



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

**Saúde Mental, Bem-Estar Subjetivo, Satisfação com o
Suporte Social e Comportamentos de Saúde
em Praticantes de Yoga**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**

Isabel Maria da Quinta Castro Faria



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2013



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Saúde Mental, Bem-Estar Subjetivo, Satisfação com o Suporte Social e Comportamentos de Saúde em Praticantes de Yoga

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Isabel Maria da Quinta Castro Faria

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO DE 2013

“Na história do pensamento humano os desenvolvimentos mais fecundos ocorrem, de um modo geral, quando duas correntes totalmente distintas se encontram. Estas correntes podem radicar em zonas bastante diferentes da cultura humana, em tempos ou meios culturais diferentes, ou até em diferentes tradições religiosas; assim, se de facto se chegam a encontrar, ou seja, se de facto são pelo menos tão aparentadas que uma verdadeira relação se possa ter lugar, só se pode esperar que novos e estimulantes progressos se sigam.”

Werner Heisenberg,

Agradecimentos

A investigação empírica aglomera persistência, dedicação e rigor, sendo fundamental a abertura do investigador a novas experiências e possibilidades vivenciais. Nesse sentido, agradeço à Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Filosofia de Braga que me facultou métodos e técnicas relevantes durante o percurso académico, bem como à minha orientadora Professora Doutora Eleonora Costa que me proveu as directrizes necessárias para a concretização deste estudo. Também gostaria de agradecer ao Mestre Domingos Ferreira que me apoiou na correção da exposição dos dados.

De igual forma, gostaria de agradecer às escolas, professores e praticantes de Yoga que colaboraram para a precursão dos objetivos delineados, nomeadamente: ao *Espaço Braga – Swásthya Yoga*, à *Oficina do Yoga*, ao *Centro de Yoga de Braga*, ao *FreeFlow*, ao *The Element Pilates Studio*, à *Academia de Yoga do Porto*, ao *Centro IYengar Yoga do Porto*, à *Escola de Yoga da Foz*, ao *Estúdio de Yoga Tibetano* em Guimarães, à *Federação Portuguesa de Yoga*, ao seu Presidente Amândio Figueiredo, à Prof.^a Ana Dias, ao Prof. Oliveira, à Prof.^a Ana Tabuada, à Prof.^a Jovita, ao Fernando Loureiro, à Prof.^a Alexandra Pereira, à Prof.^a Ana Paula Amorim, à Prof.^a Evelyne Praxl, à Prof.^a Joana McAllister, à Prof.^a Marta Brandão e à Rute Arouca.

Agradeço também à *Associação Ananda Marga Pracaraka Samgha* e seu criador Shri Shri Anandamúrti por me terem apresentado o conhecimento yogui.

Por fim, agradeço à minha família e amigos cujo apoio basilar manifesto foi impreterível no decorrer do processo académico.

Resumo

O Yoga promete ser uma intervenção terapêutica eficaz na área da saúde mental. No entanto, os estudos da sua relação com a saúde ainda são escassos. O objetivo deste estudo é examinar a relação entre a prática do Yoga e a saúde mental, bem-estar subjetivo, satisfação com o suporte social e os comportamentos de saúde em 107 praticantes de Yoga, de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos, provenientes dos distritos de Braga, Porto e Santarém. O método do estudo é quantitativo, preditivo, transversal e correlacional. A recolha de dados processou-se através de instrumentos de auto-relato: *Brief Symptom Inventory* (BSI), o *Índice de Bem-Estar Pessoal* (IBP), a *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) e o *Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde* (QACS). Os resultados indicaram existir relação entre o tempo de prática de Yoga e a saúde mental, o bem-estar subjetivo e os comportamentos de saúde dos seus praticantes, com exceção da satisfação com o suporte social, na qual não se verificou relação. Conclui-se que o Yoga promove um estilo de vida saudável e está relacionado com a saúde dos seus praticantes.

Palavras-chave: Yoga, saúde mental, bem-estar subjetivo, suporte comportamentos.

Abstract

Yoga promises to be an effective therapeutic intervention in mental health. However, studies of its relation to health are scarce. The aim of this study is to examine the relation between the practice of Yoga and mental health, subjective well-being, satisfaction with social support and health behavior in 107 practitioners, of both genders, aged between 18 and 75 years, from the districts of Braga, Porto and Santarém. The study method is quantitative, predictive, correlational and cross-sectional. The data collection was processed through self-report instruments: *Brief Symptom Inventory* (BSI), *Índice de Bem-Estar Pessoal* (IBP), *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) and the *Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde* (QACS). The results indicated a relation between the time of Yoga practice and mental health, subjective well-being and health behaviors of its practitioners, with the exception of satisfaction with social support, in which there was no relation with Yoga. It is concluded that Yoga fosters a healthy lifestyle and is related to the health of its practitioners.

Keywords: Yoga, mental health, subjective well-being, social support, health behaviors.

Índice Geral

	Página
Agradecimentos.....	II
Resumo/Abstract.....	III
Índice Geral.....	IV
Índice de Quadros.....	VII
Índice de Anexos.....	VIII
Lista de Abreviaturas.....	IX
INTRODUÇÃO GERAL.....	1
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
CAPÍTULO I: A SAÚDE.....	5
1.1. Saúde e as Variáveis Psicossociais.....	5
1.1.1. Qualidade de Vida, Bem-Estar Subjetivo e Satisfação com o Suporte Social.....	5
1.1.2. Estilo de Vida, Comportamento de Saúde e Saúde Mental....	8
1.2. Modelos de Saúde.....	10
CAPÍTULO II: O YOGA.....	13
2.1. O Yoga – História e Filosofia.....	13
2.2. Componentes do Yoga.....	17
2.2.1. <i>Asanas</i>	17
2.2.2. <i>Pranayama</i>	18
2.2.3. <i>Dyahna</i>	19
2.3. Yoga como Preditor de Saúde e as Variáveis Psicossociais	20
2.3.1. Yoga como Preditor de Saúde Mental.....	20
2.3.2. Yoga como Preditor de Bem-Estar Subjetivo.....	22
2.3.3. Yoga como Preditor de Satisfação com o Suporte Social.....	24
2.3.4. Yoga como Preditor de Comportamentos de Saúde.....	26
PARTE II: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	28
CAPÍTULO I: METODOLOGIA.....	29
1.1. Desenho do Estudo.....	29
1.2. Objetivo do Estudo.....	29
1.3. Hipóteses do Estudo.....	30
1.4. Variáveis do Estudo.....	31
1.4.1. Variáveis Sociodemográficas (VSs).....	31

Índice Geral

	Página
1.4.2. Variáveis Clínicas (VCs).....	31
1.4.3. Variáveis da Prática do Yoga (VPY).....	31
1.4.4. Variáveis Dependentes (VDs).....	31
1.5. Procedimento de Recolha de Dados.....	32
1.6. Amostra	33
1.6.1. Caraterização Sociodemográfica da Amostra.....	33
1.6.2. Caraterização Clínica da Amostra.....	35
1.6.3. Caraterização da Prática de Yoga da Amostra.....	37
1.7. Instrumentos Utilizados na Recolha de Dados.....	40
1.7.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	40
1.7.2. <i>Brief Symptoms Inventory</i> (BSI).....	41
1.7.3. Índice de Bem-Estar Pessoal (IBP).....	47
1.7.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	49
1.7.5. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS).....	51
CAPÍTULO II: ANÁLISE DE RESULTADOS.....	55
2.1. Procedimentos Estatísticos.....	55
2.2. A Saúde dos Praticantes de Yoga da Amostra.....	55
2.2.1. A Saúde Mental dos Praticantes de Yoga na Amostra do Estudo.....	55
2.2.2. A Satisfação com o Suporte Social dos Praticantes de Yoga na Amostra do Estudo.....	56
2.2.3. O Bem-Estar Subjetivo dos Praticantes de Yoga na Amostra do Estudo.....	57
2.2.4. Os Comportamentos de Saúde dos Praticantes de Yoga na Amostra do Estudo.....	58
2.3. Resultados dos Testes de Hipóteses.....	59
2.3.1. Hipótese 1.....	59
2.3.2. Hipótese 2.....	61
2.3.3. Hipótese 3.....	62
2.3.4. Hipótese 4.....	63
2.4. Resultados das Análises Exploratórias.....	64

Índice Geral

	Página
2.4.1.Exploração da Variável “ <i>frequência de aulas de Yoga por semana</i> ”	64
2.4.2. Exploração da Variável “ <i>prática de Yoga em casa</i> ”	65
2.4.3. Exploração da Variável “ <i>prática de meditação</i> ”	66
CAPÍTULO III: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
CAPÍTULO IV: CONCLUSÃO INTEGRATIVA DO ESTUDO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	81

Índice de Quadros

	Página
Quadro 1. Características Sociodemográficas dos Participantes (N=107)	34
Quadro 2. Características Clínicas dos Participantes (N=107).....	36
Quadro 3. Características da Prática de Yoga dos Participantes (N=107)	38
Quadro 4. Resultados da Consistência Interna do BSI (N=107).....	43
Quadro 5. Resultados da Consistência Interna do BSI nas Nove Dimensões Clínicas (N=107)	46
Quadro 6. Resultados da Consistência Interna do IBP (N=107).....	48
Quadro 7. Resultados da Consistência Interna da ESSS (N=107).....	50
Quadro 8. Resultados da Consistência Interna da QACS (N=107).....	52
Quadro 9. Distribuição da Média e Desvio Padrão das Dimensões Clínicas e Índices Gerais do BSI (N=107).....	56
Quadro 10. Distribuição da Média e Desvio Padrão dos Itens do IBP (N=107).....	57
Quadro 11. Distribuição da Média e Desvio Padrão dos factores da ESSS (N=107).....	58
Quadro 12. Distribuição da Média e do Desvio Padrão nas Categorias do QACS (N=107).....	59
Quadro 13. Classificação média de <i>rankings</i> da correlação dos Índices Gerais do BSI e o <i>Tempo de Prática de Yoga</i> (N=107).....	60
Quadro 14. Classificação Média de <i>Rankings</i> Correlação do IBP e o <i>Tempo de Prática de Yoga</i> (N=107).....	61
Quadro 15. Classificação Média de <i>Rankings</i> Correlação do ESSS e o <i>Tempo de Prática de Yoga</i> (N=107).	62
Quadro 16. Classificação Média de <i>Rankings</i> Correlação do QACS e o <i>Tempo de Prática de Yoga</i> (N=107).	63

Índice de Anexos

	Página
Anexo I. Consentimento Informado.....	82
Anexo II. Consentimento informado: Declaração dos Participantes.....	83
Anexo III. <i>Questionário Sociodemográfico e Clínico</i>	84
Anexo IV. <i>Brief Symptoms Inventory (BSI)</i>	86
Anexo V. <i>Índice de Bem-Estar Pessoal (IBP)</i>	88
Anexo VI. <i>Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)</i>	89
Anexo VII. <i>Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde</i>	90

Lista de Abreviaturas

AS	Atividades Sociais
ANS	Ansiedade
AF	Ansiedade Fóbica
BSI	<i>Brief Symptoms Inventory</i>
DEP	Depressão
DP	Desvio Padrão
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
HOS	Hostilidade
HPT	Hipotálamo-Pituitária-Adrenal
IBP	Índice de Bem-Estar Pessoal
IGS	Índice Geral de Sintomas
IN	Intimidade
IP	Ideação Paranóide
ISP	Índice de Sintomas Positivos
M	Média
OC	Obsessão-Compulsão
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações
Pt.	Ponto
PSI	Psicoticismo
QACS	Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde
SA	Satisfação com os Amigos
SF	Satisfação com a Família
SI	Sensibilidade Interpessoal
SOM	Somatização
SOVE	Satisfação com o Obtido com a Vida através do Esforço
SNA	Sistema Nervoso Autónomo
SNP	Sistema Nervoso Parassimpático
SNS	Sistema Nervoso Simpático
SNV	Satisfação com o Nível de Vida
SRP	Satisfação com as Relações Pessoais
SS	Satisfação com a Segurança
SSD	Satisfação com a Segurança quando se Desloca

Lista de Abreviaturas

SSF	Satisfação com Segurança no Futuro
SSP	Satisfação com Sentimento de Pertença
SVER	Satisfação com a Vida Espiritual ou Religiosa
TSP	Total de Sintomas Positivos
VCs	Variáveis Clínicas
VDs	Variáveis Dependentes
VPY	Variáveis da Prática de Yoga
VSs	Variáveis Sociodemográficas

INTRODUÇÃO GERAL

A Psicologia da Saúde emergiu da junção de diferentes especialidades do conhecimento psicológico, possibilitando a sua prática em diversos tipos de áreas e organizações (Teixeira, 2004). Destes distintos contributos, a Psicologia da Saúde toma como principais objetivos a promoção e manutenção da saúde, bem como a prevenção e tratamento da doença. Neste sentido, acolhe as valências sócio-culturais onde doença e saúde são enquadradas. Contudo, a abordagem privilegiada no contexto dos serviços de saúde centra-se no Modelo Biomédico e, conseqüentemente focaliza no diagnóstico e subsequente tratamento das patologias, em detrimento das necessidades específicas de cada sujeito (Teixeira & Correia, 2002).

Contemporaneamente evidencia-se no Ocidente a necessidade de uma mudança paradigmática, justificada pela conjectura socioeconómica, pela redução das enfermidades infecciosas e pelo incremento das enfermidades crónicas. Desta necessidade, foram propostos novos modelos de saúde encetados por autores de renome, tais como Engel (1977) e Antonovsky (1989). Enquanto Engel (1977) preconiza o designado Modelo Biopsicossocial que destaca os elementos biológicos, psicológicos e sociais de cada indivíduo, Antonovsky (1989) propõe o Modelo Salutogénico que evidencia o valor da promoção da saúde e da qualidade de vida do sujeito – ambos centrados na necessidade de levá-lo a usufruir com agrado e realização da sua própria saúde.

Na continuidade destas novas perspectivas, veio a consolidar-se no ano 2000 a Psicologia Positiva, de que Seligman (2002) foi ativo precursor. Equilibrando em termos de relevância tanto o estudo das potencialidades, motivações e competências do ser Humano, como aqueles que se centram na depressão, na angústia e na ansiedade. Dessa forma, o autor releva a importância de se desenvolver mais estudos sobre as temáticas da satisfação, da alegria, da esperança, do altruísmo e do optimismo (Seligman, 2002).

Na atualidade, em paralelo aos serviços de saúde convencionais, surgiram as terapias complementares que se fundamentam em Modelos Holísticos, os quais dão importância à compreensão do ser humano através da observação da “ mente, corpo e espírito” como um todo. Embora se configurem como entidades separadas, a pertinência do seu funcionamento equilibrado deriva da ideia de que se encontram co-relacionadas e de que influenciam o estado de saúde e bem-estar dos indivíduos (Gouveia, 2011). Neste âmbito, em 1962, a OMS (WHO, 1962, cit in Luz, 2005) estipulou que as terapias complementares

deveriam ser empregues como forma de tratamento natural das enfermidades. Posteriormente, em 1978, a ONU (1978, cit in Luz, 2005) sugeriu aos seus membros que as integrassem nos seus sistemas de saúde. Consequentemente registou-se um aumento da procura deste tipo de terapias como recurso terapêutico natural da saúde mental, alternativo ao tratamento farmacológico, produtor de efeitos secundários (Varkapic & Rangé, 2011). Ressalva-se que as terapias complementares compelem à mudança de comportamentos e de estilos de vida, em que o sujeito terá de atribuir significado à sua existência para alcançar um estado de plenitude e bem-estar (Gouveia, 2011).

De igual forma, verifica-se que a prática do Yoga no Ocidente está cada vez mais em voga por estar associada a um estilo de vida saudável com efeitos benéficos. Percorrendo uma rápida revisão histórica verifica-se que o Yoga é praticado há milhares de anos no Oriente, sendo inclusivamente usado como intervenção terapêutica. A sua primeira sistematização médica ocorreu em 1918, na Índia. Somente no século XX começou a ser tema de interesse no Ocidente quando foi observado que provocava benefícios psicofisiológicos (Büssing, Michalsen, Khalsa, Telles & Shermans, 2012; Ross, Friedmann, Bevans & Thomas, 2012).

Alguns estudos defendem que o Yoga é mais eficaz na promoção da saúde do que o exercício físico dado que, além de melhorar a atividade física através das posturas físicas (*asanas*), regula o eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) e o Sistema Nervoso Simpático (SNS) como resposta ao stresse. Isto é pertinente para a saúde visto que o excesso de activação do HPA e do SNS fragiliza a imunidade e assim resulta em várias patologias como, por exemplo, doenças cardíacas, obesidade, diabetes e depressão (Ross, Friedman, Bevans & Thomas, 2012). Além disso, existe indicação de que entre os benefícios provocados pela prática do Yoga observa-se a redução da pressão sanguínea, a regulação metabólica, a melhoria do estado de humor, o impulso à resiliência, à autoconfiança e ao sentimento de auto-eficácia, à melhoria dos hábitos de vida, ao aumento da longevidade e da qualidade de vida dos seus praticantes (Büssing, Michalsen, Khalsa, Telles & Shermans, 2012).

Embora não tenham sido conclusivos – dado que além de praticarem Yoga, os seus participantes mantinham terapêuticas convencionais – vários estudos clínicos aproveitaram o recurso ao Yoga como intervenção terapêutica no tratamento de diversas patologias, particularmente, na depressão, na ansiedade generalizada, na artrite, nas doenças asmáticas, nas doenças coronárias, na epilepsia, na hipertensão, na fibromialgia, na diabetes e nas doenças oncológicas (Cohen, Warneke, Fouladi, Rodriguez & Chaoul-Reich, 2004; Sengupta, 2012).

No mesmo sentido, Ross e Bevans e Thomas (2012) ao observarem que nos Estados Unidos da América uma grande quantidade de dinheiro é despendido no tratamento de doenças crónicas – geradas por estilos de vida assentes em comportamentos nocivos – sugeriram o uso de práticas como o Yoga na promoção de comportamentos salutareos, na redução da morbidade e mortalidade das populações, bem como na economia de despesas na área da saúde pública.

De modo que se torna imprescindível a prossecução de mais estudos sobre o Yoga, não só sobre a sua utilização como instrumento de intervenção terapêutica, mas também sobre o seu impacto nos indivíduos saudáveis, com vista a fundamentá-lo como preditor de saúde. Também coloca-se a hipótese de se utilizar o Yoga como tratamento económico complementar, capaz de melhorar os hábitos de vida e de aumentar a longevidade dos seus praticantes. Assim sendo, as investigações e trabalhos que se reportam ao Yoga promovem a densificação e valorização das suas potencialidades (Varkapic & Rangé, 2011; Büssing, Michalsen, Khalsa, Telles & Shermans, 2012).

Pode-se concluir que em determinadas enfermidades, o Yoga poderá tornar-se um válido substituto da terapia farmacológica por não produzir efeitos adversos e também por facultar técnicas que podem ser agilizadas pelo sujeito numa conformação autónoma (Varkapic & Rangé, 2011).

Na sequência desta rápida resenha, a presente investigação pretende analisar a relação entre o Yoga e as variáveis psicossociais de saúde: saúde mental, o bem-estar subjetivo, a satisfação com o suporte social e dos comportamentos de saúde. Por conseguinte, a presente investigação é composta por duas partes: a primeira parte integra dois capítulos de enquadramento teórico. O primeiro capítulo contém uma pequena revisão bibliográfica sobre a conceptualização de saúde, as variáveis psicossociais que acarreta e descreve a progressão dos modelos de saúde. O segundo capítulo explica o conceito do Yoga, sua história, sua filosofia e retrata as componentes atualmente utilizadas nos estudos de intervenção na área da saúde. Seguindo-se uma breve exposição sobre Yoga como preditor de saúde.

A segunda parte refere-se à investigação empírica, em que são apresentados os resultados dos dados recolhidos para este estudo e descreve a relação entre o Yoga e repercussões ao nível da saúde mental, do bem-estar subjetivo, da satisfação com o suporte social e dos comportamentos de saúde da amostra. No final será realizada uma breve discussão dos resultados e a conclusão integrativa sobre este estudo.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A parte I desta dissertação abrange dois capítulos de enquadramento teórico. O primeiro capítulo é dedicado à explicação do conceito de saúde, à importância das variáveis psicossociais e a transição entre modelos de saúde.

O segundo capítulo apresenta o Yoga, sua história, filosofia, componentes e explica de que forma o Yoga tem demonstrado ser um preditor de saúde indicando, sobretudo, repercussões ao nível da saúde mental, do bem-estar subjetivo, da satisfação com o suporte social e dos comportamentos de saúde nos indivíduos.

CAPÍTULO I: A SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde da seguinte forma: “*não é apenas a ausência de doença ou de enfermidades, mas é também o completo estado de bem-estar físico, mental e social*” (WHO, 2001b, p. 3). De modo que, esta definição corrobora os objectivos principais e gerais do Yoga – auxiliar o indivíduo a integrar harmoniosamente a mente, corpo e espírito, bem como usufruir de um relacionamento intrapsíquico e intersíquico equilibrado, direcionado para a auto-realização e auto-transcendência (Pinheiro, Medeiros, Pinheiro & Marinho, 2007).

Além disso, a OMS (WHO, 2001b) defende que os distúrbios físicos, mentais e de comportamento devem-se a uma complexa dinâmica de dimensões biológicas, psicológicas e sociais, entrelaçadas e interdependentes. Assim sendo, será importante compreender o funcionamento dessa relação, por dela poder resultar a promoção e manutenção da saúde e/ou o desencadeamento de múltiplas patologias, sendo que tal é decisivo para a saúde de todos os seres humanos (WHO, 2001b).

Os problemas de saúde mental, social e comportamental afetam o bem-estar e, por sua vez, o próprio comportamento, de modo que patologias tais como ansiedade, depressão e doenças do coração são prevalentes e difíceis de ultrapassar em localidades com elevados níveis de desemprego, salários reduzidos, níveis de escolaridade reduzidos, estilos de vida nocivos, segregação de género, sexo e etnia, condições de trabalho stressantes e violação dos direitos humanos (WHO, 2005). Por conseguinte, será descrito sucintamente o peso de determinadas variáveis psicossociais para a saúde e bem-estar do ser humano.

1.1. Saúde e as Variáveis Psicossociais

1.1.1. Qualidade de vida, o Bem-estar Subjetivo e a Satisfação com o Suporte Social

Na segunda metade do século XX, após a II Guerra Mundial, sucederam mudanças socioeconómicas que alteraram a noção de Saúde e criaram uma nova percepção acerca das componentes biológicas, políticas, sociais e económicas, necessárias para a promoção da qualidade de vida (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012; Pais-Ribeiro, 2004). Por conseguinte, observou-se que a qualidade de vida funciona como determinante e como

resultado da dinamização da saúde, porque como objetiva o bem-estar que, por sua vez, influencia a saúde, também a saúde influencia o bem-estar e, conseqüentemente, a qualidade de vida (WHO, 2013).

Além disso, defende-se que a qualidade de vida é constituída por uma dimensão objectiva referente às condições de vida (ambientais, políticas, económicas e sociais), e uma dimensão subjectiva referente às acções, à subjectividade e aos estilos de vida do ser humano (Cummins, 1998; Pais-Ribeiro, 2003). A fronteira entre as duas dimensões que interagem e se mesclam entre si será bastante ténue (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012). Assim sendo, verifica-se que contribuirá para a qualidade de vida o bem-estar material, a produtividade, a saúde, a intimidade, a segurança e o bem-estar subjetivo (Cummins, 1997). Entre eles, evidencia-se o bem-estar subjetivo que, em países como a Austrália, é observado como sinónimo da qualidade de vida (Cummins, 1998; Fonseca, 2011). Isto porque, segundo esta perspectiva, o sujeito poderá sentir bem-estar subjetivo independentemente das circunstâncias externas por ter capacidade de adaptação ao contexto situacional, salvaguardando assim a sua satisfação. Por conseguinte, a vulnerabilização de um indivíduo que viva em condições precárias, não lhe fataliza um mal-estar subjetivo (Ross et al., 2012; WHO, 2013).

