



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Intervenções baseadas no *Mindfulness* aplicadas à prática médica

Revisão da literatura

Ana Letícia Heeren

Julho'2019



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Intervenções baseadas no *Mindfulness* aplicadas à prática médica

Revisão da literatura

Ana Letícia Heeren

Orientado por:

Prof. Dr. Mário Pinto Simões

Julho'2019

RESUMO

Introdução: A meditação *mindfulness* é uma prática milenar que se caracteriza por um estado de atenção plena, em que o praticante tem oportunidade de se auto-observar e de compreender melhor a complexa relação mente-corpo. Entre os anos 70 e 90, surgiram dois programas que vieram lançar a meditação no mundo da medicina: O *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR) e, uns anos depois, o *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT). Juntos constituem a família de *Mindfulness-based Interventions* (MBI). Nos últimos anos, os estudos relacionados com as MBI cresceram exponencialmente e com resultados promissores, trazendo a possibilidade da integração desta terapêutica no mundo da medicina convencional atual. Este trabalho, enquanto revisão da literatura, pretende expor as características da meditação *mindfulness*, os mecanismos biológicos subjacentes a esta prática, assim como apresentar a evidência científica mais atual da aplicabilidade das MBI na medicina, nomeadamente em variadas condições patológicas como a depressão, doença bipolar, perturbações da ansiedade, entre outros.

Métodos: Literatura desde o ano 1995 disponível nas bases de dados: Pubmed,, SciELO e Google Scholar que incluíssem documentos sobre a aplicabilidade das MBI em doenças crónicas.

Resultados: Todos os estudos elegidos demonstraram algum grau de eficácia na utilização das MBI na melhoria física e/ou psicológica de pacientes em condições patológicas. As limitações incluem heterogeneidade nas categorias de doentes e *follow-up* curto em diversos estudos.

Conclusões: A evidência suporta que as MBI são, no geral, benéficas em termos físicos e psicológicos para uma diversidade de patologias crónicas. No entanto, carecem de mais estudos para serem implementadas e recomendadas universalmente.

Palavras-chave: meditação, *mindfulness*, *mindfulness-based interventions*, saúde mental, depressão.

O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

ABSTRACT

Introduction: Mindfulness meditation is a millennial practice characterized by a state of mindfulness, in which the practitioner has the opportunity to self-observe and to better understand the complex mind-body relationship. Between the 1970s and 1990s, two programs came to launch meditation in the medical world: Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) and, a few years later, Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT). Together they constitute the Mindfulness-based Interventions (MBI) family. In recent years, studies related to MBI have grown exponentially and with promising results, bringing the possibility of integrating this therapy into the world of current conventional medicine. This work, as a review of the literature, intends to expose the characteristics of mindfulness meditation, the biological mechanisms underlying this practice, as well as present the most current scientific evidence of the applicability of MBI in medicine, especially in varied pathological conditions such as depression, bipolar disease, anxiety disorders, among others.

Methods: Literature from the year 1995 available in the databases: Pubmed, SciELO and Google Scholar that included documents on the applicability of MBI in chronic diseases.

Results: All selected studies demonstrated some degree of efficacy in the use of MBI in the physical and/or psychological improvement of patients under pathological conditions. The limitations include heterogeneity in patient categories and short follow-up in several studies.

Conclusions: The evidence supports that MBI are, in general, physically and psychologically beneficial to a variety of chronic pathologies. However, they need more studies to be universally implemented and recommended.

Key words: meditation, mindfulness, mindfulness-based interventions, mental health, depression

The Final Paper expresses the opinion of the author and not of the Faculty of Medicine of the University of Lisbon.

INDÍCE

Resumo.....	3
Abstract.....	4
Índice	5
Introdução	6
1.História da Meditação e do <i>Mindfulness</i>	6
1.1 Meditação	6
1.2 Minfulness.....	7
2. Fisiologia da meditação.....	10
3. <i>Mindfulness-based stress reduction</i> (MBSR)	14
<i>Minfulness-based cognitive therapy</i> (MBCT)	14
Aplicações das <i>Mindfulness-based interventions</i> (MBI) na medicina.....	16
1.Depressão	16
2. Distúrbio Bipolar	18
3. Perturbação da ansiedade social e perturbação do pânico	18
4. Oncologia.....	19
5. Medicina Interna	21
Efeitos adversos da meditação	23
Discussão e conclusões.....	24
Anexo I – entrevista com um observador privilegiado.....	27
Agradecimentos	30
Referências Bibliográficas.....	31

Título: Intervenções baseadas no *Mindfulness* aplicadas à prática médica – Revisão da literatura

INTRODUÇÃO

1. História da meditação e do *mindfulness*

1.1. Meditação

Na história da humanidade é possível destacar, em diversas culturas, uma série de práticas que surgem com vista a auxiliar o ser humano na procura de respostas relativamente a si próprio e ao mundo que o rodeia. As dúvidas sobre a relação da mente e do corpo, assim como os benefícios que advém de uma relação equilibrada entre as duas partes instigam, desde sempre, a curiosidade do homem.

A meditação surge na história da humanidade há mais de 5000 anos como uma dessas práticas, estando inicialmente ligada à espiritualidade, nomeadamente ao budismo, mas também muitas vezes associada a terapias curativas em diversas partes do mundo¹. A palavra meditação deriva do latim “*meditari*” que significa “a prática de contemplar ou refletir” e é caracterizada de diversas formas na literatura, não existindo uma definição única e consensual. A coexistência de várias perspetivas quanto à sua definição reflete a complexidade da mesma, fazendo com que, conceptualmente, se divida em diversos tipos, sendo o *mindfulness* um deles e o foco desta revisão.

Apesar das discrepâncias quanto à sua definição, a meditação apresenta pilares comuns. Segundo Matthieu Ricard, a meditação é uma forma de treino mental que altera a forma como a pessoa vivencia as circunstâncias do mundo exterior e do seu mundo interior de emoções. Trata-se de uma auto-regulação intencional, que facilita o despertar do mundo interior, que é o responsável por percecionar e determinar o valor das experiências do dia-a-dia.⁶ Assim, a meditação está intimamente relacionada com o aumento da sensação de bem-estar, felicidade e compaixão, pois a pessoa torna-se cada vez menos dependente das variantes e circunstâncias externas a si.

Todos os tipos de meditação têm em comum o conceito de *self-observation* em que o praticante observa o seu pensamento, treinando a capacidade de ser consciente e cultivando uma atitude de aceitação perante os processos mentais que surgem durante a prática².

1.2. *Mindfulness*

O *mindfulness* é um tipo ou estilo de meditação. Caracteriza-se por uma prática onde a qualidade da atenção é desprovida de julgamento, ou seja, o foco deverá ser a total aceitação por qualquer sentimento que surja durante a prática. Usualmente, introduz-se o *mindfulness* numa prática de *body-scan*, em que o praticante é ensinado a prestar atenção às diferentes partes do corpo, dando especial importância à respiração. Nos primeiros instantes surge, inevitavelmente, uma onda de pensamentos que levam a mente a afastar-se do objetivo inicial. Nesse momento, o praticante deve observar conscientemente o pensamento, trazendo de volta a atenção à respiração e ao momento presente.

Mark Williams *et al.* definiram *mindfulness* como “a consciência que cresce ao prestar atenção no propósito, no momento presente, sem julgamento, das coisas como elas são”.³

Um conceito ainda mais profundo e complexo do *mindfulness* prende-se com a lógica de que, se nós conseguirmos observar o nosso pensamento, ou seja, se soubermos que estamos a pensar, podemos assumir a existência de um “Eu” que observa de um patamar privilegiado. Dito de outra forma, existe um “Eu” que se encontra superior ao pensamento em si e que é capaz de observar e, além disso, de criticar o próprio pensamento, como se observasse de fora. O *mindfulness* permite aproximar-nos desta identidade, comumente chamada de consciência ou voz interior, que somos nós próprios no nosso mais puro ser. No fundo, é obter distanciamento suficiente para identificar e reconhecer o pensamento, a emoção ou a sensação, sem qualquer julgamento, de forma a identificar padrões, vícios e automatismos da mente que modelam inconscientemente e por repetição as nossas atitudes. De forma mais simples, isto quer dizer que, através da prática, a pessoa se torna um observador da própria mente e do que nela se passa a cada momento.

