

Promoção de saúde mental na comunidade: análise conceptual

Mental health promotion in the community: conceptual analysis

Ana Pacheco^{1,2}, Jorge Martins^{1,3}, Mário Simões^{1,4}

¹ LIMMIT Lab – Laboratório de Interação Mente-Matéria de Intenção Terapêutica, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal

² Medicina Geral e Familiar, USF Amora Saudável, ACES Almada-Seixal, Portugal

³ Fondation Pôle Autisme e Office Médico-Pédagogique, République et canton de Genève, Suíça

⁴ Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal

Palavras-chave

Consciência do eu; consciência de morbilidade; medicina geral e familiar; meditação; neurociência Afetiva e Cognitiva; psiconeuroimunologia; psicoterapia.

Resumo

Introdução: Recentemente, a neuropsiquiatria tem-se centrado, quase que exclusivamente, na correção de alterações fisiopatológicas, menosprezando inevitavelmente certos fatores psicossomáticos de doenças crónicas da comunidade. Assim sendo, torna-se necessário o desenvolvimento e aplicação de saúde mental que utilize uma abordagem mais compreensiva no tratamento de doenças incapacitantes e nos cuidados de saúde primários.

Objetivo: Este estudo pretende rever o efeito da consciência do eu e consciência de morbilidade, como descrito subjetivamente por pacientes durante intervenções psicoterapêuticas ou por adultos saudáveis em práticas meditativas.

Material e métodos: Para avaliar o efeito descrito, uma análise conceptual é proposta como método. Revendo a literatura atual sobre o “state of the art” de dinâmicas cerebrais e eixo psiconeuroimunológico, testou-se a correlação entre a experiência subjetiva do paciente e a neurociência afetiva e cognitiva. Como hipótese de investigação, pretendeu-se evidenciar os paradigmas científicos utilizados para estudar o efeito supraescrito.

Resultados: Apresenta-se a limitação atual da integração das abordagens psicoterapêuticas na compreensão do bem-estar e prevenção de saúde mental, bem como a necessidade da sua implementação na medicina geral e familiar e psiquiatria comunitária. A consciência do eu e a consciência de morbilidade promove o bem-estar físico e mental e contribui para o desenvolvimento de traços emocionais não patológicos. A psicoterapia clássica, assim como a meditação, permite que o indivíduo tenha acesso às suas representações internas, proporcionando o espaço mental necessário para trabalhar afetos e cognições. O acesso clínico a essas representações internas é importante não apenas no tratamento de doenças incapacitantes, mas também indispensável nos cuidados de saúde primários.

Conclusões: O médico, através da promoção da saúde física e mental do indivíduo, da sua família e da comunidade, tem um papel preponderante na adesão aos pressupostos de boa prática clínica. A hipótese de investigação defendida por esta análise conceptual apresenta terreno para o debate de uma medicina da comunidade mais focada na indução de políticas para o bem-estar mental, para a consciência do eu e para a consciência de morbilidade. Estas políticas de saúde mental na comunidade são atualmente consideradas como objetivos do programa de saúde de medicina geral e familiar, nomeadamente a abordagem centrada na pessoa e no seu contexto, direcionada para a capacitação e empoderamento do doente ou indivíduo saudável, como agente responsável pela própria saúde.

Keywords

Affective and Cognitive Neuroscience; General and Family Medicine; Meditation; Morbidity awareness; Psychoneuroimmunology; Psychotherapy; Self-awareness.

Abstract

Introduction: Recently, neuropsychiatry has focused almost exclusively on the correction of pathophysiological changes, inevitably neglecting certain psychosomatic factors of chronic diseases in the community. It is thus necessary to develop and apply mental health that uses a more comprehensive approach in the treatment of disabling diseases and in primary health care.

Aim: This study aims to review the effect of self-awareness and awareness of morbidity, as described subjectively by patients during psychotherapeutic interventions or by healthy adults in meditative practices.

Materials and Methods: To assess the effect described, a conceptual analysis is proposed as a method. Reviewing the current literature on the «state of the art» of brain dynamics and the psychoneuroimmunological axis, the correlation between the patient's subjective experience and affective and cognitive neuroscience was tested. As a research hypothesis, it was intended to highlight the scientific paradigms used to study the effect described above.

Results: The current limitation on the integration of psychotherapeutic approaches in understanding well-being and mental health prevention is presented, as well as the need for its implementation in general and family medicine and in the community psychiatry. Self-awareness and awareness of morbidity promotes physical and mental well-being and contributes to the development of non-pathological emotional traits. Classical psychotherapy, as well as meditation, allows the individual to access his internal representations, providing the mental space necessary to work on affections and cognitions. The clinical access to these internal representations is important not only in the treatment of disabling diseases, but also indispensable in primary health care.

Conclusion: The physician, by promoting the physical and mental health of the individual, his family and the community, has a predominant role in the adherence to the assumptions of good clinical practices. The research hypothesis defended by this conceptual analysis presents ground for the debate of a community medicine more focused on inducing policies for mental well-being, for self-awareness and for morbidity awareness. These mental health policies in the community are currently considered to be objectives of the general and family medicine health program, namely the person-centered approach, which aims at training and empowering the patient or healthy individual as the prime agent responsible for his own health.

Introdução

A medicina ocidental, seguindo o progresso científico, tem-se centrado quase exclusivamente na correção das alterações fisiológicas, físico-químicas, enquanto descuida os fatores psicossomáticos das doenças. É necessária uma abordagem psicossomática, que cada vez mais integra a epigenética. É na senda desta realidade que na área da saúde muitos se têm dedicado ao desenvolvimento de uma medicina que utilize uma abordagem mais completa e compreensiva no tratamento da doença.¹

A medicina contemporânea precisa de médicos mais humanizados, de abordagens e atitudes psicossomáticas, de valorizar a pessoa e a saúde em todas as suas dimensões. Dizia Barahona Fernandes que é preciso reconhecer a vantagem que a medicina e cirurgia têm ao atenderem à perspectiva psicossocial e à compreensão da personalidade dos doentes na sua relação com o médico e equipa de saúde e na sua situação, regressando às raízes hipocráticas do todo humano (bio-psico-sociocultural), resistindo à dualidade cartesiana mente-corpo.¹

A consciência é facilmente compreendida como a realidade momentânea que o indivíduo experiencia de acordo com a sua vivência. O conceito de vivência (*Erlebnis*),² bem descrito na filosofia de Nietzsche, possui originariamente uma tripla significação: a imediatez (*Unmittelbarkeit*) entre homem e mundo; a significabilidade (*Bedeutsamkeit*) para o caráter global da existência; a incomensurabilidade (*Inkommensurabilität*) do conteúdo da própria vivência, conferindo a ela também uma dimensão estética.