Portanto, o bem-estar subjetivo é o conjunto de julgamentos globais e respostas emocionais que indicam o grau de satisfação que o sujeito sente acerca da vida e que abarca conceitos tais como paz, felicidade e realização. Dessa forma, deduz-se que este se baseia na percepção pessoal do bem-estar emocional, psicológico e social (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Pais-Ribeiro 1999). O Modelo Homeostático proposto por Cummins (2003) preconiza que, além da avaliação cognitiva, o bem-estar subjetivo é determinado pela estabilidade do humor cuja desregulação resulta no humor deprimido e, assim, no prejuízo na capacidade funcional do indivíduo. Assim sendo, o bem-estar subjetivo é crucial para o bom funcionamento dos sujeitos sendo que as intervenções a serem implementadas nos serviços de Saúde deverão compreender que este é um objetivo a cumprir de longo prazo (Cummins, 2003; WHO, 2013).

A ele acresce-se a satisfação do sujeito com o suporte social. O suporte social é designado como conjunto de recursos instrumentais, informativos, psicológicos e emocionais que propiciam ao indivíduo capacidades de gerir o stresse (Moak & Agrawal, 2009). Os recursos instrumentais referem-se ao auxílio material como por exemplo, nas tarefas do quotidiano ou na gestão bens; os recursos informativos referem-se à viabilização da informação necessária para ajudar o sujeito a gerir as suas dificuldades; os recursos

emocionais e psicológicos referem-se à expressão de cuidado, empatia, confiança e segurança que fomentam a ventilação das emoções.

Conclui-se que o suporte social poderá reduzir o impacto de um evento stressante, dissipar a percepção pessimista na gestão de um problema e facilitar comportamentos de saúde, como a alimentação, o descanso, o exercício físico ou a higiene pessoal (Cohen, 2004). Logo, através de um suporte social adequado e significativo a predisposição do sujeito para a doença é menor, e em caso de doença, auxilia-o na sua recuperação. Por esse motivo, a perda ou falta de suporte social é fonte de distresse (Pais-Ribeiro, 1999).

O suporte social também apresenta uma faceta objetiva composta por redes sociais, por amizades e pela frequência das relações sociais, e uma faceta subjectiva composta pela percepção, adequação e satisfação com o suporte social (Pais-Ribeiro, 1999). Por conseguinte, a percepção do suporte social refere-se à avaliação que o sujeito realiza dos seus recursos interpessoais. Consequentemente, a satisfação funciona como recurso preventivo de perturbações de saúde, físicas ou mentais e, serve, por exemplo, como *buffer* da depressão e dos eventos stressantes. Através da satisfação com o suporte social é possível mensurar com fiabilidade a capacidade que o sujeito detém para gerir ameaças físicas ou psíquicas que possam surgir (Cohen, 2004; Moak & Agrawal, 2009). Dessa forma, os sujeitos que possuem maior satisfação com o suporte social têm menor probabilidade de sofrerem de depressão ou de doenças cardiovasculares. No entanto, os indivíduos com reduzidas ou não-significativas ligações sociais e menor percepção de suporte social tendem a experienciar um declínio da sua saúde (Moak & Agrawal, 2009).

Desse modo, verifica-se que a satisfação com o suporte social permite ao sujeito desenvolver estratégias de *coping* adaptativas, a integrar-se socialmente e a alcançar um estado psicofisiológico positivo. Por conseguinte, consegue obter informação com maior facilidade e sentir-se mais incentivado em manter o autocuidado. Salvaguarda-se que quando o sujeito pertence a um grupo, a pressão de pares tanto poderá conduzi-lo à adopção de comportamentos saudáveis normativos como de comportamentos prejudiciais à sua saúde (Pais-Ribeiro, 1999).

Pode-se concluir que para o ser humano conservar a sua saúde física e mental, é importante que se sinta apreciado, protegido e integrado numa rede social, onde tenha deveres e direitos, e na qual possa confiar e partilhar informação sendo que tal terá impacto na sua auto-estima e na auto-competência (Choen & Mckay, 1984; Pais-Ribeiro, 1999). Salienta-se

que os traços de personalidade e o estatuto socioeconómico também influenciam a satisfação com o suporte social (Moak & Agrawal, 2009).

1.1.2. Estilo de Vida, Comportamentos de Saúde e Saúde Mental

O estilo de vida é o conjunto de estruturas mediadoras que se repercute num grupo de actividades, valores e atitudes sociais (OMS,1988). Assim sendo, manifesta vivências históricas e culturais, e emerge de um conjunto de decisões, sobre as quais o sujeito assume controlo, e as que irão afetar a sua vida. Dessa forma, o estilo de vida revela-se como bastante importante na promoção e protecção da saúde (Lalonde, 1974; Almeida, Gutierrez & Marques, 2012).

Por conseguinte, verifica-se que os comportamentos individuais estão de certa forma dependentes dos contextos, acabando por se reflectirem mutuamente. Assim, um estilo de vida saudável revela-se permeável às condições socioeconómicas – ilustre-se, a título de exemplo, a eventual possibilidade do indivíduo fruir o número suficiente de horas de descanso, do acompanhamento médico, da actividade física, da nutrição adequada, entre outros (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012).

Nos finais dos anos 70, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América evidenciou a importância dos comportamentos de saúde através de uma extensa exposição sobre a correspondência de determinados estilos de vida com o desenvolvimento de doenças crónicas. Assim sendo, procurou-se que os profissionais de saúde tivessem maior consideração acerca dos comportamentos de saúde e do estilo de vida na promoção e prevenção de doenças (Ory, Jordan & Bazarre, 2002).

Na contemporaneidade, esta valência é previamente contemplada, sendo cada vez mais importante a realização de terapias baseadas na mudança de estilos de vida que, em determinadas situações, poderá ser tão eficaz quanto os tratamentos farmacológicos ou psicoterapêuticos. De modo que intervir no estilo de vida de um indivíduo implica transformar comportamentos nocivos em comportamentos salutareos, fundamentados numa alimentação equilibrada, na prática regular de exercício físico, em actividades de relaxamento, na gestão de stresse, na fruição de tempo na natureza, nas relações de amizade, no envolvimento em práticas espirituais e no serviço ao próximo (Walsh, 2011).

Na Psicologia Evolutiva alguns autores defendem que os níveis de distresse psicológico reduzirão se os sujeitos adoptarem um estilo de vida similar ao dos seus

antepassados paleolíticos que envolve comportamentos tais como a exposição regular ao sol, a socialização, a exercitação, o consumo de alimentos ricos em Omega-3 e horas de sono suficiente. Esta convicção fundamenta-se na observação do impacto da modernização tecnológica na saúde dos indivíduos – concretamente, registou-se que o uso de máquinas em substituição do trabalho físico promoveu o sedentarismo e o surgimento das novas tecnologias da comunicação (apesar de aumentar as relações interpessoais) diminuiu as relações sociais com maior contacto pessoal, causando distúrbios físicos e mentais (Heath & Berman, 2008).

De igual forma, verifica-se que os comportamentos de saúde são dependentes da saúde mental dos indivíduos, ou seja, os comportamentos de saúde podem ser afectados por doenças mentais ou pelo stresse, como por exemplo: um indivíduo com depressão terá maior predisposição em ter relações sexuais de risco ou consumir substâncias, do que um sujeito saudável (OMS, 2001b). Os comportamentos de saúde implicam variáveis moderadoras tais como percepção de custo-benefício, o sentimento de pertença a um tipo de grupo com o qual possa ser coeso, as expectativas dos resultados, a auto-eficácia e o suporte social (Ory, Jordan & Bazarre, 2002).

As investigações encetadas na área das neurociências e da medicina comportamental revelam que o funcionamento mental é indissociável do funcionamento fisiológico (WHO, 2001b). Assim sendo, a saúde mental é intrínseca à saúde em geral e, por esse motivo, não se encontra desarticulada da saúde física (WHO, 2005). Além disso, observa-se que a definição de saúde pós-moderna valoriza o sujeito como ser social, que influencia, pertence, adapta e é afetado pela sociedade.

Conceitua-se que saúde mental seja “... *um estado de bem-estar no qual o indivíduo sabe quais são as suas habilidades, e pode lidar com o stresse normal da vida, pode trabalhar produtivamente e frutiferamente, e também é capaz de contribuir para a sua comunidade...*” (WHO, 2001^a, p.1). Entre os determinantes da saúde mental salienta-se o bem estar-subjetivo, a percepção de auto-eficácia, a auto-competência, a autonomia, a capacidade de auto-atualização emocional e intelectual, o suporte social, entre outros (WHO, 2001b). Portanto, a saúde é uma “*situação de equilíbrio entre o nível físico, psíquico e sócio-ambiental. Mais do que prevenir a doença, importa hoje prevenir a saúde*” (Martins, 2005 p.2).

Conclui-se, portanto, que a falaciosa divisão do fisiológico, do psicológico e do social, criou ao longo dos tempos obstáculos à compreensão real das doenças mentais e físicas (OMS, 2001a). Por esse motivo emerge a necessidade de se implementar nos serviços de

saúde um modelo integrado promotor de atitudes e comportamentos sofisticados na execução dos seus serviços.

1.2. Modelos de Saúde

Em 1978, a OMS e ONU realizaram a primeira *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários*. Nessa conferência foi redigida a *Declaração de Alma-Ata* que evidencia a saúde como um direito universal da Humanidade, sobre o qual as políticas governamentais de todo o mundo são responsáveis. Neste âmbito, foi também salientada a necessidade de uma participação ativa por parte de todos os indivíduos nos cuidados de saúde (Gaudenzi & Shramm, 2010). Posteriormente, em 1986, decorreu a *Conferência de Ottawa*, na qual foi redigido o primeiro documento internacional sobre a promoção de saúde - a *Carta de Promoção da Saúde*. O documento postula que a saúde não deve ser considerada um objetivo de vida, mas como um recurso que permite o indivíduo viver, acarretando, dessa forma, uma nova atitude salutar sobre os diversos estilos de vida (Gaudenzi & Shramm, 2010).

Além disso, foi salientado a compreensão das motivações individuais que geram saúde, bem como das diversas respostas que sujeitos têm sobre as suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais, em diferentes contextos e situações. Dessa forma, surgiu uma nova concepção e prática de saúde pública cujos parâmetros, além de se basearem na promoção da saúde, transcendem a prevenção primária, secundária e terciária (Martins, 2005). Na sequência deste documento, emergiu a necessidade de se criar um modelo integral da saúde física, mental e social (WHO, 2001b).

Observa-se que em diversas civilizações foram criados diferentes paradigmas, filosofias ou conjeturas como forma de expandir o conhecimento sobre o funcionamento da saúde, da doença e dos diversos métodos de tratamento (Antonovsky, 1990). Por esse motivo qualquer modelo de saúde atua como um sistema de crenças que auxilia a compreensão e o esclarecimento dos fenómenos intrigantes (Engel, 1977).

Na modernidade predomina o Modelo Biomédico oriundo do século XVII. Este se fundamenta na evolução do conhecimento científico da biologia adquirido por meio da observação, da quantificação e da construção de instrumentos de apoio, cada vez mais sofisticados (Carvalho, Gonçalves, Rodrigues & Albuquerque, 2008). Por basear-se na biologia molecular cuida da doença como se a sua origem se devesse exclusivamente a variáveis biológicas quantitativas, desconsiderando variáveis psicossociais e

comportamentais. Portanto, centra-se mais na doença do que nas carências do indivíduo. Atualmente o Modelo é muito criticado, sendo considerado reducionista (Engel, 1977).

Nos anos 70, Engel (1977) preconizou um novo Modelo da Saúde - o Modelo Biopsicossocial. Em alternativa ao precedente, o Modelo Biopsicossocial conjuga na sua abordagem as dimensões físicas, psíquicas e sociais dos sujeitos. Além disso, soma a esta característica o funcionamento dos sistemas de cuidados de saúde para uma verdadeira compreensão da doença e da saúde. A implementação deste modelo implica o estabelecimento de vínculos de proximidade na relação entre médico/terapeuta e paciente, enfatizando a comunicação, bem como responsabilidade do paciente na aceitação ou rejeição do tratamento (Engel, 1977). Este modelo tem sido implementado nos serviços de saúde de forma lenta e gradual (De Marco, 2005).

Em 1987, Antonovsky preconizou o Modelo Salutogénico, defendendo que o Modelo Biomédico e o Modelo Biopsicossocial eram paradigmas patogénicos, concentrados na doença, sendo que, por esse motivo desvirtuavam novas formas de entender a saúde. O Modelo Salutogénico, cuja designação traduz a ideia de “*origem da saúde*” (Antonovsky 1990, p.4), fundamenta-se numa perspetiva de *continuum*, cujos pólos extremos da vivência humana são representados pela “*saúde total*” e pela “*doença total*”. Segundo o autor, o organismo humano funciona como um sistema sujeito à força da sintropia e entropia, naturalizando a existência da doença, saúde e morte como fenómenos inerentes à vida. De igual forma, o modelo centra-se na promoção, no investimento, na valorização e nos determinantes da saúde (Antonovsky, 1990; Martins, 2005). Para isso, tem em consideração os critérios socioeconómicos, alimentares, habitacionais e higiénicos (Carvalho, Gonçalves, Rodrigues & Albuquerque, 2008).

Os Modelos Holísticos fornecem uma perspetiva integral do indivíduo, por abranger corpo, mente e espírito (Gouveia, 2011). Campbell (1997, cit in Almeida, 2013) defende que estas abordagens preconizam, em geral, uma interconexão do ser Humano com toda a vida do planeta e idealiza a existência de uma última e total unidade metafísica da realidade.

Entre estes Modelos evidencia-se o Modelo Cúbico da Saúde, conceptualizado por Eberst (1984), o qual defende que a espiritualidade é o sustentáculo que articula e dá significância às diversas dimensões salutaras; o Modelo Holístico de Chandler, Holder e Kolander (1992) que postula que a componente espiritual está presente nas várias componentes da saúde (física, emocional, ocupacional, social e intelectual); o Modelo

Holístico do Bem-Estar de Hawks (1994) que valoriza a existência de uma saúde espiritual como componente diferenciada mas inter-relacionada com as demais dimensões de saúde.

Encetada esta breve resenha sobre a saúde, as variáveis psicossociais e os modelos de saúde contemporâneos, será possível iniciar o capítulo II do enquadramento teórico referente ao tópico do Yoga.

CAPÍTULO II: O YOGA

A noção de Yoga acarreta alguma complexidade por compreender um vasto conjunto de práticas físicas, respiratórias e meditativas (Feurstein, 2001). Consensualmente é “qualquer metodologia estritamente prática que conduza ao *samadhi*. *Samadhi* é o estado de hiperconsciência e autoconhecimento (De Rose, 1944, p.14).

Apreciado na generalidade como filosofia de vida milenar, o Yoga tem como objetivo a incorporação harmoniosa dos distintos elementos físicos, mentais e espirituais do ser humano. Essa incorporação é observável no significado etimológico da palavra sânscrita “Yoga” que significa “união”, “juntar”, “conjugar”, “jungir”. Logo, a sua representação verbal é congruente com a sua intenção de auxiliar o indivíduo a “unir” corpo, mente e espírito; a “unir” o “*Eu superficial*” com o “*Eu mais profundo*”; e numa perspetiva metafísica, a “unir” o indivíduo com o Cosmos (González, Diaz-Páez, Waterland, 1998).

2.1. O Yoga – História e Filosofia

É possível localizar as origens do Yoga há 5000 anos a.C., no Vale Indo. Porém algumas das suas dimensões permanecem misteriosas por não existirem registos escritos sobre as mesmas (De Rose, 1944). Assim sendo, o desenvolvimento inicial desta filosofia de vida foi atribuído à civilização *harappiana* (ou *drávica*), através de artefatos arqueológicos nos quais se encontram representadas as diferentes posturas yoguis (*asanas*), (De Rose, 1944; Almeida, 2003; Sengupta, 2012).

Existe alguma ambiguidade acerca do desaparecimento desta civilização-mãe. Inicialmente ponderou-se que tivesse sido destruída em 1500 a.C. numa invasão encetada pelos *áryas*. Estes teriam restringido a prática do Yoga por ser inerente ao património de uma cultura derrubada (De Rose, 1944). Recentemente teoriza-se que a civilização *harappiana* terá desaparecido devido a drásticas alterações climáticas provocadas pelo movimento de placas tectónicas que secaram o rio *Saravasti*, impossibilitando a sua sobrevivência. Ressalva-se que, nesta proposta explicativa, ainda não foi possível estabelecer uma ligação real entre esta civilização, os *áryas* e a transmissão de conhecimento yogui entre os dois povos (Feurstein, 2006).

A evolução histórica do Yoga é descrita em diversos formatos periódicos desenvolvidos pelas diferentes tradições yoguis. Por conseguinte, o indologista Feurstein

(2006), cuja imparcialidade acadêmica assegura alguma neutralidade sobre estes trâmites, delimitou o desenvolvimento do Yoga nos seguintes períodos não estáticos: o período do Yoga Pré-Védico (Arcaico), o período do Yoga Védico, o período do Yoga Pré-Clássico, o período do Yoga Clássico, o período do Yoga Pós-Clássico e o período do Yoga Moderno (Feurstein, 2006).

O período do Yoga Pré-Védico (5000 anos a.C.) assinala a etapa na qual o Yoga foi criado. Contudo, como a civilização *harappiana* transmitia o seu conhecimento num registo unicamente verbal, desconhece-se o seu funcionamento, sendo qualificado como um Yoga proto-histórico (De Rose, 1944). De Rose (1944) defende que nesta fase a prática de Yoga provavelmente não abarcava conceitos místicos ou espirituais como algumas tradições yoguis sustentam. O autor justifica tal na inexistência de templos e de esculturas sagradas entre as escavações arqueológicas da civilização supracitada. Dessa forma, afirma que a componente espiritual do Yoga teria sido introduzida posteriormente na Idade Média.

O período do Yoga Védico (4500 a.C. a 2500 a.C.) sucedeu paralelamente ao início da redacção dos Vedas – textos sagrados do Hinduísmo: *Rig-Veda* (que para os Hindus equivale ao Livro do Génesis), o *Yajur-Veda* e o *Atharva-Veda*. Estes textos escritos em verso transmitem princípios da meditação e da concentração yogui como algo intimamente associado à vida ritualista da antiga civilização indiana. Neste sentido, expõem fórmulas ritualistas que incluem métodos yoguis específicos, para auxiliar o indivíduo a unificar o mundo material visível com o mundo espiritual invisível, e assim, ultrapassar os limites da sua mente (Frawley, 2000). Estes textos teriam sido redigidos por “*rishis*” – grandes mestres de Yoga que terão descoberto a sua real natureza através do contato com a realidade última transcendente e intuindo o funcionamento cosmológico (Feurstein, 2006).

No período Pré-Clássico (2000 anos a.C.) a forte ligação entre o Yoga e os Vedas é exposta nas obras sagradas *Brâhmanas* (que explicam hinos e rituais védicos) e *Âranyakas* (que fornecem indicações sobre a prática da vida espiritual num plano eremita). Mais tarde, os *Upanishads*, o *Vedanta*, o *Mahabharata* e o *Bhagavad Gita* (textos sânscritos contínuos) descrevem o conhecimento yogui com base na ideologia citada por Feurstein (2006): “*Estar vivo significa ser ativo, se queremos evitar dificuldades a nós e aos outros, as nossas acções devem ser benignas e irem além dos grilhões do ego.*” (p.3).

Posteriormente sucederam diversos acontecimentos históricos: a conversão do povo indiano ao budismo, as invasões de Alexandre Magno, a ascensão dos Maurias e o surgimento dos Guptas (responsáveis pelo estabelecimento de valores religiosos e sociais bramânicos na

cultura indiana), (Sengupta, 2012). Assim sendo, inicia o período do Yoga Clássico (300 a 200 a.C.) que inclui a sistematização do Yoga por Pantajali, na qual operacionalizou o Yoga em oito passos não estáticos e não lineares: *yama* (ética universal), *niyama* (ética individual), *asanas* (posturas físicas), *pranayama* (controlo da respiração), *dharana* (concentração), *dyhana* (meditação) e *samadhi* (beatitude). Estes passos foram registados no livro *Yoga Sutras* e criou o sistema filosófico de *Yoga Darshan* (Feurstein, 2006). Portanto, o *Yoga Darshan* foi baseado em evidências empíricas averiguadas na época e transformou o Yoga num treino mental e corporal como processo de libertação de perturbações mentais humanas. Ao contrário das etapas precedentes, o praticante de Yoga não desejava alcançar a sua união com uma realidade transcendental, mas intencionava preparar o corpo para atividades espirituais de maior complexidade por intermédio da preservação da saúde e da longevidade do organismo (Almeida, 2003). Desta sistematização resultaram diferentes ideologias e linhagens yoguis que mais tarde, no século XIX, foram exportadas para o Ocidente através da tradução de alguns dos seus textos (Feurstein, 2006; Sengupta, 2012).

O Yoga Moderno teve início em 1983 com a concretização do congresso “*Parliament of Religions*” em Chicago. Nele, o Swami (Mestre) Vivekananda foi convidado a palestrar que, dessa forma, conseguiu apresentar o conhecimento yogui (Sengupta, 2012). Paramahansan Yogananda (Yogui) também contribuiu para este movimento através do seu livro “*Autobiografia de um Yogui*” no qual descreveu as suas vivências como praticante e mestre de Yoga. Em 1925, fundou a instituição *Self-Realization Fellowship*, localizada em Los Angeles onde, desde então, são praticados os ensinamentos yoguis. Em 1947, o Yoga era divulgado em Hollywood por Indra Devi, conhecida que ensinou Hatha-Yoga a nomes sonantes tais como Gloria Swason, Robert Ryan e Jennifer Jone (Feurstein, 2006).

No arrastamento destas divulgações foram abertas portas a outros mestres yoguis que consubstanciaram o entendimento do Yoga no Ocidente. Nomeadamente, o controverso Osho que introduziu a meditação dinâmica, Shri Shri Aurobindo que desenvolveu o Yoga Integral, Shri Shri Krishnamasharia impulsionador do Hatha – Yoga (faleceu em 1989 com 101 anos), Shri Shri Anandamúrti que, além de difundir os ensinamentos yoguis, enfatizou a importância do serviço social na promoção de uma sociedade saudável e salientou a importância do comportamento ecológico (Feurstein, 2006; Sarkar, 2004). Entre os vários ramos e estilos, o Yoga Moderno foi ocidentalizado, sendo adaptados ao contexto no qual eram realizados. No século XX proliferavam por todo o Ocidente (Sengupta, 2012).

Em consideração à filosofia yogui observa-se que esta se fundamenta numa perspectiva Oriental não separatista: “ *Na visão Oriental, portanto, a divisão da natureza em objetos separados não é fundamental e qualquer desses objetos tem um carácter fluido e continuamente mutável. A visão oriental do mundo é, por isso, intrinsecamente dinâmico e detém o tempo e mudança como características essenciais. O cosmos é visto como uma realidade inseparável – para sempre em movimento, vivo, orgânico, espiritual e material simultaneamente. Já que o movimento e mudança são propriedades essenciais das coisas, as forças causadoras do movimento não estão fora dos objetos, como na visão clássica grega, mas são uma propriedade intrínseca da matéria. Correspondentemente, a imagem oriental do divino não é a de um regulador que dirige o mundo de cima, mas a de um princípio que domina tudo por dentro.*” (Capra, 1989, p. 27).

