

ANA CRISTINA DOS RAMOS MOREIRA

**UMA POSSIVEL RELAÇÃO ENTRE TÉCNICAS DE
RELAXAMENTO, QUALIDADE DE VIDA
E SAÚDE MENTAL**

Orientador: Nuno Colaço

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Psicologia**

**Lisboa
2012**

ANA CRISTINA DOS RAMOS MOREIRA

**UMA POSSIVEL RELAÇÃO ENTRE TÉCNICAS DE
RELAXAMENTO, QUALIDADE DE VIDA
E SAÚDE MENTAL**

**Dissertação apresentada para a obtenção do grau
de Mestre em Psicologia no Curso de Mestrado
em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias
conferido pela Universidade Lusófona de
Humanidades e Tecnologias.**

Orientador: Prof. Doutor Nuno Colaço

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Psicologia**

**Lisboa
2012**

“Contemplando as formas existentes no céu, pode-se compreender o tempo e suas diferentes exigências. Contemplando as formas existentes na sociedade humana, pode-se estruturar o mundo”.

I Ching

Agradecimentos

Quero agradecer a todas as pessoas que tornaram possível o meu percurso académico e em particular a todos o que contribuíram para a realização da presente tese.

Ao Professor Doutor Nuno Colaço, por todo o apoio e orientação, pela capacidade que tem em incentivar, motivar e nos fazer refletir, em cada encontro. Por todo o conhecimento que proporcionou ao longo do percurso académico e em especial na elaboração deste trabalho de investigação.

A todos os colegas, que estiveram presentes em momentos menos fáceis e incentivaram, partilharam e deram apoio incondicional. Um agradecimento especial à Paula, à Cristina, à Tatiana e ao Roberto.

Aos professores e terapeutas que possibilitaram a recolha dos questionários e aos inquiridos a participação, que tornou possível esta investigação.

Aos colegas, amigos e companheiros da viagem evolutiva que nos últimos anos partilharam comigo vivências e saberes.

À Carla, pelas palavras, pelo apoio, pelas lágrimas e pelos risos, pelo saber fazer, pela harmonia e pela estética.

À memória do Engenheiro Rui, que sempre acreditou em mim e me incentivou.

A todas as pessoas que ao longo do meu percurso profissional me fizeram acreditar que é possível fazer diferente e melhor.

À minha família, à minha filha Joana, ao meu pai, à minha irmã, à minha mãe que não estando fisicamente está nos nossos corações.

A todos, o meu sincero muito obrigada.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo estabelecer uma possível associação entre a prática de técnicas de relaxamento, especificamente o yoga e o shiatsu, a qualidade de vida (domínio físico e psicológico) e a saúde mental (ansiedade, depressão e stress) dos seus praticantes. Para a tal utilizou-se uma amostra de 227 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 84 anos e uma média de 43 anos (DP=13,02). Foram considerados quatro grupos distintos: praticantes de yoga, praticantes de shiatsu, praticantes de outra técnica de relaxamento e não praticantes de qualquer técnica. O questionário aplicado, resultou da combinação de dois questionários, o WHOQOL-Bref para avaliação da qualidade de vida e EADS-21 Escala de Ansiedade, Depressão e Stress para avaliação da saúde mental. Os resultados obtidos para esta amostra apresentaram correlações moderadas em sentido negativo entre a qualidade de vida e a saúde mental para os quatro grupos em análise. Podendo no entanto afirmar-se que os indivíduos que não praticam nenhuma técnica de relaxamento apresentam percentagens maiores de utilização de psicofármacos e que são notórias as evidências de que a relação da depressão, da ansiedade e do stress é inversamente proporcional à qualidade de vida.

Palavras-chave: Relaxamento, Qualidade de Vida, Saúde Mental

ABSTRACT

The aim of this study was to establish a possible association among the practice of relaxation techniques, specifically yoga and shiatsu, quality of life (physical and psychological) and mental health (anxiety, depression and stress) in those who practise. To this end a sample of 227 people was used aged between 18 and 84 and an average of 43 years of age (DP=13.02). Four distinct groups were taken into consideration: practitioners of yoga, of shiatsu, of another relaxation technique and those who were not practising any technique. The questionnaire that was applied resulted in the combination of two questionnaires, the WHOQOL-Bref to assess the quality of life and the EADS-21 Scale of Anxiety, Depression and Stress to assess mental health. The results obtained for this sample presented moderated correlations, in a negative way, between the quality of life and mental health for the four groups under analysis. We can, however, state that those who do not practice any relaxation technique present higher percentages of use of psychoactive medication and that there is proof there are evidence notorious that the ratio of depression, anxiety and stress is inversely proportional to the quality of life.

Key Words: Relaxation, Quality of Life, Mental Health

Abreviaturas, siglas e símbolos

APA – American Psychiatric Association

DASS – Depression Anxiety Stress Scales

DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV Texto Revisto

EADS – Escala de Ansiedade Depressão, e Stress

MTC – Medicina Tradicional Chinesa

OMS – Organização Mundial de Saúde

QdV – Qualidade de Vida

QdVRS – Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

WDG – Domínio faceta geral de qualidade de vida

WD1 – Domínio físico

WD2 – Domínio psicológico

WHOQOL – 100 – World Health Organization Quality of Life 100

WHOQOL – Bref – World Health Organization Quality of Life Breve

SGA - Síndrome Geral de adaptação

Índice

Introdução	7
Parte I - Enquadramento Teórico.....	10
Capítulo 1. – Saúde e paradigmas da saúde	11
1.1. Saúde Mental	12
1.2. Ansiedade.....	13
1.3. Depressão.....	15
1.4. Stress	18
1.5. Qualidade de Vida.....	21
Capítulo 2. – Relaxamento	24
2.1. Yoga.....	27
2.2. Shiatsu.....	31
Parte II - Investigação Empírica	38
Capítulo 3. – Metodologia.....	39
3.1. Tipo de estudo.....	39
3.2. Participantes.....	39
3.3. Instrumentos.....	40
3.3.1. EADS - 21	41
3.3.2. WHOLQOL-BREF	42
3.4. Procedimento	44
Capítulo 4. Resultados.....	46
4.1. Análise estatística.....	46
4.2. Discussão	57
Conclusão	61
Referências Bibliográficas.....	63
Anexos	i
Anexo 1	ii
Anexo 2	vii
Anexo 3.....	viii
Anexo 4.....	ix

Índice de tabelas

Tabela 1. Frequência dos indivíduos por gênero.....	39
Tabela 2. Frequência dos indivíduos por estado civil	40
Tabela 3. Indivíduos da amostra por habilitações literárias	40
Tabela 4. Frequência de indivíduos por prática de técnica de relaxamento	46
Tabela 5. Frequência dos indivíduos por prática de técnica de relaxamento e habilitações literárias	47
Tabela 6. Percentagem dos indivíduos que pratica/não pratica qualquer técnica de relaxamento	48
Tabela 7. Tempo de prática por técnica de relaxamento	48
Tabela 8. Frequência da prática por técnica de relaxamento.....	49
Tabela 9. Frequência de acompanhamento psicológico por prática de relaxamento	50
Tabela 10. Tem ou teve algum tipo de prescrição psicofarmacológica por prática de relaxamento	51
Tabela 11. Coeficiente de correlação de Spearman (praticantes de yoga)	52
Tabela 12. Coeficiente de correlação de Spearman (praticantes de Shiatsu)	53
Tabela 13. Coeficiente de correlação de Spearman (praticantes “outra” qualquer prática de relaxamento)	54
Tabela 14. Coeficiente de correlação de Spearman (não praticantes de qualquer prática de relaxamento)	55

Introdução

Nas últimas décadas o desenvolvimento científico e tecnológico permitiu o prolongamento da esperança de vida da população mundial, dando origem a reflexões sobre a saúde física e psicológica, e a qualidade de vida (Saldanha, 2010). A qualidade de vida pode ser conceptualizada como um estado psicológico que revela satisfação com a vida em determinadas áreas (Canavarro, 2010). De forma a melhorar a condição física e psicológica vários autores (Graziani, 2005; Pedinielli & Bernoussi, 2006; Serra, 2011, Pais-Ribeiro, 2007), recomendam técnicas de relaxamento como forma de melhorar a qualidade de vida e a saúde mental.

Este estudo tem por objetivo estabelecer uma possível associação entre a prática das técnicas de relaxamento a qualidade de vida (domínio físico e domínio psicológico), e a saúde mental (ansiedade, depressão e stress) dos seus praticantes. Desta forma torna-se necessário uma maior compreensão das origens e dinâmicas quer do yoga quer do shiatsu, duas técnicas com origem nas filosofias orientais.

De acordo com Schawntz (2007), o conhecimento da história e das diferentes culturas torna compreensível a sociedade e pode despertar para um novo sentido. O mesmo autor refere ainda que a realidade de uma pessoa é uma construção social que tem as suas diferenças a partir do meio em que se encontra, da sua idade, camada social e da sua cultura. Refere também que o mais importante instrumento de comunicação, é a linguagem, e que para além da espontaneidade do corpo é a partir da linguagem que construímos a nossa realidade e criamos um mundo de significação que é compartilhado com outros.

Na busca de uma maior compreensão do ser Humano a ciência cria novos paradigmas e segundo Santos (1998, p. 23) *“estamos a viver um período de revolução científica que se iniciou com Einstein e a mecânica quântica e não se sabe ainda quando acabará.”* É com o desenvolvimento da teoria quântica e da teoria da relatividade, duas das bases da física moderna, que se ultrapassou a lógica clássica, e a linguagem comum. E é a partir deste desenvolvimento da física moderna que se encontra uma das raízes da filosofia oriental. No ocidente a filosofia, a lógica e o raciocínio são os instrumentos usados na formulação das ideias. Nas tradições orientais considera-se que a realidade transcende a linguagem vulgar, dando lugar a afirmações paradoxais e cheias de contradições lógicas (Capra, 2009). O pensamento oriental e a física ocidental passaram por experiências

revolucionárias similares, que conduziram a formas completamente novas de encarar o mundo (Capra, 2009). Neste sentido, a integração de diferentes áreas do conhecimento como a psicologia, as neurociências, a física quântica, a filosofia, a religião entre outras, confluem para novas aprendizagens e proporcionam uma maior e melhor compreensão do ser humano. As investigações evidenciam prováveis caminhos através dos quais os estados mentais podem influenciar a saúde (Ledoux, 2000). A partir de investigações biológicas e bioquímicas entre o cérebro e os sistemas orgânicos, conclui-se haver existência de correlações entre fatores psicológicos e certas doenças da população em geral, havendo também evidência, da eficácia de certas abordagens mente/corpo na prevenção, no alívio e no tratamento de determinadas doenças específicas (Goleman, 1997). A psicologia como ciência que integra o potencial biológico, as características individuais assim como os determinantes interpessoais e sociais, permite uma maior compreensão das aspirações e desejos da natureza biopsicossocial humana (Baptista, 2007).

No pensamento oriental, a característica mais importante é a consciência da harmonia de todas as coisas e acontecimentos e a capacidade de sentir os fenómenos como manifestações de carácter único. O objetivo principal desta perspetiva é o equilíbrio mental, através de um espírito equilibrado e tranquilo (Capra, 2009). As três joias do homem são: o *jing* que corresponde à concentração, o *Qi* à circulação e o *Shen*, indicador dos fenómenos essenciais do movimento vital, como o pensamento, os estados de consciência, e a faculdade de raciocinar. As interações e a interdependência destas energias asseguram o movimento vital do corpo humano através de práticas como o Qi Gong, o yoga e o shiatsu entre outras (Dong, 2007).

No pensamento ocidental desenvolveram-se psicoterapias que tiveram a sua evolução a partir da palavra, proporcionando ao indivíduo a possibilidade de entrar em contato com os seus sentimentos e emoções. A importância da palavra reflete a dualidade mente-corpo e reforça a ideia dada pela influência da igreja católica de que o corpo é fonte de corrupção para o ser humano (Leal, 2005). A mesma autora refere que foi no decorrer da década de sessenta, a partir de grandes modificações sociológicas e de mentalidade que surgiram diferentes abordagens psicocorporais, tendo como grande objetivo dimensões psicológicas, de bem-estar geral e de saúde. As práticas de relaxamento dinâmico, trabalham sobre diversas tensões que podem ser psicossomáticas, manifestando-se por alterações orgânicas. De acordo com Lowen

(1997), a tensão crónica é o equivalente físico do medo, e este imobiliza o indivíduo. A percepção da rigidez ou da tensão pode ajudar a tomar consciência do medo. O relaxamento procura atingir uma descontração harmoniosa, e bem-estar, suscitando no indivíduo consciência sensorial, para que o próprio invista a sua energia psíquica no que lhe é mais adequado (Leal, 2005).

Jean-Yves Leloup (2009, p.15), diz-nos que “ *O corpo é a nossa memória mais arcaica. Nele, nada é esquecido.*” Segundo este autor, não há uma lei de causa efeito mas há uma ressonância, uma sincronicidade entre o corpo físico e o nosso corpo de memórias.

Neste sentido esta investigação tem por objetivo procurar as possíveis associações entre a prática das técnicas de relaxamento especificamente o yoga e o shiatsu, a qualidade de vida e a saúde mental dos seus praticantes. A presente investigação apresenta-se estruturada em duas partes sendo a primeira relativa ao enquadramento teórico e a segunda à descrição da análise dos dados obtidos.

O primeiro capítulo apresenta uma visão do conceito de saúde e seus paradigmas seguido de uma explanação de alguns conceitos considerados pertinentes para o enquadramento da temática, tais como: saúde mental, ansiedade, depressão, stress e qualidade de vida.

O segundo capítulo apresenta a temática do relaxamento com especificação para a técnica do yoga e do shiatsu. São abordadas as origens, a história e os objetivos destas duas técnicas.

No terceiro capítulo é descrita a metodologia utilizada, tipo de estudo, participantes, instrumentos de avaliação utilizados e o procedimento para a recolha de informação.

No quarto capítulo são descritos os resultados a partir da análise dos valores encontrados, é apresentada a discussão e a conclusão onde são apresentadas perspetivas futuras. Por último as referências bibliográficas.

Na elaboração deste trabalho foram utilizadas as normas de dissertação da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Primo & Mateus, 2008) e de publicação da APA (*American Psychological Association*, 2010)

Parte I - Enquadramento Teórico

Capítulo 1. – Saúde e paradigmas da saúde

A saúde é atualmente o resultado da investigação e da mudança social, científica e económica. Antes de Hipócrates (seculo V-VI a.C.), a saúde estava ligada ao sobrenatural, sendo atribuído aos deuses o poder da saúde e da doença. É Hipócrates o responsável pelo processo de separação entre a religião e a medicina, tendo este estabelecido os princípios da medicina científica (Loureiro & Miranda, 2010). Hipócrates definiu saúde como o estado de harmonia do Homem com a natureza, o equilíbrio originado pela relação entre os diferentes componentes do organismo e o meio ambiente. Saúde e doença dependiam da interação da mente com o corpo e do Homem com o seu meio ambiente (Landmann, 1989). No grego antigo encontram-se duas palavras que etimologicamente significam saúde, uma é, *Hygieia*, a qual é fonte da palavra higiene e *Euexia* que significa “bons hábitos no corpo”. Estes termos apontam para a funcionalidade e para a atividade. Para o pensamento antigo o que se refere ao bem-estar e saúde resultam do equilíbrio entre aspetos ambientais como o vento, a água, a temperatura, a terra e os alimentos e o comportamento ou os hábitos do indivíduo no que se refere à alimentação, ao trabalho e à recreação (Pais Ribeiro, 2007). As práticas médicas deste período implicavam a compreensão da natureza do ecossistema humano na qual o médico era mais do que um técnico, era um filósofo, professor sacerdote, facilitando a compreensão holística da relação doença-saúde (Pais Ribeiro, 2007).

No período da Idade Média, a saúde também era concebida numa perspetiva ecológica, havendo uma conceção holística da saúde. Estas perspetivas que dominaram ao longo da história foram progressivamente abandonadas e substituídas pelo desenvolvimento (Pais Ribeiro, 2007).

A ciência moderna foi acompanhada por um desenvolvimento do pensamento filosófico que conduziu a uma formulação extrema do dualismo espírito-matéria. O seu ponto máximo surgiu com a filosofia de René Descartes. Segundo este a natureza é dividida em dois domínios separados e independentes, o da mente (*res cogitans*) e o da matéria (*res extensa*). A afirmação cartesiana “*cogito ergo sum*” – “*penso logo existo*” - levou os ocidentais a equivaler a sua identidade com a sua mente, em vez de a equivaler a todo o seu organismo (Capra, 2009).