Como referido anteriormente, a prática meditativa deve ser tida como uma atitude sem julgamentos. Dentro desta lógica, se conseguirmos fazer com que este “Eu” observador não julgue nem critique os pensamentos que surgem, apenas os reconheça, compreenderemos que os pensamentos e as emoções são frutos da imaginação humana. Com o tempo, o *mindfulness* levará à profunda compreensão de que, da mesma forma

que aparecem os pensamentos que podem ser cruéis e arrasadores contra nós próprios, estes também desaparecem na mesma rapidez e este ciclo é infinitamente transitório. Vivenciar a meditação é esta auto-observação constante, onde não se luta com o que se pensa. Quanto mais se medita, mais consciência se toma do funcionamento da própria mente, do funcionamento dos pensamentos recorrentes, da reação emocional automática aos pensamentos e da atitude que se toma em consequência.

De uma forma mais estruturada, o *mindfulness* possui 5 facetas⁴:

1. Observar: reparar nos estímulos internos e externos, como sensações, emoções, cognições, *sights*, cheiros e barulhos;
2. Descrever: mentalmente descrever estes estímulos por palavras;
3. Agir com consciência: atentar na situação do momento, o contrário de reagir automaticamente;
4. Não julgar a experiência interior: abster-se de avaliar as sensações, cognições e emoções;
5. Não reagir à experiência interior: deixar que os pensamentos e sentimentos venham e vão embora, sem que a atenção fique presa a eles.

Assim, o *mindfulness* relaciona-se com uma visão centrada na plenitude de viver cada momento, com uma atitude de plena consciência perante a vida, com noção dos pensamentos e sentimentos que surgem durante o dia-a-dia. A meditação pode e deve ser realizada a qualquer momento do dia. O trabalho de observar esses sentimentos e de trabalhar a mente para as situações em que esta escapa ao nosso controlo, constituem uma prática meditativa que se pode desenrolar no quotidiano e, ao longo do tempo, esta prática trará mudanças no estado de espírito e na sensação de bem estar. Desta forma, é legítimo afirmar que o *mindfulness* se extrapola para a vida em sociedade pois, apesar de se iniciar de forma íntima e limitada, evolui, ao longo do tempo, para uma prática diária que abrange todos os setores da vida. Aos poucos, a vida vai se tornando mais *mindfull*.

Nas tradições espirituais orientais, principalmente no Budismo, o *mindfulness* é visto como um método disponível para reduzir o sofrimento e encorajar o desenvolvimento

de qualidades positivas, tais como a conscientização, *insight*, sabedoria, compaixão e equanimidade.⁵

Alguns autores (Fulton e Siegel, 2005)⁶ sugerem que, na perspectiva budista, o nosso estado de vigília e consciência habitual são vistos como algo bastante limitativo, metaforicamente como um sonho, em que a pessoa não vive num estado de plena vigília.⁶ Assim, o *mindfulness* seria a ajuda necessária para o despertar desse sonho de automaticidade e inconsciência, fazendo com que a pessoa pudesse viver a sua vida com acesso a todas as capacidades da sua consciência. Isto significa uma possibilidade de vivermos uma vida plena, com mais satisfação e harmonia.

Ressalto que, apesar de ser frequentemente considerada como um ritual religioso ou esotérico, a meditação é uma ferramenta mental para fortalecer a capacidade da mente de manter a atenção.⁷

2. Fisiologia do *mindfulness*

O estudo da meditação abre uma fascinante porta para a consciência humana e para a relação entre processos mentais/cognitivos e a fisiologia do corpo.

Um dos primeiros passos para tornar o *mindfulness* realmente interessante do ponto de vista da medicina e para consolidar o conhecimento do mesmo, é compreender os processos biológicos subjacentes à prática e, desta forma, identificar as alterações provocadas no corpo do praticante.

Alterações físicas e psicológicas, tais como redução da atividade metabólica e consumo de oxigénio, aumento do fluxo sanguíneo cerebral, diminuição da frequência respiratória, cardíaca e tensão arterial, assim como redução da tensão muscular e diminuição de sintomas de depressão e ansiedade, foram ligados empiricamente à prática da meditação.⁸

A neuroplasticidade é a habilidade do cérebro em alterar a sua estrutura e função em resposta a experiências, pensamentos e intenções⁹. Os mecanismos ainda não são completamente conhecidos, no entanto, é sabido que o cérebro tende a desenvolver-se com o uso e o treino¹⁰. A meditação parece ser uma forma de encorajar a neurogênese, assim como a formação de novas conexões entre os neurónios existentes (sinaptogênese)¹¹.

Um dos exercícios realizados durante a prática de *mindfulness* é o de regular o foco da atenção. Este exercício é realizado universalmente dentro dos vários tipos de meditação e há evidência neurofisiológica que demonstra que a prática de meditação de forma regular melhora, efetivamente, os processos de controlo de atenção¹².

Relativamente a este exercício e como o nome sugere, o praticante foca a sua atenção numa sensação ou objeto particular, como a respiração, excluindo mentalmente os outros estímulos que o rodeiam. Na tentativa constante de manter esse foco de atenção por longos períodos de tempo, os praticantes aprendem a controlar a atenção e a monitorizá-la, de forma a identificar prontamente quando o foco mental é desviado e a

reorientar, uma e outra vez, o pensamento para onde este deve permanecer¹³. Com o tempo e a prática, cada vez menos energia e esforço são necessários para manter o foco e a capacidade de monitorizar a atenção aumenta e se torna mais sensível, detectando cada vez mais rápido a distração.¹⁴

Dois estudos descobriram que meditadores experientes mostraram melhor performance neste tarefa, como indicado por pontuações de pequenos erros¹⁵ e tempos de reação inferiores¹⁶, quando comparados com não meditadores. Adicionalmente, outro estudo mostrou que apenas 5 dias de treino de meditação levaram a melhorias na execução deste teste.¹⁷

A atenção pode ser encarada como um processo que inclui redes neurológicas que atendem a 3 funções principais: ¹⁸ A figura 1 mostra, esquematicamente, as áreas do cérebro associadas a estas funções.¹⁹

Um estudo recente de neuroimagem evidencia outras divisões na rede neuronal, sugerindo que o córtex dorsal cingulado anterior, o córtex préfrontal ventrolateral e a região adjacente à insula anterior constituem a *salience network*, que está envolvida na função de detectar subjectivamente eventos relevantes, providenciando sinais à rede neuronal de execução para agir de acordo com o objetivo estabelecido.^{20,21} Por fim, quando, involuntariamente, se perde o foco do objecto da meditação, outra rede neuronal é envolvida – *default mode network*, que inclui o córtex cingulado posterior, o córtex préfrontal medial, os córtex posteriores laterais, parietal e temporal e a circunvolução do hipocampo.²² Esta última rede neuronal mostrou-se ativa no momento em que os praticantes iniciam involuntariamente devaneios mentais durante a prática.²³