Na cultura Oriental as disciplinas filosóficas, espirituais e religiosas são observadas como uma única dimensão (Capra, 1989; Feurstein, 2001). Por conseguinte, o Yoga sofre influências Hindus, Budistas e Janeístas, podendo abordar em algumas ramificação conceitos tais como *Karma*, *Darma* e *Reencarnação*. Ressalva-se que cada tradição yogui traduz-se numa filosofia de vida yogui particular.

Tal como previamente citado, o Yoga terá sido desenvolvido para que o aspirante espiritual controlasse a sua natureza e alcança-se o seu verdadeiro *Self* (Deus) (Sengupta, 2012). Orientado por este pensamento, o yogui procurava libertar a alma da personalidade egóica que, por sua vez, implicava a transmutação da Consciência e a auto-transcendência (Feurstein, 2001). Para além disso, se pressupõem que o Yoga tenha sido desenvolvido devido à existência da *Dor*, devido ao facto de que ao sentir e ao pensar o ser humano experiencia *Dor* e, portanto, o Yoga servirá como método para a transcender e para libertar o verdadeiro *Self* do indivíduo (Almeida, 2003). Em contraposição, De Rose (1944) defende que o Yoga Arcaico (*Sámkhya*) era naturalista e, por isso, a interpretação e percepção dos resultados provocados pela prática yogui eram atribuídas às leis da Natureza. Posteriormente, o Yoga teria agregado componentes espirituais e místicas, e assim, os benefícios obtidos eram atribuídos à graça divina e ao mérito espiritual do praticante. Apesar do que se presume, evidencia-se que o Yoga atualmente é maioritariamente praticado por sujeitos aderentes a uma abordagem *New Age*, que perspectiva a vida humana na totalidade com base em crenças Orientais (Sengupta, 2012).

2.2. Componentes do Yoga

A revisão bibliográfica indica que as componentes de Yoga frequentemente utilizadas na área da saúde são as *asanas* (posturas de Yoga) que aumentam a força, flexibilidade e coordenação dos movimentos; o *pranayama* (exercícios respiratórios) que promove estados de relaxamento e reduz a ansiedade; e a *dyahna* (meditação) que melhora a capacidade de concentração (Büssing, et al., 2012).

O exercício destas diferentes componentes resulta em diversos efeitos psicofisiológicos. Porém, a maioria dos praticantes usam somente uma dessas componentes (Eggelston, 2009; Ross et al., 2012).

2.2.1. Asanas

As *asanas*, habitualmente conhecidas como as posturas de Yoga, foram desenvolvidas como recurso instrumental para auxiliar o yogui a disciplinar o corpo e, conseqüentemente a controlar a mente. Foram inspiradas nas posturas dos animais e, através delas, os yoguis descobriram a existência de interfuncionalidade “corpo e mente”. Ao longo de milhares de anos as *asanas* evoluíram e adquiriram qualidades terapêuticas (Sarkar, 2004).

Existem mais de 8 000 000 posturas de Yoga, a maioria com nomes de animais. Estão tipologicamente divididas em: *shasthyasanas* – *asanas* delineadas com o propósito de tornarem o corpo mais saudável; *dhyanasanas* - *asanas* que trabalham a espinhal medula e o equilíbrio corporal. Ambas compreendem *asanas* dinâmicas ou estáticas que envolvem diversos graus de complexidade (Eggelston, 2009; Sengupta, 2012).

Fisiologicamente foi observado que as *asanas* poderão desenvolver flexibilidade, promover a regulação metabólica, aumentar a pressão sanguínea, melhorar a circulação, melhorar a respiração, fortalecer e desintoxicar as articulações, massajar os órgão internos e, deste modo, provocar o relaxamento (Kraemer & Marquez, 2009; Dubey, 2012). Alguns professores de Yoga referem que, ao flexibilizarem a coluna vertebral, as *asanas* tonificam as vértebras e as fibras nervosas, e sequencialmente fortalecem o SNC. Por conseguinte, auxiliam o indivíduo ultrapassar debilidades nervosas e a tranquilizar a mente (Sarkar, 2004).

Os yoguis também defendem que a combinação adequada de *asanas* permite corrigir e regular o sistema glandular que, em caso de desequilíbrio, produz problemas físicos, emocionais e mentais (Chen, Tseng, Ting & Huang, 2006). De igual forma, a conjugação de

asanas, *pranayama* e a *dyhana* reduzem o distresse acentuado provocado por distúrbios mentais e físicos e promove a resiliência (Kraemer & Marquez, 2009; Büssing et al., 2012).

A literatura revela que as *asanas* poderão purificar corpo e mente, desbloquear tensões e criar a sensação de expansão e iluminação. Devem ser executadas com a máxima concentração, como se trata-se, no imediato, de um exercício de meditação, e atenderem as necessidades e ritmo de cada praticante (Baptista, 2001).

2.2.2. *Pranayama*

No Yoga, os exercícios do controlo consciente da respiração, realizado no sentido de aumentar a vitalidade, são designados de *pranayama* (Ross & Thomas, 2010). Estes exercícios ajudaram a prevenir desequilíbrios associados ao torpor, à letargia, a emoções negativas e à acumulação de toxinas. Do mesmo modo, o *pranayama* potencializa o bem-estar do sujeito e, segundo os yoguis, aumenta a sua capacidade de criar, de amar, de se equilibrar e de se integrar (Sarkar, 2004).

Cientificamente verifica-se que a respiração profunda resulta genericamente no equilíbrio do SNS e conduz a estados de relaxamento. Por oposição, a hiperventilação activa o SNS que instiga estados de ansiedade ou de pânico (Hazlett-Stevens & Craske, 2009). Na generalidade o indivíduo tende a usar diafragma durante o processo respiratório que se reflete numa menor absorção de oxigénio. Porém, o *pranayama* obriga o sujeito a usar a totalidade da caixa torácica e da musculatura abdominal (Alves, Baptista & Dantas, 2006). Além de aumentar o consumo de oxigénio, melhora o funcionamento dos órgãos abominais (pâncreas e rins), nutre os órgãos vitais e ativa os gânglios e núcleos nervosos, o que se traduz numa melhoria da fisiologia respiratória e circulatória (Romarco & Lima, 2008; Sarkar, 2004). Nos doentes oncológicos, percebeu-se que o *pranayama* eleva o funcionamento do sistema imunológico e induz a estados de relaxamento tal como acima citado (Brotto, Mehak & Kit, 2009; Smith & Pukall, 2009).

A combinação desta componente com as *asanas* possibilita operacionalizar áreas pulmonares raramente utilizadas no quotidiano (Sarkar, 2004). A conjugação do *pranayama* com *dyahna* incidirá na tranquilidade da mente, na ampliação da capacidade de concentração e na diminuição da ansiedade (Brotto, Mehak & Kit, 2009; Nagarathna, Usharani, Chaku, Rao, KulKarni & Nagendra, 2011).

2.2.3. *Dyahna*

A *dyahna* (meditação) também é uma componente bastante empregada na contemporaneidade, inclusive como pratica isolada de apoio à evolução espiritual, sendo utilizada em religiões como o Budismo.

Segundo Sarkar (2004), a *dyahna* “*é trabalhar o interior da mente e eliminar todas as reacções das acções passadas em nosso subconsciente. É como limpar uma casa. (...) A meditação é o esforço para controlar e desenvolver a mente, a fim de realizar a verdadeira natureza do Ser (...). É o meio através do qual podemos desenvolver todo o nosso potencial em todos os níveis da existência: físico, mental e espiritual.*” (Sarkar, 2004, p.18).

Portanto, a meditação funciona como um treino mental paradoxal em que, numa primeira fase, o indivíduo procura a abstracção dos sentidos e, numa segunda fase, o aperfeiçoamento da concentração. A concentração conduz a mente a um estado de imobilidade em que se “*esvazia*”, porém sem perder o estado de alerta (Baptista, 2001). Dessa forma, o indivíduo poderá alcançar maior vitalidade e energia (Büssing, et al., 2012; Field, 2009).

A despeito dos estudos sobre os benefícios da meditação não serem conclusivos, existem indicadores de que esta prática poderá otimizar o bem-estar subjetivo dos indivíduos (Jadhav & Havalappanavar, 2009; Ospina, Bond, Karkhaneh, Tjosvold, Vandeermer, Liang, Bialy, Hooton, Buscemi, Dryden & Klassen, 2007). Através do seu exercício será possível diminuir comportamentos relacionados os distúrbios alimentares, a hipertensão, a hiperactividade mental e aumentar a agilidade mental (Baptista, 2001). Supõem-se que a meditação restringe o embate das experiências de distresse e, conseqüentemente se traduz numa maior funcionalidade do indivíduo em momentos de stresse (Travis, Haaga, Hagelin, Tanner, Nidich, Glaylord-King, Grosswald, Rainforth & Shneider, 2009).

Através do electroencefalograma verifica-se durante a sua prática as ondas cerebrais *theta* incrementam e ocorre uma diminuição das ondas cerebrais *alpha*, principalmente na área frontal do cérebro. Acontece simultaneamente alterações na transmissão bioquímica aumentando 65% da produção endógena de dopamina (Takahashi, Murata, Omori, Kosaka, & Kikuchi, 2005). Da mesma forma, ocorrem alterações psicofisiológicas como por exemplo, sujeitos que realizam a meditação centrados somente na sua respiração durante dez minutos,

demonstram um aumento da actividade Parassimpática e alterações do ritmo cardíaco (Field, 2009; Telles, Mohapatra & Naveen, 2005).

Dubey (2012) defende que a meditação pode promover a saúde e a qualidade de vida e aconselha o seu exercício a indivíduos toxicodependentes que se encontram em fase de recuperação, como método de tranquilizar a mente.

2.3. Yoga e as Variáveis Psicossociais

2.3.1. Yoga como Preditor de Saúde Mental

A prática do Yoga inclui o desenvolvimento físico, psíquico e espiritual do sujeito funcionando como integrador destas componentes. Por conseguinte, os yoguis consideram que, se uma dessas componentes se desequilibrar, irá repercutir nas restantes dimensões (Nangia & Malhotra, 2012). “ *Pode-se dizer sucintamente que a abordagem do Yoga reconhece que a raiz dos problemas mentais se encontra em todos os níveis da existência humana: físico, mental e espiritual; e somente quando esses três níveis são considerados pode-se conseguir saúde mental duradoura.*” (Sarkar, 2004, p.64).

Os estudos empíricos da atualidade corroboram esta citação por apresentarem resultados em que o Yoga teve repercussões positivas na saúde mental, em especial na redução do distresse e da ansiedade (Sengupta, 2012). Uma amostra composta por 27 mulheres, com a idade média de 37 anos, com sintomatologia acentuada de distresse, participou durante três meses num programa de Yoga. Os resultados demonstraram que além da diminuição do distresse e da ansiedade, houve uma redução dos sintomas depressivos, dos sintomas de fadiga e uma elevação da vitalidade e do bem-estar das participantes. As participantes também indicaram uma diminuição de dores de costas e de dores de cabeça (Michalsen, Grossman, Acil, Langhorst, Ludetke, Esch, Stefano e Dobos, 2005).

Em 2011, foi realizado um estudo com o propósito de se reduzir os níveis de stresse num grupo de Yoga composto por 140 participantes (37 do género masculino), com idade média de 33 anos. Após a iniciação da prática de Yoga que incluía o uso do *pranayama* e de *asanas* verificou-se uma descida significativa do stresse, da ansiedade e da somatização, por provocar o relaxamento dos músculos, melhorar estado mental e promover o bem-estar dos sujeitos. Sequencialmente houve na amostra uma melhoria da qualidade do sono e da qualidade de vida, o que já era previsto acontecer após a diminuição dos níveis de stresse. Por

consequente, o estudo concluiu que uma semana de prática de Yoga será o suficiente para a reduzir o stresse. (Telles, Singh, Yadav & Balkrishna, 2012).

A literatura também indica que o Yoga é benéfico no tratamento de distúrbios mentais, tais como, distúrbios de ansiedade, de humor e de alimentação. Os estudos referentes ao uso do Yoga como intervenção terapêutica no âmbito dos distúrbios de ansiedade, são consistentes e apresentam uma boa relação de custo-benefício (Varkapic & Rangé, 2011).

No que se refere ao seu uso no tratamento da depressão, foi realizado uma investigação com uma amostra de 28 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 19 anos e elevados sintomas de depressão. A amostra recebeu durante cinco semanas, uma aula de IYengar Yoga. No final do estudo, verificou-se uma descida significativa dos sintomas de depressão e dos traços de ansiedade dos participantes (Woolery, Myhers, Sternlieb & Zeltzer, 2004).

No que se refere às Perturbações Alimentares, foi realizado um projeto piloto sobre qual se procurou avaliar os efeitos do Yoga praticado num formato individual. A amostra foi constituída por 54 adolescentes (50 do género feminino), com idades entre os 11 e os 21 anos. O grupo experimental, composto pela amostra que praticava Yoga, teve uma redução significativa dos sintomas da Perturbação Alimentar, bem como dos níveis de preocupação obsessiva com a alimentação. O grupo de controlo demonstrou inicialmente uma diminuição dos sintomas, mas após a 12^a semana os sintomas retornaram aos níveis basais. Desta forma, verifica-se que o Yoga poderá funcionar como terapia complementar do tratamento geral deste tipo de Perturbação (Carei, Fyfe-Johnson, Breuner & Brown, 2010).

Recentemente, os benefícios da prática do Yoga foram comparados aos benefícios do exercício físico com o propósito de analisar qual deles seria mais eficaz na melhoria do funcionamento da memória e das dimensões psicofisiológicas relacionadas com o stresse. Foram seleccionados 36 sujeitos saudáveis, do género masculino, com idades entre os 20 e os 40 anos. Após seis meses de prática de Yoga, o grupo experimental revelou uma redução significativa de sintomas depressivos, de sintomas de ansiedade e já não apresentavam sintomas de stresse. Porém o grupo de controlo, que só praticava exercício físico, não demonstrou melhorias significativas em comparação com o grupo experimental. Os resultados não estavam relacionados com o efeito placebo porque os sujeitos desconheciam os efeitos terapêuticos e funcionamento do Yoga. As melhorias das funções cognitivas estariam relacionadas com a diminuição do stresse e a melhoria da saúde emocional e mental (Rocha, Ribeiro, Rocha, Sousa, Albuquerque, Ribeiro & Silva, 2012).

Nangia e Malhotra (2012), realizaram uma investigação com amostra constituída por 19 indivíduos, com idades entre os 22 aos 56 anos e verificaram que a prática regular de Yoga se refletia numa melhoria da capacidade de atenção, da concentração, do equilíbrio mental, da memória remota e da capacidade de reconhecimento.

Aparentemente, o Yoga também pode provocar benefícios em qualquer faixa etária. Ao analisar o impacto do Hatha-Yoga na saúde física e mental de 30 idosos, verificou-se que a sua prática, além de provocar uma melhoria do funcionamento físico, melhorava o bem-estar psíquico. Segundo Cabrera (2011), devido ao Yoga equilibrar o Sistema Nervoso Autónomo (SNA) dos participantes, serenando a mente e as emoções. Por conseguinte, diminuiu o stresse e a ansiedade, promoveu uma melhoria do estado psíquico, aumentou a resistência do organismo e permitiu o aperfeiçoamento da unidade psicossomática dos participantes (Cabrera, 2011).

Para além disso, o Yoga poderá auxiliar o sujeito com dor crónica a modificar cognições relacionados a ela. Num estudo qualitativo, sete indivíduos (seis do género feminino) com dor crónica foram sujeitos a um programa de oito meses de Hatha Yoga que implicava também a prática yogui em casa. No término desse programa os participantes assinalaram terem obtido uma “*nova consciência corporal*”, “*aceitação*” e “*transformação da relação com a dor corporal*”. Portanto, os métodos yoguis aparentemente ajudaram os participantes a controlar a dor (Tul, Unruh, & Dick, 2011).

2.3.2. Yoga como Preditor de Bem-Estar Subjetivo

Um dos propósitos da prática do Yoga é o auto-aperfeiçoamento do indivíduo que se traduz no equilíbrio da sua relação intrapsíquica e interpssíquica (Pinheiro, Medeiros, Pinheiro & Marinho, 2007).

Nos ensinamentos yoguis usa-se o termo sânscrito *Santósa* para designar “*estado de satisfação mental*” ou “*tranquilidade mental*”, que relaciona a verdadeira felicidade com um estado de paz mental que, segundo os yoguis, é o estado real e natural da mente humana. Contudo, no sentido de se alcançar a permanência desse estado o indivíduo terá de consolidar o equilíbrio pessoal, independentemente das circunstâncias particulares, sociais e contextuais – indo assim de encontro à definição de bem-estar subjetivo. Nesse sentido, as componentes do Yoga, em especial a *dyahna* (meditação), são recursos instrumentais para o indivíduo alcançar esse estado (Anandamúrti, 2001).

Alguns estudos científicos convergem com esta ideia. Numa investigação que possuía uma amostra de 48 indivíduos saudáveis (24 do género masculino), com idades entre os 30 aos 50 anos, fizeram um programa de Yoga que implicava a realização de cinco aulas por semana, durante quatro meses. No final da investigação verificou-se um acréscimo do bem-estar subjetivo, evidenciado por sentimentos de tranquilidade e de felicidade. Em específico observou-se um aumento da auto-realização, da autoconfiança, de auto-competência na gestão de situações críticas e uma redução significativa das preocupações inerentes à vida familiar, dos problemas de saúde e da ansiedade (Malathi, Damodaran, Shah, Patil & Maratha, 2000).

Segundo Jadhav e Havalappanavar (2009), a ansiedade e o stresse são o maior desafio da atualidade e, portanto, resulta na perda da saúde e do bem-estar subjetivo. Dessa forma realizaram um estudo com uma amostra de 25 estudantes (50% feminino, 50% masculino), com idades entre os 19 e 20 anos, que foram sujeitos a uma intervenção yogui. No final do estudo, verificaram redução dos estados e traços de ansiedade, bem como uma melhoria do bem-estar subjetivo. Os autores concluíram que os resultados se deviam ao facto do Yoga criar estados de relaxamento.

No estudo de Dubey (2012), concretizado com uma amostra de 145 sujeitos com idades compreendidas entre os 22 e 60 anos, distinguiu-se uma melhoria significativa do bem-estar subjetivo do grupo experimental que praticava Yoga. No *follow up*, os sujeitos mantinham a prática yogui e, tinham tido uma melhoria da saúde física e mental. Por conseguinte, o autor considera que os resultados teriam sido reforçados pelo facto dos praticantes terem aprendido a cuidarem da sua própria saúde através do Yoga, por também funcionar como uma psicopedagogia salutar. O incremento da saúde mental e física seria igualmente inerente ao bem-estar subjetivo. O investigador prevê que prática yogui possa ser uma mais-valia para a integridade física, mental e espiritual (Dubey, 2012).

Num estudo experimental sobre a prática regular do Hatha-Yoga realizado com uma amostra constituída por 25 mulheres saudáveis, com idades entre os 20 e os 59 anos, no qual o grupo experimental praticou Yoga durante seis meses, ocorreu uma melhoria significativa da sua qualidade de vida. Porém, neste estudo, os benefícios foram mais evidentes ao nível físico do que ao nível mental (Coelho, Lessa, Carvalho, Coelho, Scari, Fernandes & Júnior, 2011).

Uma amostra de 25 mulheres sobreviventes do cancro da mama, com idade média de 55 anos e reduzida qualidade de vida, foi inserida num programa de seis meses de Yoga. Os resultados indicaram que Yoga promoveu o relaxamento, a redução da dor e do stresse e, conseqüentemente aumentou a vitalidade e o bem-estar subjetivo das participantes. Para além

disso, houve uma melhoria do funcionamento físico, cognitivo e comportamental (Levine & Balk, 2012).

De igual forma, numa investigação realizada com 100 prisioneiros de várias prisões britânicas, na qual o grupo experimental ($n=45$) praticou durante 10 semanas, uma aula por semana, verificou-se uma melhoria do bem-estar subjetivo, da saúde mental e das funções executivas dos participantes. Esta investigação foi importante devido aos níveis elevados de psicopatologia existente nas prisões e, por conseguinte, devido à necessidade de intervenções eficazes paralelamente económicas, evidenciando o Yoga como uma intervenção promissora neste tipo de contexto (Bilderbecka, Farias, Brazil, Jakobowitz & Wikholm, 2013).

Durante a revisão bibliográfica, não foram observados estudos que indicassem que o Yoga pudesse provocar redução do bem-estar subjetivo.

2.3.3. Yoga como Preditor de Satisfação com o Suporte Social

A despeito do Yoga ser associado ao ascetismo, a sua filosofia considera a componente social como algo de grande relevo. Segundo Sarkar (2004), a perspectiva yogui indica como fundamental o relacionamento do indivíduo consigo mesmo e com os outros na sociedade, defendendo que apenas os indivíduos felizes são capazes de criar uma sociedade feliz. Além disso, a sociedade também será responsável pela realização de cada indivíduo (Sarkar, 2004): *“Pode-se dizer que o progresso espiritual será verdadeiramente experimentado quando o ser humano amar a todos os seres vivos e a toda a criação. A pessoa que quer ter o sentimento de unidade com toda a existência deve estar motivada para ajudar aqueles que sofrem. O interesse pelo bem-estar colectivo e o esforço para aliviar os sofrimentos dos outros é o meio mais rápido e eficaz de expansão mental.”* (p.66). Por esse motivo o Yoga defende o altruísmo e, para a sua praticidade, propõem um conjunto de normas éticas e de valores morais a prática. De igual forma, o termo sânscrito *Satsaung*, que significa *“companhia de pessoas boas”*, destaca que o indivíduo se sentirá mais motivado a praticar Yoga, em particular a componente de meditação, se se sentir apoiado e estimulado por outros praticantes (Anandamúrti, 1998).

Rybak e Deuskar (2010) postulam que a terapia em grupo e o Yoga procuram o mesmo - a libertação do sofrimento através da integração e da consciencialização. Por conseguinte, defendem que complementar o *counseling* grupal com Yoga poderá resultar numa terapêutica criativa, na qual o primeiro irá enfatizar o sentimento de autenticidade e relação,

não só com os outros, mas também consigo mesmo; e o segundo irá adicionar o sentimento de conexão do sujeito com o *Self*.

Idosas com idades compreendidas entre os 60 e 86 anos revelaram que, através da prática de regular yogui, ocorria um aumento do suporte social entre colegas destacado por uma interação bastante positiva (Chen, Tseng, Ting, & Huang, 2006). Alguns estudos também defendem que a prática yogui poderá ser um recurso económico na melhoria das competências associadas a determinados papéis sociais como, e.g., o da maternidade. Numa amostra composta por mulheres grávidas, com idades entre os 20 e os 35 anos, foram investigados os efeitos do Yoga Integral. Verificou-se a melhoria de algumas dimensões relacionais, nomeadamente: o aumento do sentimento de pertença; o acréscimo da proximidade entre pares; e uma melhoria da autoconfiança e da auto-competência. Dessa forma, conclui-se que o Yoga pode promover a qualidade de vida na mulher grávida, servido de factor protetor a resultados obstretas adversos provocados pelo stresse e ansiedade relacionados com o papel da maternidade (RaKhshani, Maharana, Raghuram, Nagendra & Venkatram, 2010).