O estado “normal” ou “ordinário” de consciência permite aceder à realidade ordinária, enquanto um estado mental de consciência ampliada (mais autoconsciência) permite o acesso a uma realidade menos ordinária, tanto interior como exterior. É com a finalidade de mecanismo alternativo de aquisição e / ou integração de conhecimento que estes estados mentais foram desde os primórdios da humanidade usados em práticas meditativas. Atualmente, os seus princípios são usados em variantes psicoterapêuticas.^{1,3}

Material e Métodos

Como método de investigação, apresentamos um modelo de análise conceptual que, na nossa opinião, contribui para a exploração da consciência do eu e consciência de morbilidade sob a ótica da neurociência afetiva e cognitiva.

Para avaliar o efeito descrito em pacientes durante intervenções psicoterapêuticas ou por adultos saudáveis em práticas meditativas, foi efetuada uma revisão de literatura sobre o “state of the art” de dinâmicas cerebrais e eixo psiconeuroimunológico.

PUBMED e Google Scholar foram usados como recurso para a revisão de literatura de livros e artigos científicos. Assim sendo, uma pesquisa bibliográfica sistemática foi realizada usando a ferramenta de pesquisa no portal do PUBMED, complementada pelos utilitários de pesquisa do Google Scholar. As seguintes palavras-chave foram usadas como filtros: “MeSH (Medical Subject Headings)”, “doenças neurológicas”, “doenças psiquiátricas”, “saúde mental”, “meditação” e “saúde comunitária”. Para realizar uma

revisão ordenada com base nas publicações sobre o efeito estudado, foram pesquisadas correlações e associações adicionais de palavras-chave. As publicações de 2000 a 2019 foram selecionadas. Os artigos e livros com data anterior ao ano 2000 que foram incluídos justificam-se pela importância histórica das hipóteses levantadas. Da mesma forma, para realizar uma revisão ordenada da correlação entre experiência subjetiva do paciente e a neurociência afetiva e cognitiva, também foram aplicados os seguintes filtros de pesquisa: “Humans” e “Clinical trial”, a fim de incluir, exclusivamente, artigos de natureza experimental relativos à espécie *Homo sapiens*.

No total, foram analisados 81 artigos e livros para as respectivas correlações de palavras-chave, que pretendem evidenciar os paradigmas científicos utilizados para a construção da nossa hipótese de investigação. Com base na análise dos artigos e livros filtrados e compilados, que apresentamos posteriormente nas referências bibliográficas, foi realizado um levantamento de uma amostra representativa de dados empíricos. A partir deste levantamento de dados, foi feita uma anotação dos correlatos entre a “consciência do eu”, “consciência de morbididade”, “medicina geral e familiar”, “meditação”, “neurociência afetiva e cognitiva”, “psiconeuroimunologia”, “psicoterapia” e doenças psiquiátricas como a esquizofrenia, perturbações da personalidade, perturbações do humor e perturbações de ansiedade.

Por fim, este método empírico desenvolve um desenho experimental, no que diz respeito às condições neuropsiquiátricas e da medicina geral e familiar da CID-10, que aplicamos na pesquisa empírica, para estudar o efeito entre uma medicina da comunidade mais focada na indução de políticas para o bem-estar mental, para consciência do eu e para a consciência de morbididade.

Para nosso entendimento, trata-se de um método adequado e que reúne informações sobre as respostas neurofisiológicas e psicofisiológicas presentes ou alteradas nos estados saudáveis *versus* patológicos de doentes seguidos em saúde comunitária. Esta atualização científica é importante para a publicação de estudos experimentais sobre a hipótese de investigação proposta por este trabalho, i.e., relação causal fisiológica do efeito da consciência do eu e consciência de morbididade em pacientes crônicos durante intervenções psicoterapêuticas ou adultos saudáveis em práticas meditativas.

Resultados

I. Meditação como modelo de estudo da neurociência afetiva

A meditação tem sido amplamente praticada em muitas civilizações há milhares de anos, como um meio de cultivar um estado de bem-estar e para fins religiosos. O objetivo geral tem sido alcançar uma maior compreensão e percepção da realidade pessoal e coletiva. Atualmente, é estudada em termos da sua influência sobre o cérebro e corpo.⁴

As práticas contemplativas que visam transcender o estado ordinário de consciência podem ser encontradas em sociedades em todo o mundo desde o Paleolítico.^{5,6} Referências formais à meditação podem ser encontradas em textos antigos, do século III a.C., nas escrituras budistas de Abhidharma.^{7,8} Hoje, “meditação” é usada como um termo genérico para se referir a uma ampla gama de práticas de autorregulação da emoção e atenção⁹ e é considerada uma prática presente na sociedade contemporânea e nas atuais tradições filosóficas.