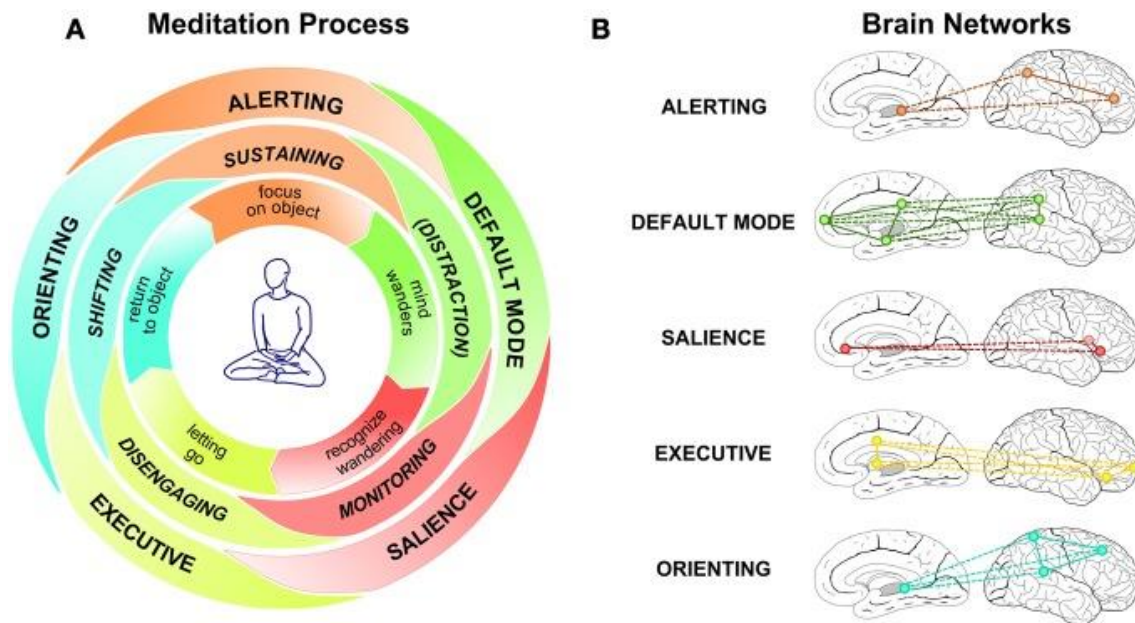


Figura 1 (retirado e adaptado de Malinowski, P. Front Neurosci. 2013)²⁴ - **Regulação da atenção durante a meditação.** (A) Processo da meditação. O círculo mais interno, no sentido do relógio, reflete as fases típicas ultrapassadas pelo praticante durante a meditação. O círculo do meio está relacionado com os processos de atenção envolvidos e o círculo externo representa as redes neuronais correlacionadas a esses processos. A sobreposição das cores indica que, em vários momentos, mais do que uma rede neuronal está envolvida num processo de atenção. (B) Representação das principais áreas cerebrais ativas durante cada fase do processo meditativo.

Além da regulação da atenção, podem distinguir-se outros 3 componentes do *mindfulness* subsequentes: a consciência do corpo, entendida como a habilidade de notar nas subtis sensações do corpo; a regulação da emoção, que se refere à alteração das respostas emocionais automáticas; a mudança na perspectiva do *self*, em que há o entendimento de que o *self* não é algo sólido, permanente e imutável. A percepção deste aspeto, segundo a filosofia Budista, é a mudança chave para um processo de libertação e felicidade.²⁵

A par da complexa ativação destas redes neuronais durante estados meditativos, acontecem alterações neuroquímicas, como ativação dos sistemas de neurotransmissores. Observou-se que em estados meditativos, o ácido gama-aminobutírico (GABA), a melatonina e a serotonina aumentaram e, por outro lado, o cortisol e a norepinefrina diminuíram.²⁶

Os neurotransmissores mostraram ter um papel determinante na modulação do comportamento e da ansiedade. O GABA relaciona-se negativamente com a ansiedade, sendo que baixos níveis cerebrais deste neurotransmissor estão associados a perturbação do pânico. Por outro lado, a norepinefrina e o cortisol relacionam-se diretamente com a ansiedade e níveis elevados são encontrados em doentes com perturbações da ansiedade. Relativamente à serotonina, trata-se de um potente neurotransmissor, com um papel fundamental na regulação do humor. O défice de serotonina está relacionado com depressão e perturbação do pânico. Por fim, a melatonina é uma hormona que se associa positivamente aos ciclos de sono e à diminuição dos níveis de ansiedade.²⁷

3. *Mindfulness-based stress reduction* (MBSR) e *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT)

Nos finais dos anos 70, Jon Kabat-Zinn inaugurou uma clínica em Massachusetts, EUA, introduzindo, pela primeira vez, o conceito de *Mindfulness-based stress reduction* (MBSR). Lançou um curso de 8 semanas, com o objetivo de difundir os benefícios da meditação *mindfulness*. Este curso é constituído por 2 horas e meia de meditação por semana em grupo, durante 8 semanas e um dia inteiro de retiro. Além dos dias de curso, existe uma série de exercícios para realizar em casa, guiados por gravações de áudio, assim como meditações sem guia para realizar diariamente. O programa inclui práticas informais que pretendem integrar o *mindfulness* em atividades do dia-a-dia, tais como o comer e lavar os dentes com uma atitude *mindfull*.²⁸

Apesar do MBSR, inicialmente, ter sido desenvolvido para o controlo do stress, acabou por se demonstrar mais eficaz do que isso, atuando em áreas como a ansiedade, depressão, hipertensão, diabetes, doenças de pele e imunitárias.²⁸

Alguns anos mais tarde, em 1992, o trabalho de Zindel Segal, Mark Williams e John Teasdale, trouxe popularidade a uma nova abordagem que unia o *mindfulness* à terapia cognitiva, com o objetivo de ajudar pacientes com depressão. Inicialmente, a intenção do trabalho seria adicionar alguns conceitos de *mindfulness* à terapia cognitiva tradicional, no entanto, acabaram por fazer o contrário, estruturando um curso de *mindfulness* com alguns elementos da terapia cognitiva adicionados. Enquanto que a terapia cognitiva tradicional enfatiza a substituição de pensamentos disfuncionais por outros mais adaptativos, este novo programa foca-se na abordagem do pensamento em si, apreciando a sua natureza transitória e desenvolvendo tolerância para observar os seus próprios pensamentos e sentimentos.²⁹ Este curso foi chamado de *Mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) e a evidência de que diminuía os sintomas depressivos iniciou uma onda de interesse e de publicações sobre intervenções baseadas no *mindfulness* enquanto estratégia terapêutica.³⁰

Estes dois tipos de intervenções (MBSR e MBCT) constituem uma inovadora família chamada de *Mindfulness-based interventions* (MBI).

O MBSR consiste na atenção contínua e focada na respiração, nos pensamentos que surgem, assim como nas sensações subtis do corpo em posição sentada, a andar e durante a prática de yoga.³¹ Além disto, inclui educação sobre stress, estratégias de *coping* e envolve a aprendizagem de diversas atitudes, nomeadamente tornar-se imparcial e aceitar as experiências da vida exatamente da forma como são, no momento presente.

Por sua vez, o MBCT é baseado no MBSR e inclui uma componente de educação psicológica dirigida à depressão e ansiedade. Possui exercícios derivados da terapia cognitiva que demonstram associações entre os padrões dos pensamentos, comportamentos e sentimentos, de forma a que os participantes consigam olhar para si próprios quando se sentem esmagados pelo humor depressivo ou pela ansiedade.³²

Assim, entende-se que o MBSR foca-se mais no stress ao nível físico, tendo estudos relacionados com cancro, dor crónica, doenças cardíacas, fibromialgia e psoríase, enquanto que o MBCT relaciona-se com aspectos mais cognitivos e é usado no tratamento de depressão, ansiedade, *burn-out* e distúrbios alimentares.

No geral, a prática de meditação *mindfulness* foi associada ao alívio do sofrimento do foro físico, psicossomático e psiquiátrico e mais de 200 centros médicos espalhados pelo mundo, oferecem as MBI como opção de tratamento alternativo aos seus pacientes.³³

Estas MBI, enquanto intervenções em grupo, tiveram mais evidência de eficácia clínica comparadas com outros formatos de intervenções. No entanto, outros formatos tais como retiros, intervenções breves baseadas no *mindfulness* e aplicações de *mindfulness* nos *smartphones* também mostraram trazer alguns benefícios.³⁴

Nesta revisão da literatura foram escolhidos estudos que mostrassem os efeitos das MBI em patologias diversas, do foro físico e/ou psicológico e que se integrassem em diferentes áreas da medicina como na psiquiatria, medicina interna e oncologia.

Aplicações das *mindfulness-based interventions* (MBI) na medicina

1. DEPRESSÃO

A depressão major caracteriza-se pela persistência de humor deprimido, assim como falta de motivação e prazer em realizar atividades que anteriormente eram prazerosas. É uma das grandes causas de **distúrbios** psicológicos e tem uma prevalência estimada na vida de cada indivíduo de 16%. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) é uma das principais causas de incapacidade no mundo.³⁵ Por ser uma patologia debilitante e com altas taxas de recorrência (50% no indivíduo com 1 episódio e até 90% no indivíduo com 3 episódios prévios)³⁵, a possibilidade de reduzir a vulnerabilidade cognitiva, com redução consequente dos episódios recorrentes, torna-se uma hipótese para o seu tratamento. Neste sentido, intervenções do tipo MBCT foram estudadas:

Dois autores, Piet e Hougaard, em 2011, elaboraram uma meta-análise com o objetivo de avaliar o efeito do MBCT na prevenção da recidiva num grupo de pacientes com depressão major em remissão. Baseados em 6 grandes ensaios clínicos randomizados, com o total de 593 participantes, concluíram que a intervenção MBCT reduzia o risco de recidiva de episódio depressivo major em 34%, comparado com os grupos de controlo de tratamento usual ou placebo. Além disso, a análise de subgrupos demonstrou uma redução no risco de recidiva em 43%, nos pacientes com três ou mais episódios anteriores de depressão. No entanto, verificou-se que esta redução não aconteceu em pacientes com apenas dois episódios prévios.³⁶

Outra meta-análise, esta de 2016, analisou 9 ensaios clínicos randomizados sobre o MBCT, procurando determinar a eficácia do MBCT na depressão, comparado com a terapêutica convencional (grupo de controlo a realizar um tratamento farmacológico usual não-MBCT). Os resultados reforçaram o já anteriormente demonstrado: a evidência de que o MBCT está associado a uma diminuição significativa do risco de recorrência de um episódio depressivo (em 60 semanas de *follow-up*), comparado com terapêuticas convencionais, com efeitos positivos tanto mais exuberantes, quanto maior

a gravidade de sintomas no início do tratamento. Este mesmo estudo refere que não há diferença nos resultados baseados no sexo, idade, educação ou estado civil.³⁷

A eficácia do MBCT na perturbação depressiva recorrente foi também observada num estudo em que se avaliou a associação do MBCT ao esquema terapêutico de base, em comparação com o grupo a receber o mesmo tratamento, mas sem a introdução do MBCT. Neste estudo, a intervenção foi realizada num grupo de pacientes com risco elevado de recidiva de depressão. No final dos 60 dias de *follow-up*, verificou-se que, para pacientes com 3 ou mais episódios de depressão anteriores, o MBCT reduziu significativamente o risco de recorrência; para pacientes com apenas 2 episódios prévios, o MBCT não reduziu o risco de recorrência da doença. Este trabalho conclui que o MBCT é uma estratégia eficaz, enquanto terapêutica adjuvante ao tratamento de base da perturbação depressiva recorrente, para pacientes que contam com 3 ou mais episódios depressivos anteriores.³⁸

Um trabalho semelhante, mas que conta com um *follow-up* de 2 anos, concluiu que o MBCT é uma estratégia a longo prazo muito válida a ser incluída nos serviços de saúde para pacientes com episódios recorrentes de depressão e que a associação desta intervenção com a terapêutica habitual com anti-depressivos é eficaz e segura. Este estudo mostra um efeito positivo do uso do MCBT, aliado à terapêutica farmacológica habitual, na redução das recorrências em pacientes com historial de pelo menos 3 episódios depressivos prévios e conclui ainda que a intervenção MBCT torna-se ainda mais eficaz quanto maior a monitorização clínica que o paciente tiver com um especialista.³⁹

Em 2010, a Associação Americana de Psiquiatria incluiu o MBCT como um grupo de intervenção nas guidelines de tratamento de pacientes com depressão major.⁴⁰ Da mesma forma, em outros países como a Inglaterra, Holanda, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, já se inclui o MBCT nas guidelines clínicas como opção recomendada para prevenção de recorrência da depressão major.^{41,42,43}

Nas normas de orientação clínica portuguesas está apenas preconizado o uso de psicoterapia cognitivo-comportamental para estados depressivos que não configurem depressão major, não existindo nenhuma referência a programas de *mindfulness*.⁴⁴

Um outro estudo submeteu 30 adolescentes deprimidos e com ideação suicida a um curso intensivo ao longo de 8 semanas, com 16 sessões de MBCT, que consistiu na utilização de técnicas de psicoeducação para os sintomas depressivos, conexão entre pensamentos, humor, comportamento, regulação das emoções e exercícios de *mindfulness*. Neste estudo, observou-se que todos os adolescentes beneficiaram da intervenção, com uma melhoria significativa de parâmetros, tais como a sua satisfação e orientação perante a vida, relação com família e ainda redução dos sintomas depressivos e tendência suicida. Concluiu-se a eficácia de uma intervenção do tipo MBI na população adolescente com depressão e ideação suicida.⁴⁵

2. DISTÚRBO BIPOLAR

O distúrbio bipolar é um distúrbio crónico do humor, caracterizado por episódios depressão e/ou mania/hipomania, dificuldade na regulação emocional e está associado a distúrbios da ansiedade.

Um estudo de 2013, avaliou a associação de MBCT ao plano terapêutico habitual, com estabilizadores de humor, em doentes com distúrbio bipolar. O *follow-up* foi de 1 ano e demonstrou que associar o MBCT à terapêutica de base, apesar de não atrasar o tempo até à recorrência de um novo episódio (depressão ou estado maníaco/hipomaníaco) nestes pacientes, diminui significativamente a ansiedade face à doença dos mesmos.⁴⁶

No mesmo ano, um trabalho controlado por Ressonância Magnética funcional (RMf), investigou os efeitos do MCBT em 16 doentes com distúrbio bipolar. Previamente à intervenção, os doentes reportaram níveis elevados de stress e realizaram testes de memória com resultados mais baixos relativamente ao grupo de controlo com doentes saudáveis. Após o MBCT, houve uma melhoria significativa no grupo de doentes com distúrbio bipolar, apresentando aumento da capacidade de *mindfulness*, assim como diminuição da ansiedade e melhoria na regulação da emoção, nos testes de memória e

na fluência do discurso. Além disto, verificou-se, através da RMf, uma ativação do córtex pré-frontal medial, uma região cerebral associada a flexibilidade cognitiva e que, em outros estudos, foi proposta como uma das áreas-chave na patofisiologia desta doença.⁴⁷

3. PERTURBAÇÃO DA ANSIEDADE SOCIAL, DO PÂNICO E OBSESSIVO-COMPULSIVA

A perturbação da ansiedade social ou fobia social caracteriza-se pela ansiedade vivida em situações sociais, onde o indivíduo se sente observado e/ou julgado por outros.

Em 2010, um trabalho concluiu que a prática de MBSR em adultos com perturbação da ansiedade social, reduziu, comparativamente ao grupo de controlo, os sintomas de ansiedade e depressão associados à patologia. A sua reatividade emocional mostrou-se reduzida, com um aumento concomitante da capacidade em regular as suas emoções. Estas alterações são facilitadoras do aumento da auto-estima e na redução dos comportamentos de evitamento que se verificam frequentemente nos pacientes com esta perturbação.⁴⁸

No mesmo ano, foi estudado os possíveis efeitos do MBCT como estratégia adjuvante no tratamento de pacientes com perturbação do pânico, que se caracteriza por ataques súbitos de ansiedade, com manifestações físicas importantes, levando a pessoa a temer um desfecho como a morte. Vinte e três pacientes com esta condição foram analisados durante as 8 semanas de programa. Os *scores* utilizados (Panic Disorder Severity Scale e The Hamilton Anxiety Rating Scale) mostraram-se diminuídos na 2ª, 4ª e 8ª semanas de prática, comparativamente ao grupo controlo, demonstrando o benefício de associar o MBCT à terapêutica tradicional (farmacológica, com benzodiazepinas e anti-depressivos) para o tratamento do perturbação do pânico.⁴⁹

A perturbação obsessivo-compulsiva (POC) é um condição debilitante caracterizada por pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos repetitivos. Afeta cerca de 1 a 3% da população e usualmente inicia-se na adolescência ou no início da vida adulta. Sem tratamento, a POC, tende para a cronicidade e está relacionada com uma baixa

qualidade de vida. Apesar do tratamento com terapia cognitivo-comportamental ser eficaz em grande parte dos casos, um número significativo de pacientes continua sintomático após o tratamento. Nesse sentido, um estudo realizado em 2017, testou a hipótese de que o MBCT poderia atuar na redução dos sintomas residuais destes pacientes após completarem a terapia cognitivo-comportamental. Os resultados mostraram que o uso do MBCT reduziu os sintomas da POC, assim como sintomas depressivos e de ansiedade nestes pacientes, comparativamente com o grupo de controlo. Adicionalmente, os participantes reportaram níveis elevados de satisfação relativamente à intervenção. Este estudo mostra que esta MBI é uma opção aceitável para pacientes com POC que mantêm sintomas residuais após a terapia cognitivo-comportamental.⁵⁰