No entanto, alguns autores sustentam que o Yoga não promove satisfação com o suporte social. Levine e Balk (2012) observaram no seu estudo que, embora a prática do Yoga tenha promovido um aumento dos índices de bem-estar subjetivo e funcional, além de alguns indivíduos afirmarem que o Yoga os terá auxiliado a sentirem bem-estar social, não se verificou um aumento da satisfação com o suporte social.

Corroborando com esta investigação, outro estudo já supracitado verificou que apesar do Yoga ter melhorado o bem-estar subjetivo da sua amostra, não teve qualquer impacto na satisfação com o suporte social. Apesar disso, verificou-se uma diminuição das dificuldades sociais dos seus praticantes, tais como, solidão e a desejabilidade social. Neste seguimento, pressupôs-se que tal se deve-se ao desenvolvimento do sentimento de pertença, provocado por laços de amizade e proximidade dentro do grupo de Yoga. Portanto, o resultado não se devia à prática de yogui *per se* (Malathi, Damodaran, Shah, Patil & Maratha, 2000).

Na investigação de Sharma, Gupta e Bijlani (2008) a intervenção com Yoga numa amostra de 77 participantes, não aumentou o nível da satisfação dos participantes com o suporte familiar ou social. Contudo, houve uma diminuição das preocupações inerentes ao matrimónio e à parentalidade, bem como promoção do autocontrolo e da eficácia mental nas relações sociais. Segundo os autores, não ocorreu uma melhoria da satisfação com o suporte

social porque os familiares dos participantes não se encontravam envolvidos num estilo de vida yogui, tal como a amostra. Por conseguinte, não ocorreu coesão, suporte e apego emocional entre os participantes e os familiares.

Portanto, torna-se necessário a concretização de mais estudos concernentes a esta variável.

2.3.4. Yoga como Preditor de Comportamentos de Saúde

O Yoga acarreta mudanças ao nível da alimentação, do tratamento do corpo e das relações sociais. Na generalidade, para a sua prática ser harmoniosa aconselha-se um regime alimentar vegetariano, jejuns e cuidados com a higiene (Sarkar, 2004).

Cientificamente o Yoga é considerado como um potencial transformador dos comportamentos não salutares que provocam doenças crónicas (e.g., hipertensão, diabetes) e doenças psiquiátricas (e.g. depressão, ansiedade), porque se fundamenta num estilo de vida com comportamentos saudáveis (Sharma, Gupta & Bijlani, 2008; Ganpat & Nagendra, 2011).

Sustenta-se, portanto, que os praticantes que adoptam o Yoga como estilo de vida revelam índices de maior bem estar-subjetivo, de qualidade de sono, consomem mais verduras e fruta, sendo na generalidade vegetarianos. Além disso, consomem pouco álcool, açúcar e gorduras (Ross et al., 2012). Adicionalmente verifica-se que os exercícios do Yoga aperfeiçoam o corpo e melhoram as faculdades mentais (Cabrera, 2011).

Num estudo experimental com 45 músicos, o grupo experimental ($n=15$), adoptou durante oito semanas o Yoga como estilo de vida. O que incluía semanalmente a prática de três dias de aulas de Yoga, cinco aulas de meditação matinal, o estudo da filosofia yogui, o exercício de técnicas de respiração e cuidados com a alimentação. Além disso, as refeições eram realizadas na instituição yogui com a qual os investigadores efectuaram o protocolo. Os resultados revelaram uma melhoria bastante significativa da saúde física e mental do grupo experimental, em relação ao grupo de controlo (Khalsa, Shorter, Cope, Swyshak & Sklar, 2009).

Uma amostra de 77 sujeitos (50 do género masculino) com idades compreendidas entre os 21 e 77 anos, foram sujeitos a um programa no qual o Yoga era adoptado como estilo de vida. Ressalva-se que a amostra foi composta por 52 participantes saudáveis e 25 sujeitos sofriam de uma patologia - hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, obesidade, distúrbios de ansiedade ou depressão. Portanto, tratava-se de uma amostra

heterogénea. O programa implicava a prática semanal de: três a quatro sessões teóricas e práticas de Yoga que envolviam *asanas*, exercícios de respiração e relaxamento, meditação e gestão de stresse. Também obtiveram conselhos sobre o regime alimentar, a atividade física, o relaxamento mental; foram informados sobre os efeitos do tabaco e da bebida alcoólica; e disponibilizou-se um terapeuta que escutasse os seus problemas pessoais. Durante os dois dias da semana em que não ocorriam aulas de Yoga, os participantes foram instruídos a realizarem as práticas yoguis em casa (Sharma, Gupta & Bijlani, 2008).

Num período de 10 dias, os indivíduos saudáveis da amostra revelaram uma melhoria significativa do bem-estar subjetivo. Os indivíduos com doenças coronárias, dor crónica, diabetes e hipertensão também beneficiaram mais que os sujeitos doentes do grupo de controlo. Na totalidade, o Yoga promoveu no grupo experimental um acréscimo do interesse pela vida, sentimentos de alegria e serenidade, autoconfiança na precursão dos objetivos de vida pessoais e desenvolveu o sentimento de pertença e ligação à vida. Portanto, uma intervenção deste cariz poderá contribuir para a prevenção primária e gestão de doenças, ligadas ao estilo de vida. (Sharma, Gupta & Bijlani, 2008).

De igual forma, foi realizado um programa de Yoga com a duração de cinco dias que incluía, além da sua prática, uma dieta vegetariana baixa em gorduras e a proibição de consumo de tabaco ou café. A amostra era constituída por 72 gestores com a idade de média de 48 anos de idade. Os resultados demonstraram uma melhoria significativa da saúde mental, a redução dos sintomas somáticos, da ansiedade, da depressão, do stresse, da insónia e das disfunções sociais (Ganpat & Nagendra, 2011).

No sentido de averiguar a relação entre 50 anos de experiência yogui com a saúde mental foi realizado um estudo cuja amostra foi constituída por 211 mulheres com idades compreendidas entre os 45 e 80 anos. Dele extraiu-se que atitudes psicológicas positivas da amostra estavam associadas ao tempo de prática de Yoga realizado ao longo da vida. Portanto, Yoga poderá ser um factor protector da redução da vitalidade e da redução do bem-estar subjetivo (Moliver, Mida, Chartrand, Haussman & Khalsa, 2013).

Em suma, observa-se na revisão bibliográfica dados bastantes positivos referentes à prática do Yoga como repercursor de saúde mental, bem-estar subjetivo e comportamentos de saúde, apresentando alguma ambiguidade quanto à satisfação para com o suporte social. De seguida, será iniciado a parte empírica deste estudo.

PARTE II: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

A presente investigação empírica pretende aferir de forma correlacional, se o Yoga é um preditor de saúde, explorando as suas relações com a saúde mental, o bem-estar-subjetivo, a satisfação com suporte social e os comportamentos de saúde dos seus praticantes.

Assim sendo, no primeiro capítulo será apresentado a metodologia de investigação, no segundo capítulo serão descritos os resultados estatísticos aferidos e no terceiro serão discutidos os resultados. Por último, no quarto capítulo serão discriminadas as limitações do estudo e sugeridas novas propostas de investigação relacionadas com a temática.

CAPÍTULO I: METODOLOGIA

1.1. Desenho do Estudo

Esta investigação enquadra-se no paradigma quantitativo por basear-se em regras de lógica, da dedução racional e nas características mensuráveis da experiência dos participantes, sendo que para isso, recorreu-se exclusivamente a instrumentos de auto-relato (Almeida & Freire, 2007).

Por conseguinte, trata-se de um estudo correlacional preditivo e transversal, no qual se pretende averiguar as repercussões da prática regular do Yoga com a saúde dos seus praticantes (saúde mental, bem-estar subjetivo, satisfação com o suporte social e comportamentos de saúde). Os dados foram recolhidos apenas num único momento e num único grupo representativo da população-alvo.

1.2. Objetivo do Estudo

O Yoga poderá ser uma pertinente intervenção terapêutica na área da saúde mental. Porém os estudos sobre a sua relação com a saúde em si ainda são escassos (Ross, Friedmann, Bevans & Thomas, 2012). Assim sendo, o objetivo geral deste estudo consiste em relacionar o tempo de prática regular de Yoga com a saúde física, mental e social dos seus praticantes. Para isso, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

a) Averiguar se o tempo de prática regular de Yoga tem repercussões na saúde mental dos seus praticantes, através da administração do *Brief Symptom Inventory* (BSI), que avalia a saúde mental do indivíduo (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo), (cf. Anexo IV);

b) Averiguar se o tempo de prática regular de Yoga tem repercussões no bem-estar subjetivo dos seus praticantes, através do *Índice de Bem-Estar Pessoal* (IBP) (cf. Anexo V) (satisfação com o nível de vida, com a saúde, com a realização pessoal, com as relações pessoais, com a segurança, com o sentimento de pertença à comunidade, com a segurança no futuro e com a vida espiritual ou religião);

c) Averiguar se o tempo de prática regular de Yoga tem repercussões na satisfação dos praticantes com o suporte social dos seus praticantes através da *Escala de Satisfação com o*

Suporte Social (ESSS), (satisfação com os amigos, com a intimidade, com as actividades sociais e com a família), (cf. Anexo VI).

d) Averiguar se o tempo de prática regular de Yoga tem repercussões nos comportamentos de saúde, através do *Questionário de Atitudes e de Comportamentos de Saúde* (QACS), (exercício físico, nutrição, autocuidado, segurança motorizada e uso de drogas ou similares), (cf. Anexo VII).

Nesse sentido, pretende-se dar resposta à seguinte questão de investigação: Será que o Yoga está relacionado com a saúde mental, o bem-estar subjetivo, a satisfação com o suporte social e os comportamentos de saúde dos seus praticantes?

Em continuidade com a formulação do problema, objetivos e questões de investigação, serão delineadas as hipóteses de estudo.

1.3. Hipóteses de Estudo

A revisão bibliográfica realizada para o enquadramento teórico, permitiu analisar quais os objetivos e hipóteses mais pertinentes em relação à presente temática de investigação. Assim sendo, foram delineadas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: *Prevê-se que a saúde mental dos sujeitos esteja significativamente relacionada com o tempo de prática regular de Yoga.*

Hipótese 2: *Prevê-se que o bem-estar subjetivo dos sujeitos esteja significativamente relacionado com o tempo de prática regular de Yoga.*

Hipótese 3: *Prevê-se que a satisfação dos sujeitos com suporte social esteja significativamente relacionada com o tempo de prática regular de Yoga.*

Hipótese 4: *Prevê-se que os comportamentos de saúde dos sujeitos estejam significativamente relacionados com o tempo de prática regular de Yoga.*

1.4. Variáveis do Estudo

Após a apresentação das hipóteses do estudo serão, de seguida, expostas as variáveis do estudo.

1.4.1. Variáveis sociodemográficas (VSs)

O *Questionário Sociodemográfico e Clínico* (cf. Anexo III) contém variáveis que caracterizam a amostra. Entre elas o género, a idade, o estado civil, o grau de escolaridade, profissão, nacionalidade e o distrito de residência dos participantes.

1.4.2 Variáveis Clínicas (VCs)

No conteúdo clínico do *Questionário Sociodemográfico e Clínico* foram seleccionadas as seguintes variáveis: peso e altura, o regime alimentar, os cuidados com a dieta, os hábitos de sono, os hábitos de vida e a saúde.

1.4.3 Variáveis da prática do Yoga (VPY)

O *Questionário Sociodemográfico e Clínico* também incluem variáveis para caracterizar o tipo de Yoga praticado pela amostra, designadamente: o tempo de prática, os motivos que levaram a praticar, a frequência de prática por semana, a prática de Yoga em casa, a frequência da prática de Yoga em casa, a prática de meditação, a frequência da prática de meditação, os estudos e assiduidade a eventos de Yoga, o grau de motivação e a causa para manutenção do Yoga.

1.4.4 Variáveis Dependentes (VDs)

As variáveis dependentes (VDs) deste estudo são, na generalidade, a saúde mental, o bem-estar subjetivo, a satisfação com o suporte social e os comportamentos de saúde.

Dentro de cada uma dessas variáveis dependentes existem outras. Na VD de saúde mental, observada através do BSI, encontram-se VDs como o grau de distresse, a instabilidade emocional, a quantidade de queixas sintomáticas, os sintomas de somatização,

de obsessão-compulsão, de sensibilidade interpessoal, de depressão, de ansiedade, de hostilidade, de ansiedade fóbica, de ideação paranóide e de psicoticismo.

Assim sendo, na VD do bem-estar subjetivo, medido através do IBP, existem VDs, tais como, a satisfação com o nível de vida, com a saúde, com a realização pessoal, com as relações pessoais, com a segurança, com o sentimento de pertença à comunidade, com a segurança no futuro e com a vida espiritual ou religiosa.

A variável de satisfação com o suporte social, quantificada através do ESSS, possui VDs como a satisfação com os amigos, com a intimidade, com a família e com as atividades sociais.

Por último, através do QACS, são exploradas, como VDs, o exercício físico, a nutrição, o autocuidado, a segurança motorizada e o uso de drogas, ou similares.

1.5. Procedimentos de Recolha de Dados

A investigação foi encetada em Outubro de 2012, após a realização de uma breve revisão bibliográfica sobre a temática. Nesse sentido, foram contactados os autores e responsáveis pelos instrumentos de avaliação escolhidos, para autorizarem o seu uso.

Em Novembro de 2012, comunicou-se com as escolas e professores de Yoga com o objetivo destes colaborarem no estudo. Essa colaboração consistia na aplicação dos instrumentos aos praticantes que consentissem participar, durante os intervalos das aulas. Nesta qualidade foram informados acerca dos objetivos, procedimentos e destino da recolha de dados. Mais tarde, deu-se a distribuição dos consentimentos informados e dos instrumentos de auto-relato.

Um dos consentimentos informados comunicava aos participantes a finalidade e os procedimentos do estudo, garantido a confidencialidade dos seus dados. Este era assinado e datado pelo investigador e ficava na posse do participante (cf. Anexo I). O segundo consentimento informado consistia numa declaração na qual os participantes declaravam terem aceitado participar no estudo de forma voluntária, sendo assinada e datada pelos mesmos para, mais tarde, devolverem ao investigador (cf. Anexo II). Isto permitiu que a investigação seguisse os padrões éticos e deontológicos delineados pela Ordem dos Psicólogos. A recolha de dados decorreu entre Dezembro de 2012 e Abril de 2013 sendo posteriormente processados e sujeitos à análise estatística.

1.6. Amostra

A população-alvo deste estudo é constituída por praticantes de Yoga. Os critérios de inclusão exigiam que o participante praticasse regularmente Yoga, pelo menos uma vez por semana, tivesse entre 18 a 75 anos de idade, e aceitasse participar voluntariamente. Foram excluídos os sujeitos que praticavam Yoga com pouca regularidade, que fossem analfabetos, com idades abaixo dos 18 anos ou detentores de doença mental grave.

Trata-se de uma amostra aleatória não probabilística de conveniência, sendo que os participantes seleccionados foram aqueles que se encontravam no local e no momento em que os dados foram recolhidos, sendo a sua participação acidental. Por conseguinte, promoveu-se a generalização de dados obtidos para as amostras e contextos semelhantes. A amostra é constituída por 107 indivíduos ($n=107$). Este estudo abrangeu os distritos de Braga, Porto e Santarém.

1.6.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A amostra é constituída predominantemente por praticantes de Yoga do género feminino com o total de 86.9% ($n=93$), enquanto 13.1% ($n=12$) dos participantes eram do género masculino. As suas idades variam entre os 18 e os 73 anos de idade, com a média de 41 ($DP=13.53$) anos de idade.

Relativamente ao estado civil verifica-se que 43.9% ($n=47$) dos participantes são solteiros, 39.3% ($n=42$) são casados, 13.1% ($n=14$) são divorciados, 2.8% ($n=3$) são viúvos e 0.9% ($n=1$) vivem em união de facto. No que se refere às habilitações literárias (constatadas por meio do grau de escolaridade) observa-se que 73.8% ($n=79$) possui o ensino superior, 20.6% ($n=22$) possui o ensino secundário, 3.7% ($n=4$) possui o 3º ciclo, 0.9% ($n=1$) possui o ensino profissional, e 0.9% ($n=1$) possui o 1º ciclo.

No que se refere à situação profissional, 84.1% ($n=90$) da amostra encontra-se profissionalmente activa, em especial na área do ensino (28%; $n=30$) e na área da saúde (14%; $n=15$), 0.9% ($n=1$) encontra-se no desemprego, 7.5% ($n=8$) encontra-se reformado, 4.7% ($n=5$) dos participantes são estudantes e 2.8% ($n=3$) encontram-se noutra situação.

Relativamente ao local onde vivem, 51.4% da amostra ($n=55$) pertence ao distrito de Braga, 41.1% ($n=44$) ao distrito do Porto e 7.5% ($n=8$) ao distrito de Santarém. O quadro 1. descreve as características sociodemográficas dos participantes.

Quadro 1. Características Sociodemográficas dos Participantes (N=107).

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>D.P.</i>
<i>Idade</i>	107	100	41	13.53
<i>Género</i>				
Masculino	12	13.1%		
Feminino	93	86.9%		
<i>Estado Civil</i>				
Solteiros	47	43.9%		
Casados	42	39.3%		
Divorciados	14	13.1%		
União de Facto	1	0.9%		
Viúvos	3	2.8%		
<i>Habilitações Literárias</i>				
1º Ciclo	1	0.9%		
2º Ciclo	0	0%		
3º Ciclo	4	3.7%		
Ensino Secundário	4	3.7%		
Ensino Profissional	1	0.9%		
Ensino Superior	79	73.8%		
<i>Situação Profissional</i>				
Ativo	90	84.1%		
Desempregado	1	0.9%		
Reformado	8	7.5%		
Estudante	5	4.7%		
Outro	3	2.8%		
<i>Residência</i>				
Braga	44	41.1%		
Porto	55	51.4%		
Santarém	8	7.5%		

1.6.2. Caracterização Clínica da Amostra

Clinicamente observa-se que ao nível do regime alimentar, 80.4% ($n=86$) dos participantes são omnívoros, 5.6% ($n=6$) são omnívoros mas não consomem carne, 8.4% ($n=9$) são ovolatovegetarianos, 3.7% ($n=4$) são latovegetarianos e 1.9% ($n=2$) são veganos. Ainda dentro do regime alimentar, no que se refere ao autocuidado com a alimentação, 76.6% ($n=83$) da amostra afirma ter cuidados especiais com a dieta, enquanto 2.4% ($n=25$) declara não os ter. Por conseguinte, os participantes que detêm cuidado com a dieta nomeiam vários motivos, sendo que 42.1% ($n=45$) indicam que o motivo é a saúde física, 32.7% ($n=35$) indicam que é o peso, 28% ($n=30$) indicam que é a saúde mental, 15.9% ($n=17$) indicam que é a prática espiritual, 5.6% ($n=6$) indicam que o motivo foi uma doença, 4.7% ($n=5$) indicam que é o excesso de peso, 3.7% ($n=4$) indicam que é a beleza, 40.2% ($n=43$) indicam em simultâneo a saúde física, a saúde mental e a beleza e 3.7% ($n=4$) indicam existir outros motivos.

A média do Índice de Massa Corporal, cujo cálculo foi obtido através do peso e altura dos participantes, é em média de 22,08 ($DP=2.69$). Verifica-se que 79.4% ($n=85$) dos participantes encontram-se no “*peso normal*”, 12.1% ($n=13$) encontram-se “*acima do peso normal*”, 7.5% ($n=8$) encontram-se “*abaixo do peso normal*” e 0.9% ($n=1$) encontram-se “*muito abaixo do peso normal*”.

No que se refere aos hábitos de sono, 86.9% ($n=93$) dos participantes afirmam ter boa qualidade de sono, enquanto 13.1% ($n=14$) afirmam ter baixa qualidade de sono. A este propósito 6.5% ($n=5$) da amostra dorme menos de cinco horas por dia, 54.2% ($n=58$) dos participantes dormem frequentemente entre cinco a oito horas por dia, 33.6% ($n=36$) dormem oito horas por dia e 5.6% ($n=6$) dormem mais de oito horas por dia.

Em relação aos hábitos de vida dos participantes, 67.3% ($n=72$) praticam exercício físico, enquanto 32.7% ($n=35$) não praticam qualquer tipo de desporto. Além disso, 86.9% ($n=93$) da amostra não fuma, 12.1% ($n=13$) fuma apenas em eventos sociais e 0.9% ($n=1$) fuma regularmente. No que se refere ao consumo de álcool, 12.1% ($n=13$) declara que bebe regularmente, 50.5% ($n=54$) consome álcool apenas em eventos sociais e 37.4% ($n=40$) afirma não consumir álcool.

Na totalidade da amostra ($n=107$), 24.3% ($n=25$) dos participantes indicam ter problemas de saúde física e 2.8% ($n=3$) indicam ter problemas de saúde mental. O quadro 2. apresenta as características clínicas dos participantes.

Quadro 2. Características Clínicas dos Participantes (N=107).

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>Regime Alimentar</i>				
Omnívoros	86	80.4%		
Omnívoros que não comem carne	4	3.7%		
Ovolatovegetarianos	6	5.6%		
Latovegetarianos	2	1.9%		
Veganos	2	1.9%		
<hr/>				
<i>Autocuidado com a Dieta</i>	83	76.6%		
<hr/>				
<i>Motivos de Dieta</i>				
Saúde física	45	42.1%		
Saúde mental	30	28%		
Beleza	4	3.7%		
Saúde física, saúde mental e beleza	43	40.2%		
Prática espiritual	17	15.9%		
Doença	6	5.6%		
Excesso de peso	5	4.7%		
<hr/>				
<i>Índice de Massa Corporal</i>	107	100%	22.08	2.69
Peso normal	85	79.4%		
Acima do peso normal	13	12.1%		
Abaixo do peso normal	8	7.5%		
<hr/>				
Muito abaixo do peso normal	1	0.9%		
Outros motivos	4	3.7%		
<hr/>				
<i>Autocuidado com a Dieta</i>	83	76.6%		
<hr/>				
<i>Motivos de Dieta</i>				
Saúde física	45	42.1%		
Saúde mental	30	28%		
Beleza	4	3.7%		
Saúde física, saúde mental e beleza	43	40.2%		
Prática espiritual	17	15.9%		
Doença	6	5.6%		
Excesso de peso	5	4.7%		
Outros motivos	4	3.7%		

Quadro 2. Características Clínicas dos Participantes (N=107), (continuação).

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>Hábitos de Sono</i>				
Dorme bem	93	86.9%		
Dorme mal	14	13.1%		
<i>Horas de Sono Por Dia</i>				
Menos de 5 horas	5	6.5%		
Dormem de 5 a 8 horas	58	54.2%		
Dormem 8 horas	36	33.6%		
Dormem Mais de 8 horas	6	5.6%		
<i>Hábitos de vida</i>				
Fuma	1	0.9%		
Fuma apenas em eventos sociais	13	12.1%		
Não fuma	93	86.9%		
Consome álcool	13	12.1%		
Consome álcool apenas em eventos sociais	54	50.5%		
Não consome álcool	40	37.4%		
Pratica desporto	72	67.3%		
Não pratica desporto	35	32.7%		
<i>Saúde</i>				
Problemas de saúde física	25	24.3%		
Problemas de saúde mental	3	2.8%		

1.6.3. Caracterização da Prática de Yoga da Amostra

Na amostra recolhida verifica-se que entre os tipos de modalidades de Yoga, 49.5% ($n=53$) pratica Hatha Yoga, 19.6% ($n=21$) pratica Swásthya, 13.1 ($n=14$) pratica Yoga Tibetano e 17.8% ($n=19$) pratica outras modalidades.