O período pós-Renascentista e o desenvolvimento científico deram origem ao modelo biomédico. Este modelo tornou-se o padrão cultural do modelo de doença nas sociedades ocidentais (Pais Ribeiro, 2007). A biomedicina é a expressão máxima do dualismo cartesiano, na qual a mente surge separada do corpo e este é visto como o objeto de conhecimento, sujeito a leis universais e cujas disfunções têm causas que, quando removidas, permitem que se restabeleça o bom funcionamento da “máquina” (Paúl & Fonseca 2001).

Loureiro e Miranda (2010) referem que o ser humano vai construindo as suas aspirações de bem-estar de acordo com as suas experiências, nas quais se alicerça a sua educação. O conceito de saúde foi desenvolvido ao longo do tempo, sendo inicialmente de uma larga abrangência e posteriormente mais restrito a uma visão biomédica, tendo hoje uma visão do ambiente físico psíquico e social. O desenvolvimento do espírito científico nas múltiplas áreas do conhecimento humano e a compreensão dos fenómenos sociais e sua influência no bem-estar das populações, foram determinantes para a evolução do conceito de saúde.

Os modelos que acompanharam as diferentes gerações de ideias sobre a saúde e as doenças propõem filosofias diferentes para abordar este fenómeno essencial para a vida e para a sobrevivência das sociedades modernas. Assim a necessidade de encontrar modelos explicativos mais complexos cresceu na segunda metade do século XX (Pais Ribeiro, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde (World Health Organization, 1998) como, “a presença de um estado de completa plenitude a nível físico, mental, social e espiritual, não de mera ausência de doença ou enfermidade”.

1.1. Saúde Mental

As perturbações depressivas constituem na atualidade um problema real de saúde pública devido ao número de doentes que são atingidos (Pardinielli & Bernoussi, 2006).

As perturbações depressivas e a ansiedade são consideradas importantes quer a nível teórico quer ao nível da saúde mental, constituindo dimensões clássicas na psicologia e na psicopatologia. A ansiedade costuma estar estreitamente associada aos sintomas de depressão, sendo constituintes determinantes de um grande leque de doenças mentais (Serra, 2011). Desta forma estes constructos são considerados independentes mas é reconhecida a

sobreposição que existe entre a ansiedade e a depressão, a nível da saúde mental e a nível estatístico (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

O eixo IV do DSM-IV-TR (APA,2002) apresenta o registo e a classificação de problemas psicossociais e ambientais que podem afetar o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico das perturbações mentais. Estes problemas podem dar início ou aumentar o transtorno mental, ou podem ainda ser consequência da própria psicopatologia. O diagnóstico de um quadro clínico psiquiátrico só é feito após a permanência da sintomatologia que o caracteriza ou seja após a permanência da sintomatologia durante um certo período de tempo. O diagnóstico de depressão major só é feito após a presença dos sintomas num período superior a duas semanas seguidas. Para o diagnóstico de um distúrbio de pânico é necessário que ocorram vários episódios, com manifestações de ansiedade intensa durante pelo menos um mês. O stress é considerado um fator precipitante dos transtornos mentais.

1.2. Ansiedade

Segundo Graziani (2005), quem torna possível a atribuição de um estatuto autónomo aos estados ansiosos é Freud. É ele que isola a neurose de angústia, diferenciando-a da neurastenia. No entanto a ansiedade continua a ser um conceito mal definido, sendo frequentemente utilizado como sinónimo da palavra stress. A experiência ansiosa induz ou é acompanhada de tensões físicas e psicológicas relacionadas com a perceção de um perigo e o medo desse perigo. O mesmo autor define a ansiedade como uma expectativa, uma apreensão, uma ameaça imprecisa de alguma coisa que vai acontecer.

Bauer (2004) também refere que a ansiedade pode ser definida por um sentimento vago e difuso. Pode manifestar-se como angústia, quando surge um aperto no peito e por medo, como reação a algo específico. A ansiedade faz parte do sistema de alarme e é reguladora do medo. É de acordo com a intensidade com que surgem as manifestações da ansiedade que se manifesta a diferença entre o que é normal e o que é patológico. Para o mesmo autor, a sensação de ansiedade pode ser dividida em dois componentes: a consciência das sensações físicas e a consciência de estar nervoso ou amedrontado. Estas componentes podem ser aumentadas pelo sentimento de vergonha, de que os “outros notarão que estou nervoso”.

De acordo com a abordagem cognitiva, a importância é dada à qualidade da percepção do sujeito que está confrontado com um acontecimento e ao tipo de processamento desse confronto. A ansiedade refere-se ao processamento seletivo da informação por parte do sujeito que a interpreta como sendo uma ameaça ou um perigo ao seu próprio bem-estar e à sua segurança (Graziani, 2005).

Já Emanuel (2010), refere que uma das definições de ansiedade que não necessita invocar medos reais ou imaginários, é a que considera a ansiedade como resposta a um fator ainda não reconhecido, intervindo quer no meio, quer em si próprio. A resposta pode resultar tanto de origem consciente como inconsciente e tem função de preservar o organismo do perigo físico ou psíquico. Para Pedinielli e Bernoussi (2006), a ansiedade faz parte da percepção de uma situação stressante, influenciando os processos de atribuição de sentido e de significação à experiência ao produzir enviesamentos na forma como percebe e processa a informação. Por outro lado a ansiedade é geradora de stress, colocando o indivíduo em alerta. O stress é acompanhado de ansiedade e um indivíduo ansioso identifica mais facilmente os que lhe provoca stress.

Nos países mais desenvolvidos, em ambientes urbanos criaram-se novos riscos e ameaças de sobrevivência, como por exemplo estradas de alta velocidade, carros cada vez mais rápidos, fracassos profissionais, períodos de dificuldade financeira e/ou afetiva (Silva, 2011). A ansiedade está presente onde o indivíduo percebe um perigo ou uma ameaça. Surge quando existe uma avaliação que resulta num conjunto de cognições e afetos, acerca de uma situação ameaçadora, podendo dar origem a: sentimento de apreensão; percepção de um perigo iminente; ativação de diferentes sistemas psicofisiológicos. A ansiedade facilita assim a adaptação ainda que seja desagradável, pois, mobiliza os recursos físicos e psicológicos para aquilo que ameaça o indivíduo, pode ser benéfico e facilitar o desenvolvimento psicológico se os seus níveis forem moderados (Graziani, 2005). Se as situações vividas ao criarem ansiedade reprimirem a alegria, o prazer e inibirem a iniciativa e a criatividade que existe em cada um de nós tornam-se fatores debilitantes para a saúde. Atualmente os transtornos associados à ansiedade são considerados os mais comuns entre todos os transtornos mentais (Silva, 2011).

No DSM-IV-TR, (APA, 2002) a designação de perturbação de ansiedade contém diversos tipos de perturbações tais como, ataque de pânico, agorafobia, perturbação de pânico

sem agorafobia, perturbação de pânico com agorafobia, agorafobia sem história de perturbação de pânico, fobia específica, fobia social (perturbação de ansiedade social), perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação pós-stress traumático, perturbação aguda de stress, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade secundária, perturbação de ansiedade induzida por substâncias e perturbação de ansiedade sem outra especificação.

Ainda de acordo com o DSM-IV (APA, 2002), o quadro de ansiedade generalizada é diagnosticado quando existem três ou mais dos seguintes sintomas presentes mais de metade dos dias por um período a 6 meses: agitação, nervosismo ou tensão interior; fadiga fácil; dificuldade de concentração ou mente vazia; irritabilidade; tensão muscular; perturbação do sono (dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir ou sono agitado e insatisfatório).

As perturbações da ansiedade estão associados a mudanças químicas específicas no cérebro. Estes podem ser desencadeados por diferentes fatores que predisõem para o seu aparecimento: desequilíbrios fisiológicos, fatores genéticos ou predisposição familiar, programação familiar, situações de tensão emocional (a curto ou a longo prazo), crenças pessoais (Silva, 2011). A compreensão das perturbações da ansiedade pressupõe o conhecimento de aspetos biológicos, psicológicos e sociais. Bauer (2004), sugere que o tratamento ideal para a ansiedade é a associação de ansiolíticos de preferência benzodiazepínicos, com acompanhamento psicoterapêutico. Graziani (2005), refere que o relaxamento é uma técnica utilizada para reduzir a ansiedade em diferentes tipos de acompanhamento na área da psicologia. Silva (2011), sugere entre outras intervenções o relaxamento como técnica que melhora significativamente a saúde física. Salienta ainda a prática do yoga, da meditação, da acupuntura e do shiatsu como práticas que promovem resultados bastante satisfatórios quando associados aos tratamentos convencionais como o medicamentoso e/ou psicoterapêutico.

1.3. Depressão

A história da depressão é feita em torno de três termos: a melancolia, a depressão e a mania. No entanto com rigor deve-se falar de perturbações de humor (Pedinielli & Bernoussi, 2006). De acordo com o mesmo autor a noção de estados depressivos constitui um problema,

clínico teórico e histórico, devido ao facto de se tratar de um estado e não de um modo de organização psicológica como a neurose ou a psicose. É um estado por vezes transitório, que pode ter uma frequência elevada e combinar com outras patologias. O estado depressivo surge como um estado geralmente transitório, constituído por quatro componentes: humor triste, que é acompanhado de uma visão pessimista do mundo e de si mesmo; lentificação ou inibição; ideias de suicídio e ou comportamento suicida e por último sinais objetivos como insónia, astenia, anorexia.

A depressão é um sentimento ligado à mudança súbita de uma determinada orientação de comportamento ou de vida. O aparecimento de angústia assinala o aproximar dessa mudança indicando o perigo de entrar num estado depressivo. Sempre que existem alterações no exterior são exigidas adaptações internas como forma de resposta adaptativa do indivíduo. Estar predisposto para a depressão tem a ver com a incapacidade de superar as fases necessárias à evolução psíquica (Pedinielli & Bernoussi, 2006).

Na perspectiva de Serra (2011), a depressão surge da relação de fatores precipitantes os quais afetam a pessoa no seu todo: organismo, estado de humor, pensamentos, perspetivas pessoais, vida social, familiar e profissional e de fatores predisponentes: mecanismos de natureza genética ou de vulnerabilidades psicológicas que facilitam o quadro psicológico. Este autor salienta ainda que um indivíduo deprimido caracteriza-se, fundamentalmente, pela incapacidade que sente para a vida de uma forma geral ou, especificamente, no seu trabalho, ou no seu ambiente social e familiar, estando o grau de incapacidade relacionado com a gravidade da depressão.

Graziani (2005) refere que a distinção entre estados ansiosos e depressivos nem sempre é simples pelo facto dos dois estados se definirem por um conjunto de sinais, em que alguns são comuns aos dois quadros: ansiedade, insónia, tensão, queixas somáticas. Assim é considerado como critério discriminador do estado depressivo a perda de interesse que envolve todas as atividades habituais, a lentificação e a sensação de incapacidade.

Frequentemente a depressão, é indicada como um estado clínico com necessidades de intervenção terapêutica. Pode ser definida como um estado mental e físico que é caracterizado por transtornos de humor, nos quais se podem encontrar os vários tipos de depressão, desde uma depressão leve causada por um esgotamento nervoso às depressões de

humor, que são: distímia (depressão leve), depressão moderada, depressão profunda, transtornos de humor bipolar com episódios depressivos, transtornos de humor bipolar misto, ciclotímia. Com exceção da depressão reativa ao esgotamento a fatores externos, todas as outras depressões surgem por causas interna sem motivos aparentes (Bauer, 2004).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002) a perturbação depressiva major apresenta um diagnóstico com 5 das seguintes características, permanência durante pelo menos duas semanas com alterações como: humor depressivo, alterações de apetite, agitação ou lentificação psicomotora, desvalorização ou culpa, pensamentos recorrentes acerca de morte, perda de prazer, alterações do sono, fadiga ou perda de energia, diminuição da concentração e indecisão.

A terapêutica dos estados depressivos pode realizar-se com recurso a químicos, através de antidepressivos e psíquica através de terapias analíticas ou terapias breves estruturadas. Estes dois meios de intervenção são complementares e indispensáveis no tratamento da depressão, não havendo supremacia ou preponderância de eficácia de um meio em relação ao outro (Pardinielli & Bernoussi, 2006). Para o mesmo autor as terapias de inspiração analítica baseiam-se na evocação através da memória ou seja na rememoração e na compreensão dos conflitos psíquicos infantis pelo deprimido. É uma terapia longa e delicada na qual o indivíduo tem de realizar um trabalho de luto e de desvinculação. O discurso do indivíduo está no centro do acompanhamento psicoterapêutico, a compreensão da ferida narcísica, permite ao indivíduo restabelecer a sua imagem, ultrapassar o luto, influenciando positivamente os seus esquemas de pensamento e de comportamento negativos. As terapias breves estruturadas, são de inspiração cognitivo-comportamental e estão centradas na aprendizagem de capacidades cognitivas e relacionais (Gonçalves, 2006). De acordo com as terapias cognitivas, o que desencadeia a depressão é a perturbação dos processos que transformam as informações recebidas em representações mentais. Esta é uma terapia de intervenção de curto prazo, na qual é realizado um trabalho de modificação dos esquemas de representação mental do indivíduo.

Segundo Baptista (2012), a prática de exercício físico com regularidade tem efeitos generalizados tanto na saúde física como na saúde mental. Este autor refere que a partir da realização de ensaios clínicos se pôde constatar que o exercício físico regular é tão eficaz na depressão como os antidepressivos mais modernos. A prática regular do exercício físico

produz alterações mais estáveis, além de ser preventivo pela redução de risco de quase todas as doenças. De acordo com o Guia Essencial da Depressão (2002), os tratamentos mais comuns para a doença depressiva são os medicamentos e a psicoterapia ou a combinação de ambos. Este Guia refere ainda que a terapia electroconvulsiva só é utilizada em casos de depressão grave e a terapia da luz é usada no tratamento de distúrbios afetivo sazonal. Podem também ser utilizadas terapias alternativas como suplementos nutricionais e técnicas como o yoga, a meditação e a massoterapia que são recomendadas como complementares no tratamento padrão.

1.4. Stress

Existem inúmeras definições de stress tornando válida a afirmação de Hans Selye (cit in Parreira, 2006, p.17), *“Como o sucesso, fracasso ou felicidade, a palavra stress significa coisas diferentes para diferentes pessoas”*.

Segundo Serra, (2011) o stress ocorre sempre que a circunstância vivida pelo indivíduo é considerada importante e este sente que não tem aptidões nem recursos (pessoais ou sociais) para superar o grau de exigência que a circunstância lhe estabelece, levando-o a uma vivência de stress. Este autor refere também que o stress surge quando o indivíduo desenvolve a percepção de não ter a capacidade de controlo sobre o que está a acontecer. A percepção de não ter controlo pode ser real, situação onde o indivíduo não tem aptidões nem recursos pessoais e sociais que lhe permitam ultrapassar as exigências criadas pela situação, ou distorcida, isto é, o indivíduo tem aptidões e recursos mas de forma subjetiva sente que não são suficientes ou que não é capaz de os usar de forma adequada.

No entendimento de Lazarus e Folkman, (cit in Mendes, 2002) o stress é resultado da relação que é estabelecida entre o indivíduo e o meio, sendo este percebido como nocivo e no qual não se sente capaz de dar resposta, pondo em causa o seu bem-estar. Por seu lado Hans Selye (cit in Mendes, 2002, p.35), stress é *“...um estado que se manifesta por uma síndrome específica, consiste em todas as mudanças inespecíficas induzidas dentro de um sistema biológico”*, refere ainda que o stress é *“...o denominador comum de todas as reações de adaptação do organismo”*.

Verifica-se assim que para diferentes autores existe a noção de que as características pessoais influenciam os processos de stress, sendo salientadas dimensões como as biológicas e genéticas, aspetos percetivos e de avaliação cognitiva, afetivos e outros padrões específicos de comportamento, (Parreira, 2006). Numa revisão da literatura poderemos verificar que ao longo do século XX os modelos de stress variaram na sua definição, na valorização atribuída aos fatores fisiológicos e psicológicos e na forma como são descritas as relações entre o indivíduo e o seu meio ambiente, sendo exemplo o modelo de Cannon de luta ou fuga, a síndrome de Adaptação Geral e o modelo Transacional de stress (Serra, 2011).

Parreira (2006) e Gonçalves (2002), referem um outro modelo, o de Lazarus e Folkman que coloca a avaliação da situação e das próprias capacidades de resposta do indivíduo como conceitos nucleares na definição do stress e na resposta que lhe é dada. Segundo este modelo o indivíduo calcula a sua eficácia de resposta ao stress com base na leitura que faz do meio, avaliando desta forma o potencial de stress da situação e a sua capacidade de recursos para enfrentar essa mesma situação. Também Serra (2011), apresenta a classificação de Lazarus e Folkman, relativamente às situações indutoras de stress, que podem ser de: ameaça, dano e desafio. A diferença entre elas é somente uma questão temporal. A ameaça é referente à antecipação de um acontecimento visto como desagradável, que pode vir a acontecer, é uma projeção no futuro. O dano, é relativo a um acontecimento ocorrido e que foi penoso, está sempre ligado ao passado. O desafio está ligado ao presente e tem a ver com um acontecimento no qual o indivíduo sente que as exigências podem ser alcançadas ou ultrapassadas.

Os sintomas observados pelo stress variam de pessoa para pessoa, havendo diferenças nas suas manifestações a partir de aspetos culturais, do tipo de circunstância que desencadeia o stress, a personalidade do indivíduo, a manutenção ou a diminuição da intensidade do acontecimento, da noção que o indivíduo tem de controlo sobre o acontecimento, podem ainda verificar-se alterações vegetativas de acordo com certos aparelhos orgânicos. Desta forma o stress pode induzir alterações de natureza vegetativa, cognitiva, emocional e comportamental (Serra, 2011). O mesmo autor salienta a classificação de McEwen relativamente às diferenças individuais que podem ser encontradas quando há exposição perante os mesmos acontecimentos, assim são considerados determinantes a interação genética com os fatores de desenvolvimento pessoal e as experiências percorridas.

São consideradas situações nas quais há predisposição genética pré-existente, que é associada à ocorrência de acontecimentos negativos do desenvolvimento, dos quais tem particular importância o abuso físico ou negligência ou outras formas de abuso precoce. Nestas situações o organismo fica predisposto a reagir a nível fisiológico e a nível comportamental perante os acontecimentos ao longo da sua vida.

De acordo com a classificação do DSM-IV-TR (APA, 2002), um acontecimento traumático corresponde a uma circunstância em que o indivíduo atravessa, testemunha ou é confrontado com um determinado acontecimento que envolve morte ou ameaça de morte ou lesão grave, ou há uma ameaça à integridade física do próprio ou de outras pessoas. A gravidade da situação resulta em função da avaliação do significado e do impacto que é determinado pelo indivíduo.

As investigações de Hans Selye (Parreira, 2006; Serra, 2011), levaram à conclusão de que as alterações corporais como resposta ao stress decorrem em três etapas, às quais deu o nome de Síndrome Geral de adaptação (SGA). O SGA na primeira etapa surge a reação de alarme, na segunda, resistência e na terceira etapa, a fase de exaustão. A reação de alarme é caracterizada pela ativação do sistema nervoso simpático, a partir do qual há um aumento de adrenalina e de noradrenalina, devido à ativação das glândulas suprarrenais, desta forma o indivíduo organiza as suas defesas biológicas para estar preparado para lutar ou fugir. O estágio de resistência resulta da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenais. Nesta fase o indivíduo prepara-se para lidar e adaptar-se à situação perturbadora, havendo a uma ativação no metabolismo, há uma subida de cortisol no sangue e um aumento da força muscular. Se não houver adaptação à situação surge a fase de exaustão. Esta fase é caracterizada por uma reativação do sistema vegetativo com manutenção dos níveis de cortisol, que vão ter efeitos negativos no organismo.

Para Serra (2011), apesar de haver situações de stress com ligação a doenças psíquicas não há uma especificidade absoluta de relação, podendo ocorrências semelhantes estar na origem de diferentes quadros psiquiátricos. Para se efetuar o diagnóstico de um quadro clínico psiquiátrico as manifestações sintomatológicas têm de permanecer durante um certo período de tempo. Os períodos de stress agravam e ajudam a manter os quadros clínicos psiquiátricos.

As intervenções para reduzir o stress são ditadas pelo tipo de problema que o indivíduo defronta. Pode haver necessidade de intervenção na relação que se estabelece entre o indivíduo e a circunstância, de forma a melhorar as suas aptidões e incentivando-o a utilizar os seus recursos pessoais e sociais de forma a obter controlo onde supõe que este não existe. A intervenção psicoterapêutica recorre ao uso de técnicas cognitivo-comportamentais de forma a modificar a vulnerabilidade do indivíduo, são aconselhadas técnicas de relaxamento. É trabalhada a capacidade de ser autoafirmativo e de melhorar a resistência ao stress, sendo aconselhado a prática de exercício físico pelos benefícios para a saúde física e o bem-estar psicológico.

1.5. Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida (QdV), é um conceito recente, quer de forma genérica quer no domínio da saúde. Na última década do século XX, a investigação acerca da QdV aumentou consideravelmente, sendo um dos conceitos mais utilizados e sobre o qual se faz mais investigações. A QdV é um tema que tem dado origem a um crescimento a nível de estudos pela sua importância no sistema de saúde em geral e na psicologia da saúde em particular. A QdV e a psicologia da saúde têm em comum o seu foco de atenção na saúde, pretendendo criar estratégias de intervenção e de avaliação da saúde e da QdV (Pais Ribeiro, 2007)

O crescente interesse em torno da temática QdV, nas últimas décadas deve-se, em parte, à multidimensionalidade do conceito, que torna possível que este seja objeto de estudo de diferentes disciplinas, no sentido da possibilidade de uma aplicação prática em diferentes domínios como no decorrer de processos de avaliação, quer na intervenção clínica ou até mesmo em tomadas de decisões políticas em saúde (Canavarro, 2010). De acordo com Fleck (cit in Canavarro, 2010), o interesse generalizado pela área da QdV contribui para um aumento de diferentes definições, modelos conceptuais, metodologias de avaliação e aplicações práticas que fizeram com que não houvesse uma clarificação e aprofundamento do conceito de QdV e das suas implicações. Assim sendo a organização Mundial de Saúde (OMS) assume como definição de QdV a *“perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (cit in Canavarro,

2010,p.16). Compreende-se assim que a QdV seja um conceito amplo que é influenciado de forma complexa pelos diferentes estados do indivíduo, como o seu estado de saúde física, o seu estado psicológico, o seu nível de independência e relações pessoais, sistema de crenças e aspetos relevantes do ambiente em que vive (Canavarro, 2010).

A amplitude de conceitos da QdV quer sejam explícitos ou implícitos nas definições, vão desde a definição de saúde fundadora da OMS, passando pelo bem-estar, pela satisfação ou nas diferenças entre expectativas da QdV (Pais Ribeiro, 2007). O mesmo autor refere que de uma forma geral os investigadores da QdV atribuem diferentes características a este conceito tais como: perceção pessoal, aspetos físicos, psicológicos e sociais, estratégias de coping e aspetos objetivos e subjetivos.

Para Suh (cit in Quartilho, 2010), as teorias ocidentais do bem-estar psicológico estão baseadas num autoconceito individualizado no qual as pessoas estão completamente separadas entre si e centradas nos seus atributos psicológicos. Observa-se que nas culturas euroamericanas as pessoas são agentes ativos e independentes, no qual o bem-estar subjetivo associa-se à autoestima e à procura de felicidade individual. Noutro sentido em algumas sociedades orientais a pessoa existe na relação social e emocional com outras pessoas, sendo um agente interdependente que se ajusta às outras pessoas (Quartilho, 2010). O mesmo autor refere que segundo os índices médios de satisfação e felicidade em 64 sociedades de todos os continentes, Portugal situa-se na frente de muitos outros países. Os resultados mostram que 75% dos portugueses estão “razoavelmente satisfeitos” com as suas vidas.

A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVRS) de acordo com Secchi e Strepparava (2001) é um construto multidimensional, composto por vários domínios (físico, psicológico, social e espiritual). Os mesmos autores salientam que a QdVRS é um construto passível de ser influenciado pelo tipo de personalidade da pessoa assim como pelos seus aspetos cognitivos. Apresenta-se como um construto subjetivo, que está relacionado com a atribuição que cada pessoa faz relativamente à sua doença. É também considerado um construto dinâmico, que pode mudar ao longo do tempo através da perceção dos diferentes domínios de QdV (Oliveira & Pimentel, 2006). O conceito QdVRS deu origem a uma visão holística do doente, sendo considerado para além das queixas resultantes do que o faz sofrer, o seu todo a nível físico, mental e social. Deixou de ser só necessário remover os sintomas passando a ser considerado o bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Atualmente a

QdVRS, ajuda a considerar a pessoa nas suas diferentes facetas e permite uma melhor compreensão e ação terapêutica (Serra, 2010)

Sendo a QdVRS um conceito específico de uma doença, só é aplicado às pessoas que têm essa doença, privilegiando os aspetos únicos dessa doença. As medidas utilizadas na avaliação da QdVRS permitem avaliar os resultados da intervenção de forma a estabelecer a evolução dos tratamentos (Pais Ribeiro, 2002).

Capítulo 2. – Relaxamento

O corpo constitui uma unidade dinâmica que tem a possibilidade de influenciar de modo positivo os processos psicofísicos (Ergas, 2001). O relaxamento é um estado oposto ao de tensão, ou seja, é um estado no qual existe ausência de contração ou de esforços. Quando os músculos estão relaxados, os nervos que os comandam não transmitem qualquer tipo de mensagem, possibilitando o repouso dos centros nervosos. Relaxar é desligar, é descontraírem-se passivamente, é ausentar-se por instantes da ansiedade e da luta, é economizar esforços, é gozar o repouso e desfrutar do prazer desse repouso (Hermógenes, 2002).

De acordo com Erlich, (cit in Serra, 2011), o relaxamento surge no decorrer de séc. XIX a partir da hipnose e só no século XX é que esta técnica se desenvolve a partir de dois autores, Johannes Heinrich Schultz, psiquiatra e Edmund Jacobson, neurofisiologista. Ergas, (2002) refere o mérito de Schultz ao ter observado o poder da sugestão em psiquiatria e assim ter descoberto e elaborado um método de relaxamento designado por “treino autógeno”. O método de Schultz é caracterizado pela aplicação de técnicas sugestivas e interpretações psicanalíticas. Ainda de acordo com Ergas, (2002) Jacobson apresentou um método diferente de relaxamento, que desenvolveu a partir da observação fisiológica. Este método consiste na autosugestão e foi denominado de “psicoterapia fisiológica”, consistindo num relaxamento progressivo, no qual se aprende a fazer uma avaliação sistemática das tensões nos diferentes grupos musculares, para os saber relaxar.

Já nos anos 60 surgem as terapias de biofeedback, no âmbito da terapia comportamental a partir dos avanços nas pesquisas médicas e psicológicas. A utilização de instrumentos eletrónicos aperfeiçoados permitiu dar informações sobre o sistema nervoso autónomo através de sinais de áudio e vídeo de fácil compreensão (Goleman, 1997). Através do feedback foi possível fazer uma aprendizagem dos sinais biológicos ou seja, do reconhecimento de valores fisiológicos associados à respiração, tensão arterial, frequência do batimento cardíaco, tensão muscular, temperatura do corpo e ondas cerebrais. O reconhecimento destes ritmos torna-os visíveis e audíveis permitindo relaxar de forma consciente assim sendo possível alterar voluntariamente as funções orgânicas que habitualmente são automáticas e inconscientes (Federspiel & Herbst, 2001).

Sendo o relaxamento caracterizado por um estado de reduzida ativação fisiológica que proporciona um elevado descanso corporal e uma grande tranquilidade mental, é um

estado difícil de alcançar para um indivíduo que seja inquieto e ansioso. Neste sentido relaxar representa um ato de coragem e de segurança difícil de alcançar para quem adquiriu mecanismos de pensamento e de ação como forma de defesa (Hermógenes, 2002). Relaxar é um processo psicofisiológico, no qual as manifestações fisiológicas e psicológicas são partes integrantes do processo (Serra, 2011). As manifestações fisiológicas são observadas pela diminuição do consumo de oxigénio, do ritmo cardíaco e do ritmo respiratório. A tensão muscular mostra-se com níveis abaixo dos habitualmente obtidos em repouso e há uma alteração do padrão normal de ondas cerebrais para um padrão de ondas mais lento. As manifestações psicológicas são na realidade, o tomar consciência do momento presente mantendo a mente alerta, prestando atenção ao corpo e a todo o estado de espírito (Goleman, 1997). Relaxar não é apenas dar vazão ao cansaço do dia. Hermógenes, (2002) refere que a aprendizagem do relaxamento e o aperfeiçoamento da arte de relaxar, permitem acalmar a ansiedade, vencer medos, ganhar coragem e estímulos para uma vida com liberdade.

Como descrito anteriormente falar de relaxamento é falar do corpo pelas alterações que ocorrem a nível fisiológico mas também é falar das tensões psicológicas pela diminuição da ansiedade (Graziani, 2005) e do stress (Serra, 2011). Apesar da consciência do eu ser independente da consciência do corpo existem relações entre eles. O corpo é o único a ser percebido como um objeto exterior e em simultâneo é sentido no interior da consciência (Pio-Abreu, 2009). O corpo é vivido como uma unidade psicofísica, uma estrutura emocional e cognitiva subjacente a todo o comportamento intencional. Os processos emocionais e cognitivos que condicionam as regulações biológicas básicas como a função vegetativa ou a vigilância, dependem, em grande parte, das representações sociais acerca dessas mesmas funções e processos. Daí que cada sociedade se empenhe em desvendar à sua maneira os mistérios que o corpo encerra, seja recorrendo ao imaginário coletivo seja construindo um saber científico (Ribeiro, 2005). Cada corpo tem a partir da sua constituição neurofisiológica, o seu mundo. E cada corpo tem mundos diferentes nas diferentes etapas da sua história individual, porque vive o mundo de forma diferente. Pode assim dizer-se que a todo o estado mental corresponde um dado estado corporal, nomeadamente do sistema nervoso central. O corpo dá o mundo mas o mundo que ele próprio possibilita. A abertura ao mundo é feita a partir do corpo e do seu modo de funcionamento (Jana, 1995).

Para Entralgo (cit in Jana, 1995, p.52) *”A minha consciência de ser e viver aqui e agora é sempre, duma ou de outra forma, consciência do meu corpo, experiência duma atividade da qual o corpo é parte essencial”*. Para este autor a consciência de existir é sempre a experiência de uma atividade corporal. A existência é dada a partir do corpo.

Lopes, (2006), diz-nos que o corpo é a referência por excelência de todos os acontecimentos pessoais e significativos, tudo o que afeta o indivíduo passa pelo corpo, não sendo necessário que estabeleça contato físico, bastando apenas que o psiquismo apreenda a afeção (relacional, social, noética). Damásio, (1995, p.240) refere que *“é muito provável que a mente não seja concebível sem incorporação”*. Este mesmo autor descreve em pormenor os fenómenos cerebrais que lhe permitem explicar a cognição e avançar para uma *“neurobiologia da consciência”* (Damásio, 2000). De acordo com Ribeiro, (2005), é a partir do lugar corporal, que existe o ponto de vista pessoal no qual é possível categorizar as coisas (ou as pessoas), que estão presentes no meio ambiente, de forma a analisar os comportamentos. É a partir da relação que o corpo estabelece que é possível apreciar os fenómenos naturais, os comportamentos pessoais e os eventos sociais. O mesmo autor refere ainda que para o indivíduo adulto o sentimento corporal é o conjunto de sensações que de uma forma continuada lhe confirmam a consciência de existir e lhe demonstram que ele é ele próprio. No entanto este sentimento resulta de um processo evolutivo, complexo, com início na infância precoce e que, em qualquer momento da existência integra a memória do passado.

Damásio, (2000), descreve o suporte neurológico para distinguir duas espécies de consciência. Uma é a consciência nuclear, que se circunscreve ao aqui e agora, a qual não tem horizontes espaciais nem temporais, corresponde a um si transitório. Outra é a consciência alargada, que permite ao organismo um elevado sentimento de si, a sua identidade. O desenvolvimento da neurofisiologia permitiu verificar as modificações biológicas correspondentes ao sentir das emoções. Foi possível através das investigações constatar-se que em várias regiões do cérebro, existem diferentes padrões de atividade potencial e que as modificações biológicas são de dois tipos, umas relacionadas com o estado do corpo e outras com o estado cognitivo (Damásio, 2000).

O processo de relaxamento contribui para que o indivíduo corrija o que está errado nas suas relações com seu corpo, com e com as suas próprias emoções. É uma oportunidade de reorganizar e reintegrar o que é percebido como destruturado. A calma, consequência do

relaxamento, e o bem-estar obtido podem mediar esse momento de reflexão para que o indivíduo redimensione o significado da sua vida (Hermógenes, 2002). O relaxamento permite uma diminuição da ativação fisiológica acompanhada de uma sensação de calma paz e de bem-estar (Serra, 2011).

Existem várias técnicas de relaxamento, hipnose, técnicas orientais, análise bioenergética, biossíntese (Ergas, 2002). Apresentam-se de seguida a contextualização de suporte à realização do presente trabalho, pelo que se explanam de forma mais detalhada as técnicas do yoga e do shiatsu.

2.1. Yoga

O yoga deriva da palavra sânscrita *yuj*, que significa, “*para unir*”, “*manter apertado*”, “*colocar sob o jugo*”, geralmente é usada para descrever qualquer técnica de ascetismo e qualquer método de meditação. A ênfase é colocada no esforço humano e na sua autodisciplina. Toda a prática é executada no sentido de unificar a mente, de forma a abolir a dispersão e os automatismos que caracterizam a consciência profana. Para as escolas de yoga essa “unificação” antecede a união real da alma humana com Deus (Eliade, 2012).

O yoga é uma prática com lugar de destaque, pois responde às necessidades vitais da reunificação do corpo e da mente, em busca de uma sabedoria vivida e conhecida. Ao contrário de uma abordagem puramente filosófica, o yoga é baseado na experiência do corpo a partir de um grande número de posturas e técnicas de respiração. Tornou-se uma prática que faz parte integrante de hábitos culturais de muitos ocidentais e quase que nos faz esquecer as suas raízes indígenas, sendo reduzida a uma técnica de simples bem-estar e cura para todo o stress da vida moderna ou ainda na procura de mais um desempenho. Na Índia o yoga é considerado como uma das principais vias de libertação, que permitem ao ser humano através de um constante esforço, transcender a sua condição infeliz e experimentar a felicidade sem fim. O yoga acompanhou o desenvolvimento do hinduísmo e teve as mais diversas formas, apoiando a meditação de filósofos, acentuando o ardor devocional e justificando o ascetismo mais extremado (Masquelier, 2005).

A partir da religião védica foi desenvolvida uma linguagem gestual sofisticada, muito codificada, que acreditava no poder dos rituais. Certos rituais exigiam algum sacrifício ou usavam técnicas de concentração de grande intensidade. As reflexões sobre o corpo físico e suas possíveis transformações eram realizadas a partir do domínio das energias cósmicas presentes em forma de semente. Esta religião foi sedimentada e aprofundada por alguns ascetas, principalmente shivaitas que viveram longe da sociedade e cultivavam poderes (Masquelier, 2005).

Os rituais védicos terão sido redesenhados por sábios que formaram os Upanishads, entre o século VIII e o século VI a.c., numa filosofia de interioridade. De acordo com estes sábios o verdadeiro Ser (*atman*) é incentivado pelo absoluto (*Brahman*), localizando-se no coração do ser humano para destruir os condicionamentos que impedem a realização do “incendio” entre o Ser e o Absoluto, salvando-nos do sofrimento. Alguns professores vão basear-se nos “exercícios espirituais” centrados na respiração e posturas sentadas, explorando a relação entre a respiração e os estados mentais. Estas práticas foram experimentadas e aprendidas rapidamente passando a ser o conteúdo dos ensinamentos a seus discípulos. As práticas com regularidade diária durante séculos ficaram enriquecidas num conjunto de técnicas associadas à sabedoria de reintegração do Ser no absoluto sem perspectiva de se voltar à “existência cíclica” (*Samsara*) (Masquelier, 2005).

A palavra yoga surge muitas vezes com o significado de um ascetismo unificador e de uma mestria sobre os sentidos. Segue-se um período que decorre entre o século III a.c. no qual se constrói o hinduísmo a partir de um conjunto de tradições, e correntes filosóficas (Darshanas) são estruturadas e compiladas em formatos coerentes de forma a valorizar a composição de grandes tratados em sânscrito e suas aprendizagens de cor. O yoga encontra-se dentro desta nova organização de doutrinas, surgindo o yoga Sutras atribuídos a Patanjali, um filósofo que tem uma biografia incerta. Patanjali apresenta uma via que conduz a uma autonomia espiritual, na qual propõe oito etapas de interiorização com crescente intensificação através das Asthanga yoga. Inicia-se através de uma regularização de comportamentos à vista de si mesmo e dos outros para a descoberta da riqueza no estado Samadhi, no qual há absorção profunda e duradoura no Absoluto. O yoga apoia-se sobre as experiências no corpo. As etapas iniciais dizem respeito ao físico, aos afetos e à mente. O papel central das posturas e da respiração é muito forte (Masquelier, 2005).

Iyengar (2009, p.28), diz-nos que “*em todas as posturas, o corpo, a mente, a ação e o movimento, bem como cada respiração dos invólucros físico, fisiológico, mental e intelectual, têm de estar harmoniosamente equilibrados.*”

Asana, etimologicamente significa “estar sentado”. A prática consciente e regular das asanas possibilitam manter o equilíbrio do organismo e aceder a estados de consciência meditativos. As múltiplas posturas preparam para se aceder através das práticas a um magistral equilíbrio da energia e a uma imobilidade serena (Iyengar, 2009).

A partir do esquema conceptual proposto pelo tratado de base, o yoga evoluiu em direções diferentes, testemunha de uma vasta difusão em todos os meios espirituais do continente indiano. Eruditos *Brâhmanes*, como Vyasa do século VI - VII, ou Shankara e Vâcaspati Mishra do século IX, pensam a partir daquele numa sabedoria do mundo associado a uma ética de ação. A Índia medieval impregna as suas práticas ascéticas para acompanhar a transformação do ser humano: na submissa força atraída pelo divino, na devoção encontrada numa disciplina contra a violência, ao desapego, na regulação das paixões, no apagamento do ego que é o prelúdio à união divina. Do sul do país Tâmil, Cachemira, os grandes santos são os yogas que associam exercícios psico-corporais e récitas de mantras ou nomes divinos em estado de meditação profunda (Masquelier, 2005).

O yoga enriqueceu o pensamento e a experiência tântricas, centradas nas energias criadoras que buscam uma salvação que não exclui o prazer. Em certos grupos têm-se defendido práticas esotéricas orientadas para a aquisição de poderes sobrenaturais, incluindo a via da sexualidade, os tântricos oferecem um ensinamento muito aberto e muito diversificado. Assim yoguis de Nâth sob o nome de "yoguis com orelhas furadas", pois durante a sua iniciação dividiam a cartilagem da orelha e colocavam anéis pesados, produziram o tratado de *Hatha Yoga*, que é uma síntese entre os Yoga Sutra e Shivaiismo Tântrico. Ali existe um reportório de técnicas de purificação, posturas, exercícios respiratórios, impressionantes técnicas de concentração e análise meticulosa dos estados meditativos. Desde o século X que os ensinamentos dos Nâths continuam a impregnar yoguis contemporâneos indianos (Masquelier, 2005).

Para os primeiros viajantes ocidentais o yoga revelou um exotismo brilhante que contribui para uma visão da Índia como uma terra sábia e de cultura corporal. Os movimentos

de reforma promovidos pela chegada da companhia britânica à Índia, visaram modernizar o hinduísmo, alguns basearam-se nos tratados de yoga (traduções de *upanishadas*), e contestam o culto de ídolos e a supremacia dos *brahmica* para um mundo ainda tradicional ressentem-se duramente a influência da modernidade ocidental. No final do século XIX, nasceu uma poderosa corrente de intercâmbios entre pensadores e filósofos mais espirituais, esperançosos em encontrar respostas para a sua busca, e os ensinamentos dos gurus hindus para a Europa e Estados Unidos (Eliade, 2012).

Eliade, (2000) salienta vários nomes como importantes na história do yoga. Assim, Vivekânanda (1863- 1902) é quem sistematiza o Yoga em três famílias: *Karma-Yoga*, Yoga da Acção, o *Bhakti-Yoga*, Yoga da devoção e *Jnâna-Yoga*, yoga do conhecimento. Sri Aurobindo (1872- 1950) propõe uma vasta síntese que tenta conciliar os antigos conceitos de Espírito e de Shakti com a evolução e as descobertas da física. Râmâna Maharshi (1879- 1950) e Mã Ānandamoyî (1896-1982) representam uma via mais tradicional que os Yoga Sutras, que remetem o yoga ao serviço da não dualidade entre o Ser e o Absoluto. Shivananda (1887-1963) reinterpreta as técnicas tântricas numa linguagem contemporânea. Para todos estes gurus, o yoga era uma disciplina sagrada, profundamente ligada à visão hinduísta do Homem, do divino e do Mundo.

Eliade, (2000) refere a importância de Tirumalai Krishnamacharya, (1888- 1989) por ter influenciado ou talvez inventado o Yoga Ocidental. Krishnamacharya, acreditava que o Yoga era o melhor presente indiano ao mundo. As suas instruções refletiam a sua convicção como o yoga era simultaneamente uma prática espiritual e também um modo terapêutico, tendo baseado os seus ensinamentos nos Yoga Sutras de Patanjali e no Yoga Yajnavalkya. Apesar de ser devoto profundo de Vishnu, respeitava seus discípulos de variadas religiões ou de nenhuma. Existem lembranças, de que enquanto guiava uma meditação, instruía de olhos fechados: “*pensa em Deus, senão em Deus no Sol, senão no Sol nos teus pais*”. O resultado dos seus ensinamentos, foi o de serem recebidos com uma abordagem, que considera cada estudante como “absolutamente único”. A sua crença no ensino do yoga era o estudante ser ensinado de acordo com a sua capacidade individual e determinada pelo momento.

A prática de Yoga na Índia ainda hoje corresponde a uma via de libertação do eterno retorno cíclico ao mundo, a reencarnação, existindo uma forte dimensão sagrada. No ocidente o Yoga chegou-nos como uma forma de ginástica, de bem-estar ou de uma filosofia que

reconcilia o corpo e o Espírito. Esta dualidade no pensamento hinduísta não existe no real e seus conflitos são ultrapassados com a prática do yoga e apesar da invenção das posturas e dos exercícios respiratório ou meditativos virem da Índia, este conflito da dualidade é observada nos problemas ocidentais, originando má qualidade mental. (Feuerstein, 1998).

A explicação do sentido de alguns dos conceitos da “psicologia do yoga” tem a sua origem na leitura das escrituras: *Yoga Sutras (YS) de Patanjali* bem como dos seus fundamentos metafísicos do *Samkhya Karika d’Isvarakrsna (SK)*. O vocabulário da psicologia ocidental foi construído ao longo de 2500 anos de cultura escrita, desde os filósofos pré-socráticos aos atuais investigadores de neurociência. O vocabulário da psicologia Indiana é de um período ainda mais vasto, remonta da constituição dos corpos védicos, desde o século XVIII a.c. até aos nossos dias (Eliade, 2000).

Iyengar (2009, p.228), refere que “*como o corpo e a mente estão naturalmente integrados, influenciam-se um ao outro. Assim, a prática de āsana não só afeta o corpo, como também a mente e, por sua vez ambos afetam o eu.*” O yoga acredita que é capaz de desenvolver a capacidade de suportar os ataques violentos das flutuações, os altos e baixos, o prazer e a dor, ou uma mistura de desespero esperança, frustração, fracasso. O yoga é um tranquilizante natural dos ímpetus interiores que nos levam a “*gostar*” ou a “*não gostar*”, aos descontentamentos, choques de interesses, colisão de egos. A prática do yoga limpa as impurezas do corpo, trazendo beleza e força, firmeza, calma e clareza sem criar quaisquer dualidades entre o corpo, a mente e o Eu (Iyengar, 2009).

2.2. Shiatsu

O shiatsu é caracterizado por ser uma forma de trabalho corporal na qual se utiliza a pressão das mãos para ajustar a estrutura física do corpo e a circulação da energia vital de modo a evitar a doença e a manter a boa saúde (Lundberg, 1998). É comumente definida como uma “massagem oriental” mas na realidade é muito mais do que uma simples massagem, é uma terapia do reequilíbrio físico e energético (Pradipito, 1986).

É uma técnica utilizada na prevenção de doenças, no relaxamento, no bem-estar físico e mental, promove a circulação da linfa, atua ao nível do sistema nervoso, liberta

tensões musculares facilitando a libertação de toxinas dos tecidos, estimula o sistema hormonal, mobiliza as defesas e os poderes curativos próprios do corpo (Thompson, 1997).

A prática do Shiatsu influencia o estado geral da pessoa, afetando os padrões das energias internas, ou *Ki*, que circula pelo corpo humano. *Ki* significa energia vital, semelhante à palavra chinesa Chi, como Tai Chi, ou à palavra indiana Prana. Falar de energia em contexto de shiatsu é falar de *Ki* e não no significado convencional no Ocidente. A prática do shiatsu possibilita a percepção do que é o *Ki* no corpo de três formas: remove os bloqueios da circulação de *Ki*, remove os excessos ou deficiência de *Ki* e reduz desequilíbrios do sistema relativos ao *Ki* (Thompson, 1997).

Esta técnica tem a sua origem no Japão, no entanto recebe a influência do antigo e profundo sistema de Medicina Tradicional Chinesa (MTC). A massagem é combinada com o conhecimento dos meridianos, canais de circulação energética, nos quais se localizam os pontos utilizados pela acupuntura (Thompson, 1997).

Os fundamentos da MTC, baseiam-se no conhecimento de um sistema de diagnóstico e cuidados de saúde que tem vindo a evoluir ao longo dos últimos 3000 anos. A MTC atua a partir do pressuposto de que o corpo humano é antes de mais, um sistema de energia no qual interagem várias substâncias para criar o organismo físico, que vão do material ao imaterial. Estas substâncias são: o *Chi*, o *Jing*, o sangue e fluidos orgânicos e o *Shen*. Qualquer uma delas não pode ser vista em separado, havendo uma contínua interação dinâmica entre elas. O *Chi* é compreendido como a “energia vital”, ou “força vital”, mas é um termo impossível de captar na sua totalidade numa só palavra ou frase. O *Jing* é traduzido por essência, sendo também um conceito difícil de compreender. Quando o *Jing* é abundante haverá uma forte força vital, se o *Jing* for deficiente o organismo fica predisposto à doença. O sangue é considerado como manifestação material e fluida de *Chi* e os fluidos orgânicos são líquidos que humedecem e lubrificam o organismo para além do sangue. O *Shen* é a mente ou espírito do indivíduo (Williams, 1996).

O Homem é um transformador de energias e diferencia-se do resto dos outros seres vivos por ser capaz de produzir e responder a certas manifestações específicas que formam o plano psíquico de atuação ao nível do *Shen* (Pérez, 2001). O mesmo autor refere que de acordo com a tese oriental a matéria é um estado de condensação da energia e esta ao

dispersar-se retorna ao seu estado inicial de energia. O princípio básico da MTC fala da energia como fonte integradora e reguladora da forma físico-química, podendo deduzir-se que as várias doenças tiveram originalmente uma fase de desordem energética, (desequilíbrio do *Chi*, do *jing* ou do *Shen*) acompanhada de um sintoma variado, podendo ser por vezes subtil ou claramente manifesto.

A MTC, rege-se por vários princípios sendo um deles: “*O Homem responde ao céu e á terra*” Nei Jing Su Wen (cit in Pérez, 2001, p.). Este autor diz-nos ainda que o Homem é um microcosmos dentro de um macrocosmos, é um ser sujeito às influências de forças antagónicas e complementares. Essas forças são as do cosmos (*Yang*) e as da terra (*Yin*). O estado saudável é caracterizado por um equilíbrio entre o *Yin* e o *Yang* no organismo, que tem na sua constituição diferentes formas de energia como descrito anteriormente.

O ser humano tem uma constituição que tende a ser mais *Yin* ou mais *Yang*, por natureza. Contudo, se a curto prazo as forças *Yin* ou *Yang* predominarem acentuadamente no corpo ou na mente, então haverá um desequilíbrio, provocando sintomas de um tipo ou de outro. Os sintomas ou desequilíbrios *Yang*, na sua generalidade incluem, por exemplo, stress, tensão, hiperatividade, febres, energia bloqueada. Os sintomas ou desequilíbrios *Yin* caracterizam-se por cansaço, apatia, desânimo, falta de energia (Liechti, 1994).

O shiatsu promove o equilíbrio das energias *yin/yang* através da utilização da pressão física e do estiramento dos meridianos. Permite desbloquear tensões que se evidenciam através dos músculos contraídos e zonas rígidas, promovendo a revitalização de zonas não irrigadas que possam estar frias, fracas ou apenas a necessitar de apoio (Liechti, 1994).

Os meridianos são canais onde circula a energia *yin* e *yang*, existindo um total de 133 meridianos dos quais 15 são específicos e regem as funções e relações entre eles. Dos 15 meridianos: 3 são circulares, o meridiano posterior médio (Du Mai), o meridiano anterior médio (Ren Mai), e o meridiano da cintura (Dai mai). O meridiano Du Mai e Ren Mai, dividem o corpo em lado esquerdo e lado direito, criando um eixo de simetria vertical. O Dai Mai, é o eixo de simetria horizontal que permite a comunicação do corpo entre a parte alta e a parte baixa (Requena, 1990). Cada canal energético é importante e deve ter-se em atenção a relação que ele tem com os outros órgãos e vísceras. O movimento energético inicia-se na zona do peito através dos três canais *yin* do braço (pulmão, pericárdio e coração) e flui até às

mãos. Aqui ligam-se aos três canais *yang* do braço (intestino grosso, triplo aquecedor, intestino delgado) e o *chi* flui para a cabeça. Na cabeça os canais ligam-se aos três correspondentes *yang* da perna (estômago, vesícula e bexiga), daqui o *Chi* flui pelo corpo até aos pés. Dos pés os meridianos vão ligar-se aos canais *yin* da perna (baço, fígado e rim) e vão fluir de novo para o peito onde acabam por completar o ciclo da circulação do *Chi* (Wang, 2001).

A abordagem chinesa no estudo do corpo humano baseia-se na compreensão holística do universo tal como é descrita na perspetiva espiritual do Taoísmo. O Taoísmo baseia o seu pensamento na observação do mundo natural e na forma como ele atua, resultando desta observação, a noção de que em tudo existe um intercâmbio dinâmico. Desta observação surgem os cinco elementos, Água, Fogo, Madeira, Metal, e Terra (Williams, 1996). Os cinco Elementos agrupam fenómenos com propriedades energéticas semelhantes, como uma orquestra na qual todos os instrumentos tocam a mesma nota (Liechti, 1994). A lei dos cinco elementos, é também chamada da lei dos cinco movimentos, de autorregulação ou pentacoordenação. Esta lei proporciona um esquema que possibilita a classificação de todos os atos que ocorrem na natureza, todos os fatores que regem a nossa existência (relacionado com a fisiologia: todas as relações orgânicas, viscerais, psíquicas). Esta lei permite conhecer as causas favoráveis e desfavoráveis que podem influenciar cada sistema (Pérez, 2001). Estes cinco movimentos representam o equilíbrio dinâmico e a inter-relação entre os órgãos, vísceras, os sabores, as cores, as estações do ano, os planetas, os sentidos os sentimentos, os alimentos, etc. Tudo aquilo que faz parte do próprio ser e do seu meio. Segundo esta teoria “ o universo no seu conjunto e todo o ser vivo estão individualmente compostos dos mesmos movimentos e dispostos na mesma ordem, o que implica uma similaridade, entre o homem e o cosmos” (Pérez, 2001, p.54).

O ciclo representa a forma como os elementos e consequentemente os sistemas de órgãos do corpo se apoiam e se promovem uns aos outros. A Madeira alimenta o Fogo que produz a cinza (Terra). Em seu seio a Terra forma o Metal que pode liquefazer (Água). Por sua vez a Água faz crescer a vegetação (Madeira). A regulação dos cinco elementos, produz regulação nas 12 unidades energéticas básicas (meridianos) que correspondem aos órgãos (são de natureza *yin*) e as vísceras (são de natureza *yang*) e às suas relações cósmicas. Em cada meridiano existem cinco pontos essenciais que correspondem aos cinco elementos, chamados

Shu antigos, pontos reflexos dos cinco elementos (Requena, 1990). Cada elemento agrupa fenómenos energéticos semelhantes, o elemento Madeira está relacionado com, a direção-Este, a estação-Primavera, o clima Vento a cor-Verde, o órgão-Fígado-yin, a víscera-Vesícula Biliar-yang. Para o elemento Fogo, a direção-Sul, a estação-Verão, o clima-Calor, órgão-Coração-yin, a função-Maestro Coração-yin, a víscera-Intestino Delgado-yang, a função-Triplo Aquecedor-yang. No elemento Terra, a direção-Centro, a estação, a mudança, o clima-Humidade, a cor-Amarelo, o órgão-Baço Pâncreas-yin, a víscera-Estomago-yang. No elemento Metal, a direção-Oeste, a estação-Outono, o clima Secura, a cor azul, o órgão-Pulmão-yin, a víscera Intestino Grosso-yang. O elemento Água, a direção-Norte, a estação-Inverno, o clima-Inverno, a cor-laranja, o órgão-Rim-yin, a víscera Bexiga-yang (Pérez, 2001).

A MTC considera que para além dos acidentes, feridas ou traumatismos assim como as causas hereditárias e epidemias, existem três grandes causas que podem afetar a saúde: causas cósmicas, as causas alimentares e as causas psíquicas. Dentro dos aspetos psíquicos, uma questão muito importante para a MTC, são as emoções e os fatores mentais que podem ser grandes fontes de desequilíbrio e consumidores de energia. Se o psiquismo estiver equilibrado, o ser estará menos sujeito, até mesmo isento, de doenças mesmo de origem externa sob influência das energias cósmicas ou climáticas, não contraindo doenças (Requena, 1990). A nível da relação emocional e psicoafectiva o elemento Madeira, tem na sua correspondência mental: imaginação, desejo, competitividade e estratégia; a nível emocional, ira cólera, irritabilidade, agressividade e ansiedade. O Fogo, tem na sua correspondência mental: consciência a palavra o conhecimento; a nível emocional: a alegria, a labilidade, emotividade descontrolada, depressão major. A Terra, tem na sua correspondência mental: a reflexão a ponderação a seriedade, a nível emocional: a obsessão, ansiedade, manias preocupações. O Metal tem na sua correspondência mental: otimismo, vitalidade, sensibilidade, carisma; a nível emocional: tristeza, melancolia, depressão. A Água tem na correspondência mental: vontade, determinação; a nível emocional: medo, ciúmes insegurança.

Na perspetiva da MTC, a saúde é uma questão de equilíbrio entre as diversas forças existentes no organismo humano, a preocupação está na normalização da energia vital do indivíduo de forma, a que este crie condições no organismo para eliminar a enfermidade

através dos seus próprios meios. A ênfase é na saúde e não na doença (Pradipto, 1986). A MTC atua partindo do pressuposto que a doença é criada em consequência de uma perturbação que ocorre nos corpos emocional e mental da pessoa. Parte do pressuposto que a cura é um processo que deve envolver todo o corpo ou seja, independentemente do ponto do corpo físico em que a doença se desenvolveu, deve entender-se que todo o corpo está doente (Williams, 1996).

Através da técnica do Shiatsu é possível produzir uma influência no sistema nervoso autônomo. A partir do toque que é exercido nos pontos reflexos, pontos dos meridianos de acupuntura da MTC, é exercida influência no sistema cardiovascular, sistema endócrino e sistema nervoso, promovendo relaxamento e harmonização. Desta forma, existe a possibilidade do corpo ter espaço e tempo para a sua autorregulação (Pradipto, 1986). O tratamento de shiatsu relaxa o corpo a um nível profundo entrando em contato com aspetos mais subtis do indivíduo podendo ser benéfico no tratamento da ansiedade, tensão, depressão e instabilidade emocional (Liechti, 1994).

Sendo o relaxamento caracterizado por um estado de reduzida ativação fisiológica que proporciona um elevado descanso corporal e uma grande tranquilidade mental, é esperado que indivíduos que praticam técnicas de relaxamento apresentem uma relação significativa entre a qualidade de vida e a saúde mental.

O objetivo da presente investigação é estudar uma possível relação entre a prática de técnicas de relaxamento a qualidade de vida e a saúde mental. Os grupos considerados são: yoga, shiatsu, outra qualquer técnica de relaxamento e não praticantes de qualquer técnica de relaxamento. A qualidade de vida é analisada com recurso ao domínio físico (WD1) e ao domínio psicológico (WD2) e a saúde mental é estudada nas variáveis ansiedade, depressão e stress. Neste sentido é esperado que:

H1- exista uma relação significativa entre as variáveis qualidade de vida (domínio físico e domínio psicológico) e saúde mental (ansiedade, depressão e stress) nos praticantes de yoga;

H2- exista uma relação significativa entre as variáveis qualidade de vida (domínio físico e domínio psicológico) e saúde mental (ansiedade, depressão e stress) nos praticantes de shiatsu;

H3- exista uma relação significativa entre as variáveis qualidade de vida (domínio físico e domínio psicológico) e saúde mental (ansiedade, depressão e stress) nos praticantes de outra qualquer técnica de relaxamento;

H4- exista uma relação significativa entre as variáveis qualidade de vida (domínio físico e domínio psicológico) e saúde mental (ansiedade, depressão e stress) nos não praticantes de qualquer técnica de relaxamento.

Espera-se ainda explanar de que forma algumas das variáveis demográficas influenciam a qualidade de vida e a saúde mental, nomeadamente, o género, a idade, o estado civil e a escolaridade.

Parte II - Investigação Empírica

Capítulo 3. – Metodologia

3.1. Tipo de estudo

Este estudo exploratório assenta numa vertente de análise quantitativa dos dados do tipo correlacional entre grupos. Pretende-se compreender os padrões gerais de comportamento, com base nos pressupostos normativos. Trata-se de uma investigação experimental que se identifica com o paradigma quantitativo que apresenta uma conceção positivista, hipotética-dedutiva e orientada para os resultados e confirmação das hipóteses propostas no estudo.

3.2. Participantes

A amostra foi recolhida segundo a técnica de amostragem não probabilística, de conveniência, sendo constituída por quatro grupos distintos. Destes, três praticam técnicas de relaxamento e um não pratica qualquer tipo de técnica com o fim de relaxar. O total da amostra é de 227 participantes dos quais, 89 praticam yoga, 35 shiatsu, 37 outra técnica de relaxamento e 66 não pratica qualquer técnica.

Os participantes têm idades compreendidas entre os 18 e os 84 anos com uma média de idade de, aproximadamente, 43 anos e um desvio padrão de 13,02.

Na tabela 1 pode observar-se a distribuição dos participantes por género.

Tabela 1. Frequência dos indivíduos por género

Género	N	%	% acumulada
Masculino	68	30,0	30,0
Feminino	159	70,0	100,0
Total	227	100,0	

Os inquiridos são 68 do sexo masculino e 159 do sexo feminino ou seja cerca de 30% são homens e 70% são mulheres, como se pode observar na tabela 1.

Relativamente ao estado civil os indivíduos distribuem-se como se apresenta na tabela 2:

Tabela 2. Frequência dos indivíduos por estado civil

Estado civil	N	%	% acumulada
Solteiro	76	33,5	33,5
Casado	82	36,1	69,6
Separado	2	0,9	70,5
Divorciado	34	15,0	85,5
União de facto	25	11,0	96,5
Viúvo	8	3,5	100,0
Total	227	100,0	

Desta amostra 33,5% dos indivíduos são solteiros, 36,1% são casados, 0,9% são separados, 15% são divorciados, 11% vivem em união de fato e 3,5% são viúvos.

Relativamente às habilitações literárias observe-se a tabela 3:

Tabela 3. Indivíduos da amostra por habilitações literárias

Habilitações literárias completas	N	%	% acumulada
1º ciclo do ensino básico	7	3,1	3,1
2º e 3º ciclo do ensino básico	13	5,7	8,8
ensino secundário	90	39,6	48,5
Licenciatura	81	35,7	84,1
Mestrado	21	9,3	93,4
Pós-graduação	15	6,6	100,0
Total	227	100,0	

Observa-se que 3,1% dos indivíduos inquiridos têm o 1º ciclo do ensino básico, 5,7% completaram o 2º e 3º ciclo do ensino básico, 39,6% o ensino secundário, 35,7% a licenciatura, com 9,3% o grau de mestrado e com 6,6% o grau de pós-graduação.

3.3. Instrumentos

Para o efeito foi utilizado um questionário (anexo 1) resultante da adaptação de duas escalas: a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS-21) e a WHOQOL-Bref.

3.3.1. EADS - 21

Para a avaliação da saúde mental foi utilizada a escala de ansiedade depressão e stress de 21 itens (EADS-21) adaptada da Depression Anxiety Stress Scale (DASS), desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995). Esta escala foi aferida para a população portuguesa no estudo realizado por Pais Ribeiro, Ana Honrado e Isabel Leal em 2004 (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Apresenta-se sob a forma de um questionário de autoavaliação, num total de 21 itens resultante da versão original Inglesa de 42 itens.

A EADS (DASS) tem como base o modelo tripartido de Clark e Watson (cit in Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), nos quais os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas, ansiedade, depressão e stress. De acordo com os mesmos autores a EADS está organizada em três escalas, incluindo vários conceitos, sendo para cada uma delas utilizados diferentes itens, nomeadamente:

Escala de Depressão: Disforia (dois itens); Desânimo (dois itens); Desvalorização da vida (dois itens); Auto-depreciação (dois itens); Falta de interesse ou de envolvimento (dois itens); Anedonia (dois itens); Inércia (dois itens).

Escala de Ansiedade: Excitação do sistema autónomo (cinco itens); Efeitos músculo esqueléticos (dois itens); Ansiedade situacional (três itens); Experiências subjetivas de ansiedade (quatro itens).

Escala de Stress: Dificuldade de relaxar (três itens); Excitação nervosa (dois itens); Facilmente agitado/Chateado (três itens); Irritável/Reação exagerada (três itens); Impaciência (três itens).

Na sua versão original a EADS (DASS), contam para cada uma destas escalas 14 itens cada. Cada item consiste numa frase na qual a afirmação que é feita remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao indivíduo que responda se a afirmação feita se lhe aplicou na “semana passada”. Existem quatro possibilidades de resposta, que são apresentadas numa escala de likert. A resposta é dada a partir da avaliação de acordo com a vivência da última semana, numa escala de quatro pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Esta escala é direcionada para indivíduos com idade superior a 17 anos (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Na versão reduzida a EADS – 21, os mesmos autores referem ainda que os resultados de cada escala (sub-ebscala) são determinados pela soma dos resultados dos sete itens considerados para cada uma: ansiedade, depressão e stress. A avaliação da EASD-21 resulta em três notas, uma por sub-escala, em que o mínimo é “0” e o máximo é “21”. Os valores máximos encontrados correspondem a estados afetivos mais negativos. Salienta-se ainda que os 21 itens foram selecionados de forma a poderem ser convertidos nas notas da escala completa de 42 itens, sendo necessário multiplicar a nota por dois.

3.3.2. WHOLQOL-BREF

Para a avaliação da qualidade de vida (QdV) foi utilizada a versão breve do World Health Organization quality of life para Português de Portugal – WHOQOL-Bref versão reduzida da WHOQOL-100 (Canavarro et al., 2006; Serra et al., 2006).

Este instrumento WHOQOL-Bref é uma medida genérica, multidimensional e multicultural, que permite a avaliação subjetiva da QdV, podendo ser utilizada em diferentes perturbações psicológicas, doenças físicas e em indivíduos da população em geral. A versão portuguesa desta medida de avaliação apresenta boas propriedades psicométricas (Vaz Serra et al., 2006) sendo constituída por 26 questões, duas delas de cariz mais geral, relativas à perceção geral da QdV e à perceção geral da saúde, sendo que as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original. Esta medida está organizada em 4 domínios distintos (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambientais) e ainda uma Faceta Geral de QdV.

O WHOQOL-100 foi inicialmente desenvolvido como um questionário de auto-resposta, no entanto em determinadas situações não é possível optar por esta metodologia pelo que as orientações para os procedimentos de administração do WHOQOL-Bref sugerem diferentes modos de administração do questionário:

Auto-administração na qual após a leitura das instruções o respondente preenche o questionário sem qualquer ajuda;

Assistido pelo entrevistador, o entrevistador lê as instruções e explica o modo de preenchimento do questionário. É o respondente que lê as questões e assinala as respostas. Nesta modalidade é manifestada a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.

Administrado pelo entrevistador, o entrevistador lê as instruções, as questões, os descritores da escala de resposta e assinala no questionário a resposta dada pelo inquirido.

Para haver uniformidade na administração do questionário e evitar influenciar as respostas do inquirido, são feitas algumas recomendações que devem ser tidas em atenção, caso se opte pela entrevista. A entrevista deve ser feita em privado sem que haja influência de outros. Deve ser explicado que pode haver esclarecimento em relação às instruções mas o mesmo não deve ser feito em relação às questões e aos descritores da escala de resposta. O período de referência de duas semanas deve ser enfatizado durante as instruções.

Cabe, por isso, ao investigador escolher o modo de aplicação do questionário, tendo sempre presentes as sugestões de aplicabilidade do mesmo. Assim, neste trabalho, por motivos de exequibilidade temporal, optou-se pela auto-administração dos questionários.

As pontuações possíveis para cada questão variam num intervalo entre 1 e 5, sendo os resultados dos domínios dispostos num sentido positivo, as pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida. Algumas das facetas (Dor e Desconforto, Sentimentos negativos, Dependência de medicação, Morte e Morrer) não estão formuladas num sentido positivo, sendo que para estas facetas as pontuações mais altas não significam melhor qualidade de vida. Há assim a necessidade de recodificação destas facetas para que as pontuações altas reflitam melhor a qualidade de vida.

Do total de vinte e seis questões é necessário inverter três destas questões por serem formuladas negativamente, a recodificação da questão três, quatro e vinte e seis, transforma as perguntas colocadas negativamente em perguntas positivas.

A média dos resultados das perguntas dentro de cada domínio é utilizada para fazer o cálculo do resultado do domínio. Para que seja possível comparar os resultados dos domínios da WHOQOL-Bref, com a WHOQOL-100, a média dos resultados é multiplicada por 100 passando a variar entre 0 e 100.

A WHOQOL-Bref tem características psicométricas semelhantes às da WHOQOL-100. A WHOQOL-Bref, dispõe de um maior número de investigações empíricas e constitui uma alternativa que é justificada pelo tempo de utilização disponível para a avaliação. É de referir que a WHOQOL-100, proporciona um maior número de informação no entanto as boas capacidades psicométricas de ambas WHOQOL-Bref e WHOQOL-100 permitem que estas duas medidas sejam consideradas como instrumentos de referência na avaliação da QdV (Simões, et al, 2010).

Neste estudo são analisados dois domínios da WHOQOL-Bref, o domínio físico e o domínio psicológico, contendo cada um seis facetas. O domínio físico é constituído pelas questões: 1- dor e desconforto; 2- energia e fadiga; 3- sono e repouso; 10- atividades da vida quotidiana; 11- dependência de medicamentos ou de tratamentos; 12- capacidade de trabalho. O domínio psicológico é constituído pelas questões: 4- sentimentos positivos; 5- pensar, aprender, memória e concentração; 6- autoestima; 7- imagem corporal e aparência; 8- sentimentos negativos; 24- espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais (Fleck, 2000).

3.4. Procedimento

Este trabalho teve por base os resultados provenientes de questionários distribuídos junto várias entidades. Essas entidades foram escolhidas de acordo com alguns contatos previamente estabelecidos pela aluna: professores, clínicas e centro português de macrobiótica. Para a sua aplicabilidade foi necessário elaborar-se um protocolo (anexo 2) para autorização da realização junto da direção do centro português de macrobiótica. Após a obtenção da mesma, realizou-se um contato formal com os instrutores de yoga, os professores e os terapeutas de shiatsu dessa instituição. Relativamente as outras instituições, por se tratarem de estruturas de menor dimensão, esses procedimentos foram dispensados, bastando para o efeito a apresentação do projeto junto dos responsáveis.

Foram distribuídos 320 questionários, dos quais foram apenas recolhidos 260. Após a recolha dos questionários, os dados foram introduzidos no SPSS - *Statistical Package for Social Science* versão 20.0. Do total dos questionários recolhidos apenas foram validados 227. Como se tratou de uma autoadministração de questionário, verificou-se, em alguns casos

muitas ausências de resposta o que enviesaria a análise de resultados caso os mesmos fossem considerados.

Capítulo 4. Resultados

Neste capítulo apresenta-se a análise estatística efetuada com ao software *SPSS – Statistical Package for Social Science* versão 20.0. Foi efetuado o teste Kolmogorov-smirnov (KS) de forma a analisar a distribuição das variáveis estudadas e confirmar os parâmetros de normalidade cujos resultados são apresentados no anexo 3 e 4. Tendo-se verificado uma distribuição não normal nas variáveis estudadas a análise estatística foi feita realizada com recurso a testes não paramétricos.

4.1. Análise estatística

No que se refere à prática de técnicas de relaxamento, apresenta-se a tabela 4:

Tabela 4. Frequência de indivíduos por prática de técnica de relaxamento

Técnica de relaxamento	N	%	% acumulada
Yoga	89	39,2	39,2
Shiatsu	35	15,4	54,6
Outra	37	16,3	70,9
Nenhuma	66	29,1	100,0
Total	227	100,0	

Pode verificar-se pela análise da tabela 4 que 39,2% dos respondentes praticam yoga, 15,4% praticam shiatsu, 16,3% praticam outras técnicas e 29,1% não praticam qualquer técnica de relaxamento. O grupo mais representativo da amostra pratica yoga, 89 indivíduos.

Constata-se ainda que 70,9% dos indivíduos pratica um qualquer tipo de técnica de relaxamento.

Elaborou-se a tabela cruzada entre as variáveis relativas à prática de algum tipo de relaxamento e as habilitações literárias completas, tabela 5.

Tabela 5. Frequência dos indivíduos por prática de técnica de relaxamento e habilitações literárias

Habilitações Literárias completas		Pratica algum tipo de técnica de relaxamento				
		Yoga	Shiatsu	Outra	Nenhuma	Total
1º ciclo do ensino básico	N	1	0	1	5	7
	Habilitações Literárias completas:	14,3%	0,0%	14,3%	71,4%	100%
	Pratica algum tipo de técnica de relaxamento?	1,1%	0,0%	2,7%	7,6%	3,1%
2º e 3º ciclo do ensino básico	N	3	1	0	9	13
	Habilitações Literárias completas:	23,1%	7,7%	0,0%	69,2%	100%
	Pratica algum tipo de técnica de relaxamento?	3,4%	2,9%	0,0%	13,6%	5,7%
Ensino secundário	N	35	7	18	30	90
	Habilitações Literárias completas:	38,9%	7,8%	20,0%	33,3%	100%
	Pratica algum tipo de técnica de relaxamento?	39,3%	20,0%	48,6%	45,5%	39,6%
Licenciatura	N	34	21	9	17	81
	Habilitações Literárias completas:	42,0%	25,9%	11,1%	21,0%	100%
	Pratica algum tipo de técnica de relaxamento?	38,2%	60,0%	24,3%	25,8%	35,7%
Mestrado	N	11	2	3	5	21
	Habilitações Literárias completas:	52,4%	9,5%	14,3%	23,8%	100%
	Pratica algum tipo de técnica de relaxamento?	12,4%	5,7%	8,1%	7,6%	9,3%
Pós-graduação	N	5	4	6	0	15
	Habilitações Literárias completas:	33,3%	26,7%	40,0%	0,0%	100%
	Pratica algum tipo de técnica de relaxamento?	5,6%	11,4%	16,2%	0,0%	6,6%
Total	N	89	35	37	66	227
	Habilitações Literárias completas:	39,2%	15,4%	16,3%	29,1%	100%
	Pratica algum tipo de técnica de relaxamento?	100%	100%	100%	100%	100%

Da leitura desta tabela constata-se que 3,1% dos indivíduos da amostra possui o 1º ciclo do ensino básico; 5,7% têm 2º e 3º ciclo do ensino básico; 39,6% possui ensino secundário completo; 35,7% tem licenciatura; 9,3% é detentor de um mestrado e 6,6% possui uma pós-graduação.

Na tabela 4 observou-se que 29,1 % dos indivíduos da amostra não pratica nenhuma técnica de relaxamento, sendo os indivíduos com escolaridade mais baixa aqueles que mais contribuem para este valor, uma vez que de entre os indivíduos com 1º ciclo do ensino básico completo 71,4% não pratica nenhuma técnica de relaxamento e dos indivíduos com 2º e 3º ciclo do ensino básico completo essa percentagem é de 69,2%.

Da análise das duas últimas colunas, nenhuma e total, pode calcular-se a percentagem de praticantes de uma qualquer técnica de relaxamento, tabela 6.

Tabela 6. Percentagem dos indivíduos que pratica/não pratica qualquer técnica de relaxamento

Habilitações Literárias completas	% de não praticantes	% praticantes
1º ciclo do ensino básico	71,4	28,6
2º e 3º ciclo do ensino básico	69,2	30,8
Ensino secundário	33,3	66,7
Licenciatura	21	79
Mestrado	23,8	76,2
Pós-graduação	0	100
Total	29,1	70,9

Assim, pode observar-se que a percentagem de não praticantes diminui com o nível de instrução, sendo que 71,4% dos indivíduos do 1º ciclo do ensino básico não pratica qualquer técnica de relaxamento enquanto todos os indivíduos com pós-graduação na amostra praticam alguma técnica de relaxamento.

Relativamente à questão, “Há quanto tempo pratica essa técnica de relaxamento”, construiu-se a tabela 7:

Tabela 7. Tempo de prática por técnica de relaxamento

Há quanto tempo pratica essa técnica de relaxamento?	N	%	% acumulada
Yoga	Há menos de 1 ano	23	25,8
	Entre 1 ano e 2 anos	16	43,8
	Entre 2 anos e 4 anos	16	61,8
	Há mais de 4 anos	34	100,0
	Total	89	100,0
Shiatsu	Há menos de 1 ano	7	20,0
	Entre 1 ano e 2 anos	13	57,1
	Entre 2 anos e 4 anos	7	77,1
	Há mais de 4 anos	8	100,0
	Total	35	100,0
Outra	Há menos de 1 ano	5	13,5
	Entre 1 ano e 2 anos	10	40,5
	Entre 2 anos e 4 anos	5	54,1
	Há mais de 4 anos	17	100,0
	Total	37	100,0
Nenhuma Total		66	100,0

Pode observar-se na tabela 7 que no grupo do yoga, 25,8%, têm esta prática à menos de um ano, 18% praticam a técnica entre um ano e dois anos, 18% entre dois anos e quatro anos e 38,2% há mais de quatro anos.

O grupo de shiatsu apresenta 20,0% dos indivíduos com esta prática à menos de um ano, 37,1% praticam a técnica entre um ano e dois anos, 20% entre dois anos e quatro anos e 22,9% há mais de quatro anos.

No grupo outras técnicas de relaxamento 13,5% tem esta prática à menos de um ano, 27% praticam a técnica entre um ano e dois anos, 13,5% entre dois anos e quatro anos, 45,9% há mais de quatro anos.

A tabela 8 diz respeito à questão “Qual a frequência da prática?”.

Tabela 8. Frequência da prática por técnica de relaxamento

Qual a frequência da prática?		N	%	% acumulada
Yoga	De 1 a 4 vezes por mês	19	21,3	21,3
	de 4 a 8 vezes por mês	40	44,9	66,3
	De 8 a 12 vezes por mês	18	20,2	86,5
	Mais de 12 vezes por mês	12	13,5	100,0
	Total	89	100,0	
Shiatsu	De 1 a 4 vezes por mês	21	60,0	60,0
	de 4 a 8 vezes por mês	9	25,7	85,7
	De 8 a 12 vezes por mês	3	8,6	94,3
	Mais de 12 vezes por mês	2	5,7	100,0
	Total	35	100,0	
Outra	De 1 a 4 vezes por mês	15	40,5	40,5
	de 4 a 8 vezes por mês	10	27,0	67,6
	De 8 a 12 vezes por mês	3	8,1	75,7
	Mais de 12 vezes por mês	9	24,3	100,0
	Total	37	100,0	
Nenhuma	Total	66	100,0	100,0

Pode ler-se que o grupo do yoga apresenta 21,3% com frequência de 1 a 4 vezes por mês, 44,9% de 4 a 8 vezes por mês, 20,2% de 8 a 12 vezes por mês e 13,5% mais de 12 vezes por mês.

Dos indivíduos que praticam shiatsu 60,0% tem uma frequência de 1 a 4 vezes por mês, 25,7% de 4 a 8 vezes por mês, 8,6% de 8 a 12 vezes por mês e 5,7% mais de 12 vezes por mês.

O grupo outras técnicas tem uma prática 40,5% de 1 a 4 vezes por mês, 27,0% de 4 a 8 vezes por mês, 8,1% de 8 a 12 vezes por mês e 24,3 %mais de 12 vezes por mês.

A questão “Tem ou teve algum acompanhamento psicológico”, deu origem aos resultados da tabela 9:

Tabela 9. Frequência de acompanhamento psicológico por prática de relaxamento

Tem ou teve algum tipo de acompanhamento psicológico?		N	%	% acumulada
Yoga	Sim	23	25,8	25,8
	Não	66	74,2	100,0
	Total	89	100,0	
Shiatsu	Sim	15	42,9	42,9
	Não	20	57,1	100,0
	Total	35	100,0	
Outra	Sim	14	37,8	37,8
	Não	23	62,2	100,0
	Total	37	100,0	
Nenhuma	Sim	11	16,7	16,7
	Não	55	83,3	100,0
	Total	66	100,0	

Por análise da tabela 8, constata-se que nos praticantes de yoga existem 25,8% que já tiveram acompanhamento psicológico e 74,2% nunca tiveram. Dos praticantes de shiatsu 42,9% afirmam ter tido acompanhamento psicológico e 57,1% afirmam nunca ter tido.

Para o grupo de outras técnicas de relaxamento 37,8% dos indivíduos teve acompanhamento psicológico e 62,2% afirmam nunca ter tido. O grupo com nenhuma prática de relaxamento tem 16,7% dos seus indivíduos com acompanhamento psicológico e 83,3% não.

A tabela 10, apresenta os resultados relativos à questão “Tem ou teve algum tipo de prescrição psicofarmacológica?” cruzados com a prática ou não de algum tipo de técnica de relaxamento.

Tabela 10. Tem ou teve algum tipo de prescrição psicofarmacológica por prática de relaxamento

Tem ou teve algum tipo de prescrição psicofarmacológica?		N	%	% acumulada
Yoga	Sim	13	14,6	14,6
	Não	76	85,4	100,0
	Total	89	100,0	
Shiatsu	Sim	5	14,3	14,3
	Não	30	85,7	100,0
	Total	35	100,0	
Outra	Sim	4	10,8	10,8
	Não	33	89,2	100,0
	Total	37	100,0	
Nenhuma	Sim	12	18,2	18,2
	Não	54	81,8	100,0
	Total	66	100,0	

Como se pode observar na tabela 10, o grupo do yoga apresenta 14,6% de indivíduos que responderam sim à prescrição psicofarmacológica e 85,4% não. O grupo do shiatsu tem um total de 14,3% de inquiridos com sim à prescrição psicofarmacológica e 85,7% não. No grupo de outras técnicas verifica-se um total de 10,8% para o sim e 89,2% para a não prescrição psicofarmacológica. Por ultimo o grupo de indivíduos que não tem qualquer tipo de pratica de relaxamento apresenta 18,2% de sim para a prescrição psicofarmacológica e 81,8% não.

Após esta análise, procedeu-se à análise das correlações de Spearman entre as diferentes dimensões em estudo. Foram feitas correlações entre a dimensão “Faceta geral da qualidade de vida” WDG, dimensão “Domínio físico” WD1 e dimensão “Domínio psicológico” WD2, variáveis utilizadas e definidas no questionário utilizado como suporte desta investigação, WHOQOL-Bref e as variáveis depressão, ansiedade e stress da escala EADS, para cada um dos grupos com diferente tipo de práticas de técnicas de relaxamento. Iniciou-se pelo grupo de praticantes de yoga, tendo resultado a seguinte tabela de correlações:

Tabela 11. Coeficiente de correlação de Spearman (praticantes de yoga)

	WDG	WD1	WD2	Depressão	Ansiedade	Stress
WDG	1	0,648**	0,387**	-0,284**	-0,152	-0,309**
WD1		1	0,682**	-0,400**	-0,426**	-0,594**
WD2			1	-0,460**	-0,346**	-0,463**
Depressão				1	0,433**	0,650**
Ansiedade					1	0,533**
Stress						1

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

WDG – Domínio faceta geral da qualidade de vida

WD1 – Domínio físico

WD2 – Domínio psicológico

Como se pode verificar de acordo com a tabela 11 apresentada anteriormente, a variável WDG apresenta uma correlação moderada, em sentido positivo, estatisticamente significativa com a variável WD1 ($r=0,648$; $p=0.000$), uma correlação fraca em sentido positivo com a WD2 ($r=0,387$; $p=0.000$), uma associação fraca em sentido negativo com as variáveis depressão ($r=-0,284$; $p=0.000$) e stress ($r=-0,309$; $p=0.003$).

A variável WD1 apresenta uma correlação estatisticamente significativa com as variáveis WD2, depressão, ansiedade e stress. Verifica-se que existe entre a variável WD1 uma associação moderada em sentido positivo com a variável WD2 ($r=0,682$; $p=0.000$), uma associação fraca no sentido negativo com as variáveis depressão ($r=-0,400$; $p=0.000$); ansiedade ($r=-0,426$; $p=0.000$) e stress ($r=-0,594$; $p=0.000$).

A variável WD2 apresenta uma correlação moderada, em sentido negativo, estatisticamente significativa com as variáveis depressão ($r=-0,460$; $p=0.000$), ansiedade ($r=-0,346$; $p=0.001$) e stress ($r=-0,463$; $p=0.000$).

A variável depressão apresenta uma correlação moderada, em sentido positivo, estatisticamente significativa com as variáveis ansiedade ($r=0,433$; $p=0.000$) e stress ($r=0,650$; $p=0.000$).

A variável ansiedade apresenta correlação moderada, em sentido positivo, estatisticamente significativa com a variável stress ($r=0,533$; $p=0.000$).

A análise das correlações entre as dimensões “Faceta geral da qualidade de vida” WDG, dimensão “Domínio físico” WD1 e dimensão “Domínio psicológico” WD2 e as variáveis depressão, ansiedade e stress realizou-se em seguida para o grupo de praticantes de Shiatsu, tendo resultado na seguinte tabela:

Tabela 12. Coeficiente de correlação de Spearman (praticantes de Shiatsu)

	WDG	WD1	WD2	Depressão	Ansiedade	Stress
WDG	1	0,476**	0,200	-0,132	-0,012	-0,271
WD1		1	0,747**	-0,318	-0,169	-0,456**
WD2			1	-0,531**	-0,210	-0,637**
Depressão				1	0,286	0,610**
Ansiedade					1	0,479**
Stress						1

*** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

WDG – Domínio Faceta geral de qualidade de vida

WD1 – Domínio físico

WD2 – Domínio psicológico

Como se pode verificar de acordo com a tabela 12 apresentada anteriormente, existe correlação da variável WDG estatisticamente significativa com a variável WD1, sendo esta fraca em sentido positivo ($r=0,476$; $p=0.004$).

A variável WD1 apresenta correlação estatisticamente significativa com as variáveis WD2 e stress. Verifica-se uma associação forte em sentido positivo entre a WD1 e a variável WD2 ($r=0,747$; $p=0.000$) e uma associação moderada em sentido negativo com a variável stress ($r=-0,456$; $p=0.006$).

A variável WD2 apresenta correlação moderada, em sentido negativo, estatisticamente significativa com as variáveis depressão ($r=-0,531$; $p=0.001$) e stress ($r=-0,637$; $p=0.000$).

A variável depressão apresenta uma correlação estatisticamente significativa com a variável stress, sendo essa moderada em sentido positivo ($r=0,610$; $p=0.000$).

A variável ansiedade apresenta uma correlação moderada em sentido positivo estatisticamente significativa com a variável stress ($r=0,479$; $p=0.004$).

Ainda para as dimensões tratadas anteriormente foi realizada a análise de correlações de Spearman para o grupo de praticantes de outra qualquer técnica de relaxamento que não o yoga ou o shiatsu, tendo-se obtido a tabela seguinte:

Tabela 13. Coeficiente de correlação de Spearman (praticantes “outra” qualquer prática de relaxamento)

	WDG	WD1	WD2	Depressão	Ansiedade	Stress
WDG	1	0,520*	0,541**	-0,262	-0,136	-0,095
WD1		1	0,488**	-0,349*	-0,233	-0,409*
WD2			1	-0,617**	-0,132	-0,375*
Depressão				1	0,587**	0,593**
Ansiedade					1	0,735**
Stress						1

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

WDG – Domínio Faceta geral de qualidade de vida

WD1 – Domínio físico

WD2 – Domínio psicológico

De acordo com a tabela 13 apresentada anteriormente, pode verificar-se que existem correlações moderadas, em sentido positivo, estatisticamente significativas da variável WDG com as variáveis WD1 ($r=0,520$; $p=0.001$) e WD2 ($r=0,541$; $p=0.001$).

A variável WD1 apresenta correlação estatisticamente significativa com as variáveis WD2, depressão e stress. Verifica-se uma associação moderada em sentido positivo entre a variável WD1 e a variável WD2 ($r=0,488$; $p=0.002$), uma associação moderada em sentido negativo com as variáveis depressão ($r=-0,349$; $p=0.035$) e stress ($r=-0,409$; $p=0.012$).

A variável WD2 apresenta correlação estatisticamente significativa com as variáveis depressão e stress. Verifica-se uma associação moderada em sentido negativo WD2 e a variável depressão ($r=-0,617$; $p=0.000$) e uma associação fraca em sentido negativo com a variável stress ($r=-0,375$; $p=0.022$).

A variável depressão apresenta correlação estatisticamente significativa moderada em sentido positivo com as variáveis ansiedade ($r=0,617$; $p=0.000$) e stress ($r=0,375$; $p=0.022$).

A variável ansiedade apresenta uma correlação forte em sentido positivo estatisticamente significativa com a variável stress ($r=0,735$; $p=0.000$).

A tabela 14 apresenta as correlações das variáveis estudadas anteriormente e o grupo de não praticantes de qualquer prática de relaxamento.

Tabela 14. Coeficiente de correlação de Spearman (não praticantes de qualquer prática de relaxamento)

	WDG	WD1	WD2	Depressão	Ansiedade	Stress
WDG	1	0,494**	0,227*	-0,238	-0,397**	-0,188
WD1		1	0,507**	-0,493**	-0,580**	-0,518**
WD2			1	-0,708**	-0,604**	-0,584**
Depressão				1	0,635**	0,751**
Ansiedade					1	0,700**
Stress						1

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

WDG – Domínio Faceta geral de qualidade de vida

WD1 – Domínio físico

WD2 – Domínio psicológico

Como se pode verificar de acordo com a tabela 14 apresentada anteriormente, existem correlações estatisticamente significativas da variável WDG com as variáveis: WD1, WD2 e a variável ansiedade. Verifica-se uma associação moderada em sentido positivo da variável WDG com a variável WD1 ($r=0,494$; $p=0.001$), associação fraca em sentido positivo com a variável WD2 ($r=0,227$; $p=0.024$) e uma associação moderada em sentido negativo com a ansiedade ($r=-0,397$; $p=0.001$).

A variável WD1 apresenta uma correlação estatisticamente significativa com as variáveis WD2, depressão e stress. Verifica-se uma associação moderada em sentido positivo entre a variável WD1 a variável WD2 ($r=0,507$; $p=0.000$), uma associação moderada em sentido negativo desta com as variáveis depressão ($r=-0,493$; $p=0.000$), ansiedade ($r=-0,580$; $p=0.000$) e stress ($r=-0,518$; $p=0.000$).

A variável WD2 apresenta uma correlação estatisticamente significativa moderada em sentido negativo com as variáveis depressão ($r=-0,708$; $p=0.000$), a ansiedade ($r=-0,604$; $p=0.000$) e stress ($r=-0,584$; $p=0.000$).

A variável depressão apresenta uma correlação estatisticamente significativa moderada em sentido positivo com as variáveis ansiedade ($r=0,635$; $p=0.000$) e stress ($r=0,751$; $p=0.000$).

A variável ansiedade apresenta uma correlação forte em sentido positivo estatisticamente significativa com a variável stress ($r=0,700$; $p=0.000$).

4.2. Discussão

A amostra deste estudo apresenta um total de 70,9% de praticantes de técnicas de relaxamento e 29,1% de não praticantes de qualquer tipo de técnica. Dos praticantes de técnicas de relaxamento 39,2% praticam yoga, 15,4% praticam shiatsu e 16,1% qualquer outra técnica.

Como propósito desta investigação foi realizada a análise de correlações por forma a permitir averiguar a existência ou não de uma relação significativa entre as variáveis qualidade de vida (domínio físico e domínio psicológico) e saúde mental (ansiedade, depressão e stress) para os quatro grupos em estudo.

Constatou-se existir correlações estatisticamente significativas entre a qualidade de vida e a saúde mental dos quatro grupos estudados: praticantes de yoga, praticantes de shiatsu, praticantes de outra qualquer técnica de relaxamento e os não praticantes de qualquer técnica de relaxamento.

Relativamente à hipótese colocada para o grupo de praticantes de yoga H1: Existe uma relação significativa entre as variáveis qualidade de vida (domínio físico e domínio psicológico) e saúde mental (ansiedade, depressão e stress) nos praticantes de yoga há evidências de uma relação estatisticamente significativa entre a faceta geral qualidade de vida, o domínio físico (WD1), o domínio psicológico (WD2) e a saúde mental (depressão e stress). Pode verificar-se que para este grupo existe uma associação moderada inversa ou em sentido negativo entre a qualidade de vida (domínio físico ,WD1, e o domínio psicológico ,WD2) e a saúde mental (depressão, ansiedade e stress). Os resultados encontrados vão no sentido do que nos diz a literatura, a prática do yoga tende a melhorar a condição física e psicológica (Iyengar, 2009; Serra, 2011).

No que se refere à segunda hipótese, H2: Existe uma relação significativa entre as variáveis qualidade de vida (domínio físico, WD1, e domínio psicológico,WD2) e saúde mental (ansiedade, depressão e stress) nos praticantes de shiatsu, verifica-se que existe uma associação moderada em sentido negativo para a qualidade de vida, domínio físico (WD1) e variável stress. Observa-se também uma associação moderada em sentido negativo entre a qualidade de vida, domínio psicológico (WD2), e as variáveis depressão e stress. Verificou-se

que no grupo dos praticantes de shiatsu, não existe correlação estatisticamente significativa entre o domínio faceta geral de qualidade de vida (WDG) e os níveis de saúde mental (ansiedade, depressão e stress). Estas evidências são parcialmente sustentadas por Pradipto (1986) que afirma “o shiatsu é comumente definida como uma “massagem oriental” mas na realidade é muito mais do que uma simples massagem, é uma terapia do reequilíbrio físico e energético”.

Relativamente à terceira hipótese, H3: Existe uma relação significativa entre as variáveis qualidade de vida (domínio físico (WD1) e domínio psicológico (WD2)) e saúde mental (ansiedade, depressão e stress) nos praticantes de outra qualquer técnica de relaxamento, verificou-se uma associação moderada em sentido negativo entre a qualidade de vida, domínio físico (WD1), e as variáveis depressão e stress. Observa-se também uma associação moderada em sentido negativo entre a qualidade de vida, domínio psicológico (WD2), e as variáveis depressão stress. Neste grupo os praticantes são maioritariamente frequentadores de meditação e de massagem como técnicas habituais de relaxamento. Estes resultados vão de encontro ao que vários autores sugerem como práticas que promovem bem-estar. Leal, (2005) refere que a massagem é um dos métodos mais capazes de provocar uma sensação de alívio e de bem-estar. Também Baptista, (2012) menciona o toque na pele como um excelente tratamento que permite diminuir as hormonas do stress e produz um aumento das endorfinas, consequentemente o bem-estar geral.

Para a quarta hipótese em análise, H4: Existe uma relação significativa entre as variáveis qualidade de vida, domínio físico (WD1) e domínio psicológico (WD2), e saúde mental (ansiedade, depressão e stress) nos não praticantes de qualquer técnica de relaxamento, verificou-se uma associação moderada em sentido negativo para a qualidade de vida, domínio físico (WD1) e as variáveis: depressão, ansiedade e stress. Para a variável domínio psicológico (WD2), observa-se uma associação forte em sentido negativo com a variável depressão, e uma associação moderada em sentido negativo com as variáveis ansiedade e stress. A correlação existente, neste grupo, entre a qualidade de vida no domínio psicológico e a depressão é forte e inversamente proporcional, quer isto dizer que a não prática de qualquer técnica de relaxamento quando acompanhada de maiores níveis de depressão diminuí bastante a qualidade de vida destes indivíduos na sua dimensão psicológica, o que também vai ao encontro dos autores supracitados, (Leal, 2005; Serra, 2011).

Verificou-se, também, que a percentagem de não praticantes diminui com o nível de instrução, sendo que 71,4% dos indivíduos do 1º ciclo do ensino básico não pratica qualquer técnica de relaxamento enquanto todos os indivíduos com pós-graduação na amostra praticam alguma técnica de relaxamento. Neste estudo, parece haver evidência para a relação entre a prática de técnicas de relaxamento e o nível de instrução dos indivíduos. Os resultados obtidos vão de encontro ao que Loureiro e Miranda (2010) referem, dando importância aos níveis de educação por poderem ser preditores dos níveis de saúde. As pessoas com educação mais elevada manifestam ter comportamentos mais saudáveis e maior capacidade para mobilizar recursos pessoais.

Pode também observar-se que o grupo que não pratica qualquer prática de relaxamento apresenta uma menor percentagem (16,7%) de indivíduos que têm ou já tiveram acompanhamento psicológico e uma maior percentagem (83,3%) de indivíduos que afirma nunca ter tido qualquer tipo de acompanhamento. Este grupo apresenta também uma maior percentagem de indivíduos que dizem ter ou já ter tido prescrição psicofarmacológica (18,2%) relativamente aos outros grupos em estudo. Estes resultados indiciam que os indivíduos que não praticam qualquer técnica de relaxamento têm maior probabilidade de não recorrer a acompanhamento psicológico e maior frequência na utilização de psicofármacos.

Dos quatro grupos em estudo o grupo do shiatsu é o que apresenta menos associações. Como podemos observar nas tabelas 7 e 8 as percentagens mais elevadas neste grupo encontram-se numa frequência de prática de 1 a 4 vezes por mês e com permanência de 1 a 2 anos. O que sugere a necessidade de uma análise mais detalhada para esta técnica, de forma a perceber de que modo uma sessão de shiatsu é vivida física e psicologicamente e que relação tem com a qualidade de vida e a saúde mental.

Uma das limitações deste estudo prende-se com o facto de a amostra recolhida não ter tido por base um planeamento amostral probabilístico ou causal, mas de conveniência, não se deve, por isso extrapolar as conclusões obtidas no presente trabalho para a população portuguesa. Para tal, dever-se-ia recolher uma amostra probabilística e verificar se os resultados seriam idênticos aos obtidos. A dimensão da amostra em estudo, ainda que considerada bastante aceitável (Hill & Hill, 2008), deveria ser aumentada para que cada um dos quatro grupos trabalhados tivesse um número maior de indivíduos.

Não se pode deixar de ter em atenção que a qualidade de vida, bem como a saúde mental são duas variáveis que não podem ser observadas nem medidas diretamente, pelo que encerram em si dificuldades acrescidas na sua “medição”. A aplicação dos questionários deveria fazer-se com a assistência do entrevistador em vez de autoadministração de forma a esclarecer eventuais dúvidas aos inquiridos sendo também conveniente fazer um estudo preliminar para verificar a relevância, clareza e compreensão das perguntas aplicadas aos respondentes de um novo Universo, mesmo sabendo que se tratava de um questionário validado.

A maioria destas limitações são consequências imediatas do tempo útil requerido para a realização deste trabalho. Se todas as limitações aqui apresentadas fossem tidas em consideração, o mesmo não seria exequível no tempo que lhe estava destinado.

Conclusão

Este estudo teve por objetivo estabelecer uma possível relação entre a prática das técnicas de relaxamento nomeadamente o yoga e o shiatsu, a qualidade de vida e a saúde mental dos seus praticantes. A saúde mental foi mensurável através dos níveis de depressão, ansiedade e stress. Para levar a cabo esta investigação foi utilizado um questionário (anexo 1) resultante da adaptação de duas escalas: a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS-21) e a WHOQOL-Bref, conforme descrito no capítulo 4 da metodologia.

Face às hipóteses colocadas, capítulo 2, e à discussão apresentada, capítulo 4, pode concluir-se que os resultados deste estudo mostram haver correlações estatisticamente significativas, Bryman e Cramer (1993), entre as práticas de relaxamento, a qualidade de vida e a saúde mental, com valores considerados moderados para os grupos em análise: praticantes de yoga, praticantes de shiatsu, praticantes de outra qualquer técnica e os não praticantes de qualquer técnica de relaxamento. Da análise de correlações pode concluir-se que existem correlações estatisticamente significativas das dimensões da qualidade de vida, domínio físico (WD1) e domínio psicológico (WD2) e de saúde mental (ansiedade, depressão e stress) em estudo mais evidentes nos grupos dos praticantes de yoga e nos não praticantes.

Pode ainda concluir-se que nesta amostra os indivíduos com maior nível de instrução pratica algum tipo de técnica de relaxamento. Os resultados mostram ainda, que para maiores níveis de instrução existe uma maior percentagem de indivíduos que dizem ter ou ter tido, acompanhamento psicológico e para menores níveis de instrução maior utilização de psicofármacos.

É evidente uma relação entre o nível de instrução a qualidade de vida e a saúde mental desta amostra. Havendo uma tendência para os indivíduos com maior nível de instrução recorrerem com maior frequência às técnicas de relaxamento e ao acompanhamento psicológico.

O grupo de praticantes de yoga e o grupo de não praticantes apresentam correlações, estatisticamente significativas, de relação inversa, entre a qualidade de vida (domínio físico e domínio psicológico) e a saúde mental (depressão, ansiedade e stress).

Os resultados obtidos vão no sentido dos objetivos da prática do yoga o que leva à sua recomendação para um aumento da qualidade de vida. A prática desta técnica tem por fim orientar o seu praticante para o domínio das emoções e alcançar a paz e a serenidade a partir do controlo do corpo e da respiração (Ergas, 2002). O praticante de yoga procura o bem-estar físico e psicológico. Assim, urge a questão: que relação existiria entre a qualidade de vida e a saúde mental destes indivíduos se não praticassem yoga?

O grupo de praticantes de shiatsu apresenta correlação estatisticamente significativa, também em sentido inverso, entre a qualidade de vida e os níveis de depressão e stress. Pode concluir-se que dos quatro grupos em estudo este grupo é o que apresenta um menor número de correlações estatisticamente significativas.

A maioria das psicoterapias teve o seu desenvolvimento com recurso à palavra como forma de os indivíduos contactarem e darem forma às suas emoções e sentimentos. A prevalência da palavra submeteu o corpo a diferentes discursos reforçando uma tradição ocidental que dualizou a relação mente corpo (Leal, 2005). Só nos finais da década de sessenta início da década de setenta do século XX surge uma visão holística do homem dando origem a novas terapias com abordagens corporais como a hipnose, as técnicas orientais, a análise bioenergética entre outras (Ergas, 2001).

Falar do corpo é refletir sobre o papel da imagem corporal que é a prova periférica do ato de pensar. O corpo torna evidentes as sensações e as perceções através de uma ancoragem que se torna em representações a partir da inter-relação. Os registos do corpo e do pensamento dão suporte aos atos e aos afetos (Golse, 2002). Segundo Lowen, (1997) para que haja modificação da mentalidade da conduta e do estado de espírito haverá alterações nas funções físicas. O relaxamento é uma técnica associada a várias terapias com abordagem corporal que pode contribuir na promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos (Hermógenes, 2002; Ergas, 2002; Serra, 2011). O relaxamento sistemático de todos os músculos do corpo tem a intenção de alcançar um relaxamento mental.

É fundamental a elaboração de estudos em populações mais alargadas de forma a melhorar a compreensão e as possibilidades de utilização do relaxamento de modo a poder ser considerada como uma técnica com possibilidades de ser integrada como um contributo fundamental para a saúde, bem-estar e qualidade de vida de qualquer indivíduo.

Referências Bibliográficas

- American Medical Association (2002). *Guia essencial da depressão*. Editora Aquariana.
- American Psychological Association (2012). *Manual de publicação da APA*. Artemed Editora, Porto Alegre.
- American Psychiatric Association, DSM-IV-TR (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Baptista, A., (2007). *Introdução à psicologia do nosso tempo*. In Neves, F. S., (2007). *Introdução ao pensamento contemporâneo*. Edições Universitárias Lusófonas.
- Baptista, A., (2012). *O poder das emoções positivas*. Lidel, Edições técnicas, Lisboa.
- Bauer, S., (2004). *Da ansiedade a depressão. da psicofarmacologia à psicoterapia Ericksoniana*. Editora Livro Pleno, São Paulo, Brasil.
- Bénony, H. & Chahraoui, K., (1999). *A entrevista clínica*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Bryman, A., Cramer, D. (1993) *Análise de dados em ciências sociais. introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Celta Editora, Oeiras.
- Capra, F., (2009). *O Tao da física*. Editorial Presença, Lisboa.
- Canavarro, M.C. & Vaz Serra, A., (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Damásio, A., (1995). *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. Publicações Europa América.
- Damásio, A., (2000). *O Sentimento de si: o corpo a emoção e a neurobiologia da consciência*. Publicações Europa América
- Damásio, A., (2003). *Ao encontro de Espinosa*. Publicações Europa América.
- Dong, L., (2007). *Qi Gong a via da calma*. Editora Pergaminho.

- Elíade, M., (2012). *Yoga: imortalidade e liberdade*. Editora Palas Athena.
- Elíade, M., (2000). *Patañjali e o yoga*. Relógio de Água Editores.
- Ergas, F., (2002). *Viver sem stress, com o método sofrológico*. Publicações Europa América, Mem Martins.
- Emanuel, R., (2010). *Ansiedade*. Edição Almedina.
- Federspiel, K., & Herbst, V., (2001). *Terapias complementares e alternativas, utilidades e riscos*. Editores para a Defesa do Consumidor, Lda, Lisboa.
- Fischer, G. N. & Tarquinio, C., (2006). *Os conceitos fundamentais da psicologia da saúde*. Instituto Piaget, Paris.
- Feuerstein, G., (1998). *A Tradição do yoga: história, literatura, filosofia e prática*. Editora Pensamento, São Paulo.
- Fleck, M. A., (2000). *O instrumento de avaliação de qualidade de vida abreviado da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-breve), características e perspectivas: Aplicação da versão em português*. Ciência & Saúde Pública 5 (1):33-38.
- Goleman, D. & Gurin, J., (1997). *Equilíbrio mente corpo como usar sua mente para uma melhor saúde*. Editora Campus.
- Golse, B., (2002). *Do corpo ao pensamento*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Gonçalves, O. (2006). *Terapias cognitivas terapias e práticas*. Edições Afrontamento, Porto.
- Graziani, P., (2005). *Ansiedade e perturbações da ansiedade*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Hermógenes, (2002). *Ioga para nervosos*. Editora Pergaminho, Cascais.
- Hill, M. M. e Hill A. (2008). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Iyengar, B.K.S., (2009). *Yoga sabedoria e prática*. Civilização Editores Lda., Porto.
- Jana, J. E. A., (1995). *Para uma teoria do corpo humano*. Instituto Piaget, Lisboa.

- Landmann, J., (1989). *As medicinas alternativas – mito embuste ou ciência*. Edições Guanabara.
- Leal, I., (2008). *Iniciação às psicoterapias*. Edições, Fim de Século, Lisboa.
- Ledoux, J., (2000). *O cérebro emocional. As misteriosas estruturas da vida emocional*. Editora Pergaminho, Cascais.
- Leloup, J.Y., (2009). *O corpo e seus símbolos*. Editora Vozes, Petrópolis.
- Liechti, E., (1994). *Shiatsu a massagem japonesa*. Editorial Estampa, Lisboa.
- Lopes, R. G., (2006). *Psicologia da pessoa e elucidação psicopatológica*. Higiomed Edições.
- Loureiro, I., & Miranda, N., (2010). *Promover a saúde dos fundamentos ação*. Edições Almedina, SA, Coimbra.
- Lowen, A., (1997). *Alegria. a entrega ao corpo e à vida*. Summus Editorial, São Paulo.
- Lundberg P., (1998). *O livro do shiatsu. Vitalidade e saúde por meio da arte do toque*. Editora Manole, São Paulo
- Lovibond, P. & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Ketele, J.M., & Roegiers, X., (1993). *Metodologia da recolha de dados fundamentos dos métodos de observação de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Instituto Piaget, Lisboa.
- Maroco, João (2007). *Análise estatística - com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Masquelier, Y. T., (2005). *L'espirit du yoga*. Editor Albin Michel.
- Mendes, A.M., (2002). *Stress e imunidade*. Formasau, Formação e Saúde Lda, Coimbra.
- Mircea, E., (2005). *Imortalidade e liberdade*. Editora Palas Athena.
- Mircea, E., (2000). *Patañjali e o yoga*. Editora Relógio D'Água. Lisboa.

- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Pais Ribeiro, J.L., (1988). Efeitos psicológicos da atividade física. *Jornal de Psicologia*, 7, 5, 10-14.
- Pais Ribeiro, J.L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lavibond e Lavibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Pais Ribeiro, J.L., (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. Editor Quarteto, Lisboa.
- Pais Ribeiro, J.L., (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P. Cruz S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords). *Bem-estar e qualidade de vida* (p. 31-49).
- Parreira, A., (2006). *Gestão do stress e da qualidade de vida*. Monitor, Lda, Lisboa.
- Paúl, C., Fonseca, & A. M., (2001). *Psicossociologia da saúde*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Pedinielli, J.L., Bernoussi, A., (2006). *Os estados depressivos*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Pérez, A. C. N., (2001). *Acupuntura I, fundamentos da bioenergética*. Ediciones C.E.M.E.T.C. S.L. Madrid.
- Pio-Abreu, J.L., (2009). *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Pradipto, M. J., (1986). *Shiatsu equilíbrio energético e consciência do corpo*. Summus Editorial, São Paulo.
- Primo, J. & Mateus, D. (2008). *Normas para a elaboração e apresentação de teses de doutoramento – aplicáveis às dissertações de mestrado*. Manuscrito não publicado. Lisboa. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Reitoria.
- Requena, Y., (1990). *Acunpuntura e psicologia*. Editor Edmomdo Andrei.
- Ribeiro, A., (2005). *O corpo que somos*. Casa das Letras, Editorial Noticias.

- Santos, B.S., (1998). *Reinventar a democracia*. Edições Gradiva, Lisboa.
- Secchi, G., & Strepparava, M. G. (2001). *The quality of life in cancer patients: A cognitive approach*. European Journal of Internal Medicine, 12, 35-42.
- Silva, A. B. B., (2011). *Mentes ansiosas, medo e ansiedade além dos limites*. Fontanar, Rio de Janeiro.
- Schwanitz, D., (2007). *Cultura tudo o que é preciso saber*. Publicações Dom Quixote.
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Vilar, M., & Paredes, T., (2010). *Avaliação da qualidade de vida: Uma breve revisão de estudos psicométricos com o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref* (129- 153). In Canavarro, M.C. & Vaz Serra, A., (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde* (1ªed) Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Serra, A.V., (2010). Qualidade de vida e saúde. (p.23-53). In: Canavarro, M.C. & Vaz Serra, A., (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa
- Serra, A.V., (2011). *O stress na vida de todos os dias*. Edição do autor, Coimbra.
- Tavares, J., Pereira, A., Monteiro, S., & Gomes, A., (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto Editora.
- Thompson, G., (1997). *Manual de shiatsu*. Editorial Estampa, Lisboa.
- Wang, B., (2001). *Princípios de medicina interna do imperador amarelo*. Ícone Edições, São Paulo.
- World Health Organization (1998) *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. Report on WHO consultation. MNH/MAS/MHP/98.2 WHO, Genebra. 22 pp.
- Williams, T., (1996). *A medicina chinesa acupuntura, plantas medicinais, nutrição, chi kung e Meditação*. Editorial Estampa, Lisboa.

Anexos

Anexo 1

Este estudo tem como objetivo a exploração de uma relação possível entre saúde mental e Qualidade de Vida em sujeitos praticantes de técnicas de relaxamento. Pretende-se que responda de acordo com o modo como se sente e reage face às situações mencionadas. Não existem respostas “certas” nem “erradas”, por isso seja o mais sincero possível respondendo de acordo consigo próprio a todos os itens. Os dados deste questionário são confidenciais e destinam-se a fins estatísticos preservando o anonimato do mesmo. A sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento. Caso tenha alguma dúvida não hesite em perguntar.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Sexo: Masculino ☐

Feminino ☐

Idade: _____ anos

Estado Civil:

Solteiro(a) ☐
Casado(a) ☐

Separado(a) ☐
Divorciado(a) ☐

União de facto ☐
Viúvo (a) ☐

Habilitações Literárias completas:

Sem escolaridade ☐
1º ciclo do ensino básico ☐
2º e 3º ciclo do ensino básico ☐
Ensino secundário ☐

Licenciatura ☐
Mestrado ☐
Pós-Graduação ☐
Doutoramento ☐

Pratica algum tipo de técnica de relaxamento?

Yoga ☐
Shiatsu ☐
Outra ☐
Nenhuma ☐

Qual? _____

Há quanto tempo pratica essa técnica de relaxamento?

Há menos de 1 ano ☐
Entre 1 ano e 2 anos ☐

Entre 2 anos e 4 anos ☐
Há mais de 4 anos ☐

Qual a frequência da prática?

De 1 a 4 vezes por mês ☐
De 4 a 8 vezes por mês ☐

De 8 a 12 vezes por mês ☐
Mais de 12 vezes por mês ☐

Tem ou teve algum tipo de acompanhamento psicológico?	Sim	☐	Não	☐
Tem ou teve algum tipo de prescrição psicofarmacológica?	Sim	☐	Não	☐

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

A classificação é a seguinte:

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

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

EADS

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto. Prof. Doutor José Pais Ribeiro

Universidade Lusíada, Lisboa. Prof. Doutora Ana Honrado

Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Prof. Doutora Isabel Ieal

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

WOHQOL-BREF (Organização Mundial de Saúde)

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz serra (adriano@netvisao.pt)

Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

Anexo 2

Lisboa, 30 de Janeiro 2011

Exmo Senhor

Professor Francisco Varatojo

Sou a aluna Ana Cristina Ramos Moreira n.º 21001739, a frequentar o 2.º ano do 2.º Ciclo de Psicologia Aconselhamento e Psicoterapias da Universidade Lusófona Humanidades e Tecnologias. Encontro-me neste ano lectivo 2011/2012 a realizar o seminário de investigação, com o tema “Saúde Mental e Qualidade de Vida em sujeitos que praticam técnicas de relaxamento”, sob a orientação do Professor Doutor Nuno Colaço.

Venho por este meio solicitar a V. Ex.ª, autorização para poder desenvolver o estudo no Centro Português de Macróbiótica.

A realização desta investigação é efectuada através da aplicação de um protocolo do qual consta um questionário sociodemográfico, Escalas de avaliação da Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) e o questionário de avaliação da Qualidade de Vida, WHOQOL-BREF.

É garantida a confidencialidade e anonimato do participante. Os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins estatísticos, podendo o aluno desistir da sua colaboração se assim o entender.

Agradecendo antecipadamente toda a atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos,

Nuno Colaço

(Orientador do Seminário de Investigação)

Ana Cristina Moreira

(a Orientanda)

Anexo 3

Tests of Normality							
Pratica algum tipo de técnica de relaxamento?		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
WDG	Yoga	,259	89	,000	,848	89	,000
	Shiatsu	,290	35	,000	,840	35	,000
	Outra	,219	37	,000	,925	37	,015
	Nenhuma	,224	66	,000	,923	66	,001
WD1	Yoga	,137	89	,000	,953	89	,003
	Shiatsu	,125	35	,181	,945	35	,081
	Outra	,105	37	,200*	,957	37	,163
	Nenhuma	,118	66	,024	,968	66	,088
WD2	Yoga	,110	89	,010	,978	89	,145
	Shiatsu	,126	35	,174	,960	35	,228
	Outra	,155	37	,026	,935	37	,033
	Nenhuma	,150	66	,001	,939	66	,003

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

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variances

MDG			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3,622	3	223	,014

Anexo 4

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test				
		Depressão	Ansiedade	Stress
N		227	226	227
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	2,97	2,55	5,56
	Std. Deviation	3,583	3,319	3,735
Most Extreme Differences	Absolute	,210	,221	,147
	Positive	,210	,203	,147
	Negative	-,204	-,221	-,068
Kolmogorov-Smirnov Z		3,167	3,326	2,218
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.