & Vianna, T. C. D. S. F. (2017). A meditação como técnica complementar no tratamento dos quadros ansiosos. *Debates em Psiquiatria, 7* (4), 44-49.  
<http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-7-4-5>
- Sampaio, A. S., Lins, R. M. P., Daltro-Oliveira, R., Quarantini, L. D. C., Rosário, M. C. D., Miguel, E. C., & Hounie, A. G. (2013). Estudos de associação genética no transtorno obsessivo-compulsivo. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 40* (5) 177-190.  
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000500003>
- Saraswati, S. S. (2010). *Uma Yogini em seva a Sri Shiva Mahadeva* [Kundalini Tantra]. Yoga Publications Trust.
- Scholl, C. C., Tabeleão, V. P., Stigger, R. S., Trettim, J. P., de Mattos, M. B., Pires, A. J., ... & Quevedo, L. D. (2017). Qualidade de vida no Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um estudo

com usuários da Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (4), 1353-1360. doi: 10.1590/1413-81232017224.02062015

Shannahoff-Khalsa, D. S. (2004). An introduction to Kundalini yoga meditation techniques that are specific for the treatment of psychiatric disorders. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 10 (1), 91-101. <https://doi.org/10.1089/107555304322849011>

Shannahoff-Khalsa, D. S. (1997). Yogic Meditation Techniques Are Effective in the Treatment of OCD. In Hollander, E., & Stein, D. J. (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorders: Diagnosis, Etiology, Treatment* (Vol. 1, 283-329). Marcel Dekker.

Shannahoff-Khalsa, D. S., & Beckett, L. R. (1996). Clinical Case Report: Efficacy of Yogic Techniques in the Treatment of Obsessive Compulsive Disorders. *International Journal of Neuroscience*, 85 (1-2), 1-17. <https://doi.org/10.3109/00207459608986347>

Shannahoff-Khalsa, D., Fernandes, R. Y., Pereira, C. A. D. B., March, J. S., Leckman, J. F., Golshan, S., ... & Shavitt, R. G. (2019). Kundalini yoga meditation versus the relaxation response meditation for treating adults with obsessive-compulsive disorder: A randomized clinical trial. *Frontiers in psychiatry*, 10 (793), 1-15. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00793

Sharp, D., Lorenc, A., Feder, G., Little, P., Hollinghurst, S., Mercer, S., & MacPherson, H. (2018). 'Trying to put a square peg into a round hole': a qualitative study of healthcare professionals' views of integrating complementary medicine into primary care for musculoskeletal and mental health comorbidity. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 18 (290), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2349-8>

Siddiqui, M. J., Min, C. S., Verma, R. K., & Jamshed, S. Q. (2014). Role of complementary and alternative medicine in geriatric care: a mini review. *Pharmacognosy reviews*, 8 (16), 81-87. DOI: 10.4103/0973-7847.134230

- Singh, K., Bhargav, H., & Srinivasan, T. M. (2016). Effect of uninostril yoga breathing on brain hemodynamics: A functional near-infrared spectroscopy study. *International Journal of Yoga*, 9 (1), 12-19. DOI: 10.4103/0973-6131.171711
- Subramaniam, M., Soh, P., Vaingankar, J. A., Picco, L., & Chong, S. A. (2013). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: impact of the disorder and of treatment. *CNS drugs*, 27 (1), 367-383. DOI: 10.1007/s40263-013-0056-z
- Sulenes, K., Freitas, J., Justice, L., Colgan, D. D., Shean, M., & Brems, C. (2015). Underuse of yoga as a referral resource by health professions students. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(1), 53-59. DOI: 10.1089/acm.2014.0217
- Tangkiatkumjai, M., Boardman, H. & Walker, D-M. (2020). Potential factors that influence usage of complementary and alternative medicine worldwide: a systematic review. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20 (363), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12906-020-03157-2>
- Thirthalli, J., Zhou, L., Kumar, K., Gao, J., Vaid, H., Liu, H., ... & Nichter, M. (2016). Traditional, complementary, and alternative medicine approaches to mental health care and psychological wellbeing in India and China. *The Lancet Psychiatry*, 3 (7), 660-672. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30025-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30025-6)