Em relação aos anos de prática, observa-se que 23.4% ($n=25$) dos participantes praticam Yoga há mais de 10 anos, 18.7% ($n=20$) praticam Yoga há mais de cinco anos, 8.4% ($n=9$) praticam Yoga há três anos, 15.9% ($n=17$) praticam Yoga há dois anos, 9.3% ($n=10$), praticam Yoga há um ano, 11.2% ($n=12$) praticam Yoga há 6 meses e 13.1% ($n=14$) praticam

Yoga há menos de 6 meses. Os motivos que levaram os participantes a praticar Yoga, foram vários: para 46.7% ($n=50$) dos participantes foi por motivos de saúde física; para 45.8% ($n=49$) foi para combater o stresse e a ansiedade; para 25.2% ($n=27$) foi por motivos de saúde mental; para 24.3% ($n=26$) foi por curiosidade; para 18.7% ($n=20$) foi por motivos de busca espiritual; para 8.4% ($n=9$) foi por desporto; 6.5% ($n=7$) foi por lazer; outros motivos são indicados por 7.5% ($n=8$).

No que concerne à frequência semanal de aulas de Yoga 74.8% ($n=80$) dos participantes pratica Yoga uma a duas vezes por semana, 18.7% ($n=20$) pratica Yoga três a quatro vezes por semana e 6.5% ($n=7$) pratica Yoga mais de quatro vezes por semana. Além disso, 45.8% ($n=49$) dos participantes pratica Yoga em casa. Observa-se que os participantes que praticam Yoga em casa são os que praticam Yoga há mais de cinco anos (28.6%; $n=14$) e/ou há mais de 10 anos (37.7%; $n=18$). Existe também indicação de que 51.6% ($n=60$) dos participantes praticam meditação.

De igual forma, 34.6% ($n=37$) dos participantes estuda temáticas do Yoga e frequenta os seus eventos sempre que pode, enquanto 31.8% ($n=34$) dedica-se a isso somente algumas vezes e 33.6% ($n=36$) raramente se dedica a isso.

Por conseguinte, 95.3% ($n=102$) da amostra sente-se motivada em manter a prática de Yoga, enquanto 4.7% ($n=5$) indica não se sentir motivado para tal. Os praticantes que se sentem motivados dão múltiplas razões; para 79.4% ($n=106$) o Yoga causa bem-estar; para 65.4% ($n=70$) relaxa; no que toca a 63.6% ($n=68$) apreciam a prática; para 50.5% ($n=54$) causa bem-estar espiritual; para 45.8% ($n=49$) fortalece; para 40.2% ($n=43$) põe em forma; para 36.4% ($n=39$) o Yoga é uma filosofia de vida; para 7.5% ($n=8$) trata-se de uma boa forma de lazer; para 7.5% ($n=8$) existem outros motivos. O quadro 3. descreve as características da prática de Yoga dos participantes.

Quadro 3. Características da Prática do Yoga dos Participantes (N=107).

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>Tipos de Yoga mais praticados</i>				
Hatha Yoga	53	49,5%		
Swásthya Yoga	21	19,6%		
Yoga Tibetano	14	13,1%		
Outros	19	11,3%		

Quadro 3. Características da Prática do Yoga dos Participantes (N=107), (continuação).

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>Anos de Prática</i>				
Menos de seis meses	14	13,1%		
Há seis meses	12	11,2%		
Há um ano	10	9,3%		
Há dois anos	14	13,1%		
Há três anos	9	8,4%		
Há mais de cinco anos	20	18,7%		
Há mais de 10 anos	25	23,4%		
<i>Motivos de Início à Prática</i>				
Saúde física	50	46,7%		
Saúde mental	27	25,2%		
Combater stresse e ansiedade	49	45,8%		
Desporto	9	8,4%		
Lazer	7	6,5%		
Busca espiritual	20	18,7%		
Curiosidade	26	24,3%		
Outros	8	7,5%		
<i>Frequência de prática de Yoga</i>				
Uma a duas vezes por semana	80	74,8%		
Três a quatro vezes por semana	20	18,7%		
Mais de quatro vezes por semana	7	6,5%		
<i>Prática Yoga em casa</i>				
	49	45,8%		
<i>Prática meditação</i>				
	60	51,6%		
<i>Estudos e eventos sobre Yoga</i>				
Raramente	37	34,6%		
Algumas vezes	34	31,8%		
<i>Motivação em Manter a Prática de Yoga</i>				
<i>Sim</i>	95,3%	102		
<i>Não</i>	4,7%	5		

Quadro 3. Características da Prática do Yoga dos Participantes (N=107), (continuação).

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>Motivo para Manter a Prática</i>				
<i>Promove o bem-estar</i>	79.4%	106		
<i>Relaxa</i>	65.4%	70		
<i>Aprecia o Yoga</i>	63.6%	68		
<i>Promove o bem-estar espiritual</i>	50.5%	54		
<i>Fortalece</i>	45.8%	49		
<i>Põe em forma</i>	36.4%	39		
<i>Adoptou como filosofia de vida</i>	7.5%	8		
<i>Boa forma de lazer</i>	7.5%	8		
<i>Outros motivos</i>	7.5%	8		

1.7. Instrumentos Utilizados na Recolha de Dados

Neste estudo foram aplicados cinco instrumentos em conformidade com os objectivos específicos do estudo, cujos itens estandardizados são de fácil aplicação e cotação. Isto permitiu uma análise objetiva dos dados recolhidos. Deste modo, todos os instrumentos estão aferidos para a população portuguesa e possuem reconhecida validade psicométrica, com excepção do *Questionário Sociodemográfico e Clínico* que foi construído especificamente para este estudo.

Os instrumentos foram administrados mediante a seguinte ordem: o *Questionário Sociodemográfico e Clínico*; o *Brief Symptoms Inventory* (BSI); o *Índice de Bem-Estar Pessoal* (IBP), *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) e o *Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde* (QACS). De seguida, será realizada a descrição dos instrumentos e calculado o grau de fidelidade para a amostra deste estudo através do coeficiente do alfa de *Cronbach*.

1.7.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico

O *Questionário Sociodemográfico e* foi construído no sentido de recolher informação pertinente à caracterização da amostra e à testagem de hipóteses. Para isso incluiu questões de resposta breve e de escolha múltipla.

O questionário complementa seis grupos de questões: “*Dados de Identificação*” (nove questões); “*Regime Alimentar*” (três questões); “*Sono*” (cinco questões); “*Hábitos de Vida*” (seis questões); “*Saúde*” (quatro questões); “*Prática de Yoga*” (11 questões).

O grupo de “*Dados de Identificação*” recolhe informação acerca da idade, género, grau de escolaridade, profissão, estado civil, nacionalidade, local de residência, peso e altura dos participantes. Portanto, remete-se maioritariamente à recolha de dados sociodemográficos, sendo que apenas as últimas questões são clínicas. No que se refere ao grau de escolaridade para uma maior simplificação dos dados, estes foram agrupados em habilitações literárias.

Os quatro seguintes grupos recolhem dados clínicos da amostra. Assim sendo, o grupo “*Regime Alimentar*” questiona com que frequência o participante alimenta-se de carne, de peixe, de ovos, de leite, de legumes e de fruta. Isto permite observar que tipo de regime alimentar os participantes seguem. Optou-se por este meio devido à existência de diversos regimes alimentares, entre eles o omnívoro, o vegetariano, o crudivorismo, o frugivorismo, o granivorismo, entre outros. O participante também é questionado sobre os autocuidados com a dieta e os motivos. No grupo “*Sono*” são realizadas questões referentes à qualidade do sono dos participantes, isto é, se o participante possui bom sono, número de horas que dorme, se sofre de insónia, que tipo de insónia é e em que fase do sono ocorre. No grupo “*Hábitos de Vida*” o participante foi questionado se fuma, com que frequência, se consome álcool, com que frequência, bem como, se pratica desporto, qual e com que frequência. No grupo “*Saúde*” o participante indica se possui e indica qual é o problema de saúde física e/ou mental.

Por último, o grupo de questões “*Prática do Yoga*” refere-se à descrição da prática que o participante realiza, entre elas: o tipo de Yoga, há quanto tempo pratica, motivo pelo qual começou a praticar, qual a frequência de prática semanal, se pratica em casa, com que frequência, se pratica meditação, com que frequência, se estuda e vai a eventos relacionados com o Yoga, com que frequência, se se sente motivado para continuar a praticar Yoga e qual o motivo.

1.7.2. *Brief Symptom Inventory (BSI)*

O *Brief Symptom Inventory (BSI)* é um instrumento de auto-relato que avalia sintomas psicopatológicos em populações com ou sem perturbação mental (Canavarro, 1999). Trata-se de uma versão reduzida do SCL-90-R (*Symptom Check-List*), desenvolvida por Derogatis

(1982, cit in Canavarro, 1999), o qual verificou que apenas cinco ou seis de cada dimensão do SCL-90-R seriam o suficiente para indicar se existe sintomatologia psicopatológica no indivíduo. Desta forma, o BSI consegue ser mais breve que o SCL-90-R. Desta forma, o BSI consegue ser mais breve que o SCL-90-R e manter uma boa consistência interna, de modo que, a sua aplicação demora apenas 15 minutos a ser preenchido (Canavarro, 1999).

Este inventário de auto-resposta possui 53 itens, através dos quais o indivíduo deve classificar em que grau um determinado sintoma o afetou durante a última semana. A resposta é dada através de uma escala de *Likert* de cinco pontos que varia entre zero (“*Nunca*”) e quatro (“*Extremamente*”).

A sua interpretação e cotação são realizadas através das nove dimensões clínicas e de três índices globais. As nove dimensões clínicas são: *Somatização*, distresse psicológico relacionado com disfunções corporais (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37); *Obsessões-compulsões*, pensamentos e comportamentos que o indivíduo experiêcia como irresistíveis e sobre os quais não possui controlo (itens 5, 15, 26, 27, 32, 36), *Sensibilidade Interpessoal*, que se refere a sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, e desconforto nas várias interações sociais (itens 20, 21, 22, 42); *Depressão*, sintomas do quadro depressivo, tal como humor disfórico, pessimismo sobre o futuro, entre outros (itens 9, 16, 17, 18, 35, 50); *Ansiedade*, sintomas associados a níveis elevados de ansiedade tal como o nervosismo, pânico, tensão (itens 1, 12, 19, 38, 45, 49); *Hostilidade*, cognições e comportamentos tais como, aborrecimento, irritação e cólera (itens 6, 13, 40, 41, 46); *Ansiedade Fóbica*, que se refere à ansiedade derivada das fobias ou da agorafobia (itens 8, 28, 31, 43, 47); *Ideação Paranóide*, em que se enquadram sintomas tais como projecção, egocentrismo, hostilidade, suspeição, medo de perda de autonomia (itens 4, 10, 24, 48, 51); *Psicoticismo*, em que se avalia estilo de vida alienado, ou sintomas de psicose (itens 3, 14, 34, 44, 53). Quatro dos itens deste inventário não pertencem a nenhuma das dimensões descritas mas são indicadores vegetativos importantes (itens 11, 25, 39, 52). Além destas medidas, os três índices globais complementam o inventário. O *Índice Geral de Sintomas* (IGS) informa o número de sintomas e intensidade do distresse no indivíduo; o *Total de Sintomas Positivos* (TSP) indica o número de queixas sintomáticas apresentadas pelo indivíduo e o *Índice de Sintomas Positivos* indica a média da intensidade dos sintomas assinalados (Canavarro, 1999).

O BSI é indicado como um instrumento com boa consistência interna. Segundo Derogatis (1993), o alfa de *Cronbach*, das nove dimensões clínicas, vai de .71, na dimensão *Psicoticismo*, até .83, na dimensão da *Depressão*. No entanto, não existe medida de

fiabilidade para os três índices globais. A análise factorial, realizada pelo autor também confirmou que as correlações entre o BSI e o SCL-R-90 eram de .90 a .99 (Derogatis, 1993).

Este instrumento foi adaptado e aferido para a população portuguesa por Canavarro (1999), no qual se verificou um valor médio de .85 ($DP=0.34$) no IGS, o valor médio de 26.99 ($DP=11.72$) no TSP e o valor médio de 26.99 ($DP=1.72$) no ISP. O ponto de corte para separar os indivíduos emocionalmente perturbados da população geral é de 1.7.

A versão portuguesa, também possui boa fidelidade, sendo que nas nove escalas clínicas, o alfa de *Cronbach* varia entre os .62, no *Psicoticismo* e o .79, na *Somatização*. Também são observados resultados positivos nos coeficientes de *Spearman-Brown*, sendo que os valores mais baixos se revelaram na dimensão da *Ansiedade Fóbica* (.57) e na dimensão do *Psicoticismo* (.58). As características psicométricas do BSI na amostra deste estudo foram testadas em termos de consistência interna. Ao nível de fidelidade na amostra (N=107), a escala apresenta elevada consistência interna (alfa de *Cronbach* de .96), tal como a versão adaptada para a população portuguesa (alfa de *Cronbach* entre .70 e .80) (Canavarro, 1999). O quadro 4. expõe os resultados da análise da consistência interna em cada um dos itens do instrumento, bem como o alfa total.

Quadro 4. Resultados da Consistência Interna do BSI (N=107).

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
1. Nervosismo ou tensão interior	.59	.95
2. Desmaios ou tonturas	.39	.95
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	.43	.95
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos meus problemas	.35	.95
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	.62	.95
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	.36	.95
7. Dores sobre o coração ou o peito	.43	.95
8. Medo na rua ou praças públicas	.33	.95

Quadro 4. Resultados da Consistência Interna do BSI (N=107), (continuação).

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
<i>5.Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes</i>	.62	.95
<i>6.Aborrecer-se ou irritar-se facilmente</i>	.36	.95
<i>7.Dores sobre o coração ou o peito</i>	.43	.95
<i>8.Medo na rua ou praças públicas</i>	.33	.95
<i>9.Pensamentos de acabar com a vida</i>	.48	.95
<i>10.Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas</i>	.66	.95
<i>11.Perder o apetite</i>	.48	.95
<i>12.Ter um medo súbito sem ter razão para isso</i>	.62	.95
<i>13.Ter impulsos que não se podem controlar</i>	.68	.95
<i>14.Sentir-se sozinho mesmo quando estão mais pessoas</i>	.64	.95
<i>15.Dificuldade em fazer qualquer trabalho</i>	.53	.95
<i>16.Sentir-se sozinho</i>	.72	.95
<i>17.Sentir-se triste</i>	.72	.95
<i>18.Não ter interesse por nada</i>	.55	.95
<i>19.Sentir-se atemorizado</i>	.55	.95
<i>20.Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos</i>	.77	.95
<i>21.Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si</i>	.81	.95
<i>22. Sentir-se inferior aos outros</i>	.66	.95
<i>23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago</i>	.53	.95
<i>24.Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si</i>	.66	.95
<i>25.Dificuldade em adormecer</i>	.66	.95
<i>26.Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz</i>	.43	.95
<i>27.Dificuldades em tomar decisões</i>	.54	.95

Quadro 4. Resultados da Consistência Interna do BSI (N=107), (continuação).

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
28.Medo de viajar de autocarro, de comboio, ou de metro	.68	.95
29.Sensação de que lhe falta o ar	.22	.95
30.Calafrios ou afrontamentos	.40	.95
31.Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	.44	.95
32.Sensação de vazio na cabeça	.45	.95
33.Sensação de anastesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	.51	.95
34.Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados	.39	.95
35.Sentir-se sem esperança perante o futuro	.16	.95
36.Ter dificuldade em concentrar-se	.55	.95
37.Falta de forças em partes do corpo	.65	.95
38.Sentir-se em estado de tensão ou aflição	.57	.95
39.Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	.66	.95
40.Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	.55	.95
41.Ter vontade de destruir ou partir coisas	.51	.95
42.Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	.53	.95
43.Sentir-se mal no meio de multidões como lojas, cinemas ou assembleias	.72	.95
44.Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	.54	.95
45.Ter ataques de terror ou pânico	.54	.95
46. Entrar facilmente em discussão	.28	.95
47.Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	.59	.95

Quadro 4. Resultados da Consistência Interna do BSI (N=107), (continuação).

<i>Itens</i>	<i>Correlação do item com o total da escala (corrigido)</i>	<i>Alfa se o item for eliminado</i>
<i>48.Sentir que outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades</i>	.37	.95
<i>49.Sentir.se tão desassossegado que não consegue manter.se sentado quieto</i>	.66	.95
<i>50.Sentir que não tem valor</i>	.69	.95
<i>51.A impressões de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si</i>	.65	.95
<i>52.Ter sentimentos de culpa</i>	.57	.95
<i>53.Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça</i>	.50	.95
<i>Total</i>	-	.96

De igual forma, o alfa de *Cronbach* das nove dimensões clínicas indica boa consistência interna (α de *Cronbach* =.94) como se pode observar no quadro 5. O valor mais baixo revela-se na dimensão do *Psicoticismo* (α de *Cronbach* =.53), tal como esperado pelo instrumento original, e o mais alto revela-se na dimensão da *Sensibilidade Interpessoal* (α de *Cronbach* = .85). O quadro 5. apresenta os resultados da consistência interna do BSI nas nove dimensões clínicas para este estudo.

Quadro 5. Resultados da Consistência Interna do BSI (N=107), nas Nove Dimensões Clínicas.

<i>Nove Dimensões do BSI</i>	<i>Nº de Itens</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
<i>Somatização</i>	7	.82
<i>Obsessões. Compulsões</i>	6	.82
<i>Sensibilidade Interpessoal</i>	4	.85
<i>Depressão</i>	6	.79

Quadro 5. Resultados da Consistência Interna do BSI nas Nove Dimensões Clínicas (N=107), (continuação).

<i>Nove Dimensões do BSI</i>	Nº de Itens	Alfa de Cronbach
<i>Ansiedade</i>	6	.73
<i>Hostilidade</i>	5	.67
<i>Ansiedade Fóbica</i>	5	.67
<i>Ideação Paranóide</i>	5	.78
<i>Psicoticismo</i>	5	.53
<i>Total</i>	-	.94

1.7.3. Índice de Bem-Estar Pessoal (IBP)

O *Índice de Bem-Estar Pessoal (IBP)* é um questionário de auto-relato que avalia o bem-estar subjetivo do indivíduo. Inicialmente foi desenvolvido pelo *International Wellbeing Group* a partir da *Comprehensive Quality of Life Scale*, para medir quantitativamente a satisfação do indivíduo com aspectos objectivos e subjetivos da sua vida que determinam a qualidade de vida (Cummins, McCabe, Romeo & Gullone, 1994).

Em 2001, o instrumento deixou de ser utilizado por não se verificar boa consistência interna. Porém em 2006 foi resgatado e alterado, surgindo assim o IBP com validade psicométrica (Pais-Ribeiro & Cummins, 2008).

O IBP tem oito itens que abordam aspectos específicos através dos quais o sujeito se sente satisfeito com a vida. Portanto, as respostas dadas são variáveis indicadoras do bem-estar subjetivo que vão “desconstruir” a “*satisfação com a vida em geral*” que, por sua vez, não age isoladamente como mediadora desse bem-estar.

Neste seguimento, os oito itens desta escala referem-se: à “*satisfação com o nível de vida*”, à “*satisfação com a saúde*”, à “*satisfação com realização pessoal*”, à “*satisfação com as relações pessoais*”, à “*satisfação com o sentimento de segurança*”, à “*satisfação com a sentimento de pertença à comunidade*”, à “*satisfação com a segurança com o futuro*” e à “*satisfação com a vida espiritual ou religiosa*”. Cada item é respondido através de uma escala

métrica com valores compreendidos entre zero (“*completamente insatisfeito*”) a dez (“*extremamente satisfeito*”), e inclui uma posição “*neutra*” (cinco).

Existe indicação na versão original de que o IBP possui boa consistência interna, sendo que o alfa de *Cronbach* varia entre .70 e .85. A “*correlação inter-domínios*” é normalmente, moderada com valores entre .30 e .55, bem como as “*correlações item total*” que são cerca de .50 (Pais Ribeiro & Cummins, 2008).

Atualmente o instrumento encontra-se validado e aferido para a população portuguesa, sendo que revela boa consistência interna (α de *Cronbach* =.81). No entanto, esta validação não inclui o item oito, inserido recentemente, o qual se refere à “*satisfação do indivíduo com a vida espiritual ou religiosa*”.

No sentido de averiguar a fidelidade do IBP para a amostra do presente estudo calculou-se o coeficiente do alfa de *Cronbach* (consistência interna) para o total da escala e para os oito itens da escala. O coeficiente de fidelidade do IBP para este estudo foi de .83, o que indica boa consistência interna dos oito itens para esta amostra. Os resultados podem ser observados no quadro 6.

Quadro 6. Resultados da Consistência Interna do IBP (N=107).

<i>Itens IBP</i>	<i>Correlação do item com o total da escala corrigido</i>	<i>Alfa se o Item for eliminado</i>
<i>1. Qual o grau de satisfação com o nível de vida</i>	.58	.81
<i>2. Qual o grau de satisfação com a sua saúde</i>	.26	.84
<i>3. Qual o grau de satisfação com o que está a conseguir obter com o seu esforço</i>	.58	.81
<i>4. Qual o grau de satisfação com a suas relações pessoais</i>	.54	.81
<i>5. Qual o grau de satisfação com a sua segurança (quando se desloca pelas ruas)</i>	.43	.83
<i>6. Qual o grau de satisfação com o sentimento de pertença à sua comunidade</i>	.74	.78

Quadro 6. Resultados da Consistência Interna do IBP (N=107), (continuação).

<i>Itens IBP</i>	<i>Correlação do item com o total da escala corrigido</i>	<i>Alfa se o Item for eliminado</i>
<i>7. Qual o grau de satisfação com a segurança do seu futuro</i>	.76	.78
<i>8. Qual o grau de satisfação com a sua vida espiritual ou com a sua religião</i>	.59	.81
<i>Total</i>		.83

1.7.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)* é uma escala de auto-relato desenvolvida por Pais Ribeiro em 1999 que defende, tal como Wethington e Kessler (1986, cit in Pais-Ribeiro, 1999), que a saúde é melhor explicada pela satisfação pessoal com o suporte social do que com o suporte social tangível.

Neste sentido, esta escala foi desenvolvida para a população portuguesa e pretende avaliar a satisfação dos indivíduos com o suporte social. Ela é constituída por 15 itens, agrupados em quatro factores: “*satisfação com amigos*” (SA) que cota a satisfação do indivíduo com amigos/amigues e inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15); “*satisfação com a intimidade*” (IN) que cota a percepção da existência de suporte social íntimo e é composto por quatro itens (1, 4, 5, 6); a “*satisfação com a família*” (SF) que cota satisfação com o suporte social familiar existente através de três itens (9, 10, 11); as “*actividades sociais*” (AS) que cota a satisfação com as actividades sociais que realiza através de três itens (2, 7, 8). A resposta aos itens é realizada através de uma escala de *Likert* de cinco pontos, que varia entre um (“*discordo totalmente*”) e cinco (“*concordo totalmente*”). Com excepção de alguns itens (itens 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, e 15), que devem ser cotados de forma invertida. A nota total da escala obtém-se através da soma de todos os itens e pode variar entre 15 e 75. Não possui ponto de corte, sendo que a nota mais alta corresponde a uma maior satisfação com o suporte social. A nota de cada factor resulta da soma dos itens pertencentes a cada um deles (Pais-Ribeiro, 1999).