A interação mente-matéria parece beneficiar de técnicas de facilitação ou treino. Entre elas, encontramos técnicas motivacionais de *feedback*, a prática de *yoga* e meditação, relaxamento e fatores emocionais (humor positivo) ou treino de visualização.¹⁰ Inúmeras experiências têm sido feitas com monges budistas com elevado treino de meditação, cujos resultados sugerem que as expectativas ou intenções podem levar à alteração de padrões de comportamento.¹¹

As alterações neurofisiológicas induzidas pela meditação podem ser de dois tipos. As alterações que ocorrem durante a prática de meditação são referidas como *state changes*. As alterações que se acumulam ao longo dos meses ou anos e persistem mesmo quando a mente não é ativamente focada em meditação são referidas como *trait changes*.¹² Por um lado, o estudo da meditação é relevante para a investigação como um meio de explorar o cérebro em estados não patológicos. Por outro lado, é também importante para a abordagem dos efeitos benéficos da meditação sobre a saúde e o bem-estar, bem como com as suas potenciais aplicações clínicas.⁴

Sendo assim, propõe-se um quadro teórico¹³ em que as práticas de meditação são classificadas em dois grupos principais: *focused attention* (vigília de concentração) e *mindfulness* (vigília de presença ou de atenção plena).

A meditação *focused attention* exige o estreitamento da vigília para que a mente contenha apenas o objeto de foco. A meditação *mindfulness* pode ser descrita como a vigília sustentável que visa uma consciência não reativa e não apegada à observação mental, sem interpretação cognitiva ou emocional, durante o momento a momento do desenrolar da experiência meditativa.¹¹⁻¹⁴

Dado que a meditação é muitas vezes considerada como uma técnica de relaxamento, é razoável supor que a prática de meditação afeta o funcionamento do corpo. No entanto, a meditação induz mudanças de longa duração para a percepção do próprio corpo que podem ser observadas tanto em representações corticais *low level* como *high level* associado ao sentimento do self.¹²

Visto isto, a prática da meditação também induz mudanças na representação do self. Um estudo por ressonância magnética funcional¹⁵ mostrou uma diminuição da conectividade entre o córtex insular, que está envolvido na percepção da dor e respostas internas do corpo, e o córtex pré-frontal medial, que está envolvido a nível mais elevado na cognição, após um programa de 8 semanas de meditação *mindfulness*, em relação ao grupo de controlo. Os resultados sugerem a presença de um estado de autoconsciência em praticantes de meditação,^{12,16} caracterizado como um “estado de vigília hipometabólico”.

A respiração, fator essencial na meditação, é uma das poucas funções autonómicas do corpo que podem ser controladas e assim afetar o funcionamento do sistema nervoso autónomo.^{17,18} A respiração também tende involuntariamente a abrandar durante a tomada de consciência da respiração^{19,20} utilizada na prática meditativa.

Assim, a redução de frequência respiratória induz alterações na atividade cardiovascular, que correspondem a um aumento da atividade restauradora do sistema parassimpático,²¹ avaliada através da diminuição da frequência cardíaca basal em praticantes de meditação.²² Por outro lado, a tomada de consciência da respiração também tem sido associada com aumento da sensibilidade ao reflexo barorreceptor.^{23,24} A diminuição da pressão arterial é frequentemente relatada após a prática de meditação.^{25,26} Um melhor controlo da pressão arterial é geralmente considerado um sinal de equilíbrio entre a atividade simpática e parassimpática.

Presentemente, há evidências crescentes de que a prática de meditação também afete o sistema imunitário. Estados psicológicos, como o *stress*,

afetam o funcionamento do sistema imunitário.^{27,28} O sistema imunitário está indiretamente sob a influência do sistema nervoso central através de sinalização hormonal e da atividade do sistema nervoso autónomo.^{29,30} Um modelo de sincronização, descrito por Jerath *et al.*,³¹ entre o sistema cardiorrespiratório e o sistema nervoso central pode influenciar o sistema nervoso autónomo.

Este tipo de atividade hemisférica também com regulação emocional, afeta a maneira como emoções são experienciadas na mente e no corpo.³² As emoções podem ser vistas como um conjunto de mudanças inter-relacionadas no corpo, em resposta a um estímulo. Estas mudanças inter-relacionadas são experimentadas como sentimentos e podem interromper o comportamento em curso ou ainda levar a processos mentais.³³

Em indivíduos que, normalmente no dia a dia, tendem a reagir positivamente e sem respostas associadas ao *stress*, a atividade elétrica de base do cérebro deve-se à maior ativação anterior do lado esquerdo [atividade *gamma-band* (25-42 Hz)].³⁴ A relação entre afetividade positiva e atividade anterior das áreas do cérebro é fortemente apoiada, como avaliado por Craig,³² pela conectividade anatómica entre o sistema nervoso autónomo e as áreas do cérebro anterior. Demonstra-se claramente como as partes mais antero-esquerdas do cérebro interagem mais diretamente com o sistema parassimpático, e as antero-direitas interagem mais diretamente com o sistema simpático.

Segundo Ochsner e Gross,³⁵ existem dois meios através dos quais pode ser alcançada a regulação das emoções: o controlo da atenção e o controlo cognitivo. O controlo da atenção envolve a manipulação da quantidade de atenção que é naturalmente disponibilizada para processar estímulos emocionais. O controlo cognitivo envolve a alteração das expectativas ou julgamentos sobre estímulos emocionais. Estes controlos estão presentes na meditação se a atenção é focada para longe da emoção (práticas de concentração) ou quando a emoção é simplesmente observada (práticas de *mindfulness* contemplativo).³⁶⁻³⁸

II. Psicoterapia como modelo de estudo da neurociência cognitiva

Há múltiplas evidências de que o cérebro pode influenciar o sistema imunitário através do eixo hipotálamo-hipófise, do sistema neuroendócrino e seus neuropéptidos, e através do sistema nervoso

autônomo e órgãos linfóides pela libertação de citocinas. Mais ainda, o sistema imunitário influencia a atividade cerebral através de interleucinas e da síntese de péptidos como corticotrofina ou endorfinas.¹

Vários estudos têm demonstrado o efeito imunossupressor de alguns estímulos *stressores*. Neste sentido, surgiram outros estudos indicativos de que intervenções psicológicas como a hipnose clínica ou práticas como a meditação são capazes de atenuar ou reverter esta imunossupressão, consequência do estímulo *stressor*.³⁹ O desafio tratar-se-á de compreender como a autoconsciência e uma maior percepção do eu pode influenciar o corpo, especificamente na prática psicoterapêutica.