## **Anexo A**

## *Questionário para pacientes*

A presente pesquisa, para a qual é solicitada sua colaboração, integra-se no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia do Bem-Estar e Promoção da Saúde, na Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, realizada por Adriana Velloso Buonfiglio e orientada pela Professora Doutora Susana Costa Ramalho. Com este estudo pretende-se uma melhor compreensão dos conhecimentos e representações de pacientes e psicólogos clínicos sobre os benefícios de técnicas alternativas e complementares para o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). É requisito para participação deste estudo ser maior de idade e ter recebido o diagnóstico do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) por psiquiatra ou psicólogo. Não é esperado que leve mais do que 12 minutos para responder a enquete. A participação é voluntária e a decisão de não participar não tem qualquer implicação ou problema, podendo desistir a qualquer momento, se assim o desejar, sem qualquer consequência. Garantimos o total anonimato bem como a confidencialidade de toda a informação recolhida. Se desejar esclarecer qualquer dúvida e/ou obter informações sobre esta pesquisa basta mandar e-mail para: [drivb77@gmail.com](mailto:drivb77@gmail.com). Declaro ser maior de idade e ter recebido o diagnóstico de TOC por psiquiatra ou psicólogo, bem como estar ciente dos objetivos e condições do estudo acima referidos, participando e consentindo de forma livre nesta pesquisa.

1. Deixe por favor um e-mail de contato.

2. Deixe escrito abaixo todas as iniciais do seu nome e em seguida o número do mês em que faz aniversário. Dessa forma, podemos saber a resposta de cada participante da pesquisa já que as respostas dos participantes serão avaliadas em 2 momentos diferentes (2 enquetes), sem, contudo, solicitarmos o preenchimento de dados completos como nome e sobrenome, de forma a garantir o anonimato. Exemplo: AVB5 (Adriana Velloso Buonfiglio, mês de aniversário em Maio).

3. Para efeitos de caracterização da amostra do estudo, responda por favor essa e as próximas 2 perguntas . Qual o seu gênero?

4. Qual a sua faixa etária?

5. Qual a sua escolaridade?

6. Tem diagnóstico de Transtorno Obsessivo- Compulsivo realizado por médico psiquiatra ou psicólogo?

7. Faz acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico para tratar o TOC?

8. Já tentou algum tratamento alternativo para tratar o TOC sem ser psicoterapia e/ou medicação?

9. Já leu ou ouviu falar em algum protocolo relacionado ao yoga para tratar os sintomas do TOC?

10. Já praticou yoga após os sintomas de TOC terem iniciado em sua vida?

11. Já praticou meditação após os sintomas de TOC terem iniciado em sua vida?

12. Se submeteria a tratamentos com evidências científicas de eficácia, embora ainda incomuns para tratar o TOC, de forma a complementar o tratamento padrão (psicoterapia/medicação)?

13. Já conhece o mini protocolo ou o protocolo completo da Kundalini Yoga para o TOC?

14. Em relação ao protocolo de Kundalini Yoga específico para o TOC, responda de acordo com seu nível de conhecimento, sendo: 1) nenhum, nem sabia que existia um protocolo ligado ao yoga para o TOC. 2) muito pouco: só ouviu falar mas não sabe muito mais do que isso. 3) pouco: teve acesso ao mini protocolo mas nunca praticou e não conhece o protocolo completo. 4) médio: conhece e pratica ou já praticou o mini protocolo mas não conhece o protocolo completo. 5) muito: já conhece o protocolo completo para o TOC da Kundalini Yoga.

15. No caso de já conhecer o mini protocolo da Kundalini Yoga ou o protocolo completo para o TOC da Kundalini yoga, responda se costuma fazer uso de algum destes ou se já praticou algum destes protocolos referidos.

16. As próximas frases devem ser classificadas como verdadeiras (V) ou falsas (F). Responder o mais espontaneamente possível. Não se pretende fazer uma avaliação individual, mas sim saber o conhecimento médio de todos os participantes.