4. ONCOLOGIA

Um estudo de 2007 avaliou os efeitos da participação num programa de MBSR em termos de distúrbios do humor e stress em pacientes oncológicos. Os pacientes que participaram obtiveram resultados favoráveis nos *scores* de humor, escalas de depressão, ansiedade, raiva e confusão, em comparação com o grupo de controlo. A participação neste programa também levou à diminuição de sintomas, tais como cardiopulmonares e gastrointestinais, assim como diminuição da irritabilidade, depressão e desorganização cognitiva verificados nestes pacientes. Este programa mostrou-se eficaz em ambos os sexos e em diferentes idades, em indivíduos com diagnósticos oncológicos variados e em diversos estadios da doença, para sintomas relacionados com o stress inerente à própria condição. Ainda neste estudo, houve evidência de alterações no sistema imunitário de pacientes com cancro da mama e cancro da próstata, com redução do *ratio* entre linfócitos T1 pró-inflamatórios e linfócitos T2 anti-inflamatórios, após as 8 semanas do programa.⁵¹

Um estudo semelhante, realizado em 2010, procurou estudar o impacto de uma intervenção do tipo MBCT em pacientes com sintomas de ansiedade e stress derivados da doença oncológica. Neste trabalho, a realização do programa de 8 semanas de MBCT mostrou-se eficaz na redução da ansiedade e stress em pacientes oncológicos, a par do aumento de *mindfulness* durante a intervenção. Neste estudo, o efeito positivo manteve-se num follow-up de 3 meses.⁵²

Além da eficácia das MBI na redução do stress e ansiedade em pacientes oncológicos, um estudo de 2014 analisou as alterações no comprimento de telómeros e na atividade da telomerase em 142 pacientes com cancro da mama. Os telómeros são sequências protetoras de DNA no final dos cromossomas, que asseguram a estabilidade genómica durante a replicação celular.⁵³

O encurtamento dos telómeros funciona como um relógio mitótico⁵⁴, um indicador da idade biológica da célula, relacionado com a saúde e longevidade celular.⁵⁵ O encurtamento do comprimento dos telómeros, assim como a reduzida atividade da telomerase estão associados com o stress e risco de desenvolver doenças.⁵⁵

Neste trabalho⁵², a atividade da telomerase mostrou-se aumentada, em aproximadamente 17% relativamente ao grupo de controlo, após 12 semanas de MBSR. No entanto, não se verificaram diferenças do comprimento dos telómeros em ambos os grupos.

De facto, trabalhos anteriores demonstraram que a mudança de estilo de vida, com redução do stress, poderia aumentar a atividade da telomerase em aproximadamente 30%.⁵⁶

Este resultado, apesar de não ter um benefício clínico direto, mostra uma evidência preliminar das implicações do programa MBSR ao nível celular em pacientes oncológicos, merecendo estudos complementares no futuro.

5. MEDICINA INTERNA

5.1. O síndrome de fadiga crónica diz respeito a uma fadiga duradoura e grave, sem causa física ou psicológica comprovada e sem a presença de alterações objetivas nos exames físicos ou de laboratório, podendo ser uma doença extremamente incapacitante.⁵⁷

A terapia cognitiva comportamental mostrou-se eficaz no tratamento desta condição no entanto, apenas uma minoria dos pacientes apresenta uma regressão total dos sintomas. Um estudo piloto de 2011 avaliou a eficácia da introdução do MBCT nos pacientes com manutenção dos sintomas de fadiga extrema após terapia cognitiva comportamental. Neste estudo, os pacientes testados apresentaram redução significativa da fadiga, assim

como de outros parâmetros, tais como humor deprimido e pensamentos catastróficos relacionados com a doença, num follow-up de 2 e 6 meses, comparativamente com o grupo de controlo. Este estudo conclui que o MBCT é uma promissora intervenção complementar à terapia cognitiva comportamental para pacientes com síndrome de fadiga crónica.⁵⁸

O stress psicológico é um potente *trigger* inflamatório e os doentes que sofrem de patologia inflamatória crónica procuram, frequentemente, métodos de redução de stress como terapêutica sintomática.⁵⁹

5.2. A perturbação de ansiedade generalizada é uma perturbação relativamente comum e caracteriza-se por uma preocupação/ansiedade excessiva e intensa a longo prazo. Em 2018, um estudo relatou que um programa do tipo MBSR reduziu os níveis de hormona adrenocorticotrófica (ACTH) e os níveis de citocinas inflamatórias, comparativamente ao grupo de controlo, em pacientes com perturbação de ansiedade generalizada. Este recente estudo é uma evidência da modulação hormonal e imunológica proveniente da prática de MBSR, sugerindo que esta intervenção pode constituir uma arma a favor do aumento de resiliência face ao stress destes pacientes.⁶⁰

5.3. O transplante de órgãos sólidos melhora a qualidade de vida dos que dele necessitam, no entanto não garante uma vida completamente saudável. Os doentes submetidos a transplante devem realizar medicação imunossupressora diariamente, com efeitos adversos e complicações associadas. O stress e sintomas de ansiedade, assim como depressão e insónia são comuns nesta população de doentes. Um ensaio clínico de 2009 demonstrou que o MBSR foi uma estratégia não farmacológica eficaz, em comparação com o grupo de controlo, no alívio desta sintomatologia e na melhoria da qualidade de vida destes doentes.⁶¹

5.4. Noutro estudo, 86 mulheres com IMC ≥ 25 kg/m², foram distribuídas aleatoriamente em dois grupos, sendo que um seria submetido ao curso de 8 semanas de MBSR e o outro onde seria fornecido um curso de educação para a saúde. O estudo pretendia avaliar os efeitos das duas intervenções relativamente a parâmetros como stress, glicose em jejum e tensão arterial. Comparativamente ao grupo controlo, que foi submetido a educação para saúde, o grupo que praticou MBSR reduziu significativamente a percepção de stress num follow-up de 16 semanas e a glicose em

jejum mostrou-se reduzida neste grupo às 8 e 16 semanas, comparativamente à *base line* destes pacientes. A educação para a saúde não condicionou melhora relativamente à glicose em jejum. Não se verificou mudanças significativas nos parâmetros de tensão arterial, peso ou resistência à insulina em ambos os grupos.⁶²

A variedade de estudos com resultados positivos demonstrados acima mostra a abundância de aplicações destas intervenções baseadas no *mindfulness* na área da saúde.

De facto, no geral, as MBI mostraram-se eficazes no aumento dos atributos psicológicos positivos como o *mindfulness* e a compaixão e, além disso, na redução dos padrões de pensamentos negativos e das reações associadas à psicopatologia, como a ruminação, preocupação e a reatividade emocional.⁶³

EFEITOS ADVERSOS

A meditação, por ser uma prática onde os níveis de tensão e stress diminuem, leva a que, quase universalmente, se acredite que está isenta de efeitos adversos. Contudo, alguns estudos mostram que a meditação pode ter efeitos adversos e que estes não devem ser negligenciados. De seguida, ressaltam-se alguns:

- Aumento da suscetibilidade para eventos epiléticos⁶⁴: a meditação está associada a alterações neuroquímicas e neurofisiológicas, condicionando um ambiente epiletogénico. O aumento do glutamato e da serotonina e ainda, o aparecimento de uma atividade hipersincrónica (ondas lentas alfa de elevada amplitude) no eletroencefalograma, que são observadas durante a prática de meditação, são fatores que se encontram bem documentados na base fisiopatológica da epilepsia. Qualquer um destes fatores sozinho, é capaz de diminuir o limiar para um ataque epilético. Apesar deste estudo não ser específico quanto ao tipo de meditação avaliada, verificou-se a possibilidade de que a meditação, no geral, pode aumentar a frequência e intensidade dos ataques epiléticos, devendo ser cautelosamente praticada em doentes com história conhecida de epilepsia.