A psiconeuroimunologia tem sido particularmente estudada em associação com o cancro. Neste contexto, esta ciência procura aferir os papéis que a personalidade, estado mental, atitude perante a doença, eventos de vida adversos, suporte social e outras variáveis psicológicas podem ter na indução e desenvolvimento do cancro.¹

Inúmeros estudos^{40,41} têm reportado um aumento da sobrevida em doentes oncológicos inseridos em grupos de suporte e sujeitos a treino de autoconsciência quando comparados a grupos de controlo, sem qualquer intervenção psicoterapêutica.¹ Mais ainda, outras investigações⁴² provaram que os efeitos das intervenções psicológicas se mantêm estatisticamente significativos, e que um nível elevado de *stress* emocional de base, bem como estratégias de *coping* ativas, estão associados a uma sobrevida mais longa.

Vários estudos têm demonstrado o efeito imunossupressor de alguns estímulos *stressores*, como referido anteriormente. Exemplos destes são as épocas de exames académicos, o luto, o cuidar de um familiar doente, o próprio condicionamento em redor da quimioterapia e não o efeito direto da mesma, isto é, o ambiente hospitalar hostil que fica associado no tempo à toma dos imunossupressores.¹

A par destas evidências, outros estudos surgem que avaliam intervenções psicológicas ou psicoterapêuticas, o treino de relaxamento e a imaginação guiada, que são capazes de atenuar ou reverter os efeitos imunodepressores acima descritos, em voluntários normais.³⁹ Na esteira da investigação em psiconeuroimunologia, procura-se compreender a psicobiologia por detrás da psicoterapia.

A teoria *deep psychobiology of psychotherapy*^{43,44} pode ser definida como a exploração da experiência mente-corpo, desde o cultural e psicossocial

ao molecular-genético-celular. Esta teoria procura explicar de que forma os nossos pensamentos, emoções, imaginação e experiência pessoal podem influenciar a saúde física; até que ponto podemos “dialogar biologicamente” de maneira a modular o modo como a sua informação é expressa no processo de tratamento.

Na década de 70, surge a *dream-protein hypothesis*, de Rossi. Esta teoria diz que o sonho é um processo psicofisiológico de crescimento que envolve a síntese e modificação de estruturas proteicas no cérebro, servindo como base orgânica para novos desenvolvimentos na personalidade.

Nesta sequência, a psicoterapia passa a ser interpretada como um processo facilitador de momentos criativos, como os do sonho. Estes momentos são aqueles em que o padrão de associação habitual é interrompido, seja por relaxamento, regressão a um tempo anterior de recordações, lapso espontâneo, ou privação sensorial, entre outros. Esta experiência criativa é então, simultaneamente, codificada em novas proteínas e redes neuronais no cérebro. Considera-se que, nesse instante, a diminuição do habitual estado de vigília promove o aparecimento de um outro estado ainda de vigília, mais profundo, ampliado e mais subtil.⁴⁵⁻⁴⁷

São esses momentos criativos a unidade base do *insight*, da descoberta de novos significados, da transformação da personalidade ou de acessos a autoconsciência. Estes correlacionam-se diretamente com alterações da estrutura molecular de proteínas no cérebro, associadas à criação de novas ligações celulares, memória e aprendizagem. Essas modificações moleculares são reconhecidas por Rossi⁴⁸ como refletidas no trabalho psicoterapêutico, que é suscetível de modular aquelas modificações. Segundo Rossi, a psicoterapia promove um estado psicológico adequado para que o doente reassocie e reorganize as suas complexidades psicológicas (modificando a informação presente até aí) segundo as suas capacidades e a sua experiência de vida, resultando na ressíntese interior do comportamento do doente. Para melhor compreender a relação psicoterapeuta-doente, temos segundo o autor,⁴⁸⁻⁵⁰ sumariamente, quatro estádios:

- (i) *Transdução de informação mente-cérebro*: o sistema límbico-hipotálamo-hipofisário é reconhecido como o maior transdutor de informação entre o cérebro e o corpo, onde as células do hipotálamo transformam os impulsos neurais eletroquímicos do cérebro,

que codificam a experiência fenomenológica da mente e emoções, nas hormonas mensageiras do sistema endócrino, que serão libertadas em circulação num *loop* de *feedback* de informação-transdução. Este *loop* de comunicação mente-corpo permite modular a ação dos neurónios e células de todo o corpo desde o nível das vias básicas de sensação e percepção à dinâmica intracelular de transcrição e tradução genética;

- (ii) *Immediate-early genes*: esta classe de genes está permanentemente ativa, respondendo à sinalização dos mensageiros hormonais para a necessidade de adaptação a alterações do ambiente, desde estados psicológicos como choque e surpresa, toque e estimulação sexual, *stress* psicossocial a temperatura, alimentação, toxinas e trauma físico. Permitem assim que sinais do ambiente externo regulem outros genes no interior das células, por vezes dentro de 20 min a 1 h, consoante a intensidade do estímulo. Acredita-se que as memórias e novas experiências sejam codificadas no sistema nervoso central por alterações na estrutura e formação de proteínas nas sinapses neuronais;⁵¹
- (iii) *Síntese proteica na memória, stress e tratamento*: o tempo requerido para o processo de transdução genética na produção de novas proteínas em resposta a estimulação psicológica ou *stress* físico oferece uma importante janela de informação dinâmica para novas abordagens na psicoterapia. Hoje sabe-se que, para além do ritmo circadiano de 24 h, existem ritmos ultradianos, mais rápidos do que o anterior, ao nível genético, endócrino e cognitivo-comportamental durante o sono, sonho e estados de vigília criativos, com importantes implicações para a psicoterapia;
- (iv) *Moléculas mensageiras e memória estado-dependente*: as moléculas mensageiras que tiveram origem no processamento de proteínas de maior dimensão podem ser armazenadas dentro dos neurónios ou outras células como “memória molecular”. São depois libertadas em circulação para completarem o *loop* de transdução de informação, atravessando a barreira hemato-encefálica para modular as redes neuronais e a experiência psicológica de cada evento, atingindo o eixo límbico-

-hipotálamo-hipofisário e outras áreas do córtex.

Estudos recentes indicam que a maioria das formas de aprendizagem, de Pavlov a Skinner, do *imprinting* à sensitização, envolvem estes mensageiros moleculares do corpo que atingem o cérebro para modularem as redes neuronais que codificam mente, memória, aprendizagem e comportamento, num componente dependente de um estado de consciência.^{49,50}

O desafio que se coloca é, por exemplo, documentar como uma intervenção psicoterapêutica pode conduzir à facilitação da transcrição do gene do recetor de IL-2, que funciona como mensageiro do sistema imunitário. Linhas de investigação, como tal, oferecerão um novo meio de compreensão das possibilidades mente-cérebro.⁵²⁻⁵⁴ Deste modo, a medição destes parâmetros em amostras de sangue, saliva ou outro tipo de amostra biológica, poderá ser um critério de avaliação e comprovação da eficácia dos métodos de psicoterapia.⁴⁹

III. Bem-estar e promoção de saúde mental na comunidade: o papel da prática de meditação e da psicoterapia

A memória e a consciência, como recursos definidores da natureza humana, podem ser também encaradas como instrumentos terapêuticos de autoconsciencialização, *i.e.*, de promoção de um diálogo mente-corpo que tente substituir os sentimentos associados ao *stress* pelos positivos, mais benéficos à saúde.⁵⁵

Retomando alguns pontos-chave, cada indivíduo participa na sua saúde e doença pela via dos sentimentos, das convicções, das atitudes em relação à vida, que influenciam igualmente a resposta à terapêutica. Os estados emocionais e mentais têm, assim, um papel na doença e na recuperação/tratamento, pelo que através de técnicas psicoterapêuticas de acesso ao inconsciente, se pode promover a necessária “ressíntese interior” implicada, por exemplo, na evolução significativa da sobrevivência e outros fatores em doentes oncológicos.⁵⁶

Técnicas que promovem a capacidade de autoconsciência induzem um processo mental de bem-estar. Este processo mental, que envolve um elevado nível atencional, é apoiado na imaginação e memórias autobiográficas do sujeito. Este estado mental é considerado um estado modificado de consciência em relação à consciência ordinária devido às alterações fisiológicas e mentais do estado de vigília

ordinária e flutuante, de imaginação simples, simulação, sono ou sonho.⁵⁷ É um procedimento durante o qual um profissional de saúde ou investigador sugere a um indivíduo uma experiência subjetiva que engloba alterações sensoriais, de percepção, no pensamento e/ou comportamentais.⁵⁸

Para compreender este tipo de intervenções psicoterapêuticas, é necessário estudar as alterações psicofisiológicas que lhe estão adjacentes.⁵⁷ Estas podem ser definidas como indutoras de um estado psiconeurofisiológico natural, com suspensão relativa da consciência ou *awareness* periférico. O papel do terapeuta é apenas facilitar o processo terapêutico, produzir e guiar o paciente para a sua autoconsciência.^{3,59,60}

O termo estado “modificado” de consciência considera estados menos profundos, induzidos por meios mais suaves como a meditação ou abordagens psicoterapêuticas.⁶¹ Estes estados mentais podem ser espontâneos, induzidos (física, fisiológica, psicológica e farmacologicamente) ou patológicos⁶¹ e têm variações socioculturais.³

Segundo Simões,⁵⁷ a neuroimagem moderna tem permitido visualizar as zonas neuroanatômicas em funcionamento em sujeitos que descrevem acessos de autoconsciência, revelando diferenças em relação à imaginação em vigília. A ressonância magnética funcional teve um papel preponderante na avaliação das alterações do fluxo sanguíneo cerebral regional, descritos pelos sujeitos como “consciência do eu”.⁶²⁻⁶⁴

A autoconsciência parece afetar as funções integrativas do cérebro e alterar a formação da experiência consciente.^{61,65,66} Do ponto de vista neuropsiquiátrico, a autoconsciência⁶⁷⁻⁷² comporta um conjunto de alterações neurofisiológicas temporárias nas quais se manifestam processos psicológicos no comportamento, atribuídos a agentes externos. Tem-se objetivado alteração da atividade cerebral nas áreas associadas à mediação dos processos subsequentes à evocação de memórias autobiográficas, admitindo-se que para o cérebro, imaginar é quase igual a fazer.^{57,73} Vários fatores intervêm na resposta a estas técnicas psicoterapêuticas, *e.g.* o estado motivacional e expectativas do indivíduo e a sua experiência subjetiva.⁷⁴

No campo da imunologia, podemos concluir que a autoconsciência é capaz de influenciar o sistema imunitário, reduzindo o impacto de emoções associadas ao *stress* e melhorando a imunocompetência, sendo os resultados dependentes do número ou duração das intervenções psicoterapêuticas.

Apontou-se o *stress* como fator de imunossupressão, cuja gestão pode ser feita por intermédio destas, ou de técnicas de relaxamento ou meditação. Desta forma, otimiza-se o sistema imune, o que se refletiu na contagem de populações linfocitárias.^{28,29}

Outros estudos apontam ainda para o potencial profilático da tomada de consciência do processo patológico. Este acesso de autoconsciência é capaz de influenciar diversos fatores psicossomáticos da doença, permitindo a melhoria da qualidade de vida, o aumento da sobrevida, menor impacto dos sintomas adversos das terapêuticas farmacológicas e melhoria das estratégias de *coping*.⁴² A modulação de parâmetros imunológicos como, por exemplo, a função das células NK ou IL-2, com técnicas meditativas ou de imaginação guiada, pode também desencadear melhores respostas do sistema imune contra o cancro.⁷⁵⁻⁷⁷

Sendo assim, no campo da medicina da comunidade, demonstra-se a eficácia destas intervenções tanto na dor aguda, como na crónica, permitindo ainda controlar sintomas mentais acompanhantes de doenças incapacitantes, como a ansiedade, a insónia, náusea e vômitos.^{53,54}

Conclusões

A autoconsciência promove o bem-estar físico e mental e contribui para o desenvolvimento de traços emocionais positivos.⁷⁸ De modo semelhante, a psicoterapia possibilita ao indivíduo aceder aos seus recursos internos de tratamento, trabalhando as suas emoções e cognições. É assim importante integrar os seus princípios na doença física, como na psicopatologia, e especificamente nas perturbações de ansiedade e do humor.⁷⁹ Tornar-se consciente da qualidade flutuante de fenómenos internos ajuda a reduzir as perturbações da percepção concomitante ao desenvolvimento patológico.

Atualmente, as intervenções baseadas em meditação, tais como a redução do *stress* baseado em *mindfulness* (MBSR), são abordagens cognitivo-comportamentais que já estão a ser utilizadas em doença física e mental incapacitante, mas que têm igualmente um campo de inserção na medicina somática preventiva. Diversos estudos são analisados, cujos resultados têm sido promissores e apoiam a sua utilização em práticas terapêuticas.⁸⁰

O médico de família e comunidade, atuando sob o princípio de orientação e advocacia do doente para o seu superior interesse através da promoção da saúde física e mental do mesmo, da sua família

e da comunidade, tem um papel preponderante na adesão aos pressupostos defendidos nesta análise.

Assim, a proposta de uma medicina na comunidade baseada na indução de políticas para o bem-estar e autoconsciência poderá ser uma via para a concretização plena dos pilares da medicina geral e familiar, explanados pela WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians).⁸¹ Estes defendem uma abordagem centrada na pessoa e no seu contexto, direcionada para a capacitação e empoderamento do doente ou indivíduo saudável como agente responsável pela própria saúde.

Deste modo, releva-se a importância de se desenvolver mais e melhor investigação sobre a problemática de uma comunidade orientada para a promoção de saúde e prevenção de doença, permitindo o seu desenvolvimento em medicina e psiquiatria na comunidade. Esta abordagem poderá representar uma mais-valia significativa na qualidade de vida dos doentes e na abordagem terapêutica da doença.

Apesar dos diversos efeitos neurofisiológicos e psicofisiológicos das técnicas clássicas de psicoterapia e de meditação no corpo e nos processos cognitivos e afetivos, *guidelines* e protocolos clínicos necessitam de ser revisitados sob a ótica da saúde na comunidade. Esta análise conceptual levanta como objetivos de investigação a prevenção e tratamento de patologia somática e mental, sob a promoção do bem-estar a nível pessoal e social. Nos próximos anos, espera-se ver o desenvolvimento e validação de mais protocolos adaptados e estratificados a patologia específica.

Referências

- Pacheco A. Interação Mente-Matéria com Intenção Terapêutica: breve revisão sobre imunologia, oncologia e dor moduladas pela hipnose [Internet]. Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; 2014. Available from: <http://hdl.handle.net/10451/23825>
- Viesenteiner JL. O conceito de vivência (Erlebnis) em Nietzsche: gênese, significado e recepção. *Kriter Rev Filos* [Internet]. 2013; Jun;54(127):141–55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2013000100008&lng=pt&tlng=pt
- Simões M. Altered States of Consciousness and Psychotherapy: A Cross-Cultural Perspective. *Int J Transpers Stud* [Internet]. 2002 Jan 1;21(1):145–52. Available from: <https://digitalcommons.ciis.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1274&context=ijs-transpersonalstudies>
- Heeren A. Intervenções baseadas no Mindfulness aplicadas à prática médica. Revisão da literatura. Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina. Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; 2019.
- Walter MN, Fridman E, editors. *Shamanism: An encyclopedia of world beliefs, practices, and culture*. Oxford: ABCCLIO; 2004.
- Winkelman M. *Shamanism: The neural ecology of consciousness and healing*. Westport, CT: Greenwood; 2000.
- Cox C. Abhidhamma. In: Buswell RE, editor. *Encyclopedia of Buddhism*. New York: Macmillan.; 2004. P. 2.
- Michel JF, Rickard RJ. *Phenomena: a book of wonders*. Thames and Hudson; 1977.
- Gunaratana BH. *Mindfulness in plain English*. Boston: Wisdom Publications; 2002.
- Heath P. MMI Research and Theory: Techniques. In: *Mind-Matter Interaction: A review of historical reports, theory and research*. Seattle, WA: IASP Press; 2011.
- Radin D. *Intention and Reality: The Ghost in the Machine Returns. In: Shift: At the Frontiers of Consciousness*. 2007. P. 15, 22-26.
- Cahn BR, Polich J. Meditation (Vipassana) and the P3a event-related brain potential. *Int J Psychophysiol* [Internet]. 2009 Apr;72(1):51–60. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167876008007939>
- Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci*. 2008;12(4), 163.
- Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clin Psychol Sci Pract* [Internet]. 2003 May 1;10(2):144–56. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/resolve/doi?DOI=10.1093/clipsy/bpg016>
- Farb NAS, Segal ZV, Mayberg H, Bean J, McKeon D, Fatima Z, et al. Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Soc Cogn Affect Neurosci* [Internet]. 2007 Dec;2(4):313–22. Available from: <https://academic.oup.com/scan/article-lookup/doi/10.1093/scan/nsm030>
- Jevning R, Wallace RK, Beidebach M. The physiology of meditation: A review. A wakeful hypometabolic integrated response. *Neurosci Biobehav Rev*. 1992;16(3):415–424.
- Badra LJ, Cooke WH, Hoag JB, Crossman AA, Kuusela TA, Tahvanainen KUO, et al. Respiratory modulation of human autonomic rhythms. *Am J Physiol Circ Physiol* [Internet]. 2001 Jun 1;280(6):H2674–88. Available from: <https://www.physiology.org/doi/10.1152/ajpheart.2001.280.6.H2674>
- Eckberg DL, Nerhed C, Wallin BG. Respiratory modulation of muscle sympathetic and vagal cardiac outflow in man. *J Physiol*. 1985;365(1):181–196.
- Bernardi L, Sleight P, Bandinelli G, Cencetti S, Fattorini L, Wdowczyk-Szulc J, et al. Effect of rosary prayer and yoga mantras on autonomic cardiovascular rhythms: comparative study. *BMJ* [Internet]. 2001 Dec 22;323(7327):1446–9. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.323.7327.1446>
- Lehrer P, Sasaki Y, Saito Y. Zazen and Cardiac Variability. *Psychosom Med* [Internet]. 1999 Nov;61(6):812–21. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006842-199911000-00014>
- Saul J. Beat-To-Beat Variations of Heart Rate Reflect Modulation of Cardiac Autonomic Outflow. *Physiology* [Internet]. 1990 Feb 1;5(1):32–7. Available from: <https://journals.physiology.org/doi/abs/10.1152/physiologyonline.1990.5.1.32>
- Pal GK, Velkumary S, Madanmohan. Effect of short-term practice of breathing exercises on autonomic functions in normal human volunteers. *Indian J Med Res*. 2004;120(2):115–121.
- Joseph CN, Porta C, Casucci G, Casiraghi N, Maffei M, Rossi M, et al. Slow Breathing Improves Arterial Baroreflex Sensitivity and Decreases Blood Pressure in Essential Hypertension. *Hypertension* [Internet]. 2005 Oct;46(4):714–8. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.HYP.0000179581.68566.7d>
- Reyes del Paso GA, Cea JI, González-Pinto A, Cabo OM, Caso R, Brazal J, et al. Short-Term Effects of a Brief Respiratory Training on Baroreceptor Cardiac Reflex Function in Normotensive and Mild Hypertensive Subjects. *Appl Psychophysiol Biofeedback* [Internet]. 2006 Mar 29;31(1):37–49. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10484-006-9003-9>

25. Carlson LE, Speca M, Faris P, Patel KD. One year pre–post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2007 Nov;21(8):1038–49. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889159107000852>
26. Manikonda JP, Störk S, Tögel S, Lobmüller A, Grünberg I, Bedel S, et al. Contemplative meditation reduces ambulatory blood pressure and stress-induced hypertension: a randomized pilot trial. *J Hum Hypertens* [Internet]. 2008 Feb 6;22(2):138–40. Available from: <http://www.nature.com/articles/1002275>
27. Ajaya S. *Yoga psychology: A practical guide to meditation*. Honesdale, PA: Himalayan Institute Press; 1976.
28. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychol Bull* [Internet]. 2004;130(4):601–30. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.130.4.601>
29. Dantzer R, Kelley KW. Stress and immunity: An integrated view of relationships between the brain and the immune system. *Life Sci* [Internet]. 1989 Jan;44(26):1995–2008. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0024320589903457>
30. Jänig W. The autonomic nervous system and its coordination by the brain. In: Davidson RJ, Sherer KR, Goldsmith HH, editors. *Handbook of affective sciences*. Oxford: Oxford University Press; 2003. P. 135–187.
31. Jerath R, Edry JW, Barnes VA, Jerath V. Physiology of long pranayamic breathing: Neural respiratory elements may provide a mechanism that explains how slow deep breathing shifts the autonomic nervous system. *Med Hypotheses* [Internet]. 2006 Jan;67(3):566–71. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306987706001666>
32. Craig AD. Forebrain emotional asymmetry: a neuroanatomical basis? *Trends Cogn Sci* [Internet]. 2005 Dec;9(12):566–71. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1364661305002949>
33. Hamm, A. O., Schupp, H. T., Weike AI. Motivational organization of emotions: Autonomic changes, cortical responses, and reflex modulation. In: Davidson RJ, Sherer KR, Goldsmith HH, editors. *Handbook of affective sciences*. New York: Oxford University Press; 2003. P. 187–211.
34. Davidson RJ. Well-being and affective style: neural substrates and biobehavioural correlates. Huppert FA, Baylis N, Keverne B, editors. *Philos Trans R Soc London Ser B Biol Sci* [Internet]. 2004 Sep 29;359(1449):1395–411. Available from: <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rstb.2004.1510>
35. Ochsner K, Gross J. The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci* [Internet]. 2005 May;9(5):242–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1364661305000902>
36. Banks SJ, Eddy KT, Angstadt M, Nathan PJ, Phan KL. Amygdala–frontal connectivity during emotion regulation. *Soc Cogn Affect Neurosci* [Internet]. 2007 Dec;2(4):303–12. Available from: <https://academic.oup.com/scan/article-lookup/doi/10.1093/scan/nsm029>
37. Davidson RJ. Anxiety and affective style: role of prefrontal cortex and amygdala. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2002 Jan;51(1):68–80. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322301013282>
38. Aftanas L, Golosheykin S. Impact of regular meditation practice on EEG activity at rest and during evoked negative emotions. *Int J Neurosci* [Internet]. 2005 Jan 7;115(6):893–909. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00207450590897969>
39. Walker LG, Eremin O. Psychoneuroimmunology: A new fad or the fifth cancer treatment modality? *Am J Surg* [Internet]. 1995 Jul;170(1):2–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002961099802414>
40. Ratcliffe MA, Dawson AA, Walker LG. Eysenck personality inventory L-scores in patients with Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphoma. *Psychoneurology* [Internet]. 1995 Apr;4(1):39–45. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/pon.2960040105>
41. Spiegel D, Kraemer H, Bloom J, Gotthel E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* [Internet]. 1989 Oct;334(8668):888–91. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673689915511>
42. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL, et al. Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 5 years later. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:6211–689.
43. Rossi E. *The Deep Psychobiology of Psychotherapy*. In: Corsini R, editor. *Handbook of Innovative Therapy*. 2nd ed. New York: Wiley; 2001. P. 155–65.
44. Chopra D. *Quantum Healing: Exploring the Frontiers of Mind-Body Medicine*. New York: Bantam Book; 1989. P. 15-16.
45. Csikszentmihalyi, M. *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper & Row; 1990.
46. Nakamura J, Csikszentmihalyi M. *Flow Theory and Research*. In: Lopez SJ, Snyder CR, editors. *Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press; 2001. P. 195–206.
47. Erickson M. *Hypnotic Psychotherapy*. In: Rossi E, editor. *The Collected Papers of Milton H Erickson*. 1948. Vol. 4. P. 35-48.
48. Rossi E. *Dreams, Consciousness & The Human Spirit: The New Dynamics of Self-Reflection and Co-Creation*. 3rd ed. Palisades Gateway Publishing; 2000.
49. Rossi E. *The Psychobiology of Mindbody Healing*. Revised Ed. New York: Norton; 1993.
50. Rossi EL, Rossi KL, editor. *The Symptom Path to Enlightenment: The New Dynamics of Hypnotherapy*. Palisades Gateway Publishing; 1996.
51. Eriksson PS, Perfilieva E, Björk-Eriksson T, Alborn AM, Nordborg C, Peterson DA, et al. Neurogenesis in the adult human hippocampus. *Nat Med*. 1998;4:1313–7.
52. Rosenberg SA, Barry J. *The Transformed Cell: Unlocking the Mysteries of Cancer*. New York: Putnam/Chapmans; 1992.
53. Glaser R. Psychological Stress—Induced Modulation of Interleukin 2 Receptor Gene Expression and Interleukin 2 Production in Peripheral Blood Leukocytes. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1990 Aug 1;47(8):707. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1990.01810200015002>
54. Glaser R, Lafuse WP, Bonneau RH, Atkinson C, Kiecolt-Glaser JK. Stress-associated modulation of proto-oncogene expression in human peripheral blood leukocytes. *Behav Neurosci* [Internet]. 1993;107(3):525–9. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0735-7044.107.3.525>
55. Marto J. Hipnose: Um recurso terapêutico de profunda exigência. In: Simões, M, Marto J, editor. *Hipnose Clínica: teoria, pesquisa e prática*. Lisboa: Lidel; 2013. P. 31–46.
56. Simonton O. *Com a vida de novo*. São Paulo: Summus Editorial; 1987.
57. Simões M. *Indicações actuais da Hipnose Clínica*. Newsletter News@FMUL. 2010 ago/set.
58. Kirsch I. Defining hypnosis for the public. *Contemp Hypn*. 1994;11:142–3.
59. Spiegel H, Spiegel D. *Trance & Treatment. Clinical uses of Hypnosis*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2004.
60. Winkelmann M. A paradigm for Understanding Altered Consciousness: The Integrative Mode of Consciousness. In: Winkelmann ECM, editor. *Altering Consciousness: Multidisciplinary Perspectives*. Santa Barbara: ABC – Clio; 2011. P. 23–41.
61. Vaitl D, Birbaumer N, Gruzelier J, Jamieson GA, Kotchoubey B, Kübler A, et al. Psychobiology of Altered States of Consciousness. *Psychol Bull* [Internet]. 2005;131(1):98–127. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.131.1.98>
62. Wark D. Alert hypnosis: a review and case report. *Am J Clin Hypn*. 2006;48:293–303.
63. Rainville, P., Price D. Hypnosis phenomenology and neurobiology of consciousness. *Int J Clin Exp Hypn*. 2003;51 (2):105–29.
64. Rainville P, Price D. Neurophenomenology of hypnosis and hypnotic analgesia. *Prog Pain Res Manag*. 2004;29:235–67.

65. Simões, M. Para o Cérebro, pensar e imaginar é o mesmo que fazer. *Ler Saúde*. 2008;11:42–55.
66. Hilgard E. Dissociation and theories of hypnosis. In: Fromm E, Nach MR, editors. *Contemporary Hypnosis Research*. New York: Guilfor Press; 1992. P. 60–101.
67. Mendelsohn A, Chalamish Y, Solomonovich A, Dudai Y. Mesmerizing Memories: Brain Substrates of Episodic Memory Suppression in Posthypnotic Amnesia. *Neuron* [Internet]. 2008 Jan;57(1):159–70. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0896627307009828>
68. Rubia F. El Fantasma de la libertad – Dados de la revolución neurocientífica. Barcelona: Crítica; 2009. 84–88 p.
69. Oakley D. Hypnosis, trance and suggestion: evidence from neuroimaging. In: M.R. Nash AJB, editor. *The Oxford handbook of hypnosis: theory, research and practice*. New York: Oxford University Press; 2008. p. 365–92.
70. Payne R. Técnicas de Relaxamento – Um Guia Prático para Profissionais de Saúde. Camarate: Lusociência; 2003. 187–193 p.
71. Oakley DA, Halligan PW. Hypnotic suggestion and cognitive neuroscience. *Trends Cogn Sci* [Internet]. 2009 Jun;13(6):264–70. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1364661309000928>
72. Gandhi B, Oakley DA. Does 'hypnosis' by any other name smell? The efficacy of 'hypnotic' inductions depends on the label 'hypnosis'. *Conscious Cogn* [Internet]. 2005 Jun;14(2):304–15. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1053810005000024>
73. Raz A, Shapiro T. Hypnosis and Neuroscience. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2002 Jan 1;59(1):85. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.59.1.85>
74. Tobis IP, Kihlstrom JF. Allocation of Attentional Resources in Posthypnotic Suggestion. *Int J Clin Exp Hypn* [Internet]. 2010 Aug 31;58(4):367–82. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207144.2010.499330>
75. Rice PL. *Stress and health*. 3rd ed. Pacific Grove, CA: Brooks /Cole; 1999.
76. Caltabiano ML, Byrne D, Sarafino EP. *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. Milton, Qld: John Wiley & Sons; 2002.
77. Bakke AC, Purtzer MZ, Newton P. The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer. *J Psychosom Res*. 2002;53:1131–7.
78. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 2003;84(4):822–48. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.84.4.822>
79. Bishop SR. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clin Psychol Sci Pract* [Internet]. 2004 Aug 1;11(3):230–41. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/clipsy.bph077>
80. Baer RA. Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clin Psychol Sci Pract* [Internet]. 2003 Jun 11;10(2):125–43. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1093/clipsy.bpg015>
81. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. A definição europeia de Medicina Geral Familiar. *Rev port Med Ger Fam*. 2005;21(5).