A prática regular de meditação pode promover mudanças tanto nas funções do cérebro quanto nas estruturas do cérebro

verdadeiro

falso

não sei

17. A prática regular de Yoga pode melhorar a saúde mental de seus praticantes.

verdadeiro

falso

não sei

18. A prática frequente do protocolo para TOC da Kundalini Yoga pode reduzir significativamente os sintomas do TOC.

verdadeiro

falso

não sei

19. As técnicas de relaxamento, bem como qualquer tipo de meditação, têm o mesmo impacto em termos de redução nos sintomas do TOC.

verdadeiro

falso

não sei

20. Praticar com regularidade o protocolo para TOC da Kundalini Yoga reduz os níveis de ansiedade.

verdadeiro

falso

não sei

21. A redução nos sintomas do TOC pelo protocolo da Kundalini Yoga foi evidenciada cientificamente somente em indivíduos que também estavam recebendo psicoterapia.

verdadeiro

falso

não sei

22. Há evidências científicas robustas de eficácia do protocolo de Kundalini Yoga para tratar o TOC de forma clínica, sem necessidade do uso de medicação ou da psicoterapia.

verdadeiro

falso

não sei

## **Anexo B**

## *Questionário para psicólogos*

A presente investigação, para a qual é solicitada a sua colaboração, integra-se no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia do Bem-Estar e Promoção da Saúde, na Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, realizada por Adriana Velloso Buonfiglio e orientada por Professora Doutora Susana Costa Ramalho. Com este estudo pretende-se uma melhor compreensão dos conhecimentos e representações de pacientes e psicólogos clínicos sobre os benefícios de técnicas alternativas e complementares para o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC).

É requisito para a participação deste estudo ser psicólogo(a) clínico(a) e ter experiência no atendimento de pacientes com o diagnóstico do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).

Não é esperado que leve mais do que 12 minutos para responder a enquete. A participação é voluntária e a decisão de não participar não tem qualquer implicação ou problema, podendo desistir a qualquer momento, se assim o desejar, sem qualquer consequência.

Garantimos a confidencialidade de toda a informação recolhida. Se desejar tirar qualquer dúvida e/ou obter informações sobre esta pesquisa basta mandar e-mail para: [drivb77@gmail.com](mailto:drivb77@gmail.com).

Declaro ser psicólogo (a) clínico (a) e ter experiência no atendimento de pacientes com o diagnóstico de TOC, bem como estar ciente dos objetivos e condições do estudo acima referidos, participando e consentindo de forma livre nesta pesquisa.

1. Deixe por favor um e-mail de contato

2. Deixe escrito abaixo todas as iniciais do seu nome e em seguida o número do mês em que faz aniversário. Dessa forma, podemos saber a resposta de cada participante da pesquisa já que as respostas dos participantes serão avaliadas em 2 momentos diferentes (2 enquetes), sem, contudo, solicitarmos o preenchimento de

dados completos como nome e sobrenome. Exemplo: AVB5 (Adriana Velloso Buonfiglio, mês de aniversário em maio).

3. Para efeitos de caracterização da amostra do estudo, responda por favor essa e as próximas 2 perguntas. Qual é o seu gênero?

Masculino ( )

Feminino ( )

4. Qual a sua faixa etária?

22 a 35 anos ( )

36 a 64 anos ( )

65 anos ou mais ( )

5. Qual a sua escolaridade?

Graduação completa ( )

Qualquer tipo de pós graduação não terminada (pós graduação, mestrado, doutorado) ( )

Qualquer tipo de pós graduação terminada (pós graduação, mestrado, doutorado) ( )

6. No momento está atendendo algum paciente com TOC?

Sim ( ) Não ( )

7. Escreva por favor sua abordagem ou abordagens teóricas.

8. De maneira geral, sente-se aberto (a) a tratamentos alternativos e integrativos de saúde, com evidências científicas de eficácia?

Sim ( )

Não ( )

9. Se você conhecesse técnicas/protocolos alternativos com evidências científicas de eficácia para tratar de forma complementar o TOC, teria abertura para aplicar tais técnicas?