- Alguns estudos mostram que a meditação por longos períodos de tempo pode ser contraindicada em pessoas com doenças psiquiátricas, nomeadamente esquizofrenia, já que práticas muito intensas podem despoletar alterações psicológicas (stress emocional, confusão, desorientação, dependência), alterações psicopatológicas

(ansiedade, delirium e alucinações) e físicas (dor, disfunção sensorial, exacerbação de doenças neuromusculares, insónia e redução do apetite).^{65,66}

- Alguns casos singulares e dramáticos reportados incluem precipitação de psicose e distúrbio de stress pós-traumático após práticas de meditação intensas.⁶⁷

Em relação às MBI, os estudos não parecem reportar efeitos adversos durante os programas. As MBI envolvem práticas de baixa intensidade e de curta duração comparativamente a outros tipos de meditação, como por exemplo, a meditação transcendental. Conforme dito anteriormente, práticas longas estão mais associadas a efeitos adversos, assumindo-se assim que estes efeitos sejam menos frequentes e menos intensos em práticas como as MBI.⁶⁸

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Nesta revisão pretendeu-se pesquisar a atual aplicabilidade da meditação *mindfulness* na prática médica, com a finalidade de estabelecer possíveis formas de atuação que incluam uma abordagem mais holística do paciente, tendo especial atenção à vertente psicológica. Este trabalho pretendeu estimular a busca por abordagens alternativas no combate a doenças crónicas que apresentem um impacto significativo na qualidade de vida.

Quanto ao objetivo desta revisão, este foi atingido através da investigação e síntese das publicações científicas mais relevantes quanto ao uso de intervenções baseadas no *mindfulness* em diversas doenças crónicas. A revisão da literatura mostrou uma considerável quantidade de trabalhos que indica que as abordagens baseadas no *mindfulness* possuem um potencial terapêutico reconhecível.

Este potencial deve-se, à partida, à neuromodulação e às alterações neuroquímicas verificadas durante a prática meditativa. Os trabalhos foram unânimes nas alterações ao nível do bem estar físico e psicológico dos participantes, refletindo uma diminuição geral nos níveis de stress, ansiedade e depressão.

As limitações deste trabalho incluem artigos científicos com amostras reduzidas, *follow-up* de curta duração, grupos de controlo do tipo *wait-list*, linguagem muitas vezes pouco clara e explícita, assim como falta de conclusões que se comprometam a sugerir as MBI como intervenções a serem universalmente incluídas nas guidelines internacionais.

Relativamente aos estudos incluídos nesta revisão, verificou-se uma forte e extensa evidência relativamente aos efeitos positivos do MBCT na depressão, com clara relação entre o programa de 8 semanas de *mindfulness* e a redução das recidivas dos episódios depressivos. Face a tais evidências, torna-se necessária a integração destas intervenções nas *guidelines* portuguesas de tratamento desta condição. No entanto, apesar do número crescente de estudos que comprovem a eficácia, pouco é sabido dos possíveis *outcomes* do MBCT quando realmente integrado num serviço de saúde, dado que a maior parte dos estudos são realizados em clínicas de investigação específicas.⁶⁹

No distúrbio bipolar, as MBI, apesar de não retardarem o tempo até a um episódio recorrente, diminuíram a ansiedade associada à doença, com melhoria na regulação das emoções, testes de memória e fluência do discurso.

No setor da oncologia, verificou-se que as MBI tiveram efeitos positivos tanto na diminuição dos sintomas de irritabilidade, ansiedade, stress, raiva e confusão, como também foram observadas melhorias nos sintomas físicos, nomeadamente cardiopulmonares e gastrointestinais. Ainda num estudo realizado dentro deste grupo específico de doentes, porém numa vertente biomolecular, verificou-se uma alteração na atividade da enzima telomerase em doentes sujeitos ao programa de MBSR, com significado clínico ainda a esclarecer por outros estudos.

Além de todos os efeitos positivos já referidos, ainda foram abordados neste trabalho outras vertentes dispersas das MBI tais como a fadiga crónica, ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva e obesidade, demonstrando o vasto espectro de atuação destas intervenções na saúde. Os resultados de todos estes estudos foram positivos, no entanto carecem de mais evidência para a concretização das MBI enquanto terapêutica.

O aumento da adesão da comunidade científica a técnicas de meditação e relaxamento como terapêutica e a tendência pela procura de tratamentos alternativos por parte da população, torna premente a necessidade de garantir a informação por parte dos profissionais de saúde. No entanto, dada a exigência científica dos dias de hoje, são

necessários estudos rigorosos mais aprofundados que concluam que as MBI são técnicas a ser implementadas em *guidelines* clínicas.

Apesar de noutros países já terem sido integradas MBI em algumas *guidelines*, são apenas referentes à depressão recorrente. Todos os outros benefícios ainda se encontram subvalorizados pelos cuidados de saúde, que se limitam muitas vezes a abordagens puramente farmacológicas.

De uma perspectiva mais pessoal e sem comprometer tudo o que foi dito anteriormente, pretendo deixar claro que, para mim, a intenção terapêutica é mais uma das possíveis vertentes da prática de meditação e do *mindfulness*. A meditação proporciona harmonia, alinhando corpo, mente e emoções, visando o desenvolvimento holístico do ser e expandindo a sua consciência em prol da sua saúde.

Apesar deste trabalho ter um objetivo prático e científico, acredito no uso desta prática enquanto ferramenta primária na promoção do bem estar e equilíbrio, uma vez que a felicidade não surge apenas da cura das patologias, mas sim do despertar da consciência.

Anexo I – Entrevista à Professora Doutora Rosário Mexia, uma observadora privilegiada.

A Professora Doutora Rosário Mexia é médica dentista e professora na Faculdade de Medicina Dentária em Lisboa. É Mestre em Psicologia das Emoções, pelo ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa e Doutorada em Medicina Dentária (FMDUL), pela Universidade de Lisboa, com a tese “Relationship between Happiness, Stress and Musculoskeletal lesion in Portuguese Dentists”.

1- Há quantos anos pratica meditação? Qual foi a razão que a levou a iniciar esta prática?

Comecei com a prática da meditação à boleia do yoga, em 2000. Em 2001, fiz os primeiros cursos de meditação, comecei com o professor Paulo Borges. Percebi que ficava muito leve, alguma magia acontecia. Fiz alguns cursos e fui realmente percebendo que era uma coisa preciosa. Depois aprendi o *Loving Kindness Meditation*, que é a prática de desejar bem a nós e às outras pessoas. Os estudos mostram que quando há uma meditação para a bondade, ficam ativas as zonas do cérebro que se associam à empatia e gera uma maior propensão a fazer o bem. Quando vamos ver os estudos sobre a felicidade, percebemos que tudo isto está de acordo. Agora com a ciência, percebemos que a prática do bem traz-nos felicidade.

Depois, interessei-me muito pelo estudo das emoções e fiz o mestrado em Psicologia das Emoções em 2010. A partir daí, empenhei-me muito na faculdade, de maneira a transmitir aos meus alunos e aos doentes como poderíamos ser melhores seres humanos.

Em 2013 fiz uma viagem e tive a sorte de ter um encontro particular com o professor Matthieu Ricard, nos Himalaias. Ele é um monge e cientista, considerado o homem mais feliz do mundo, que faz a ligação entre práticas meditativas associadas a uma religião e a parte da ciência.

2- Qual é, para si, a parte mais importante a ter em conta nesta prática?

O *mindfulness* é um treino da mente e o principal objetivo é centrarmo-nos no presente, no momento do agora. Tem um efeito de libertação porque 90% dos nossos pensamentos são automáticos, em forma de preocupação do passado e ansiedade sobre o futuro. Então, é também este alerta, uma chamada de atenção para os pensamentos. Os pensamentos desencadeiam uma emoção e a emoção despoleta uma cascata fisiológica que tanto pode libertar hormonas de bem estar ou de mal estar.

No *mindfulness* a âncora é a respiração, que é o nosso foco, que nos ajuda a voltar ao presente. Aprendi que a sensação de não conseguirmos meditar é normal, porque a natureza da mente é estar sempre a pensar. O treino vem justamente trazer a este momento. A respiração é absolutamente fantástica porque está sempre connosco e não nos falta nada para iniciar a prática em qualquer sítio.

3- No *Mindfulness* adota-se uma posição de não julgamento perante os pensamentos que surgem. Esse não julgamento de alguma forma extrapola-se para a vida quotidiana?

O que eu aprendo é não ter julgamento e aceitar. Mas atenção, não é uma atitude apática ou amorfa, é justamente dar espaço e ficar ativa. Ou seja, quando há uma questão emocional, eu afasto-me um pouco como se sobrevoasse o problema.

Há uma ideia de que o *mindfulness* é só ficar zen com tudo, mas no fundo o que a pessoa não faz é uma *overreaction* a um estímulo.

4- Que benefícios traz uma prática regular de meditação?

Quanto mais pratico, mais apaixonada estou e melhor me sinto. A meditação desenvolve também muito as capacidades cognitivas, como a memória. E, na verdade, sinto-me muito mais capaz do ponto de vista intelectual e emocional, do que há 20 anos atrás.

O treino faz-nos habituar a controlar um pouco a nossa mente, o que dá trabalho porque é um treino e precisa de tempo.

Hoje em dia, já sabemos que basta um pequeno treino para já trazer uma grande influência na saúde física e mental. O programa de Kabat-Zinn é de 8 semanas, mas há estudos também com 4 semanas e há vários estudos que mostram bastante benefício mesmo com práticas ainda mais curtas. Não é necessário estar 2 horas a meditar. Podemos apenas durante o dia-a-dia fazer a conexão de que eu aceito a vida do momento e a vida é o que é. Só o facto de podermos treinar pequenas meditações, de 1 minuto, no nosso dia a dia, tem imensos benefícios. Desenvolvemos na meditação o “agora estamos aqui” e isto faz com que aumentemos a nossa capacidade de trabalho. Por isso é que o *mindfulness* está a ser levado para as empresas.

5- Acha que a meditação deveria ser integrada na prática médica? De que forma?

É um mundo apaixonante que se considerava muito ligado a uma parte esotérica e religiosa e que agora a ciência está a demonstrar que é uma ferramenta excelente para promover a saúde física, mental e o bem-estar. Como a depressão e as doenças mentais são o flagelo da nossa geração e prevê-se das vindouras, é uma ferramenta que, na minha opinião, a medicina tem que desenvolver... a começar logo pelos estudantes. Acho que faz falta na nossa formação alguma parte curricular que nos ensine, a nós médicos, a promovermos a saúde. O médico não é um tratador de doenças e um “decorador” de livros. É preciso aprender a gerir-se a si próprio porque a nossa profissão é muito stressante e há muitos estudos que comprovam isso. Na minha opinião, é extremamente importante, mas, de um modo geral, o que se passa é que nas faculdades ainda não se aprende isto. Aprende-se a medicar doenças, mas não aprendemos o resto. É importante formarmo-nos como alunos e profissionais que possam também passar isto aos doentes. A desvantagem é que o doente gosta de levar

uma receita para casa para curar o que tem, por ser mais fácil. A grande limitação aqui é se a pessoa quer.

6- Considera que a meditação é para todos?

Não é possível introduzir a meditação a todas as pessoas. Há determinadas condições psiquiátricas, como a esquizofrenia, onde não se deve meditar ou só se bem acompanhado pelo psiquiatra. É preciso querer e é preciso empenho, a meditação é para a mente, aquilo que o ginásio é para o corpo. A meditação é um treino mental que faz bem a quem quiser treinar bem, porque dá trabalho...é para quem quer investir em si próprio.

7- Sente que a sua vida alterou de alguma forma desde de que começou a meditar? Que diferenças observa?

A minha vida alterou completamente. Eu tenho tendência para ser uma pessoa muito preocupada com os outros e depois esquecia-me de mim. O *mindfulness* ajuda-nos a centrar e a voltar ao ponto que gostamos. É especialmente importante a prática de manhã e à noite. De manhã, começar com este pensamento: o que é que posso fazer para tornar o dia melhor? E à noite, agradecer as coisas boas que temos. Nós esquecemo-nos de agradecer. Adormeço a meditar sobre o bem e o meu propósito de vida.

Antigamente, acordava cheia de preocupações a meio da noite e agora não. Durmo poucas horas, mas quando durmo, durmo. Se acordar a meio da noite, medito sobre a felicidade ou compaixão e adormeço tranquilamente. Antes, adormecia e acordava exausta. Sofri anos com enxaquecas, em 1999 tive enxaquecas todos os dias e agora não sei o que é uma enxaqueca... só isso é um benefício imenso para mim. Muda tudo. O *mindfulness* é uma postura de vida que eu tomei, e que agradeço, porque mudou a minha vida.

Agradecimentos

Ao Professor Dr. Mário Simões, da Faculdade de Medicina de Lisboa, por cativar o lado mais humano nos estudantes de medicina e pelo interesse, apoio e disponibilidade em todas as fases deste trabalho.

À Professora Dr.^a Rosário Mexia pela partilha das suas experiências pessoais que trouxeram riqueza e originalidade a esta tese e pela inspiração que o seu modo de viver me trouxe.

Aos meus pais que me ensinaram o poder da força mental e que me encheram o coração de amor em todos os momentos da minha vida, comemorando com alegria todos os meus passos.

À minha irmã pelo colo, conforto e desabafos nos momentos de incerteza e por ser um exemplo constante na minha vida.

Ao meu namorado pela paciência, carinho e sorrisos que me fazem crescer e ser melhor.

Aos meus amigos pelo incentivo, apoio e exemplo durante todo o percurso académico.

À Faculdade de Medicina de Lisboa por 6 anos de muito trabalho, muitos amigos e muita felicidade.

Bibliografia

1. Ospina, M. B.; Bond, T. K.; Karkhaneh, M.; Tjosvold, L.; Vandermeer, B.; Liang, Y.; Bialy, L.; Hooton, N.; Buscemi, N.; Dryden, D. M.; Klassen TP. Meditation practices for health: state of the research. Evidence report/technology assessment. 2007.
2. Perez de Albeniz A, Holmes J. Meditation: concepts, effects and uses in therapy. *Int J Psychother.* 2000;5(1):49–58.
3. Mark Williams, John Teasdale, Zindel Segal, Jon Kabat-Zinn, *The mindful way through depression*, vol. 54, The Guilford Press, New York, USA (2007), pp. 182-183
4. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science.* 2011.
5. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life.* Behaviour Research and Therapy. 1994.
6. Katz E. *Mindfulness and Psychotherapy* , edited by C. K. Germer, R. D. Siegel, and P. R. Fulton. *Smith Coll Stud Soc Work.* 2014; Andrew J, Winzelberg M, Frederic M, Luskin MS. The effect of a meditation training in stress levels in secondary school teachers. *Stress Med.* 1999;
7. Andrew J, Winzelberg M, Frederic M, Luskin MS. The effect of a meditation training in stress levels in secondary school teachers. *Stress Med.* 1999;
8. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: Meta-analytic study of publication bias. *British Journal of Psychiatry.* 2010.
9. Davidson, RJ, & Begley, S *The emotional life of your brain.* England: Plume, 2013.
10. Grinde, B. (2005). An approach to the prevention of anxiety-related disorders based on evolutionary medicine. *Preventive Medicine*, 40, 904-909.
11. Krishnakumar D, Hamblin MR, Lakshmanan S. Meditation and Yoga can Modulate Brain Mechanisms that affect Behavior and Anxiety- A Modern Scientific Perspective. *Anc Sci.* 2015;
12. Moore A, Gruber T, Derosé J, Malinowski P. Regular, brief *mindfulness* meditation practice improves electrophysiological markers of attentional control. *Front Hum Neurosci.* 2012;
13. A. L, J. B-L, T. J, R.J. D. Regulation of the Neural Circuitry of Emotion by Compassion Meditation: Effects of Meditative Expertise. *PLoS One.* 2007;