No estudo original, o cálculo da consistência interna de cada factor, revelou que o instrumento possui boa fidelidade (α de *Cronbach*=.85). Porém, o factor satisfação com a família, possui um alfa de *Cronbach* inferior a .69.

Para determinar a consistência interna da ESSS para a amostra em estudo foram calculados os coeficientes de alfa de *Cronbach* para cada item. No presente estudo obteve-se na análise boa consistência interna nos 15 itens (α de *Cronbach*=.89). O Quadro 7. apresenta os resultados da consistência interna desta escala para a presente amostra.

Quadro 7. Resultados da Consistência Interna da ESSS (N=107).

<i>Itens da ESSS</i>	<i>Correlação do item com o total da escala corrigido</i>	<i>Alfa se o Item for eliminado</i>
<i>1.Por vezes sinto.me só no mundo e sem apoio</i>	.42	.88
<i>2.Não saio com amigos tantas vezes quanto eu gostaria</i>	.38	.88
<i>3.Os amigos não me procuram tantas vezes quanto eu gostaria</i>	.57	.87
<i>4.Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer</i>	.47	.88
<i>5.Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem possa recorrer</i>	.61	.87
<i>6.Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas</i>	.46	.88
<i>7.Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam</i>	.43	.88
<i>8.Gostava de participar mais em actividades de organizações (e.g. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)</i>	.26	.89

Quadro 7. Resultados da Consistência Interna da ESSS (N=107), (continuação).

<i>Itens da ESSS</i>	<i>Correlação do item com o total da escala corrigido</i>	<i>Alfa se o Item for eliminado</i>
<i>9.Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família</i>	.72	.87
<i>10.Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família</i>	.67	.87
<i>11.Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família</i>	.68	.87
<i>12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho</i>	.74	.87
<i>13.Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos</i>	.57	.87
<i>14.Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos</i>	.73	.87
<i>15.Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho</i>	.63	.87
<i>Total</i>	-	.89

1.7.5. Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS)

O *Questionário de Atitudes e Comportamento de Saúde (QACS)* foi desenvolvido por Pais Ribeiro em 1993, e a sua última versão é de 2004. Este questionário possui como base o *Wellness* de Hettler (1982, cit in Pais-Ribeiro, 2004) e serve para avaliar, de forma breve, o estilo de vida da população portuguesa.

O QACS possui 28 itens, cuja resposta de auto-relato é dada através de uma escala de *Likert*, com a cotação de zero, que significa “*Quase nunca*”, a quatro, que significa, “*Quase sempre*.” Os itens estão agrupados em seis categorias: “*Exercício físico*”, que se refere ao empenho do indivíduo em manter boa condição física (itens 1, 2, 3); “*Nutrição*” que está relacionado com a escolha consistente que o indivíduo faz dos alimentos c com objetivos saudáveis (itens 4, 5, 6, 18, 22); “*Autocuidado*”, que são os comportamentos que o indivíduo

tem que lhe permite prevenir ou detectar precocemente doenças (itens 8, 9, 10, 11, 12, 23, 24, 25, 26, 27, 28); “*Segurança motorizada*”, que se refere à capacidade do indivíduo em diminuir a possibilidade de lesão ou morte em acidentes com veículos (itens 13, 14, 15); “*Uso de drogas ou similares*”, capacidade do indivíduo funcionar sem necessidade de consumir substâncias químicas (itens 7, 16, 17, 19, 20, 21). A cotação é feita através da soma total da escala e varia entre 28 a 112, sendo que quanto maior for a cotação, mais são as atitudes e comportamentos de saúde praticados pelo indivíduo.

O QACS, possui boa consistência interna, de modo que o *alfa de Cronbach* do instrumento original é de .87 (Pai-Ribeiro, 2004). Além disso, a validade do questionário foi obtida por comparação de outros instrumentos tais como *Questionário de Saúde Mental (Mental Health Inventory, Ribeiro, 2001)*, O *Questionário de Auto Conceito (Ribeiro, 1994)*, *Percepção Geral de Saúde, Auto Eficácia (Ribeiro, 1995)*, *Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999)*. O autor verificou que o instrumento *Percepção Geral de Saúde*, era aquele que possuía relações estatísticas significativas em todos os itens com a QACS, embora de forma modesta.

No sentido de averiguar a fidelidade do QACS para a amostra do presente estudo calculou-se o coeficiente do alfa de *Cronbach* (consistência interna) para o total da escala e para cada um dos seus 28 itens. Por conseguinte, o coeficiente de fidelidade do QACS para este estudo revelou boa consistência interna nos 28 itens para esta amostra (α de *Cronbach* =.80). Os resultados podem ser observados no quadro 8.

Quadro 8. Resultados da Consistência Interna da QACS (N=107).

<i>Itens do QACS</i>	<i>Correlação do item com o total da escala corrigido</i>	<i>Alfa se o Item for eliminado</i>
<i>1.Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana</i>	.14	.78
<i>2.Ando a pé ou de bicicleta diariamente</i>	.12	.78
<i>3.Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (e.g. corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)</i>	.02	.79
<i>4.Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho</i>	.48	.76

Quadro 8. Resultados da Consistência Interna da QACS (N=107), (continuação).

<i>Itens do QACS</i>	<i>Correlação do item com o total da escala corrigido</i>	<i>Alfa se o Item for eliminado</i>
5.Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	.51	.76
6.Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	.52	.76
7.Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dias	.25	.78
8.Durmo o número suficiente de horas para me sentir repousado	.23	.78
9.Mantenho as minhas vacinas em dia	.30	.77
10.Verifico anualmente a minha pressão arterial	.24	.78
11.Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes	.19	.78
12.Vou anualmente ao médico fazer um checkup	.34	.77
13.Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais	.29	.77
14.Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter nos limites de velocidade	.19	.78
15.Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança	.38	.77
16.Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico	.11	.78
17.Evito fumar	.36	.77
18.Evito ingerir alimentos com gordura	.26	.78
19.Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola	.34	.78

Quadro 8. Resultados da Consistência Interna da QACS (N=107), (continuação).

<i>Itens do QACS</i>	<i>Correlação do item com o total da escala corrigido</i>	<i>Alfa se o Item for eliminado</i>
<i>20.Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames</i>	.22	.77
<i>21.Evito tomar tranquilizantes</i>	.53	.78
<i>22.Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)</i>	.47	.76
<i>23.Evito estar em ambientes saturado de fumo de tabaco</i>	.45	.77
<i>24.Evito os ambientes muito ruidosos</i>	.35	.77
<i>25.Evito ambientes que tenham o ar poluído</i>	.27	.77
<i>26.Evito mudar de parceiro sexual</i>	.35	.77
<i>27.Evito ter relações sexuais com pessoas que mal conheço</i>	.27	.78
<i>28.Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções</i>	.28	.77
<i>Total</i>	-	.87

Após a descrição desta investigação será realizada a apresentação dos resultados da análise estatística a qual compreende além das respostas às hipóteses previamente delineadas, a análise exploratória de algumas variáveis.

CAPÍTULO II: APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados da análise estatísticas, no sentido de fornecer respostas às questões e hipóteses de investigação precedentemente formuladas.

2.1. Procedimentos Estatísticos

Os dados recolhidos nesta investigação foram lançados e processados no programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 16.0).

Após o uso de medidas descritivas para a caracterização da amostra e o cálculo do alfa de *Cronbach* para verificar a fidelidade dos instrumentos neste estudo, foram realizados os testes de normalidade e homogeneidade através do *Kolmogorov-Smirnov* e do *Teste de Levene*. Por conseguinte, verificou-se que não existia normalidade e homogeneidade na distribuição da amostra e, portanto, foram usados testes não paramétricos para a análise dos dados.

Para averiguar a correlação entre VDs foi utilizada a Correlação de *Spearman*. Na testagem de hipóteses foi usado o teste de comparação de médias não paramétrico *Kruskal-Wallis* e, na análise exploratória de resultados, foi utilizado o *Teste U de Mann-Wihtney*. Assim sendo, de seguida será realizada a caracterização da saúde dos participantes deste estudo e correlação entre VDs.

2.2. A Saúde dos Praticantes de Yoga da Amostra do Estudo

Precedentemente à testagem de hipóteses será executada uma caracterização da saúde dos participantes, fundamentada nos resultados aferidos através dos instrumentos usados para calcular a relação do Yoga e as VDs deste estudo.

2.2.1.A Saúde Mental dos Praticantes de Yoga na Amostra do Estudo

Com objetivo de caracterizar a VD saúde mental dos praticantes de Yoga participantes no estudo, foram analisados os resultados obtidos através da administração do BSI.

Por conseguinte, verificou-se que a pontuação média do IGS para a totalidade da amostra foi de .079 ($DP=.070$), no ISP a média foi de .07 ($DP=.07$) e no TSP a média foi de

25.5 ($DP=2.1$). Como o ponto de corte do instrumento do ISP é de 1.7 ($ISP < 1.7$), verificou-se que a amostra é provavelmente constituída por indivíduos pertencentes à população portuguesa em geral, sem perturbação psicopatológica. Os resultados IGS e o TSP também indicam que se trata de uma população sem níveis elevados de distresse e com poucas queixas sintomatológicas. Portanto, a elevação das dimensões clínicas desta amostra não revelam instabilidade mental e emocional. O quadro 10. expõe a distribuição da média e do desvio padrão das dimensões clínicas, bem como dos índices gerais do BSI para a amostra.

Por conseguinte, dentro da normalidade, observa-se alguma elevação nas seguintes escalas clínicas: de 9% na Somatização, de 9% na Obsessão-Compulsão, de 10.2% na Sensibilidade Interpessoal, de 5.5% na Depressão, 3.7% na Ansiedade, 2.7% na Hostilidade, 3.6% na Ideação Paranóide e de 9% no Psicoticismo.

Portanto, conclui-se que os participantes desta amostra provavelmente não possuem problemas psicopatológicos de saúde mental.

Quadro 9. Distribuição da Média e Desvio Padrão das Dimensões Clínicas e Índices Gerais do BSI (N=107).

	<i>SOM</i>	<i>OC</i>	<i>SI</i>	<i>DEP</i>	<i>ANS</i>	<i>HOS</i>	<i>AF</i>	<i>IP</i>	<i>PSI</i>	<i>IGS</i>	<i>TSP</i>	<i>ISP</i>
<i>M</i>	0.28	0.79	0.55	0.49	0.47	0.53	0.15	0.59	0.33	0.07	25.5	0.07
<i>DP</i>	0.41	0.60	0.65	0.50	0.43	0.54	0.27	0.59	0.51	0.07	2,1	0.07
<i>Pt. de corte</i>	1.57	1.55	1.5	1.5	1.5	1.6	1.4	1.6	1.6	0.30	-	-
<i>% > do Pt. de Corte</i>	9	9	10.2	5.5	3.7	2.7	0	3.6	9	0	-	-

2.2.2. O Bem-Estar Subjetivo nos Praticantes de Yoga da Amostra do Estudo

Para caraterizar a VD bem-estar subjetivo na amostra, foram calculados os dados obtidos através do IBP. Verificou-se na escala total que a amostra obteve uma média alta de 7.35 ($DP=1.35$), o que significa que os participantes possuem na generalidade bem-estar subjetivo.

Assim sendo, na desconstrução deste item, através de itens específicos, foi observado uma média de 7.9 ($DP=1.67$) na “satisfação com a saúde”, a média de 7.7($DP=2.08$) na

“satisfação com a segurança”, a média de 7.5 (DP=1.7) na “satisfação com as relações pessoais”, a média de 7.4 (DP=2.1) na “satisfação com o sentimento de pertença à comunidade”, a média de 7.3 (DP=1.53) na “satisfação a realização pessoal”, 7.3 (DP=2.47) na “satisfação com a vida espiritual ou religiosa” e a média de 7.3 (DP=1.67) na “satisfação com o nível de vida. Observou-se que o valor mais baixo se reflectia na “satisfação com a segurança com o futuro”, sendo a média de 6.1. (DP=2.34). O quadro 11. descreve pormenorizadamente os resultados.

Os resultados significam que a presente amostra é constituída por indivíduos que se encontram satisfeitos com a sua saúde, com a segurança pessoal, com relações pessoais, com a comunidade a que pertencem, sente-se pessoalmente realizados e satisfeitos com a vida religiosa ou espiritual. Porém, a satisfação em relação à segurança ao seu futuro é baixa, aproximando-se quase à neutralidade.

Quadro 10. Distribuição da Média e Desvio Padrão dos Itens do IBP (N=107).

	<i>Item 1</i>	<i>Item 2</i>	<i>Item 3</i>	<i>Item 4</i>	<i>Item 5</i>	<i>Item 6</i>	<i>Item 7</i>	<i>Item 8</i>
	<i>SNV</i>	<i>SS</i>	<i>SOVE</i>	<i>SRP</i>	<i>SSD</i>	<i>SSP</i>	<i>SSF</i>	<i>SVER</i>
<i>M</i>	7.33	7.90	7.38	7.59	7.71	7.42	6.17	7.38
<i>DP</i>	1.67	1.67	1.53	1.78	2.08	2.13	2.34	2.47

2.2.3. A Satisfação da Amostra com o Suporte Social

Na análise de resultados realizada através da ESSS verificou-se que a média da escala total é de 53.28 (DP=10.08). Como a nota total desta escala varia entre 15 e 75, sem ponto de corte, e a nota mais alta corresponde a uma maior satisfação com o suporte social, pode-se considerar que a amostra possui “moderada” satisfação com o suporte social.

Através do *Qui Quadrado*, observou-se que a amostra obteve valores estatisticamente significativos no item “satisfação com os amigos” ($\chi^2(16,107)=30.7$, $p<0.05$), na “satisfação com a intimidade” ($\chi^2(11,107)=38.0$, $p=0.00$), na “satisfação com a família” ($\chi^2(12,107)=120.3$, $p<0.05$) e na “satisfação com as atividades sociais” ($\chi^2(12,107)=53.4$, $p<0.05$).

O que significa que a amostra tem uma boa relação inter e intrapsíquica, encontrando-se satisfeita com o suporte social providenciado na sua intimidade, pelos amigos, família e

atividades sociais. O quadro 12. demonstra a distribuição da Média e Desvio Padrão nos diferentes factores da ESSS.

Quadro 11. Distribuição da Média e Desvio Padrão dos factores da ESSS (N=107).

	<i>Fator 1</i>	<i>Fator 2</i>	<i>Fator 3</i>	<i>Fator 4</i>
	<i>SA</i>	<i>IN</i>	<i>SF</i>	<i>AS</i>
χ^2	30.74 ^a	38.00 ^b	120.31 ^c	53.49 ^c
M	18.89	15.98	11.59	10.66
DP	4.23	3.35	3.17	2.78
P	0.14*	0.00*	0.00*	0.00*

*Significância de <0.05

^a O mínimo esperado na frequência das células é de 6.3

^b O mínimo esperado na frequência das células é de 8.9

^a O mínimo esperado na frequência das células é de 8.2

Portanto, pode-se verificar que existe forte probabilidade da amostra ser constituída por indivíduos satisfeitos com o suporte social.

2.2.4. Os Comportamentos de Saúde dos Praticantes de Yoga da Amostra do Estudo

A caracterização da VD comportamentos de saúde nos praticantes de Yoga da amostra deste estudo foi alcançada por meio da análise das cotações da QACS. A escala total revelou na amostra uma média de 84.60 (*DP*=13.30) sendo possível verificar que os praticantes de Yoga da amostra possuem um nível bastante satisfatório de atitudes e comportamentos de saúde.

No que se refere, às diferentes categorias da escala, a média mais elevada evidenciou-se no “*autocuidado*” (*M*=37.16; *DP*=3.24), o que aponta, presumivelmente, que os participantes desta amostra possuem comportamentos que facilitam a prevenção ou detecção precoce de doenças, entre eles, ir ao médico, ir ao dentista, entre outros. Na categoria de “*uso de drogas ou similares*”, concernente com a capacidade do sujeito funcionar sem necessidade de substâncias química, tais como, tranquilizantes ou café, verificou-se uma média de 15.91 (*DP*=3.12). A categoria “*nutrição*” pontuou uma média de 12.77 (*DP*=4.99) e revela que a

amostra possuirá cuidado com a escolha e ingestão de alimentos, i.e., tem cuidados quanto ao regime alimentar. A categoria “*segurança motorizada*” indicou uma média de 12.77 ($DP=4.99$) o que demonstra que a amostra possivelmente possui cuidados em diminuir a possibilidade de sofrerem lesões ou morte com veículos, tal como, colocar o cinto de segurança. A categoria “*exercício físico*” revelou uma média de 4.69 ($DP=3.25$), o que pode indicar que os participantes empenham-se a manterem-se em forma física. O quadro 12. descreve a distribuição da média e desvio padrão das categorias do QACS para a presente amostra.

Quadro 12. Distribuição da Média e do Desvio Padrão nas categorias do QACS (N=107)

	<i>Exercício Físico</i>	<i>Nutrição</i>	<i>Autocuidado</i>	<i>Segurança Motorizada</i>	<i>Uso de Drogas ou Similares</i>
<i>Itens</i>	3	5	11	3	6
<i>M</i>	4.69	12.77	37,16	12.77	15.91
<i>DP</i>	3.25	4.99	3.24	4.99	3.12

Conclusivamente, se pode afigurar que os participantes da amostra detêm atitudes e comportamentos de saúde satisfatórios.

2.3. Resultados dos Testes de Hipóteses

2.3.1. Hipótese 1

Hipótese 1: *Prevê-se que a saúde mental dos sujeitos esteja significativamente relacionada com o tempo de prática regular de Yoga.*

No sentido de testar esta hipótese, utilizou-se a categoria do “*Questionário Sociodemográfico e Clínico*”, “*Há quanto tempo pratica Yoga*” que está dividida em sete categorias nominais – “*inferior a seis meses*”, “*há seis meses*”, “*há um ano*”, “*há dois anos*”, “*há três anos*”, “*há mais de cinco anos*” e “*há mais de 10 anos*”. De seguida, foi realizado o teste de comparação de médias não paramétrico *Kruskal-Wallis*, entre as categorias enumeradas e o BSI.

Os resultados dos Índices Gerais do BSI indicaram que a saúde mental dos sujeitos está significativamente correlacionado com o tempo de prática de Yoga. Nesta continuidade, o IGS ($\chi^2(6,107)=13.1, p=0.04$), indica que quanto maior for o tempo de prática de Yoga, maior é a probabilidade dos praticantes não sofrerem de distresse; o ISP ($\chi^2(6,107)=13.1, p=0.04$), assinala que quanto maior for o tempo de prática de Yoga, maior é probabilidade dos participantes não sofrerem de instabilidade emocional; e o TSP ($\chi^2(6,107)=13.0, p=0.04$), afere que quanto maior for o tempo de prática de Yoga maior é a probabilidade dos praticantes não apresentares queixas sintomatológicas. No quadro 13. se encontra assinalado a classificação média de rankings da correlação dos Índices Gerais do BSI e o Tempo de Prática de Yoga.

Quadro 13. Classificação Média de Rankings da Correlação dos Índices Gerais do BSI e o Tempo de Prática de Yoga (N=107).

<i>Tempo de Prática de Yoga</i>	<i>IGS</i> <i>Classificação</i> <i>média</i>	<i>ISP</i> <i>Classificação</i> <i>média</i>	<i>TSP</i> <i>Classificação</i> <i>média</i>
<i><6 meses</i>	74.11	74.11	74.50
<i>6 meses</i>	44.25	44.25	44.28
<i>1 ano</i>	70.00	70.00	69.45
<i>2 anos</i>	45.56	45.56	44.38
<i>3 anos</i>	60.44	60.44	59.56
<i>>5 anos</i>	45.04	45.02	46.02
<i>> 10 anos</i>	51.62	51.62	51.62

No que concerne às diferentes escalas clínicas do BSI e a relação com o tempo de prática regular de Yoga, afere-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, com exceção da escala clínica “*Obsessões-Compulsões*” cuja relação foi estatisticamente significativa ($\chi^2(6.107)=14.95, p=0.21$). Isto significa que a o Yoga prediz uma menor sintomatologia de *obsessão-compulsão*, i.e., quanto maior for o tempo de prática regular de Yoga menor é a probabilidade dos sujeitos sofrerem de pensamentos e comportamentos experienciados como irresistíveis e sobre o quais não possuem controlo

Nesta significância foi possível confirmar a hipótese de que a saúde mental dos praticantes está significativamente relacionada com o tempo de prática regular de Yoga

2.3.2.Hipótese 2

Hipótese 2: *Prevê-se que o bem-estar subjetivo dos sujeitos esteja significativamente relacionada com o tempo de prática regular de Yoga.*

Com o propósito de testar a hipótese de que o bem-estar subjetivo dos sujeitos está correlacionado com a prática de Yoga utilizou-se novamente a categoria do “*Questionário Sociodemográfico e Clínico*”, Há *quanto tempo pratica Yoga*” que está dividida em sete categorias ordinais precedentemente denominadas. De seguida, foi realizado o teste de comparação de médias não paramétrico *Kruskal-Wallis* para verificar as diferenças entre os grupos relativamente ao bem-estar subjetivo, medido pelo IBP.

Por conseguinte, concluiu-se que o bem-estar subjetivo está significativamente relacionado com o tempo de prática regular de Yoga ($\chi^2(2,107)=15.2, p=0.18$), o que significa que quanto maior for o tempo de prática regular de Yoga, maior é o bem-estar subjetivo dos seus praticante. O quadro.14 apresenta classificação média de *rankings* correlação do IBP e o *Tempo de Prática de Yoga*

Quadro 14. Classificação Média de *Rankings* Correlação do IBP e o *Tempo de Prática de Yoga* (N=107).

<i>Tempo de Prática de Yoga</i>	<i>IBP1</i>	<i>IBP2</i>	<i>IBP3</i>	<i>IBP4</i>	<i>IBP5</i>	<i>IBP6</i>	<i>IBP7</i>	<i>IBP8</i>
<6 meses	39.57	45.39	44.89	34.21	41.50	34.36	34.68	22.07
6 meses	63.62	62.67	56.21	64.88	59.83	61.08	55.50	54.04
1 ano	41.05	43.25	40.35	47.95	48.20	47.20	42.90	67.65
2 anos	50.50	59.88	50.44	55.50	49.50	54.53	54.35	45.76
3 anos	57.72	51.50	48.06	60.83	51.11	68.44	55.06	64.78
>5 anos	49.50	60.48	55.80	62.48	59.70	59.98	56.28	60.52
> 10 anos	67.28	50.68	66.62	52.02	60.06	53.98	56.28	60.10

Entre os vários itens do IBP, o item “*satisfação com a vida espiritual ou religiosa*” é o item que possuía uma relação estatisticamente significativa com o tempo de prática regular de Yoga. Dessa forma, os praticantes que fazem Yoga há mais tempo, demonstram maior satisfação neste item.

Portanto confirma-se a hipótese colocada, sendo que existe relação entre o bem-estar subjetivo dos participante e o tempo de prática regular de Yoga.