Sim ( )

Não ( )

10. Já leu ou ouviu falar em algum protocolo relacionado ao yoga para tratar os sintomas do TOC?

Sim ( )

Não ( )

11. Já indicou/ prescreveu yoga a algum paciente com propósito terapêutico (para o TOC ou para qualquer outra condição)?

Sim ( )

Não ( )

12. Conhece o mini protocolo ou o protocolo completo do Kundalini Yoga para o TOC?

Sim ( )

Não ( )

13. Em relação ao protocolo de Kundalini Yoga específico para o TOC, responda de acordo com seu nível de conhecimento, sendo:

1) nenhum: nem sabia que existia um protocolo ligado ao yoga para o TOC;

2) muito pouco: só ouviu falar mas não sabe muito mais do que isso;

3) pouco: teve acesso ao mini protocolo mas nunca praticou e não conhece o protocolo completo;

4) médio: conhece e pratica ou já praticou o mini protocolo mas não conhece o protocolo completo;

5) muito: já conhece o protocolo completo para o TOC da Kundalini Yoga.

( ) nenhum

( ) muito pouco

( ) pouco

( ) médio

muito

14. No caso de você já conhecer o mini protocolo do Kundalini Yoga ou o protocolo completo para o TOC do Kundalini Yoga, responda se costuma fazer uso terapêutico de algum destes:

Sim, o mini protocolo

Sim, o protocolo completo

Não, nunca usei nenhum dos dois protocolos

15. As frases próximas devem ser definidas como verdadeiras (V) ou falsas (F). Responda por favor o mais espontaneamente possível. Não se pretende fazer uma avaliação individual, mas sim ter noção de conhecimento médio de todos os participantes.

A prática regular de meditação pode promover mudanças tanto nas funções do cérebro quanto nas estruturas do cérebro

verdadeiro

falso

não sei

16. A prática regular de Yoga pode melhorar a saúde mental de seus praticantes.

verdadeiro

falso

não sei

17. A prática frequente do protocolo para TOC do Kundalini Yoga pode reduzir significativamente os sintomas do TOC.

verdadeiro

falso

não sei

18. As técnicas de relaxamento, bem como qualquer tipo de meditação, têm o mesmo impacto em termos de redução nos sintomas do TOC.

verdadeiro

falso

não sei

19. Praticar com regularidade o protocolo para TOC da Kundalini Yoga reduz os níveis de ansiedade.

verdadeiro

falso

não sei

20. A redução nos sintomas do TOC pelo protocolo da Kundalini Yoga foi evidenciada cientificamente somente em indivíduos que também receberam psicoterapia.

verdadeiro

falso

não sei

21. Há evidências científicas robustas de eficácia do protocolo de Kundalini Yoga para tratar o TOC de forma clínica, sem necessidade do uso de medicação ou da psicoterapia.

verdadeiro

falso

não sei

## **Anexo C**

*Perguntas das Entrevistas*

- 1) Você conseguiu assistir o vídeo todo com o protocolo completo da yoga KY?
  
- 2) Então eu gostaria de saber se após ter visualizado todo o protocolo, você indicaria para algum paciente com TOC. Opções: a) indicaria, com certeza, b) depende do paciente recomendaria ou não e c) não recomendaria.
  
- 3) No caso de recomendar “dependendo do paciente”, para quais recomendaria e por quê?
  
- 4) Você considera que tenha algum aspecto que possa dificultar a execução do paciente para fazer esse protocolo? Se sim, qual ou quais seriam esses aspectos?
  
- 5) Observa algum aspecto que pode ser facilitador, que pode ajudar na prática desse protocolo? Se sim, qual seria esse aspecto?
  
- 6) Já indicou o protocolo apresentado a algum paciente? Se sim, observou algum benefício para além da redução dos sintomas de TOC? Se ainda não teve essa oportunidade, imagina que o paciente (que fizer com regularidade esse protocolo) vá ter algum benefício além da diminuição dos sintomas do TOC, se ele fizer com regularidade?
  
- 7) Tem alguma coisa que você queira falar sobre o protocolo? Alguma sugestão ou observação que queira fazer?

## **Anexo D**

**Tabela 1**

*Árvore das categorias*

Categorias	Subcategorias	Unidade de Frequência
Barreiras identificadas	Perfil do paciente	10
	Complexidade do protocolo	6
Facilitadores identificados		5
Estratégias para lidar com as barreiras		5
Ganhos adicionais com o uso do protocolo		5