14. Kok, B. E., Waugh, C. E., & Fredrickson, B. L. (2013). *Meditation and Health: The Search for Mechanisms of Action*. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(1), 27–39. doi:10.1111/spc3.12006
15. A.P. J, J. K, M.J. B. Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2007
16. Van den Hurk PAM, Giommi F, Gielen SC, Speckens AEM, Barendregt HP. Greater efficiency in attentional processing related to mindfulness meditation. *Q J Exp Psychol*. 2010;
17. Tang Y-Y, Ma Y, Wang J, Fan Y, Feng S, Lu Q, et al. Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proc Natl Acad Sci*. 2007;
18. Posner MI, Rothbart MK. Research on Attention Networks as a Model for the Integration of Psychological Science. *Annu Rev Psychol*. 2006;
19. Fan J, McCandliss BD, Fossella J, Flombaum JI, Posner MI. The activation of attentional networks. *Neuroimage*. 2005;
20. Miezin FM, Raichle ME, Snyder AZ, Vincent JL, Wenger KK, Dosenbach RAT, et al. Distinct brain networks for adaptive and stable task control in humans. *Proc Natl Acad Sci*. 2007;
21. Sridharan D, Levitin DJ, Menon V. A critical role for the right fronto-insular cortex in switching between central-executive and default-mode networks. *Proc Natl Acad Sci*. 2008;
22. Hasenkamp W, Wilson-Mendenhall CD, Duncan E, Barsalou LW. Mind wandering and attention during focused meditation: A fine-grained temporal analysis of fluctuating cognitive states. *Neuroimage*. 2012;
23. Schooler JW, Smallwood J, Christoff K, Handy TC, Reichle ED, Sayette MA. Meta-awareness, perceptual decoupling and the wandering mind. *Trends in Cognitive Sciences*. 2011.
24. Malinowski P. Neural mechanisms of attentional control in *mindfulness* meditation. *Front Neurosci*. 2013;
25. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*. 2011.
26. Newberg AB, Iversen J. The neural basis of the complex mental task of meditation: Neurotransmitter and neurochemical considerations. *Med Hypotheses*. 2003;
27. Krishnakumar D, Hamblin MR, Lakshmanan S. Meditation and Yoga can Modulate Brain Mechanisms that affect Behavior and Anxiety- A Modern Scientific Perspective. *Anc Sci*. 2015;
28. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. *Mindfulness*-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2004;

29. Duarte, J., Os benefícios de estar no presente: o papel do *mindfulness* na saúde física e mental, Coimbra, 2009;
30. Groves P. *Mindfulness* in psychiatry – where are we now? BJPsych Bull. 2016;
31. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind and body to face stress, pain, and illness. New York Delacorte. 1990;
32. Xie JF, Zhou J Da, Gong LN, Iennaco JD, Ding SQ. Mindfulness-based cognitive therapy in the intervention of psychiatric disorders: A review. Int J Nurs Sci. 2014;
33. Niazi AK, Niazi SK. *Mindfulness*-based stress reduction: A non-pharmacological approach for chronic illnesses. North American Journal of Medical Sciences. 2011.
34. Creswell JD. Mindfulness Interventions. SSRN. 2017.
35. Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. WHO, 2017. Acedido em Maio de 2018 através de:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=0BB57B08430A3E7ECA00B701F91F5E40?sequence=1>
36. Piet J, Hougaard E. The effect of *mindfulness*-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2011.
37. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of *mindfulness*-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse an individual patient data meta-analysis from randomized trials. JAMA Psychiatry. 2016;
38. Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JMG. *Mindfulness*-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. Behav Res Ther. 2009;
39. Meadows GN, Shawyer F, Enticott JC, Graham AL, Judd F, Martin PR, et al. *Mindfulness*-based cognitive therapy for recurrent depression: A translational research study with 2-year follow-up. Aust N Z J Psychiatry. 2014;
40. American Psychiatric Association (APA). Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. American Psychiatric Association (APA). 2010
41. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Fitzgerald PB, Fritz K, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2015;
42. The National Institute for Health and Care Excellence. Depression: The treatment and management of depression in adults. NICE guidelines [CG90]. 2009.

43. Parikh S V., Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 2. Psychological treatments. Canadian Journal of Psychiatry. 2016.
44. Norma n° 034/2012 de 30/12/2012 – DGS
45. Raj S, Sachdeva SA, Jha R, Sharad S, Singh T, Arya YK, et al. Effectiveness of *mindfulness* based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. Asian J Psychiatr. 2019;
46. Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of *mindfulness*-based cognitive therapy for bipolar disorder. Acta Psychiatr Scand. 2013;
47. Ives-Deliperi VL, Howells F, Stein DJ, Meintjes EM, Horn N. The effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with bipolar disorder: A controlled functional MRI investigation. J Affect Disord. 2013;
48. Goldin PR, Gross JJ. Effects of *Mindfulness*-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. Emotion. 2010;
49. Kim B, Lee SH, Kim YW, Choi TK, Yook K, Suh SY, et al. Effectiveness of a *mindfulness*-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. J Anxiety Disord. 2010;
50. Key BL, Rowa K, Bieling P, McCabe R, Pawluk EJ. Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive–compulsive disorder. Clin Psychol Psychother. 2017;
51. 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. 2007;
52. Sharplin GR, Jones SBW, Hancock B, Knott VE, Bowden JA, Whitford HS. *Mindfulness*-based cognitive therapy: An efficacious community-based group intervention for depression and anxiety in a sample of cancer patients. Med J Aust. 2010;
53. Jacobs TL, Epel ES, Lin J, Blackburn EH, Wolkowitz OM, Bridwell DA, et al. Intensive meditation training, immune cell telomerase activity, and psychological mediators. Psychoneuroendocrinology. 2011;
54. Lin J, Epel E, Cheon J, Kroenke C, Sinclair E, Bigos M, et al. Analyses and comparisons of telomerase activity and telomere length in human T and B cells: Insights for epidemiology of telomere maintenance. J Immunol Methods. 2010;

55. Jacobs TL, Epel ES, Lin J, Blackburn EH, Wolkowitz OM, Bridwell DA, et al. Intensive meditation training, immune cell telomerase activity, and psychological mediators. *Psychoneuroendocrinology*. 2011;
56. Ricard, M. (2013). *Plaidoyer pour l'altruisme: La force de la bienveillance*. Paris: NiL Éditions.
57. GLuckman, Stephan, Síndrome de Fadiga Crónica, disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/assuntos-especiais/síndrome-da-fadiga-crônica/síndrome-da-fadiga-crônica>. Acesso em: Maio de 2019
58. Rimes KA, Wingrove J. *Mindfulness*-Based Cognitive Therapy for People with Chronic Fatigue Syndrome Still Experiencing Excessive Fatigue after Cognitive Behaviour Therapy: A Pilot Randomized Study. *Clin Psychol Psychother*. 2013;
59. Weik U, Herforth A, Kolb-Bachofen V, Deinzer R. Acute stress induces proinflammatory signaling at chronic inflammation sites. *Psychosom Med*. 2008;
60. Hoge EA, Bui E, Palitz SA, Schwarz NR, Owens ME, Johnston JM, et al. The effect of *mindfulness* meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry Res*. 2018;
61. Gross CR, Kreitzer JM, Reilly-Spong M, Winbush NY, Schomaker KE, Thomas W. *Mindfulness* meditation training to reduce symptom distress in transplant patients: Rationale, design, and experience with a recycled waitlist. *Clin Trials*. 2009;
62. Raja-Khan N, Agito K, Shah J, Stetter CM, Gustafson TS, Socolow H, et al. *Mindfulness*-Based Stress Reduction in Women with Overweight or Obesity: A Randomized Clinical Trial. *Obesity*. 2017; 28- Managing cancer pain with nonpharmacologic and complementary therapies. *Pujol LA, Monti DA; J Am Osteopath Assoc*. 2007 Dec; 107(12 Suppl 7):ES15-21.
63. Shapero BG, Greenberg J, Pedrelli P, de Jong M, Desbordes G. *Mindfulness*-Based Interventions in Psychiatry. *Focus (Madison)*. 2018;
64. Jaseja H. Meditation may predispose to epilepsy: An insight into the alteration in brain environment induced by meditation. *Med Hypotheses*. 2005;
65. Walsh R, Roche L. Precipitation of acute psychotic episodes by intensive meditation in individuals with a history of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1979;
66. Lustyk MKB, Chawla N, Nolan RS, Marlatt GA. *Mindfulness* meditation research: issues of participant screening, safety procedures, and researcher training. *Adv Mind Body Med*. 2009;
67. Kuijpers HJH, Van Der Heijden FMMA, Tuinier S, Verhoeven WMA. Meditation-induced psychosis. *Psychopathology*. 2007;
68. Shapiro DH. Adverse effects of meditation: a preliminary investigation of long-term meditators. *Int J Psychosom*. 1992;
69. Dimidjian S, Segal Z V. Prospects for a clinical science of mindfulness-based intervention. *Am Psychol*. 2015;