2.3.3. Hipótese 3

Hipótese 3: *Prevê-se que a satisfação dos sujeitos com o suporte social esteja significativamente relacionado com a prática do Yoga.*

Para averiguar se satisfação dos sujeitos com o suporte social estava relacionado com o Yoga, utilizou-se novamente a categoria do “*Questionário Sociodemográfico e Clínico*”, “*Há quanto tempo pratica Yoga*” e foi realizado o teste de comparação de médias não paramétrico *Kruskal-Wallis* para verificar as diferenças entre os grupos relativamente ao suporte social medido pelo ESSS. Verificou-se que a satisfação com o suporte social dos sujeitos não está significativamente relacionado com o tempo de prática regular de Yoga ($\chi^2(6,107)=10.9, p=0.91$). O quadro 15. apresenta a classificação média de rankings correlação do ESSS e o *Tempo de Prática de Yoga*.

Quadro 15. Classificação Média de *Rankings* Correlação do ESSS e o *Tempo de Prática de Yoga* (N=107).

<i>Tempo de Prática de Yoga</i>	<i>Satisfação com os amigos</i>	<i>Satisfação com a intimidade</i>	<i>Satisfação com a família</i>	<i>Satisfação com as atividades sociais</i>
<i><6 meses</i>	36.14	33.39	44.39	37.32
<i>6 meses</i>	68.12	65.08	60.38	46.71
<i>1 ano</i>	34.00	48.85	36.35	41.80
<i>2 anos</i>	58.15	53.62	58.00	67.97
<i>3 anos</i>	57.28	74.17	63.61	45.83
<i>>5 anos</i>	59.48	48.65	49.90	68.22
<i>> 10 anos</i>	56.84	59.56	60.48	53.78

Embora a hipótese fosse rejeitada, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relacionadas com o tempo de prática regular de Yoga, em algumas sub-escalas

do ESSS, entre elas a “satisfação com a intimidade” ($\chi^2 (6,107)=13.37,p=0.03$), na “satisfação com os amigos” ($\chi^2 (6,107)=12.59,p=0.05$) e na “satisfação com as atividades sociais” ($\chi^2 (6,107)=14,76,p=0.02$). O que pode significar que os praticantes à medida que vão encetando numa prática regular de Yoga possam usufruir de maior satisfação com a sua intimidade, os amigos e as atividades sociais. Em suma, rejeita-se a hipótese de que a satisfação dos sujeitos com o suporte social esteja significativamente relacionado com a prática do Yoga, apesar de provavelmente auxiliar em alguns dos seus aspectos.

2.3.4. Hipótese 4

Hipótese 4: *Prevê-se que as atitudes e comportamentos de saúde dos sujeitos estejam significativamente relacionados com a prática do Yoga.*

Foram analisadas as relações entre atitudes e comportamentos de saúde com o tempo de prática regular do Yoga, através da categoria do “*Questionário Sociodemográfico e Clínico*”, “*Há quanto tempo pratica Yoga*”, e o teste de comparação de médias não paramétrico *Kruskal-Wallis*, para comparar os grupos relativamente às variáveis medidas pelo QACS. Os resultados indicaram que as atitudes e os comportamentos de saúde dos sujeitos estão significativamente correlacionados com o tempo de prática regular de Yoga ($\chi^2 (6,107) =12.3,p=0.50$), evidenciando-se os comportamentos de “*autocuidado*” ($\chi^2(6,107)=4.6,p=0.02$).

O que significa que detém mais atitudes e comportamentos que facilitam a prevenção ou deteção precoce de doenças, do que comportamentos salures de nutrição, exercício físico, segurança motorizada ou uso de drogas para estimular o organismo. O quadro 16. descreve a classificação média de *rankings* correlação do QACS e o *Tempo de Prática de Yoga*.

Quadro 16. Classificação Média de *Rankings* Correlação do QACS e o *Tempo de Prática de Yoga* (N=107).

<i>Tempo de Prática de Yoga</i>	<i>Exercício Físico</i>	<i>Nutrição</i>	<i>Autocuidado</i>	<i>Segurança Motorizada</i>	<i>Uso de Drogas ou Similares</i>
<6 meses	48.68	42.14	30.50	57.14	60.04
6 meses	61.12	64.29	67.38	54.38	63.33
1 ano	45.15	48.55	43.70	39.75	41.85
2 anos	51.12	44.26	50.09	52.38	50.82

Quadro 16. Classificação Média de *Rankings* Correlação do QACS e o Tempo de Prática de Yoga (N=107), (continuação).

<i>Tempo de Prática de Yoga</i>	<i>Exercício Físico</i>	<i>Nutrição</i>	<i>Autocuidado</i>	<i>Segurança Motorizada</i>	<i>Uso de Drogas ou Similares</i>
3 anos	45.56	52.06	53.89	62.00	50.17
>5 anos	58.58	52.90	59.85	59.42	53.98
> 10 anos	58.84	66.08	62.88	51.64	54.56

Portanto, confirma-se a hipótese de que as atitudes e comportamentos de saúde dos sujeitos estejam significativamente correlacionados com a prática do Yoga.

2.4. Resultados das Análises Exploratórias

Nesta investigação, para além da testagem de hipóteses procurou-se analisar outras relações entre as VDs e o Yoga (VI), que pudessem ter influência na saúde mental, bem-estar subjetivo, satisfação com o suporte social e atitudes e comportamentos de saúde dos participantes.

2.4.1. Exploração da variável “frequência de aulas de Yoga por semana”

Como foi confirmada a hipótese de relação entre o tempo de prática de Yoga regular e a saúde mental dos seus praticantes, ponderou-se que o mesmo ocorreria em relação à frequência de aulas de Yoga por semana.

No sentido de analisar essa possível relação usou-se a categoria do “*Questionário Sociodemográfico e Clínico*”, “*Frequência de aulas de Yoga por semana*” que encontra-se dividida em três categorias ordinais – “*uma a duas vezes*”, “*três a quatro vezes*” e “*mais de quatro vezes*”. O teste não paramétrico utilizado foi o teste de comparação de médias não paramétrico *Kruskal-Wallis*.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no IGS ($\chi^2(2,107)=10.99,p=0.04$), no ISP ($\chi^2(2,107)=10.41,p=0.05$) e no TSP ($\chi^2(2,107)=10.99p=0.04$). No que concerne às diferentes escalas clínicas verificaram-se diferenças estatisticamente

significativas, em especial: na *Sensibilidade Interpessoal* ($\chi^2 (2,107)=10.62,p=0.05$); na *Depressão* ($\chi^2 (2,107)=10.59,p=0.02$); na *Hostilidade* ($\chi^2 (2,107)=12.19,p=0.04$); na *Ideação Paranóide* ($\chi^2 (2,107)=6.05,p=0.04$) e no *Psicoticismo* ($\chi^2 (2,107)=5.90,p=0.05$). Conclusivamente, observa-se que quanto maior for a frequência de aulas de Yoga por semana, maior é a probabilidade dos indivíduos não sofrerem de doenças psicopatológicas, de terem menores níveis de distresse, ou de manifestarem queixas sintomáticas.

No sentido de analisar a relação do bem-estar subjetivo e a satisfação com o suporte social dos praticantes de Yoga com a frequência semanal de aulas de Yoga, usou-se novamente a categoria do “*Questionário Sociodemográfico e Clínico*”, “*Frequência de aulas de Yoga por semana*” que está dividida em três categorias nominais - “*uma a duas vezes*”, “*três a quatro vezes*” e “*mais de quatro vezes*”. O teste não paramétrico utilizado foi o teste de comparação de médias não paramétrico *Kruskal-Wallis*.

Não foi verificada relação estatisticamente significativa entre o bem-estar subjetivo ou a satisfação com o suporte social dos participantes e a frequência semanal de aulas de Yoga.

Para averiguar a existência de relação estatisticamente significativa entre as atitudes e os comportamentos de saúde e a frequência de prática semanal de Yoga, fez-se uso da categoria do “*Questionário Sociodemográfico e Clínico*”, “*Quantas vezes por semana frequenta aulas de Yoga*”, já previamente descrita. Para isso, foi realizado o teste de comparação de médias não paramétrico *Kruskal-Wallis*. Não se verificou relação estatisticamente significativa entre o número de aulas de Yoga frequentadas por semana e as atitudes e comportamentos de saúde dos praticantes ($\chi^2 (2,107)=2.08,p=0.353$).

Em suma, só se verifica uma provável relação entre a diminuição de sintomatologia psicopatológica e uma maior frequência semanal de aulas de Yoga, pelo que os sujeitos que praticam mais de quatro vezes por semana aulas de Yoga possuem mais saúde mental do que os que praticam uma a duas aulas por semana.

2.4.2. Exploração da Variável “*pratica Yoga em casa*”

Ao longo da revisão bibliográfica verificou-se em alguns estudos, que os que mais beneficiavam da prática do Yoga eram os sujeitos que, além de frequentarem aulas de Yoga, praticavam Yoga em casa.

Para averiguar a existência de relação estatisticamente significativa entre a saúde dos sujeitos e a prática de Yoga em casa, utilizou-se a categoria do “*Questionário*

Sociodemográfico e Clínico”, “*Pratica Yoga em Casa*” que está dividida em duas categorias nominais – “*Sim*” e “*Não*”. O teste não paramétrico utilizado foi o teste *U de Mann-Whitney*.

No que se refere à saúde mental dos sujeitos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no IGS ($Z(U)=-.475$, $p=.635$), nem no ISP ($Z(U)=-.475$, $p=.635$), nem no TSP ($Z(U)=-.635$, $p=.604$), entre os participantes que praticam Yoga em casa dos que não praticam. O mesmo se verificou no que concerne às VDs bem-estar subjetivo, ($Z(U)=-.310$, $p=.757$), satisfação com o suporte social ($Z(U)=-.151$, $p=.131$), nas atitudes e comportamentos de saúde ($Z(U)=-.119$, $p=.233$).

Portanto, na amostra deste estudo os resultados revelam que não existe relação entre a saúde dos sujeitos, nomeadamente na saúde mental, bem-estar subjetivo, satisfação com o suporte social, as atitudes e comportamentos de saúde e a prática de Yoga em casa.

2.4.3. Exploração da Variável “prática de meditação”

No enquadramento teórico alguns estudos assinalam que a prática da meditação, como componente do Yoga, pode ser muito benéfica.

No sentido de analisar essa possível relação com a saúde dos praticantes de Yoga, usou-se a categoria do “*Questionário Sociodemográfico e Clínico*”, “*Pratica Meditação*” que está dividida em duas categorias nominais – “*Sim*” e “*Não*”. O teste não paramétrico utilizado foi o teste *U de Mann-Whitney*.

No que se refere à relação entre a saúde mental dos sujeitos e a prática da meditação não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no IGS ($Z(U)=-1.36$, $p=.17$), nem no ISP ($Z(U)=-1.36$, $p=.17$), nem no TSP ($Z(U)=-1.11$, $p=.26$). Porém, entre as escalas clínica, verifica-se relação entre a *Sensibilidade Interpessoal* ($Z(U)=-2.02$, $p=.04$) e a *Hostilidade* ($Z(U)=-2.10$, $p=.03$) com a prática da meditação. Portanto, a saúde mental dos participantes deste estudo provavelmente não está relacionada com a prática em específico da componente da meditação.

Foi também aplicado o mesmo teste para averiguar se existiam diferenças estatisticamente significativas no bem-estar subjetivo, em função dos sujeitos que praticam meditação dos que não praticam. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no bem-estar subjetivo entre os que praticam e os que não praticam meditação ($Z(U)=-2.03$, $p=.04$). O que significa que o bem-estar subjetivo dos sujeitos provavelmente está relacionado com a prática da meditação.

No que concerne à relação dos comportamentos de saúde com a prática de meditação não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($Z=-1.19$, $p=.234$). Porém verificou-se alguma significância na relação entre o “*uso de drogas ou similares*” e a prática de meditação. Portanto, pode-se observar que provavelmente os comportamentos de saúde dos participantes, não está relacionado com a prática de meditação.

Terminadas as análises de resultados, prosseguir-se-á com a discussão de resultados.

CAPÍTULO III: DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente capítulo expõe a discussão dos resultados aferidos precedentemente. Assim sendo, verifica-se que dos 107 participantes, 86.9% foi representado pelo género feminino, convergindo com os estudos recolhidos sobre o Yoga, nos quais se afigura uma maior adesão por parte deste género (Coelho et al., 2011). Para além disso, os resultados confirmam que o Yoga pode ser praticado em qualquer faixa etária (Cabrera, 2011). De modo que, a amostra foi composta por participantes de diversas idades compreendidas entre os 18 e 73 anos: 19% dos participantes possuem entre os 18 e 30 anos; 51% detém entre 30 e os 50 anos; e 37% da amostra tem idades entre os 50 e os 73 anos.

Acresce que a maioria da amostra usufruiu de recursos instrumentais tendencialmente associados à qualidade de vida (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012): ao nível das habilitações literárias, revelando que 73.8% da amostra completou o ensino superior e 84.1% se encontra profissionalmente ativa.

Na dimensão clínica verifica-se que a amostra age cuidadosamente para com a sua saúde. A despeito da maioria dos praticantes não seguirem um regime alimentar vegetariano como era previsto, mantêm cuidados com a alimentação na qual se destaca o consumo diário de fruta (79.4%) e verduras (80.4%). Dentro da amostra, 79.4% detém um Índice de Massa Corporal correspondente ao ideal para o seu peso e altura. Segundo os dados recolhidos, 76.6% desses cuidados dever-se-á a motivos de saúde física, mental e à manutenção de padrões de beleza. Para além disso, 86.9% dos praticantes não tem hábitos tabágicos, 50.5% consome álcool somente em eventos sociais e 67.3%, praticam desporto paralelamente à prática de Yoga.

Embora somente 36.4% da amostra tenha adoptado o Yoga como filosofia de vida, afigura-se que os praticantes deste estudo vivem um estilo de vida saudável. O estudo revelou que as atitudes e comportamentos salutareos dos sujeitos aumentavam em conformidade com os anos de prática de Yoga. Deduzindo-se que tal se deve, como indicado no estudo de Ory, Jordan e Bazarre (2002) que o Yoga disponibiliza uma psicopedagogia salutar. É de grande importância frisar que as variáveis psicossociais encontram-se interrelacionadas, pelo que também os comportamentos de saúde têm impacto na redução do stresse e da ansiedade (Walsh, 2011).

Neste prosseguimento, apenas uma parcela reduzida de participantes menciona sofrer de problemas de saúde física (24.3%) e sintomatologia inerente à depressão e à ansiedade

(2.8%). Ao nível estatístico extrai-se que a totalidade da amostra não apresenta distresse nem instabilidade mental, sendo que a sintomatologia psicológica e as queixas sintomáticas são irrelevantes. Seguindo a linha de pensamento de Canavarro (1999), esta amostra pertence à população geral portuguesa que não possui perturbações no âmbito da saúde mental.

Da mesma maneira, através dos dados recolhidos, verifica-se que a maioria da amostra iniciou a prática do Yoga por motivos de saúde física e mental, inclusive como forma de combater o stress e a ansiedade. De facto, o Yoga promove uma diminuição da atividade do eixo HPA e do Sistema Nervoso Simpático, resultando na redução do stress, da ansiedade, da somatização e no acréscimo de estados de relaxamentos, vitalidade e bem-estar (Cabrera 2011; Ganpta, 2012).

Além disso, a amostra indica manter a prática yogui por considerar que esta promove o seu bem-estar e provoca estados de relaxamento. Os resultados obtidos neste estudo corroboraram as informações fornecidas pela revisão bibliográfica, pois indicam que quanto maior for tempo de experiência e prática regular desta filosofia de vida, menor será a probabilidade de ocorrência de distresse e de sintomatologia psicopatológica nos seus praticantes. De igual modo, com o aumento do tempo de prática de Yoga destacam-se reduções significativas nomeadamente nos índices clínicos de somatização, depressão e da ansiedade, evidenciando-se entre elas a redução da obsessão-compulsão. Embora a obsessão-compulsão seja análoga à ansiedade e ao stress não existem estudos que ressaltem a diminuição deste domínio. Porém, existem investigações em que o Yoga foi utilizado como intervenção terapêutica em indivíduos com a Perturbação Obsessiva-Compulsiva, Verificando-se uma diminuição dos níveis de stress e ansiedade e uma melhoria do funcionamento do indivíduo (Yardi, 2001).

Afere-se da mesma forma que os sujeitos que praticam Yoga com maior frequência durante a semana têm menores níveis de distresse e de sintomatologia psicológica em relação aos que frequentam menor número de aulas. Por conseguinte, o Yoga repercute numa melhoria da saúde mental dos seus praticantes.

Em oposição, ao que Ross et al. (2012) defendem, o mesmo não se verifica que aos sujeitos que além das aulas de Yoga, usufruíam de uma prática caseira, tenham maiores índices de comportamentos salutar e saúde mental do que os que não praticam. Tal se poderá dever ao facto de existir maior estimulação nas aulas de Yoga causado pelo contacto social no qual existe pressão direta dos pares (Pais-Ribeiro, 1999). Além disso, sendo a aula

de Yoga supervisionada por um instrutor, implicará a correção de erros e aperfeiçoamento das diferentes componentes.

A estabilidade da saúde mental firmada pelo equilíbrio do humor e pela diminuição do stresse, seria acompanhada por uma avaliação cognitiva positiva do individuo para com a sua vida. (Cummins, 2003; Dubey, 2012; Levine & Balk, 2012). Logo, empiricamente comprova-se este dado pois é possível observar na totalidade dos participantes bem-estar subjetivo. Os resultados do estudo indicam que quanto maior forem os anos de experiência yogui, maior será o bem-estar subjetivo dos seus praticantes. O bem-estar subjetivo evidencia-se especificamente no âmbito da vida espiritual ou religiosa, o que pode ser explicado, pelo facto de que muitos estilos de Yoga são inerentes a uma perspetiva holística baseada nas linhas espirituais do Oriente, atualmente designadas de New Age (Sengupta, 2012). Por esse motivo, afirma-se que o Yoga poderá ser uma mais-valia não só para a integridade física e mental, mas também para a integridade espiritual (Dubey, 2012). Da mesma forma, Anandamúrti (2001) postula que o Yoga produz bem-estar intrapsíquico e serenidade, em especial através da meditação. Assim, apura-se nesta investigação que os participantes que praticam meditação pontuam maior bem-estar subjetivo do que os que não praticam.

Por meio dos resultados expostos, no início do estudo presumiu-se que o Yoga também propulsionaria uma maior satisfação dos praticantes com o suporte social. Embora e tivesse verificado que a amostra gozava de “*moderada*” satisfação com o suporte social, não se verificou que esta fosse associada ao Yoga. Este resultado vai ao encontro de outras investigações nas quais, a despeito do acréscimo do bem-estar subjetivo, não foram observadas melhorias ao nível da satisfação com o suporte social (Levine & Balk, 2012). Por conseguinte, estima-se que os praticantes diminuem algumas dificuldades sociais, não pela pratica do Yoga *per se*, mas devido ao sentimento de pertença a um grupo com gostos similares (Malathi, Damodaran, Shah, Patil & Maratha, 2000).

Em suma, observa-se nesta estudo que o Yoga está relacionado com uma melhoria da saúde mental, do bem-estar subjetivo e dos comportamentos salutareos dos seus praticantes. Logo, poderá ser considerado um preditor da saúde dos seus praticantes. Ademais, se pode observar que o Yoga poderá ser um transformador de estilos de vida e, um instrumento viável e económico para a promoção e manutenção da saúde, ou então, como terapia complementar de determinadas patologias crónicas associadas ao stresse e ansiedade.

CAPÍTULO IV: CONCLUSÃO INTEGRATIVA DO ESTUDO

O presente estudo empírico foi fundamentado numa tentativa de acrescer o conhecimento científico sobre a relevância da prática de Yoga na saúde geral dos indivíduos (saúde mental, física e social). Sendo a presente tese realizada no âmbito da Psicologia, destacam-se variáveis ao nível da saúde mental, de modo que, mesmo as variáveis relacionadas ao comportamento, são influenciadas pela subjetividade do participante. Assim sendo, para ocorrer uma real compreensão das repercussões psicológicas provocadas pelo Yoga é necessário conhecer a sua prática, as características inerentes aos seus praticantes e desmistificar conceitos falaciosos associadas ao tema. De modo que, o objetivo geral deste estudo foi alcançado sendo a sua concretização evidentemente positiva.

Sequencialmente foram observadas algumas limitações durante a sua realização. A amostra é pequena e remete-se apenas a três regiões do país, sendo que seria pertinente abranger praticantes de outras regiões, nas quais se pudesse conferir os resultados. Ademais, a amostra é maioritariamente constituída pelo género feminino, não sendo possível comparar os efeitos do Yoga entre géneros. Da mesma forma que os dados revelaram relação entre o Yoga e a saúde dos seus praticantes seria também pertinente observar, em específico, se ocorre uma melhoria da cognição e da memória tal como indicado pela literatura (Rocha et al., 2012). Nesta continuidade, observa-se que cada estilo de Yoga contempla determinadas componentes em prole de outras, de forma que, algumas vertentes poderão ser mais benéficas ao nível da saúde mental do que outras.

Como este estudo é transversal e correlacional não foi possível estabelecer directamente causalidade. Os próprios instrumentos de auto-relato levantaram algumas dificuldades, sendo excluídos participantes que não responderam ou omitiram questões devido à extensão de alguns questionários. Além disso, este tipo de instrumentos é sujeito a erros de desejabilidade social e de interpretação.

Como desde a década de 70, a Psicologia Clínica e da Saúde têm vindo a estimular a qualidade de vida, o bem-estar e as emoções positivas de todos os indivíduos, a sua complementaridade com técnicas yoguis na promoção e manutenção da saúde poderá ser pertinente e contribuir para a consolidação de um modelo de saúde mais integrativo na área da saúde. Tal ganha relevância, numa fase em que foi promulgada em Portugal a lei número 71/2013, a qual regulamenta as terapias não-convencionais conferindo-lhes dessa forma, qualidade e prestígio dos seus serviços.

Por se tratar de uma temática ainda pouco estudada, são necessários mais estudos correlacionais e experimentais sobre as repercussões psicológicas e mentais do Yoga. Apesar das suas fragilidades este estudo poderá servir como propulsor de futuras investigações sobre a sua prática, criando perspectivas alternativas nesta área e contribuir para novos tipos de intervenção na promoção e manutenção da qualidade de vida e de estilos de vida saudáveis. Além disso, é de extrema relevância convergir conhecimentos que permitam que a vida humana seja cada vez mais equilibrada e saudável sendo esperado, tal como diria Heisenberg, novos e estimulantes progressos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Almeida, M., Gutierrez, G., & Marquez, R. (2012). *Qualidade de Vida – Definição, Conceitos e Interfaces com Outras Áreas de Pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP.
- Almeida, J.(2003). *O Oriente que há em nós – O “Centro Nori”: um Estudo de caso da prática de Yoga em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação. Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Alves, A., Baptista, S., & Dantas, E. (2006). Os efeitos da prática do yoga sobre a capacidade física e autonomia funcional em idosas. *Fitness & Performance Journal*, 5(4), 243-249.
- Anandamúrti, S. (1998). *Filosofia Elementar da Ananda Marga*. São Paulo: Publicações Ananda Marga.
- Anandamúrti, S. (2001). *Um Guia Para a Conduta Humana*. (4ª Ed.).São Paulo: Publicações Ananda Marga.
- Antonovsky, A. (1989) *Unravelling the Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Antonovsky, A. (1990). Salutogenesis: Studying Health vs. Studying Diseases. *Lecture at the Congress for Clinical Psychology and Psychotherapy*. Berlin.
- Baptista, M. (2001). Yoga no controle do stress. *Fitness & Performance Journal*, 1(1), 12-20.
- Bilderbeck, A, Faria, M., Brazil, I., Jacobowitz, S., & Wicholm, C. (2013). Participation in a 10-week course of Yoga improves behavioral control and decreases psychological distress in a prison population. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1438-1445.
- Brotto, L., Mehak, L., & Kit, C. (2009). Yoga and Sexual Functioning: a review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35, 378-390.
- Büssing, A., Michalsen, A., Khalsa, S., Telles, S., & Sherman, K. (2012). Effects of Yoga on mental and physical health: a short summary of reviews. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, 165410, 1-7.
- Cabrera, M. (2011).Eficacia del hatha yoga en la tercera edad. *Medisan*, 15(5), 617-625.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L.

- Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Capra, F. (1989). *O Tao da Física: Uma Exploração dos Paralelos Entre a Física Moderna e o Misticismo*. Lisboa: Editorial Presença, Lda.
- Carei, T., Fyfe-Johnson, A., Breuner, C., & Brown, M. (2010). Randomized controlled clinical trial of Yoga in the treatment of eating disorders. *Journal of Adolescent Health, 46*(4), 346-351.
- Carvalho, G., Gonçalves, A., Rodrigues, V., & Albuquerque, C. (2008). O Modelo Biomédico e a abordagem de promoção de saúde na prevenção de comportamentos de risco. Leal, I., et. al. (ed.) *Intervenção em psicologia e saúde: actas do Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (247.250). Porto: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Chandler, C. K., Holder, J. M., & Kolander, C.A. (1992). Counseling for spiritual wellness: theory and practice. *Journal of Counseling and Development, 71*, 168-175.
- Chen, K., Tseng, W., Ting, L., & Huang, G. (2006). Development and evaluation of a yoga exercise programme for older adults. *Journal of Advanced Nursing, 57*(4), 432-441.
- Cohen, L., Warneke, C., Fouladi, R., Rodriguez, M., & Chaoul-Reich, A. (2004). Psychological adjustment and sleep quality in a randomized trial of the effects of a Tibetan Yoga Intervention in patients with lymphoma. *Wiley Interscience, 100*(10), 2253-2260.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *The American Psychologist, 59*(8), 676-684.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis; a theoretical analysis. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (Vol. IV, pp. 253-268). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Coelho, C., Lessa, T., Carvalho, R., Coelho, L., Scari, R., Fernandes, N., & Júnior, J. (2011). Qualidade de vida, em mulheres praticantes de Hatha Yoga. *Motriz: Revista de Educação Física, 17*(1), 33-38.
- Cummins, R. (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research 43*, 307-334
- Cummins, R. (2003). Normative life satisfaction: measurement issues and a homeostatic model. *Social Indicators Research, 64*, 225-256.

- Cummins, R., McCabe, M., Romeo, Y., & Gullone, E. (1994). The comprehensive quality of life scale: instrument development and psychometric evaluation on tertiary staff and students. *Educational and Psychological Measurement*, 54, 374-382.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of Progress, *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302
- Dubey, A. (2012). Perceived control as predictor of yogic practices and effects of Yoga on health and well-being. *Journal of Psychology*, 3(2), 121-129.
- De Marco, M. (2005). Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(1),60-72.
- De Rose, L. (1944). *Origens do Yôga Antigo: Uma Luz Sobre os Eventos Históricos que Influenciaram as Metamorfozes do Yôga, Abordando: Ásana, Yôga, Rája Yôga, Karma Yôga, Jñana Yôga, Layá Yôga, Mantra Yôga, Tantra Yôga, Kundaliní Yôga Ashtánga Yôga e Outros*. São Paulo: Nobel.
- Engel, G. (1977). A need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, New Serie*, 196(4286), 129-136.
- Eggleston, B. (2009). *Psychosocial Determinants of Attending Yoga Classes: An Application of The Theory of Planned Behavior*. Dissertação em Saúde Pública publicada. Indiana University.
- Erberst, R. (1984). Defining health: a multi-dimensional model. *Journal of School Health*, 54(3), 99-104.
- Feurstein, G. (2001). *A Tradição do Yoga: História, Literatura, Filosofia e Prática*. São Paulo: Pensamento.
- Feurstein, G. (2006). *A short history of Yoga*. Consultado em 12 de Janeiro de 2012, no site <http://www.finden.gr/asp/A%20Short%20History%20of%20Yoga.pdf>.
- Field, T. (2009). *Complementary and alternative therapies research*. Washington: American Psychology Association.
- Fonseca, V. (2011). *Qualidade de Vida e Psicopatologia: Intervenção Terapêutica em Hospital de Dia*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Frawley, D. (2000). *Uma Visão Ayurvédica da Mente: A Cura da Consciência*. Tradução: Alípio Correia da Franca Neto. São Paulo: Editora Pensamento.
- Ganpta, T. (2012). Integrated Yoga therapy for improving mental health in managers. *Industrial Psychiatric Journal*, 20(1), 45-48.

- Ganpat, T., & Nagendra, H. (2011). Integrated Yoga therapy for improving mental health in managers. *Industrial Psychiatry Journal*, 20(1), 45-48.
- Gaudenzi, P., & Shramm, F. (2010). A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 243-255.
- González, V., & Waterland, A. (1998). Efectos del Hatha-Yoga sobre la salud – Parte I. *Revista Cubana de Medicina General integral*, 14(4), 393-397.
- Gouveia, M. (2011). *Flow Disposicional e o Bem-Estar Espiritual em Praticantes de Atividades Físicas de Inspiração Oriental*. Tese de Doutoramento em Psicologia da Saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Hazlett-Stevens, H., & Craske, M. (2009). Breathing retraining and diaphragmatic breathing techniques. In W. O'Donohue, & Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behaviour therapy* (p.165-172). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hawks, S. (1994). Spiritual wellness, holistic health, and the practice of health education. *American journal of Health Education*, 35(1), 11-16.
- Heath, C., & Berman, J. (2008). *Evolutionary lifestyle and mental health*. *Evolutionary Psychology*, 6(1), 67-76.
- International Wellbeing Group. (2006). Personal Wellbeing Index: 4th Edition. Consultado a 15 de Março de 2013 no site http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing_index.htm
- Jadahy, S., & Havalappanavar, N. (2009). Effect of Yoga Intervention on anxiety and subjective well-being. *Journal of Indian Academy of Applied Psychology*, 35(1), 27-31.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare.
- Levine, A., & Balk, J. (2012). Pilot study of Yoga for breast cancer survivors with poor quality of life. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 18, 241-245.
- Khalsa, S, Shorter, S., Cope, S., Wyshak, G., & Sklar, E. (2009). Yoga ameliorates performance anxiety and mood disturbance in young professional musicians. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 34, 279-289.
- Kraemer, J., & Marquez, D. (2009). Psychosocial correlates and outcomes of Yoga or walking among older adults. *The Journal of Psychology*, 143(4), 390-404.

- Luz, M. (2005). Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Phisys: Revista de Saúde Colectiva*, 15, 145-176.
- Martins, M. (2005). A promoção da saúde: recursos e paradigmas. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, IX(22), 42-46.
- Malathi, A., Damodaran, A., Shah, N., Patil, N., & Maratha, S. (2000). Effect of yogic practices on subjective wellbeing. *Indian Journal Psysiology & Pharmacology*, 44(2), 202-206.
- Moak, Z., & Agrawal, A. (2009). The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the national epidemiological surveys on the alcohol and related conditions. *Journal of Public Health*, 32(2), 191-201.
- Moliver, N., Mika, E., Chartrand, M., Haussman, R., & Khalsa, S. (2013). Yoga experience as a predictor of psychological wellness in women over 45 years. *International Journal of Yoga*, 6(1), 11-19.
- Nagarathna, R., Usharani, M., Rao, A., Chaku, R., KulKarni, R., & Nagendra, H. (2011). Efficacy of Yoga based life style modification program on medication score and lipid profile in type 2 diabetes- a randomized control study. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 32(3), 122-130.
- Nangia, D., & Malhotra, R. (2012). Yoga, Cognition and Mental Health. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 38(2), 262-269.
- Ospina, M., Bond, K., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermer, B., Liang, Y., Bialy, L., Hooton, N., Buscemi, N., Dryden, D., & Klassen, T. (2007). Meditation practice for health: state of the research. *Evidence Report/Technology*, 155(1), 1-263.
- Ory, M., Jordan, P., & Bazzarre, T. (2002). The behaviour change consortium: setting the stage for a new sanctuary of health behaviour change research. *Health Education Research – Theory and Practice*, 17(5), 500-511.
- Pinheiro, C., Medeiros, R., Pinheiro, D., & Marinho, M. (2007). Uso do Yoga como recurso não farmacológico no tratamento da hipertensão arterial essencial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 14(4), 226-232.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social. *Análise Psicológica*, 3(XVII), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23, 121-130.

- Pais-Ribeiro, J. L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2(XXII), 387-397.
- Pais-Ribeiro, J., & Cummins, R. (2008.) O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In Leal, I., Pais-Ribeiro, J., Silva, I., & Marques, S. (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 505-508). Lisboa: ISPA
- Sarkar, P. (2004). *A Liberação da Mente Através do Tantra Yoga*. (3ª Ed.) São Paulo: Ananda Marga Publicações.
- Rakhshani, A., Maharana, S., Raghuram, N., Nagendra, H., & Venkatram, P. (2010). Effects of integrated yoga on quality of life and interpersonal relationship of pregnant women. *Quality of Life Research*, 19(10), 1447-1455.
- Rybak, C., & Deuskar, M. (2010). Enriching group counseling trough integrating Yoga concepts and practices. *Journal of Creativity in Mental Health*, 5(1), 3-14.
- Rocha, K., Ribeiro, A., Rocha, K., Sousa, M., Albuquerque, F., Ribeiro, S., & Silva, R. (2012). Improvement in physiological and psychological parameters after 6 months of yoga practice. *Consciousness and Cognition*, 21, 843-850.
- Ross, A., Friedmann, E., Bevens, M., & Thomas, S. (2012). Frequency of yoga practices predicts health: results of a national survey of yoga practitioners. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, 983258, 1-10.
- Ross, A., & Thomas, S. (2010). The health benefits of Yoga and exercise: A review of comparasion studies. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(1), 3-12.
- Romarco, E., & Lima, C. (2008). Benefícios dos exercícios respiratórios no Yoga em mulheres adultas na faixa etária dos 40 aos 90 anos. *Revista da Unidade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas*, 6(3), 78-89.
- Seligman, M. (2002). Positive Psychology, positive prevention and positive therapy. In Snyder, C., & Lopez, S. (Ed.), *Handbook of Positive Psychology* (3-9). New York: Oxford University Press.
- Sengupta, P. (2012). Health impacts of Yoga and pranayama: a state-of-the-art review. *International Journal Preventive Medicine*, 3(7), 444-458.
- Sharma, R., Gupta, N., & Bijlani, R. (2008). Effect of Yoga based lifestyle intervention on subjective well-being. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, 52(2), 123-131.

- Smith, K., & Pukall, C. (2009). An evidence-based review of Yoga as a complementary intervention for patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 18(5), 465-475.
- Singh, A. (2010). Medicina moderna: rumo à prevenção, à cura, ao bem-estar e à longevidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(2), 265-282.
- Takahashi, T., Murata, T., Omori, M., Kosaka, H., & Kikuchi, M. (2005). Changes in EEG and autonomic nervous activity during meditation and their association with personality traits. *International Journal of Psychophysiology*, 55(2), 199-207.
- Travis, F., Haaga, D., Hagelin, J., Tanner, M., Nidich, S., Glaylord-King, C., Grosswald, S., Rainforth, M., & Schneider, R. (2009). Effects of transcendental meditation practice on brain functioning and stress reactivity in college students. *International Journal of Psychophysiology*, 71(2), 170-176.
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 441-448.
- Teixeira, J., & Correia, A. (2002). Fragilidade social e a psicologia da saúde: um exemplo de influências do contexto sobre a saúde. *Análise Psicológica*, XX (3), 359-365.
- Telles, S., Mohapatra, R., & Naveen (2005). Heart rate spectrum during Vipassana mindfulness meditation. *Journal of Indian Psychology*, 23, 1-5.
- Telles, S., Singh, N, & Balkrishna, A. (2012). Effects of Yoga on different aspects of mental health. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, 56(3), 245-254.
- Tul, Y., Unruh, A., & Dick, B. (2011). Yoga for chronic pain management: a qualitative exploration. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 435-443.
- Varkapic, C., & Rangé, B. (2011). Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 50-54.
- Walsh, R. (2011). Life style and mental health. *The American Psychologist*, 66(7), 579-592.
- World Health Organization. (2001_a). *World Health Report: Mental Health - New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001_b). *Atlas: Mental Health Resouces in the World*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practic: Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in Collaboration With The Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne* . Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *Measurement of and Target-Setting for Wellbeing: an Initiative by the WHO Regional Office for Europe: Second Meeting of the Expert Group Paris, France, 25-26 July, 2012*. Denmark: WHO Regional Office for Europe.

Yard, N. (2001). Yoga for control of epilepsy. *Seizure: the Journal of the British Epilepsy Association*, 10(1), 7-12.

ANEXOS

ANEXO I



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
FACULDADE DE FILOSOFIA
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde



CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro participante,

No âmbito de obtenção do grau de Mestre de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia, encontra-se em desenvolvimento a investigação sobre a temática “Saúde Mental, Bem-Estar Subjetivo, Satisfação com o Suporte Social e Comportamentos de Saúde em Praticantes de Yoga”, no contexto de Dissertação sob orientação da Professora Doutora Eleonora Cunha.

O objetivo é estudar de que forma o Yoga é um preditor de saúde física, mental e social. Dessa forma, como objetivos específicos procurar-se-á averiguar qual a relação entre o Yoga e a saúde mental, bem-estar subjetivo, satisfação com o suporte social e comportamentos de saúde dos seus praticantes. Assim sendo, venho por este meio solicitar a colaboração voluntária de vossa excelência no sentido de preencher os questionários específicos usados para a investigação, com a duração de 10 a 15 minutos.

Devo referir que a informação recolhida será tratada com o maior sigilo, no respeito máximo pelo anonimato da colaboração e confidencialidade dos dados. Tem o direito de recusar a sua participação em qualquer momento, sem consequências para a sua pessoa.

Agradeço toda a atenção disponibilizada.

Com os meus melhores cumprimentos,

(Isabel Faria)

__/__/__

(Data)

ANEXOII



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
FACULDADE DE FILOSOFIA
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde



DECLARAÇÃO

Declaro, ao colocar uma cruz no quadrado que está localizado no final desta declaração, que aceito participar no estudo de Isabel Maria da Quinta Castro Faria, no contexto da sua Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde sendo que foram prestadas informações e esclarecimentos que considere importante para a minha participação. Assim sendo, fui informado do objetivo, procedimento de estudo, duração do preenchimento dos questionários, confidencialidade e anonimato dos dados, bem como o meu direito de recusar participar sem qualquer consequência para a minha pessoa.

Declaro que aceito participar neste estudo Data: __/__/__

(Assinatura)

ANEXO III

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

(Faria & Costa, 2012)

1. Dados de Identificação

- Idade___
- Género: Feminino ___ ; Masculino___
- Grau de Escolaridade:_____
- Profissão:_____
- Estado Civil:_____
- Nacionalidade:_____
- Residência:_____
- Peso___; Altura___

2. Regime Alimentar (assinale com uma cruz)

	Quanto Consome Por Semana			
	Nunca	Raramente	Suficiente	Todos os Dias
<i>Alimentos</i>				
<i>Carne</i>				
<i>Peixe</i>				
<i>Ovos</i>				
<i>Lacticínios</i>				
<i>Legumes</i>				
<i>Fruta</i>				

- **Tem cuidados regulares com a sua dieta:** Sim___; Não___.
- **Motivos (assinale apenas se colocou sim na questão anterior):**
Manter o peso___; Excesso de Peso___; Beleza___; Saúde Física___; Saúde Mental___; Saúde Física, Mental e Beleza___; Doença___; Espiritualidade___.

3. Sono

- **Considera que tem um bom sono:** Sim___; Não___
- **Quantas horas dorme por dia:**
(-) 5h___; 5-8h___; 8h___; (+)8h___.
- **Tem insónia:** Sim___; Por Vezes___; Não___.
- **Se sofre de insónia esta é:** Leve___; Moderada___; Elevada___.
- **Se sofre de insónia esta decorre no:** Início do Sono___; Meio do Sono___; Final do Sono___

4. Hábitos de Vida (assinale com uma cruz)

- **Fuma:** Sim ___; Não ___; Apenas em eventos sociais.
- **Se Fuma:** Muito Pouco___; Pouco___; o Suficiente___; Bastante___; Excessivamente___.
- **Bebe Bebidas Alcoólicas:** Sim___; Não___; Apenas em eventos sociais
- **Se Bebe Bebidas Alcoólicas:** Muito Pouco___; Pouco___; o Suficiente___; Bastante___; Excessivamente___.
- **Pratica Desporto:** Sim___; Não___
- **Que Desporto:**_____
- **Quantas vezes por mês:** Raramente___; o Suficiente___; Muitas Vezes___; Sempre que Pode___.

Questionário Sociodemográfico e Clínico (Faria & Costa, 2012), (continuação)

5. *Saúde (assinale com uma cruz)*

- **Tem algum problema de saúde física:** Sim___; Não___.
- **Qual:** _____
- **Tem algum problema de saúde mental:** Sim___; Não___.
- **Qual:** _____

6. *Prática de Yoga*

- **Que tipo de Yoga pratica** _____
- **Há quanto tempo pratica Yoga (assinale com uma cruz):**
(-) 6 meses___; 6 meses___; 1 ano___; 2 anos___; 3 anos___; (+) 5 anos___; (+) 10 anos___.
- **Motivo inicial pelo qual começou a praticar Yoga (assinale com uma cruz)**
Busca espiritual___; Saúde Física___; Saúde Mental___; Combater o Stresse e Ansiedade___;
Curiosidade___; Forma de Lazer___; Praticar Desporto___; Outro___.
- **Quantas vezes por semana frequenta aulas de Yoga:**
1 a 2 vezes___; 3 a 4 vezes___; (+) 4 vezes___.
- **Pratica Yoga em casa:** Sim___; Não___.
- **Se sim, indique com que frequência:**
Raramente___; Algumas vezes___; Quase todos os dias___; Todos os dias___.
- **Pratica meditação:** Sim___; Não___.
- **Se sim, indique com que frequência:**
Raramente___; Algumas vezes___; Quase todos os dias___; Todos os dias___.
- **Procura estudar e participar em eventos relacionados com o Yoga:**
Raramente___; Algumas vezes___; Sempre que pode___.
- **Sente-se motivado em manter a prática de Yoga:** Sim___; Não___
- **Se sim, indique os motivos:**
Aprecia o Yoga___; Relaxa___; Causa bem-estar___; Põem em forma___; É boa forma de entretenimento___;
Torna-o mais forte___; Adoptou o Yoga como estilo de vida___; Causa bem-estar espiritual___; Outro___.

ANEXO IV

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995.

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos meus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou o peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem ter razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando estão mais pessoas					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					

BSI (continuação)

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27.Dificuldades em tomar decisões					
28.Medo de viajar de autocarro, de comboio, ou de metro					
29.Sensação de que lhe falta o ar					
30.Calafrios ou afrontamentos					
31.Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32.Sensação de vazio na cabeça					
33.Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo					
34.Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados					
35.Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36.Ter dificuldade em concentrar-se					
37.Falta de forças em partes do corpo					
38.Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39.Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40.Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41.Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42.Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43.Sentir-se mal no meio de multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44.Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa					
45.Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					
47.Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho					
48.Sentir que outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49.Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50.Sentir que não tem valor					
51.A impressões de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52.Ter sentimentos de culpa					
53.Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					

ANEXO V

Índice de Bem-Estar Pessoal

Pais-Ribeiro & Cummins, 2008.

As perguntas seguintes questionam, numa escala de “0” a “10”, o seu GRAU DE SATISFAÇÃO. “0” significa que se sente totalmente insatisfeito, “10” significa que se sente totalmente satisfeito. No meio da escala está o “5” que significa neutro (nem satisfeito nem insatisfeito).

1. Qual o seu grau de satisfação com o seu nível de vida?										
Totalmente Insatisfeito			Neutro					Totalmente Satisfeito		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Qual o seu grau de satisfação com a sua saúde?										
Totalmente Insatisfeito			Neutro					Totalmente Satisfeito		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Qual o seu grau de satisfação com o que está a conseguir obter da vida com o seu esforço?										
Totalmente Insatisfeito			Neutro					Totalmente Satisfeito		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Qual o seu grau de satisfação com as suas relações pessoais?										
Totalmente Insatisfeito			Neutro					Totalmente Satisfeito		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Qual o seu grau de satisfação com a sua segurança (quando se desloca pelas ruas) ?										
Totalmente Insatisfeito			Neutro					Totalmente Satisfeito		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Qual o seu grau de satisfação com o sentimento de pertença à sua comunidade (ao grupo de pertença de que faz parte) ?										
Totalmente Insatisfeito			Neutro					Totalmente Satisfeito		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Qual o seu grau de satisfação com a segurança do seu futuro?										
Totalmente Insatisfeito			Neutro					Totalmente Satisfeito		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Qual o seu grau de satisfação com a sua vida espiritual ou com a sua religião?										
Totalmente Insatisfeito			Neutro					Totalmente Satisfeito		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO VI

Escala de Satisfação com o Suporte Social

Pais-Ribeiro, 1999.

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra **A**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1.Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2.Não saio com amigos tantas vezes quanto eu gostaria	A	B	C	D	E
3.Os amigos não me procuram tantas vezes quanto eu gostaria	A	B	C	D	E
4.Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5.Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem possa recorrer	A	B	C	D	E
6.Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7.Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8.Gostava de participar mais em actividades de organizações (e.g. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9.Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10.Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11.Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13.Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14.Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15.Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO VII

QUESTIONÁRIO DE ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

Pais-Ribeiro, 2004.

Neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento do dia-a-dia em diversas áreas quês estão associadas à saúde. Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

- A- Quase sempre (90% ou mais das vezes)
- B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
- C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)
- D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)
- E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase Nunca
1.Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana	A	B	C	D	E
2.Ando a pé ou de bicicleta diariamente	A	B	C	D	E
3.Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (e.g. corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)	A	B	C	D	E
4.Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	A	B	C	D	E
5.Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	A	B	C	D	E
6.Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	A	B	C	D	E
7.Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dias	A	B	C	D	E
8.Durmo o número suficiente de horas para me sentir repousado	A	B	C	D	E
9.Mantenho as minhas vacinas em dia	A	B	C	D	E
10.Verifico anualmente a minha pressão arterial	A	B	C	D	E
11.Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes	A	B	C	D	E
12.Vou anualmente ao médico fazer um checkup	A	B	C	D	E
13.Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais	A	B	C	D	E
14.Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter nos limites de velocidade	A	B	C	D	E
15.Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança	A	B	C	D	E

Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (continuação)

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase Nunca
16. Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico	A	B	C	D	E
17. Evito fumar	A	B	C	D	E
18. Evito ingerir alimentos com gordura	A	B	C	D	E
19. Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola	A	B	C	D	E
20. Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames	A	B	C	D	E
21. Evito tomar tranquilizantes	A	B	C	D	E
22. Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)	A	B	C	D	E
23. Evito estar em ambientes saturado de fumo de tabaco	A	B	C	D	E
24. Evito os ambientes muito ruidosos	A	B	C	D	E
25. Evito ambientes que tenham o ar poluído	A	B	C	D	E
26. Evito mudar de parceiro sexual	A	B	C	D	E
27. Evito ter relações sexuais com pessoas que mal conheço	A	B	C	D	E
28. Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções	A	B	C	D	E

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO