

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**



UnB

GIL MONTENEGRO

**Hipnose como Prática Complementar no Controle da Dor,
Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos
do Trato Digestório**

Brasília – DF

2016

GIL MONTENEGRO

**Hipnose como Prática Complementar no Controle da Dor,
Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos
do Trato Digestório**

Tese de Doutorado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Medicina

Orientador: Prof. Dr. Rivadávio Fernandes Batista de Amorim

Coorientadora: Prof^a. Dra. Denise Pinheiro Falcão da Rocha

Brasília – DF

2016

FICHA
CATALOGRÁFICA

Montenegro, Gil
Hipnose como Prática Complementar no Controle da Dor, Ansiedade e Depressão
em Pacientes Oncológicos do Trato Digestório. Brasília, DF, 2016, 77 p.
Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina
Orientador: Prof. Dr. Rivadávio Fernandes Batista de Amorim
Coorientadora: Prof^a. Dra. Denise Pinheiro Falcão da Rocha
1. Hipnose. 2. Dor. 3. Ansiedade. 4. Depressão. 5. Câncer do Trato Digestório

GIL MONTENEGRO

Hipnose como Prática Complementar no Controle da Dor, Ansiedade e
Depressão em Pacientes Oncológicos do Trato Digestório

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do
título de Doutor em Ciências Médicas pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília.

Aprovado em: 12/08/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Rivadávio Fernandes Batista de Amorim

Instituição: UNB

Prof. Maurício da Silva Neubern

Instituição: UNB

Prof. Sérgio Bruzadelli Macedo

Instituição: UNB

Prof (a). Giselle de Fátima Silva

Instituição: SESDF

Prof (a). Fabiani Pirani Carneiro

Instituição: UNB

Dedico esta tese à minha Mãe Eucy, exemplo de perseverança e justiça. Dedico também à minha querida esposa Juliana, pela sua compreensão nos momentos ausentes, sua paciência nos momentos difíceis e sua cumplicidade em todos os momentos de minha vida. Sem ela seria impossível superar tantas dificuldades. Dedico ainda a meu filho Lucas, presente de Deus durante a minha caminhada do Doutorado e que foi mais um motivo de força para seguir em frente. Finalmente, dedico a todos que me apoiaram em busca de meu sonho de realizar um doutorado em Ciências Médicas, trabalhando com hipnose, uma área pela qual me apaixonei.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, sempre presente em meu caminho e em minha vida. Ao Professor Rivadávio Fernandes Batista de Amorim, mais que um orientador, um verdadeiro amigo que acreditou no projeto e com sua competência possibilitou que se tornasse realidade. À Professora Doutora Denise Pinheiro Falcão da Rocha, amiga nos momentos difíceis e que foi fundamental na elaboração e análise estatística do projeto. À Dra. Patricia Ribeiro Silva do Hospital de Base de Brasília, grande médica que com seus conhecimentos possibilitou a realização da pesquisa, sendo meu alicerce dentro do HBDF. À Dra. Juciléia Rezende Souza do Centro de Alta Complexidade em Oncologia - Cacon/HuB-UnB, figura ímpar, tecendo sempre comentários que possibilitaram grande evolução na pesquisa. Finalmente, não poderia deixar de agradecer à Dra. Paula Elaine Diniz dos Reis, professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB e que colaborou na elaboração do projeto. A todos os professores que ajudaram em meu crescimento profissional. Enfim, cada um de vocês merece mais que um obrigado, e sim parabéns pela competência, profissionalismo e espírito científico.

“A mente que se abre para uma
nova ideia jamais retorna a seu
tamanho original”

William Shakespeare

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde [OMS] considera a dor associada às neoplasias uma das queixas mais frequentes dos pacientes oncológicos. Nesse contexto, a hipnose apresenta-se como uma opção de terapia complementar ao tratamento, podendo promover benefícios, sem acarretar danos relativos a interações medicamentosas. O estudo avaliou o efeito da hipnose na intensidade da dor, ansiedade e depressão em pacientes oncológicos do trato digestório utilizando a Escala Visual Analógica (EVA) e da Escala de Ansiedade e Depressão (HADS). Para tanto, realizou-se, na Clínica de Cuidados Paliativos do Hospital de Base de Brasília (HBDF), um ensaio clínico controlado, randomizado, aberto, em que foram recrutados 39 pacientes oncológicos com idade entre 40 a 70 anos, de ambos os gêneros, que apresentavam limiar de dor ≥ 3 . Após serem avaliados quanto aos critérios de inclusão e exclusão, 24 pacientes foram alocados de forma randomizada estratificada (gênero e faixas etárias) em dois grupos: pacientes submetidos à hipnose e pacientes não submetidos à hipnose. Todos os pacientes realizaram três encontros para aplicação das escalas, sendo que, no grupo da hipnose, os pacientes foram submetidos a sessão de hipnose no primeiro e segundo encontro. A hipnose foi realizada por um único profissional e teve duração de 40 minutos em ambiente separado do avaliador e da equipe de cuidados paliativos. Ao final da pesquisa os pacientes do grupo da hipnose responderam a um questionário sobre os efeitos da hipnose. Os resultados demonstraram equilíbrio entre as amostras nas condições basais e demográficas, sem diferença estatisticamente significativa. Observou-se apenas desbalanceio em relação ao uso de morfina e sertralina entre os grupos. O grupo hipnose apresentou média inicial de dor 7,33 ($\pm 2,38$) e o grupo controle 5,58 ($\pm 2,06$). No segundo encontro, a média do grupo hipnose foi 3,67 ($\pm 2,7$) e do grupo controle 5,67 ($\pm 3,36$). No terceiro encontro, a média do grupo hipnose foi 2,08 ($\pm 2,61$) e do controle 4,75 ($\pm 3,13$). Obteve-se significância estatística ao comparar a média inicial do grupo hipnose com a média do segundo encontro (p -valor: 0,004) e do terceiro encontro ($p= 0.000$), assim como ao comparar a média do grupo controle e do grupo hipnose no 3º encontro ($p=0.034$). No entanto, ao considerar a influência dos medicamentos na comparação entre os grupos, tal significância não foi observada ($p=0.109$). Quanto a ansiedade e depressão, não foi observada significância estatística ao comparar as médias dos grupos. No entanto, tais médias caíram para valores abaixo dos parâmetros indicativos dos sintomas após as sessões de hipnose. Destaca-se como limitações da pesquisa o *follow-up* curto, desbalanceio de medicamento e falta de cegamento da amostra. Averiguou-se ainda que não houve aparente efeito secundário da hipnose e que 100% dos pacientes relataram benefício pela diminuição da dor e da ansiedade, assim como recomendariam a técnica. Presume-se que a sugestão hipnótica influencie nos sintomas da dor, ansiedade e depressão, todavia sugere-se novos ensaios randomizado sobre a distribuição e impacto da medicação na estimativa de efeito, com menos risco de parcialidade e imprecisão.

Palavras-chave: Hipnose; Dor; Ansiedade; Depressão; Câncer Trato Digestório, Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

The World Health Organization [WHO] considers the pain associated with cancer, one of the most frequent complaints of cancer patients. In this context, hypnosis has presented as an option of complementary therapy of the treatment, to promote benefits without causing the damage associated to drug interactions. The study evaluated the effect of hypnosis on pain, anxiety and depression in patients with cancer in the digestive tract using the Visual Analogue Scale (VAS) and the Anxiety and Depression Scale (HADS). It was held in the Palliative Care Clinic Brasilia Base Hospital (HBDF), a controlled clinical trial, randomized, open, where 39 cancer patients aged 40-70 years were recruited, of both genders that had pain threshold ≥ 3 . After being valued regarding inclusion and exclusion criteria, 24 patients were allocated randomly and stratified (gender and age) into two groups: patients undergoing hypnosis and patients that were not undergoing hypnosis. All patients underwent three meetings for the scales application, and in the hypnosis group, patients underwent hypnosis session on the first and second meeting. A single professional performed hypnosis, which lasted 40 minutes in a separate environmental of the evaluator and the palliative care team. At the end of the study, the hypnosis group patients answered a questionnaire about the effects of hypnosis. The results showed balance between the samples of baseline and demographic conditions, with no significant statistical difference. There was only imbalance regarding the use of morphine and sertraline between groups. The hypnosis group showed an initial pain mean pain of 7.33 (± 2.38) and the control group of 5.58 (± 2.06). At the second meeting, the average of hypnosis group was 3.67 (± 2.7) and the control group 5.67 (± 3.36). In the third meeting the average of hypnosis group was 2.08 (± 2.61) and control group was 4.75 (± 3.13). There was observed statistical significance when comparing the initial average of hypnosis group with the average of the second meeting (p-value: 0.004) and the third meeting (p = 0.000), as well as when comparing the average of the control group and the hypnosis group at the third meeting (p = 0.034). However, when considering the influence of drugs in the comparison between groups, such significance was not observed (p = 0.109). The anxiety and depression did not have statistical significance when comparing the averages from the groups. However, these averages have fallen below the indicative parameters of symptoms after the hypnosis sessions. Some of the research limitations were the short follow-up, drug imbalance and lack of blinding of the sample. Further, it was verified that there weren't apparent negative effect of hypnosis and that 100% of patients reported benefits by the reduction of pain and anxiety, as well as recommend the technique. It is assumed that the hypnotic suggestion has influenced the symptoms of pain, anxiety and depression. However, it is suggested new randomized trials on distribution and on the impact of medication in the estimated effect with less risk of inaccuracy and bias.

Keywords: Hypnosis, Pain, Anxiety, Depression, Digestive System Cancer; Palliative Care.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: Cálculo Amostral | 39 |
| Figura 2: Randomização de amostra | 40 |
| Figura 3: Fluxo dos pacientes estudados no ensaio clínico | 42 |
| Figura 4: Gráfico das médias para dor durante os 3 encontros..... | 45 |
| Figura 5: Gráfico de médias da dor, com e sem ajuste da medicação..... | 46 |
| Figura 6: Escores Individuais de dor | 46 |
| Figura 7: Gráfico de médias da ansiedade, com e sem ajuste da medicação | 47 |
| Figure 8: Gráfico de médias da depressão, com e sem ajuste da medicação | 48 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA | 14 |
| 2.1. A DOR NO CONTEXTO ONCOLÓGICO..... | 15 |
| 2.1.1. Subjetividade da Dor | 17 |
| 2.1.3. Mensuração do grau álgico | 17 |
| 2.2. ANSIEDADE NO CONTEXTO ONCOLÓGICO | 19 |
| 2.3. DEPRESSÃO NO CONTEXTO ONCOLÓGICO..... | 19 |
| 2.3.1. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EVA)..... | 21 |
| 2.4. HIPNOSE..... | 22 |
| 2.4.1- Histórico | 22 |
| 2.4.2. Conceitos e aplicações | 23 |
| 2.4.4. O Ser Consciente..... | 26 |
| 2.4.4. Teste de Sugestionabilidade..... | 27 |
| 2.4.5. Técnica de Hipnose..... | 28 |
| 2.4.6. Hipnose no Controle da Dor..... | 31 |
| 2.4.7. Hipnose no Controle da Ansiedade e Depressão | 33 |
| 3. METODOLOGIA | 35 |
| 3.1. JUSTIFICATIVA..... | 35 |
| 3.2. DESENHO DO ESTUDO..... | 35 |
| 3.3. PARTICIPANTES | 36 |
| 3.4. INTERVENÇÃO..... | 36 |
| 3.5. DESFECHOS | 38 |
| 3.6. TAMANHO DA AMOSTRA | 39 |
| 3.7. RANDOMIZAÇÃO..... | 40 |
| 3.8. ALOCAÇÃO..... | 40 |
| 3.9. IMPLEMENTAÇÃO..... | 40 |
| 3.10. CEGAMENTO..... | 40 |
| 3.11. MÉTODOS ESTATÍSTICOS..... | 41 |
| 3.12. ANÁLISE CRÍTICA DOS RISCOS E BENEFÍCIOS | 41 |
| 4. RESULTADOS | 42 |
| 4.1. FLUXO DE PARTICIPANTES | 42 |
| 4.2. RECRUTAMENTO..... | 43 |
| 4.3. DADOS DE BASE | 43 |
| 4.4. DESFECHOS E ESTIMATIVAS | 45 |
| 4.5. ANÁLISES AUXILIARES | 48 |
| 5. DISCUSSÃO | 49 |
| 6. CONCLUSÃO | 57 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 58 |
| APÊNDICES | 68 |
| ANEXOS | 74 |

1. INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, o câncer é uma das principais causas de morte no mundo, representando 22% das mortes em 2012, com prováveis 13,2 milhões de óbitos em 2030. Nesse cenário, a dor, associada às neoplasias, é uma das queixas mais frequentes entre pacientes oncológicos (SIEGEL *et al.*, 2014).

O câncer apresenta como principal característica um descontrolado crescimento e divisão celular, formando células anômalas e tumores. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo e apresentam velocidade de multiplicação e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos de formas distintas (MURAD & KATZ 1996).

Pacientes com câncer são submetidos à quimioterapia, radioterapia ou procedimentos cirúrgicos que podem ou não serem associados entre si. Tais tratamentos, por sua vez, promovem imunossupressão e efeitos colaterais, como osteorradiocrose, disgeusia, odinofagia, alopecia, distúrbios gastrointestinais, inapetência, úlceras, que associados a aspectos pessoais podem promover exacerbação da dor, da ansiedade e depressão (KASHANI & MOGHADDASI, 2014).

Analisando-se o impacto emocional adverso do câncer, observa-se que os pacientes passam por desconfortos desde os exames diagnósticos até as terapias convencionais que, com muita frequência, produzem limitações de ordem física, social e psicológica, como ansiedade e medo da morte. Tal situação pode desenvolver ansiedade e depressão. Sugere-se que a ansiedade e a depressão seriam duas modalidades sintomáticas da mesma afecção. Contudo, ansiedade não é sinônimo de depressão e, nesse sentido, dever-se-á distinguir ambas (LANDIER & ALICE, 2010; IRVING & LLOYD-WILLIAMS, 2010).

A dor, ansiedade e depressão, no entanto, podem coexistir em diferentes fases da experiência oncológica. Individualmente, cada entidade representa um obstáculo importante para o cuidado efetivo e suporte do doente (CRASKE *et al.*, 2009; SYRJALA, 2014).

Os fatores psicológicos desempenham papel importante na experiência da dor em pacientes com câncer. As intervenções, para minimizar o sofrimento emocional e expectativas, podem evitar o sofrimento em longo prazo para esses pacientes. Dentro desse contexto, as terapias complementares têm sido estudadas

em ensaios clínicos associados a diversos procedimentos (MONTGOMERY *et al.*, 2010; SPENCER *et al.*, 2010).

A hipnose como terapia complementar não substitui os tratamentos convencionais prescritos (medicamentoso), mas apresenta-se como ferramenta de auxílio no controle da dor, ansiedade e depressão, ao promover mudanças que estimulam a autoestima, o bem-estar e o equilíbrio emocional do paciente (ADITYA *et al.*, 2006; PORTER & KEEFE, 2011; FRENKEL *et al.*, 2015).

Alguns trabalhos já citam a hipnose na redução estatística da dor, depressão e ansiedade. No entanto, é pouco estudada a correlação entre os três sintomas e a hipnose, assim como observa-se uma série de limitações metodológicas nos trabalhos relatados. Pautando-se na prática da medicina baseada em evidências, necessita-se então de ensaios mais bem elaborados para que seja aprofundada a investigação sobre a eficácia e aceitabilidade da hipnose em pacientes com câncer (RICHARDSON, *et al.*, 2006; GULEWITSCH *et al.*, 2013; TAN *et al.*, 2014).

Dentro dessa abordagem e sabendo que tal doença promove desconforto, temor e efeitos colaterais que geram complicações aos pacientes, buscou-se avaliar o efeito da hipnose no controle da dor, ansiedade e depressão em pacientes oncológicos do trato digestório.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O câncer apresenta dados estatisticamente preocupantes devido à grande incidência e perspectivas de aumento de casos para os próximos anos, somados aos elevados custos de assistência. Apresenta estimativas atuais de cerca de 10 milhões de novos casos ao ano no mundo, e em uma prospecção para 2030 de 21,4 milhões novos casos. Tal aumento está bastante relacionado ao perfil demográfico, com a maior perspectiva de vida, a população apresenta-se expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco (SCHIFF & BEN-ARYE, 2011; SIEGEL *et al.*, 2014).

A adaptação ao diagnóstico de câncer se trata de algo complexo, desde o impacto imediato do diagnóstico, durante os cuidados paliativos, associada a várias questões existenciais. A autopercepção do paciente, assim como a imagem negativa que traz da doença, dada por uma crença exacerbada de sua malignidade, repercute na qualidade de vida do doente, dificultando mudanças de paradigma em relação ao futuro (FRAMPTON & HUGHES-WEBB, 2011; KASHANI & MOGHADDASI, 2014).

Cabe relatar que os cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce tratamento dos diversos sintomas relacionados a doença.

No que tange ao câncer do trato digestório, existem diferenças topográficas na incidência e prognóstico dele. Tais tumores representam uma grande fração entre os tipos de câncer. O acometimento de lesões cancerosas na boca e garganta representa cerca de 30% dos tumores de cabeça. O tratamento apresenta a radioterapia como primeira modalidade, podendo ser utilizada em combinação com a cirurgia e quimioterapia. No esôfago, as lesões são predisponentes pelo consumo excessivo do álcool e o hábito de fumar. Tais lesões causam dificuldade para engolir e perda de peso. Os tumores no estômago estão associados à dieta e fatores ambientais, sendo mais comum nos homens a partir de 40 anos, e representam a segunda causa de mortes por câncer no Brasil. Seu prognóstico é pobre, refletindo o diagnóstico na maioria das vezes tardio. O câncer do intestino é a segunda neoplasia mais frequente no mundo, atrás apenas do câncer de mama. Seu principal

fator de risco é a ingestão de gordura saturada. O tumor tende a se manifestar a partir de 60 anos com obstrução intestinal associado a vômitos ou mesmo como uma perfuração causando um quadro grave com forte dor abdominal. Já o câncer do pâncreas, é mais comum nos homens a partir de 50 anos, associado a alcoolismo, tabagismo e diabetes. Cabe citar ainda os tumores do fígado frequentemente associados a cirrose, com baixo prognóstico e apresentando dor no abdômen, perda de peso, perda de apetite (THOMAS & SOBIN, 1995; SCHIFF & BEN-ARYE, 2011).

Diante da presença de tantos sintomas, a hipnose apresenta-se como uma terapia complementar ao tratamento dos pacientes oncológicos, promovendo reconfigurações de pensamentos a respeito de seus sintomas (PORTER & KEEFE, 2011, FRENKEL *et al.*, 2015).

2.1. A DOR NO CONTEXTO ONCOLÓGICO

A dor em pacientes oncológicos gera sofrimento e incapacidade em diversos aspectos. Suas consequências ultrapassam a vida pessoal e social, conduzindo a alterações significativas nas relações interpessoais, na convivência familiar e na diminuição da capacidade de realizar atividades diárias (FRAMPTON & HUGHES-WEBB, 2011). Ela pode estar relacionada a danos teciduais, progressão da doença ou reação à quimioterapia e radioterapia. Ela promove mudança de humor, afeto, apatia e alterações nos aspectos sociais como: problemas familiares, isolamento social e desmotivação geral; podendo estar relacionada também às suas crenças, princípios e valores, tais como: questionamentos quanto à fé e ao sentido da vida, sentimentos de desamparo e desesperança (GOLDSTEIN, 2011).

Dentro do aspecto positivo, a dor apresenta função de defesa e proteção do organismo, pois age como um sinal de alerta a fim de evitar situações prejudiciais. A dor aguda apresenta curta duração e cessa com a interrupção do estímulo. Quando ela persiste e se torna crônica, atua como um agente estressante ao organismo. Nesse caso, já não apresenta função biológica de alerta inicial, podendo estar associada a processos patológicos (HUBER *et al.*, 2013; JENSEN & PATTERSON, 2014).

Dessa forma, conceitua-se como uma sensação desagradável e subjetiva, relacionada a uma lesão real ou potencial. Esta pode ser aguda ou crônica. A

crônica oferece um contexto diferente para a hipnose. Esta normalmente persiste por mais de seis meses. Sugere-se que ela afeta 60% dos pacientes adultos com câncer na fase inicial e intermediária e até 95% de pacientes com doença avançada (ELKIN *et al.*, 2007; KASHANI, & MOGHADDASI, 2014).

A dor varia a intensidade em função direta da proporção de vários estímulos. Os fatores psicológicos relacionados à dor apresentam características cognitivas e comportamentais, em que é aprendida e trabalhada, podendo ser alterada por terapias complementares como hipnose (RACHLIN, 2010). Tais características permitem-nos entender por que diferentes abordagens terapêuticas são necessárias, uma vez que o componente físico é mais sensível aos analgésicos e o componente afetivo é mais sensível aos antidepressivos. A sensibilidade à dor é um processo adaptativo afetado pela expectativa, humor, capacidade de enfrentamento da situação e atenção. Variáveis psicológicas contribuem para as mudanças estruturais nas regiões de processamento deste sintoma do cérebro (TORTA & IERACI, 2013).

O mecanismo sensitivo fisiológico está relacionado à condução do estímulo algíco ao longo de dois tipos de fibras nervosas, as fibras C e as A- δ . A velocidade de condução do estímulo é proporcional ao diâmetro da bainha de mielina da fibra. As fibras A- δ são fibras nervosas de condução rápida, revestidas por uma delgada bainha de mielina. Quando estimuladas, originam e justificam a dor aguda bem localizada, sendo responsável por desencadear reflexos de fuga, como retirar um membro de uma fonte de perigo. As fibras C são as não mielinizadas de condução lenta, responsáveis pela dor difusa, com sensação de queimadura, mais ou menos duradoura, que segue a sensação dolorosa inicial. Além dessas, existem as fibras A- β que desempenham um papel importante na patologia da dor crônica; são fibras mielinizadas que transmitem impulsos decorrentes do toque, pressão ou movimento muscular. Essas fibras ativam interneurônios inibitórios na medula espinal que inibem a transmissão dos impulsos dolorosos e são responsáveis pelo alívio da dor quando se esfrega a pele em redor de uma lesão, técnica utilizada durante a dessensibilização dolorosa em alguns processos hipnóticos (MELLO, 2000).

Cabe ressaltar que, segundo a literatura, há relatos de que fatores como menor nível socioeconômico, baixa escolaridade, crenças e religiões apresentam papel sobre a dor. Sugere-se que pacientes menos favorecidos, com menos apoio social e baixa autoestima podem ser mais susceptíveis, enquanto os religiosos

apresentam diminuição na percepção (WIECH *et al.*, 2008; SOHL *et al.*, 2010; PORTER & KEEFE, 2011; WANG *et al.*, 2012).

2.1.1. Subjetividade da Dor

Na segunda metade do século XX, as teorias cognitivo-comportamentais sugerem que o comportamento poderia ser modelado, alterado, enfraquecido ou fortalecido como resultado direto do ambiente (NEUBER, 2009). A partir desse conceito, a dor passa a ser vista como um fenômeno não somente biológico, mas também psicológico (REY, 2012).

Diante dessa visão, ela contém um componente objetivo, que é o próprio estímulo, e um componente subjetivo, onde não se consegue observar sua causa. A parte subjetiva é influenciada por pensamentos ou comportamentos que, por sua vez, podem gerar estados emocionais alterados e um aumento na sua percepção. Tal processo organiza-se em termos de sentimentos, emoções e significados que são construídos a partir das ações do sujeito em seus respectivos cenários de inserção social (NEUBERN, 2009; RACHLIN, 2010).

A relação entre a hipnose e a subjetividade da dor não deve ser tratada de forma isolada, mas integrada. Durante o transe hipnótico ocorre um estado de dissociação no qual os processos inconscientes tornam-se mais disponíveis, trazendo uma série de recursos que podem ser utilizados para fins terapêuticos. Cabe então buscar compreender dentro da subjetividade, indicadores sobre suas possibilidades hipnóticas criando um contexto facilitador da reconstrução dos significados pessoais, promovendo bem-estar emocional e físico por meio de alterações de consciência, manejo do estresse e relaxamento (NEUBERN, 2009).

2.1.3. Mensuração do grau algíco

A dor é uma experiência subjetiva sensorial e emocional difícil de quantificar e qualificar. Embora não haja qualquer marcador biológico, a descrição individual e o autoregistro, geralmente fornecem evidências acuradas, fidedignas e suficientes para detectar a presença e a sua intensidade (FRAMPTON & HUGHES-WEBB, 2011).

Dessa forma, a mensuração é diretamente dependente da pessoa que a vivencia. A descrição individual é considerada um instrumento padrão da mensuração porque ele é consistente com a própria definição da dor. Ela baseia-se na percepção do paciente de sua dor e esta pode ser influenciada por outros fatores, como mudanças biológicas no ritmo cardíaco, respiração, transpiração e tensão muscular (NEUBERN, 2009).

Existem diversas escalas para mensurar a dor. Todavia observa-se que a Escala Visual Analógica (EVA) devido a sua facilidade de aplicação promove resultados objetivos. Consiste em uma linha reta com ordem crescente da esquerda para direita, podendo esta ser numerada de 0 a 10, na qual o paciente relata a intensidade. A escala é útil em comparar um paciente com ele próprio ao longo do tempo, mas, entretanto, é limitada em comparar indivíduos entre si, principalmente devido à individualidade do sintoma (CARACENI *et al.*, 2002; REED & VAN NOSTRAN, 2014)

A (EVA) foi validada em 1976 após serem testados seis diferentes tipos de escala em 100 pacientes (SCOTT & HUSKISSON, 1976). Os resultados da intensidade da dor medido por este método mostraram uma boa correlação com a gravidade medida pela escala descritiva simples. Alterações nos escores visuais analógicas também se correlacionam com mudanças no escores descritivos. Ela possui propriedades de intervalo e razão, é mais independente da linguagem do que as escalas verbais; mais precisa do que as escalas descritivas e tem demonstrado sensibilidade a mudanças na dor do câncer associados com o tratamento (FRAMPTON & HUGHES-WEEB, 2011; KANNAN & GOWRI, 2015). Uma revisão bibliográfica de 18 ensaios sobre medicina alternativa na terapia de pacientes com câncer observou que para mensuração da dor, a (EVA) foi a mais utilizada (BARDIA *et al.*, 2006).

Cabe ressaltar que, quando a dor é mensurada exclusivamente ao longo de uma dimensão unitária da intensidade, fracassa em reconhecer as características emocionais e sentimentais. No entanto, tais características diferenciais para dor sensorial e afetiva devem ser analisadas de forma conjunta. Busca-se associar os resultados de mensuração da dor com a melhora de outros sintomas tais como ansiedade e depressão (FRAMPTON & HUGHES-WEEB, 2011).

2.2. ANSIEDADE NO CONTEXTO ONCOLÓGICO

Conceitua-se ansiedade como um estado psíquico de apreensão ou medo devido à antecipação de uma situação desagradável ou perigosa acompanhada de sintomas de tensão. Dentro de certos limites, ela é útil e constitui um recurso adaptativo e incita as pessoas a procurar e encontrar soluções positivas. Contudo, quando ela atinge um valor extremo e com caráter sistemático, torna-se patológica. Estima-se que, em pacientes oncológicos, a ansiedade afete 13% a 16% dos doentes, sendo que, em situações de dor, a prevalência situa-se entre 20% e 40% (CRASKE *et al.*, 2009; LANDIER & ALICE, 2010; SPIEGEL & RIBA, 2015).

Várias manifestações emocionais podem se exacerbar, tais como: sensação de tensão; medo; inquietação; irritabilidade e apreensão; manifestações cognitivas como déficit de concentração e resposta de alerta excessiva; manifestações comportamentais, isolamento e tendências compulsivas; manifestações somáticas, tensão muscular; agitação; fadiga; xerostomia; lipotímias e distúrbio do sono (CRASKE *et al.*, 2009).

Como não existe um fator único que explique o aparecimento da ansiedade, o tratamento deve conjugar o uso de psicofármacos com a psicoterapia ou hipnoterapia, muito indicada nesses casos, de forma a tratar, tanto do ponto de vista biológico, como psicológico (WILD & ESPIE, 2004).

A ansiedade é comum em pacientes com câncer, podendo aumentar à medida que a doença progride. Uma pesquisa com pacientes oncológicos acima de 60 anos apresentou altos níveis de depressão e ansiedade. Esta observou associação importante da dor com sofrimento emocional, ligado a depressão e ansiedade, mas não ficou claro se isso significa simplesmente que o câncer pode causar dor e angústia ou se indica uma relação mais complexa entre esses sintomas, com implicações importantes para o tratamento (PLASKOTA *et al.*, 2012).

2.3. DEPRESSÃO NO CONTEXTO ONCOLÓGICO

A depressão é altamente prevalente em pacientes com câncer, em que, segundo a literatura, frequentemente é subdiagnosticada. Sugere-se que sua prevalência varia de 22% a 29%, sendo associada a um pior prognóstico com

redução da qualidade de vida e do tempo de sobrevivência. O tratamento desta com antidepressivos pode trazer efeitos secundários desnecessários, além do que estes requerem semanas para mostrar algum efeito. Técnicas de hipnose, em particular, podem ajudar os pacientes a lidar com situações estressantes, como a absorção da notícia do diagnóstico ou recorrência do câncer, reduzindo também a dor (DENG & CASSILETH, 2005; BOTTINO *et al.*, 2009; LAIRD *et al.*, 2009).

A depressão apresenta como sintomas: tristeza, sensação de desânimo, desesperança, pessimismo, sentimento de culpa, inutilidade, desamparo, perda do interesse em passatempos e atividades que causavam prazer, insônia, sonolência excessiva, perda de apetite e/ou de peso, ou excesso de apetite e ganho de peso, diminuição da energia, fadiga, ideias de morte ou suicídio, inquietação, irritabilidade, dificuldade para concentrar-se e tomar decisões. Tal doença não pode ser superada apenas pela vontade ou com esforço. Sem tratamento, os sintomas duram semanas, meses ou anos (TORTA & IERACI, 2013).

Sendo assim, a depressão reduz a qualidade de vida, o tempo de sobrevivência, a eficácia dos tratamentos e prolonga o período de hospitalização do doente (BOTTINO *et al.*, 2009; IRVING & LLOYD WILLIAMS, 2010).

Cabe ressaltar que o aumento da depressão em pacientes com câncer tem forte impacto na resposta a dor (WANG *et al.*, 2012). Sua avaliação em doentes oncológicos deve considerar aspectos como o estágio da doença, o suporte social do doente, a aceitação e adaptação a circunstâncias estressantes. Sugere-se que ela é quatro vezes mais comum em doentes oncológicos do que na população geral. Os sintomas podem surgir tanto como consequência da dor, como aumentar a intensidade (LAIRD *et al.*, 2009).

Uma revisão sistemática demonstrou evidências que os fatores psicológicos, como ansiedade e depressão afetam a intensidade da dor em pacientes com câncer, desde o diagnóstico até o tratamento. Dessa forma, as equipes multidisciplinares são essenciais em ambientes de oncologia para integrar cuidados paliativos como intervenções psicológicas e comportamentais para o gerenciamento de sintoma, incluindo a dor (SYRJALA *et al.*, 2014).

2.3.1. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Várias escalas podem ser utilizadas para mensurar a ansiedade e depressão. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) foi desenvolvida para avaliar sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doenças físicas, além ser uma das escalas mais utilizadas em ambiente hospitalar, nos pacientes com câncer devido à rapidez de mensuração. Ela possui 14 itens, sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos itens pode ser pontuado de zero a três, estabelecendo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala, adotados os pontos de cortes ≥ 9 para ambas as subescalas (MARCOLINO *et al.*, 2007; MACKENZIE *et al.*, 2014).

A escala encontra-se validada, tendo sido utilizada em vários trabalhos devido à objetividade e rapidez de mensuração. O Inventário de Depressão e de Ansiedade de Beck foi considerado como padrão-ouro para a determinação da sensibilidade e da especificidade da (HADS). Os itens da (HADS) correlacionaram-se positivamente com a pontuação total das respectivas subescalas. Dessa forma, tal escala é considerada apta para uma breve avaliação sobre ansiedade e depressão (MARCOLINO *et al.*, 2007; MACKENZIE *et al.*, 2014).

Confirmando tal proposição, uma pesquisa clínica utilizou o Inventário de Beck, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e o Perfil de Estado de Humor em dois momentos, antes e depois de quatro meses da participação na terapia de grupo e obteve redução estatisticamente significativa da ansiedade e depressão para o grupo experimental em ambas as escalas (HOLDEVICI & CRACIUN, 2013).

Em um estudo com onze pacientes hospitalizados avaliados pela escala (HADS) e que receberam quatro sessões de hipnoterapia, observou-se que, após a segunda sessão, houve uma redução estatisticamente significativa nos sintomas da ansiedade, mas tal fato não ocorreu na depressão (PLASKOTA *et al.*, 2012).

2.4. HIPNOSE

2.4.1- Histórico

A palavra hipnose surgiu com James Braid em 1842, com base na palavra grega "*Hypnos*", que significa "sono", e "ose" que significa estudo. No entanto a pessoa hipnotizada não está dormindo, mas sim em um estado de transe (HOLDEVICI, 2014).

O conceito de hipnose é dado como a ultrapassagem do fator crítico da mente consciente que estabelece um pensamento aceitável e seletivo. Dentro dessa perspectiva, a hipnose necessita de elevada atenção focal e dissociação da consciência periférica, promovendo uma maior resposta às sugestões (ELMAN, 1964; LEE & PYUNG, 2012).

Na medicina, a hipnose obteve destaque inicialmente com a experiência do médico alemão radicado em Viena, Franz Anton Mesmer (1734-1815), que descreveu em sua obra "Dissertation phisico-médica de planetarium influxu" que a "má distribuição do fluido magnético universal produziria doença", e tais estados específicos de transe eram rotulados sob o título de "magnetismo animal". Outro pesquisador da área foi James Esdaile, um cirurgião escocês, relatou centenas de cirurgias realizadas na Índia sob o transe hipnótico, em um período em que não havia outros agentes anestésicos do que o álcool e ópio (HOLDEVICI, 2014).

Mesmer proporcionou um campo de investigação científica ocupado por centenas de médicos nas décadas seguintes. Na segunda metade do século XIX Jean Martin Charcot utilizando a hipnose como método para tratar perturbações psíquicas, influenciou um médico austríaco chamado Sigmund Freud. Tal técnica ajudou o médico a desenvolver sua ideia revolucionária do inconsciente. Freud utilizou durante muitos anos a hipnose como método de tratamento. Todavia, abandonou a técnica ao criar a psicanálise (HOLDEVICI, 2014).

Após essa fase, a hipnose foi remodelada por Milton Erickson a partir da década de 1930, com uma metodologia baseada em histórias criativas capaz de fornecer ao hipnotizado os elementos para remodelar suas experiências. Milton Erickson foi um dos primeiros autores a relatar a eficácia da hipnose contra a dor em pacientes com câncer. Para ele, o efeito hipnótico está diretamente relacionado com

a sugestionabilidade, a expectativa e aceitação do sujeito e sua visão a respeito da dor (KASHANI & MOGHADDASI, 2014).

Em 1955, a British Medical Association introduziu a hipnose, que passou a fazer parte dos estudos médicos. Em 1958, a American Medical Association resolveu adotá-la no ensino dos cursos de pós-graduação médica. Desde então, inúmeras são as sociedades que se formaram em muitos países, a maioria das quais filiadas à International Society of Hypnosis, com sede na Austrália (HOLDEVICI, 2014).

No Brasil, a hipnose se desenvolveu bastante nos últimos anos. Em 1957 foi fundada, no Rio de Janeiro, a Sociedade Brasileira de Hipnose Médica. Em 1961, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Hipnologia, no Rio de Janeiro, na Faculdade Nacional de Medicina. Em 1964 foi regulamentada a profissão de psicólogo e a permissão para uso da hipnose. Em 1966, ocorreu a regulamentação da hipnose em Odontologia. Em 1999 a Sociedade de Hipnose Médica de São Paulo obtém parecer de aprovação do Conselho Federal de Medicina quanto ao uso do termo Hipniatria. Já em 2000 o Conselho Federal de Psicologia aprova e regulamenta o uso da Hipnose como recurso auxiliar de trabalho. Em 2008 a prática é regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia e em 2010 pelo Conselho de Fisioterapia. Dessa forma, atualmente a psicologia, a medicina e a odontologia e fisioterapia tem amparo legal para a prática da hipnose.

2.4.2. Conceitos e aplicações

Atualmente a medicina utiliza a hipnose principalmente em dois grandes campos: a compreensão da mente humana, a qual inclui seus impactos no corpo em termos de funcionamento neural e bioquímico, e o impacto da mente no corpo para alívio da dor, ansiedade e depressão dentre outras.

Na hipnose, um dos fatores mais importantes diz respeito à singularidade da indução que está diretamente ligada à individualidade e a queixas de cada paciente. A cooperação entre hipnotizador e paciente, bem como a disponibilidade do paciente para reagir de acordo com as sugestões permitem que os fenômenos hipnóticos tornem-se possíveis. Para tal situação ocorrem três componentes principais: absorção, dissociação e sugestionabilidade. A absorção é a tendência de se tornar envolvidos em uma experiência perceptiva e imaginativa. A dissociação é a separação mental de componentes do comportamento que normalmente são

processados em conjunto. Já a sugestionabilidade leva a uma tendência aumentada para cumprir instruções hipnóticas. Isso não representa uma perda de vontade, mas uma suspensão de julgamento crítico (OAKLEY & HALLIGAN, 2013).

Tais fenômenos se caracterizam pelo abandono da relação sensorial e perceptual por parte do paciente em relação à realidade que o cerca, exteroceptiva, proprioceptiva e interoceptiva. Assim, ocorre uma modificação temporária no padrão de experiência subjetiva, tal que o indivíduo acredita que o seu funcionamento mental é diferente do seu estado normal de consciência e vigília (GOLDSTEIN, 2011).

Na indução ao transe, o estímulo utilizado pode ser a voz, luz, som ou mesmo tato. Seja qual for o estímulo, faz-se necessário que ocorra transdução deste, a fim de que o cérebro possa gerar um processamento reflexo ou cognitivo da informação e iniciar à indução hipnótica. Por meio desse potencial os circuitos cerebrais desencadeiam funções como o pensamento e imaginação (GOLDSTEIN, 2011).

Dentro dessa perspectiva, o ouvido é uma importante porta de entrada, onde o estímulo sonoro produz um potencial de ação que leva as informações para serem processadas gerando padrões fisiológicos que resultam em diversas respostas, sendo talvez a mais importante à imaginação. Pela imaginação, funções cerebrais se modificam, alterando outros sistemas orgânicos. Então por meio de nossas palavras o paciente imagina o que está acontecendo e seu organismo reage como se assim fosse (HENRY *et al.*, 2011).

Durante o aprofundamento hipnótico ocorre a absorção que é a capacidade de se tornar envolvido em uma experiência imaginativa às custas de uma orientação contextual e dissociação que é a redistribuição da atenção. Durante a absorção os pensamentos são criados por circuitos elétricos neurais, no qual o que pensamos ver são padrões de energia eletromagnética. Dessa forma, o que se vê, na verdade, não é o que se enxerga, mas o reflexo de ondas eletromagnéticas refletidas pelo que pensamos ver. Por meio da imaginação, via sugestão, podem-se alterar os padrões e obter fenômenos diversos através da interpretação e percepção. Isso explica por que durante um transe hipnótico comemos uma cebola e achamos que é uma maçã (GOEL *et al.*, 1997).

A hipnose como recurso terapêutico é uma opção para o controle da dor, tendo grande aceitação em pacientes oncológicos. Dados científicos informam que 89% dos pacientes mostram-se dispostos a usar a hipnose associada com o

tratamento do câncer independentemente de fatores sócio-demográficos (SOHL *et al.*, 2010).

A utilização da hipnose como terapia complementar no tratamento do câncer tem proporcionado um vasto material de pesquisa científica, mostrando, por exemplo, a diminuição da dor para valores significativamente baixos no grupo da hipnose, quando comparados ao tratamento cognitivo comportamental e ao grupo controle (SYRJALA *et al.*, 1992).

Um estudo randomizado de três grupos, com 45 crianças submetidas à punção venosa, sendo um grupo com anestésico, outro com anestésico e atenção e outro com anestésico e auto-hipnose, relatou que o grupo da hipnose apresentou menor ansiedade e dor. Os achados são particularmente importantes na medida em que foi um estudo controlado e realizado em um ambiente médico (LIOSI *et al.*, 2009).

Em uma revisão sistemática de treze ensaios clínicos randomizados totalizando 1.357 pacientes, sobre os efeitos da hipnose no câncer de mama, observou-se a melhora dos sintomas de dor, angústia, fadiga e náuseas (CRAMER *et al.*, 2014).

Outra revisão sistemática de 2014, realizada com mais de 30 ensaios clínicos controlados com foco no uso da hipnose no tratamento de dores crônicas, sugeriu que a analgesia hipnótica resultou na diminuição da dor em comparação com os grupos controles. Também relatou falhas nas questões metodológicas, tais como: pequeno tamanho da amostra, problemas de randomização, dentre outras (NORGAARD & PEDERSEN, 2014).

Uma meta-análise, a partir de 26 ensaios clínicos com 2.342 participantes entre adultos e crianças sobre o efeito da hipnose na redução do estresse emocional em pacientes submetidos a procedimentos médicos, observou que aproximadamente 82% dos pacientes que receberam hipnose apresentaram níveis mais baixos de estresse emocional em relação ao grupo controle (SCHNUR *et al.*, 2008).

Em outra meta-análise, observou-se que a hipnose produz efeito sobre a dor, por meio de estímulos de imagens calmante para o paciente relaxar, distraí-lo de estímulos aversivos, e incentivando a aceitar sugestões terapêuticas (MONTGOMERY *et al.*, 2013).

Dentre as poucas pesquisas constatadas no uso da hipnose em relação ao sistema digestório, destaca-se a pesquisa que avaliou a associação entre hipnose e motilidade gástrica em paciente que se alimentavam mediante sonda gástrica. Os resultados avaliados por ultrassonografia demonstraram que a hipnose melhorou a função da motilidade gástrica (HASUO *et al.*, 2015).

Sendo assim, a utilização dessa ferramenta oferece os benefícios potenciais tanto no alívio dos sintomas, como no aumento da autoestima com o mínimo de efeitos adversos. Fato esse relatado também em uma revisão de 32 artigos que sugere as intervenções mente-corpo, incluindo hipnose, distração e imaginação, como eficazes isoladamente ou como adjuntos para intervenções farmacológicas, no controle da dor, ansiedade e angústia em oncologia (LANDIER & ALICE, 2010).

2.4.3. O Ser Consciente

As questões referentes à consciência apresentam diferentes opiniões e variam de pessoa para pessoa, diversificando-se também a depender da abordagem psicológica a ser trabalhada.

A consciência ou estar ciente é uma característica ampla e complexa, difícil de ser dimensionada. Ela é a consequência da interação entre o acontecimento e a forma como ele é vivenciado. Ela é uma qualidade psíquica, isto é, que pertence à esfera da psique humana. Por isso se diz também que ela é um atributo do pensamento humano. Ser consciente não é exatamente a mesma coisa que perceber-se no mundo, mas fazer parte ativa do mundo, onde, para isso, a intuição, a dedução e a indução estão presentes (WATANABE & HARUNO, 2015).

Em seus estudos, Freud relatava a área da consciência menos exposta e explorada como Pré-Consciente ou Inconsciente. Essa área refere-se ao conteúdo da mente que não é acessível à consciência, mas alcançável através de técnicas diversas como a hipnose, a psicoterapia, as mensagens subliminares. No pré-consciente estão os principais determinantes da personalidade e os instintos. O inconsciente, por sua vez, não é apático ou inerte. Memórias antigas quando liberadas à consciência, podem mostrar que não perderam nada de sua força emocional (WATANABE & HARUNO, 2015).

O termo subconsciente foi utilizado pela primeira vez pelo psiquiatra francês Pierre Janet, contemporâneo de Freud, para indicar os conteúdos da mente

que estão em um nível inferior de consciência. Para Freud, pai da Psicanálise, o subconsciente é tido como pré-consciente. Contudo, o conceito de inconsciente se contrapõe ao conceito de subconsciente ou pré-consciente de Freud. O pré-consciente seria o conjunto de processos psíquicos latentes, prontos a emergirem para se tornarem objetos da consciência. Assim, o subconsciente poderia ser explicado pelos conteúdos que fossem aptos a se tornarem conscientes. Já o inconsciente seria uma esfera ainda mais profunda e inatingível (REY, 2012).

Dessa forma, diferentemente do inconsciente, o subconsciente estaria logo abaixo da consciência, e seria facilmente acessível. Nessa área estão as memórias que você não tem acesso direto, apenas com esforço, diferentes das lembranças que acessamos sem esforço e que permanecem no consciente. No subconsciente ficam registrados todas as memórias passadas, suas mágoas, medos, traumas, lições, aprendizagens e modelos (WATANABE & HARUNO, 2015).

2.4.4. Teste de Sugestionabilidade

Para que o indivíduo seja hipnotizado, é importante que seja sugestionável e possua a capacidade de hipnotizabilidade. A sugestão seria então, segundo Pavlov, o reflexo condicionado mais simples e mais típico do homem. Tal característica é elevada em 10% a 15% da população e moderadas em 70% a 80% (OAKLEY & HALLIGAN, 2013; HUBER *et al.*, 2013).

O termo sugestão remete a uma interpretação quanto ao seu sentido etimológico e psicológico. Este pode ser definido como estímulo, inspiração (OAKLEY & HALLIGAN, 2013; HUBER *et al.*, 2013).

Uma importante distinção entre sugestionabilidade e hipnotizabilidade dá a dimensão exata entre esses dois termos. Enquanto sugestionabilidade se revela como o grau de mobilidade do indivíduo em direção a uma ideia, momento em que não faz uso do senso crítico, a hipnotizabilidade ou habilidade hipnótica, por sua vez, está ligada à extensão da capacidade do sujeito em experimentar a hipnose. Portanto, a receptividade aumentada em decorrência das sugestões em pessoas mais sugestionadas é possível de ocorrer também em pessoas não hipnotizadas apenas pela expectativa, atitudes e motivação (OAKLEY & HALLIGAN, 2013; HUBER *et al.*, 2013).

Ao manter longo tempo os olhos fechados, ficar esperando algo ocorrer, esperar alterações nas sensações corpóreas, sugestões de relaxamento e sono, o paciente é induzido à dissociação que consiste em separar o funcionamento da mente consciente do funcionamento da mente inconsciente ou pré-consciente (OAKLEY & HALLIGAN, 2013).

O tipo de sugestão usado como parte do processo de indução é diferente das sugestões orientadas, que são dadas depois do procedimento de indução, e que se destinam a criar uma mudança específica na experiência perceptiva ou comportamento. O procedimento de indução também cria um contexto para o desenvolvimento de sugestões (HUBER *et al.*, 2013).

Para avaliar tal sugestibilidade, é bastante utilizado o teste de mãos coladas, em que o avaliador pede ao participante que junte as mãos entrelaçando bem os dedos uns nos outros e que se concentre bem nas próprias mãos e também na voz do hipnólogo. Aos poucos o hipnólogo sugere que as mãos fiquem coladas uma na outra. Nesse momento, o hipnólogo conta de 1 até 10 e a cada número os dedos do paciente ficam cada vez mais “duros e colados” (OAKLEY & HALLIGAN, 2013).

Cabe ressaltar que a hipnotizabilidade varia de pessoa para pessoa. É difícil transformar tal característica numa variável mensurável. A única escala para avaliar o grau de hipnose é a *Stanford Hipnótico Susceptibility Scales*, concebido por Hilgard e Weitzenhoffer no final dos anos 1950 e início dos anos 1960, mas que, no entanto, é bastante falha não levando em conta vários aspectos importantes na hipnose (KIHSTROM *et al.*, 2011; OAKLEY & HALLIGAN, 2013)

2.4.5. Técnica de Hipnose

As técnicas de hipnose utilizam os efeitos poderosos de atenção e sugestão para produzir, modificar e melhorar uma ampla gama de experiências e comportamentos subjetivamente convincentes. Embora os processos de indução e sugestão sejam distintos, sugestões implícitas são frequentemente utilizadas durante a fase de indução, tais como: “ouvir o som da sua respiração” ou “quando você ouvir o som da minha voz você vai começar a notar seu corpo tornando-se relaxado”. Apesar de a indução hipnótica ser considerada uma forma de sugestão contínua, ela

é útil para manter a noção de um transe hipnótico como um estado que envolve processos neuropsicológicos que são diferentes daqueles que acompanha sugestões orientadas (OAKLEY & HALLIGAN, 2013).

Na hipnose, o relaxamento não é um componente essencial do estado de transe. Existem procedimentos eficazes de indução hipnótica que enfatizam os níveis normais ou até mesmo o aumento de excitação física, mental e atenção ativamente concentrada. Contudo, a maioria das induções hipnóticas envolvem técnicas de relaxamento (NORGAARD & PEDERSEN, 2014).

Durante o processo de intervenção, distintos fenômenos hipnóticos podem ocorrer, como: catalepsia ou ausência da vontade de se mover, dissociação, sendo possível executar coisas diferentes ao mesmo tempo, analgesia com diminuição da sensibilidade a dor, anestesia com falta de sensibilidade de certas partes do corpo, regressão de idade, distorção do tempo com falta de percepção de horas, alucinação positiva, ou seja, ter a percepção de algum dos cinco sentidos de algo que não está presente, alucinação negativa ou falta de percepção de algum dos cinco sentidos de algo que está presente, amnésia de parte ou de tudo o que aconteceu, hipermnésia, sugestão pós-hipnótica com execução pós-transe de algo pedido durante o transe (NORGAARD & PEDERSEN, 2014).

Para que o processo ocorra de forma adequada, é necessário que ocorra o Rapport, ou seja, criar empatia, interação que se estabelece entre hipnólogo e paciente. Esse, uma vez estabelecido, faz com que o paciente busque se isolar dos acontecimentos e dos estímulos externos, prendendo-se somente ao hipnoterapeuta (NEUBERN, 2009; HOLDEVICI, 2014).

Estabelecido o rapport, o hipnólogo inicia o processo com a absorção, que é a imersão em uma experiência central à custa de orientação contextual. Quando alguém está intensamente envolvido em um objeto central da consciência, a pessoa tende a ignorar as percepções, pensamentos, memórias ou atividades motoras na periferia. Como resultado, os estados emocionais, mesmo complexos ou experiências sensoriais podem ser dissociados. Devido à sua absorção intensa na experiência de transe, indivíduos hipnotizados costumam aceitar instruções positivas, que promovem bem-estar (LEE & PYUN, 2012; DEL PERCIO, 2013).

Abordagens hipnóticas para o controle da dor enfatizam a mudança dos padrões relacionados a percepção dessa. O primeiro princípio envolve ensinar os pacientes a transformar o sintoma, reconhecendo que existe uma distinção entre o

próprio sinal e o desconforto que causa o sinal. Em segundo lugar, os pacientes são ensinados a expandir as opções de percepção disponíveis para eles. São capazes de perceber que a dor existe, mas é transformada pela presença de tais sensações competindo como formigamento, dormência, calor ou frio (DEL PERCIO, 2013; NORGAARD & PEDERSEN, 2014).

Em pacientes oncológicos, muitas vezes as vivências existenciais experimentadas implicavam um medo intenso acompanhado de forte sentimento de desamparo. Um medo muito mais do desconhecido do que das reais possibilidades de cura, tratamentos e efeitos colaterais e sequelas decorrentes de seu diagnóstico. A hipnose, neste contexto, possibilita que o paciente tenha à sua disposição os seus próprios potenciais para a autoajuda e restabelecimento do equilíbrio psicossomático (CAIRE, 2012).

Dentre as técnicas de hipnose, existem duas principais vertentes, a Clássica e a Ericksoniana. Na hipnose Clássica, a indução do transe está associada às sugestões diretas, enquanto na hipnose Ericksoniana o transe é realizado de modo exclusivo para cada paciente. A hipnoterapia Ericksoniana, assim chamada em razão de ter sido elaborada por Milton Hyland Erickson (1901-1980), psiquiatra americano do início do século XX, passou a ser considerada uma divisora de águas entre a hipnoterapia clássica, estabelecida à época da experimentação científica, e o modelo vigente na atualidade (HOLDEVICI, 2014).

Com a evolução dos estudos sobre hipnose, surge uma nova linha de pesquisa, denominada Contemporânea, que utiliza abordagens da hipnose Ericksoniana e Clássica e induções rápidas propostas por David Elman. Essa nova perspectiva trabalha com técnicas mais dinâmicas de sugestão direta e indireta, porém realizada exclusivamente para cada paciente, respeitando à singularidade da indução, que está diretamente ligado à individualidade e as queixas de cada paciente. Dessa forma, a cooperação entre os dois e a disponibilidade do paciente para reagir de acordo com as sugestões aplicadas, permite que os fenômenos hipnóticos tornem-se possíveis. Ela busca proporcionar ao paciente "reler", repensar e desenvolver tranquilamente a construção de sua história individual (ELMAN, 1964; ARQUIVO ASSOCIAÇÃO MÉDICA, 1990; HOLDEVICI, 2014).

2.4.6. Hipnose no Controle da Dor

A hipnose no controle da dor promove alteração do estado de consciência, permitindo um estado mais sugestionáveis, tornando assim mais fácil mudar a percepção. A analgesia hipnótica tem sido utilizada em vários estudos randomizados reduzindo a quantidade de analgésicos utilizados pelos pacientes, assim como os eventos adversos decorrentes da utilização dos mesmos (MONTGOMERY, 2007).

Existem diferenças entre dor aguda e crônica que podem ter implicações importantes sobre a maneira pela qual a analgesia hipnótica é realizada, assim como a duração do efeito. Fatores, tais como crenças e enfrentamento de desafios desempenham um papel maior na experiência da dor crônica do que na aguda. (GOLDSTEIN, 2011). Dados científicos citam que pacientes com dor crônica, apresentavam retorno da mesma depois de algum período do término das sessões de hipnose (TAN *et al.*, 2014).

Diversas pesquisas relatam o uso da hipnose no controle da dor, seja em procedimentos de punção lombar (LADAS *et al.*, 2006), seja em biópsia de mama ou mastectomia (MONTGOMERY *et al.*, 2007) ou ainda no controle da dor crônica em pacientes idosos hospitalizados (ARDIGO *et al.*, 2016). No entanto revisões sistemáticas citam o efeito benéfico da hipnose, mas questionam a falta de padronização das intervenções nos ensaios clínicos, bem como diversos vieses em relação a tamanho de amostra, randomização, metodologia de pesquisa (ELKINS *et al.*, 2007).

Dentre as teorias que buscam explicar a analgesia hipnótica, pode-se citar à teoria da neodissociação, segundo a qual existe uma redução da percepção consciente da dor que é mascarada por barreiras no cérebro, tipo amnésia. Essa interpretação por dissociação na consciência oferece uma explicação para o paradoxo dos índices de estresse fisiológico permanecer presentes durante o processo hipnótico, embora o indivíduo relate não sentir dor. Outra teoria cita que a sugestão hipnótica produz analgesia pela ativação de um sistema opióide endógeno inibidor de dor, por meio de mecanismos de controle descendente na medula espinhal, prevenindo a transmissão da informação para o cérebro (VANHAUDENHUYSEA *et al.*, 2014). Dados científicos corroboram a ideia de a hipnose promover inibição ao nível da medula espinhal. Tal fato é demonstrado em

relatos de bloqueio induzido em reflexos da pele e braço (PATTERSON & JENSEN, 2003).

Especificamente, sugestões de reduções sensoriais da dor resultam na diminuição da atividade no córtex, enquanto sugestões para a redução da dor afetiva, na diminuição da atividade na parte do cérebro que processa informações emocionais. Durante sugestões de emoções positivas e negativas em indivíduos induzidos a imergir durante um minuto as mãos em água quente. As emoções negativas, de tristeza e raiva, produziam aumento na dor, enquanto as positivas reduziam a percepção (RAINVILLE *et al.*, 2005).

A fim de compreender como a hipnose atua no controle desse sintoma, diversos mecanismos de mapeamento são utilizados, tais como: eletroencefalograma (EEG), análise de frequência de ondas, tomografia por emissão de pósitrons (PET), mapeamento cerebral topográfico, exame de potencial evocado e fluxo sanguíneo cerebral regional. A partir desses exames, observou-se que, mesmo em transe, o estímulo doloroso pode continuar presente desencadeando potencial de ação. Dessa forma, a analgesia hipnótica, aparentemente não envolve os receptores periféricos de dor, mas áreas nociceptivas e afetivas da dor no sistema nervoso central (DERBYSHIRE *et al.*, 2004; BOWKER & DORSTYN, 2014).

A pesquisa de fluxo sanguíneo em pacientes que experimentaram dor isquêmica sob hipnose relatou atividade aumentada no córtex somatosensorial, invocando processos fisiológicos inibitórios associados a um eficiente sistema fronto-límbico de atenção. Isso demonstra que, mesmo em relaxamento físico, os processos cognitivos estão atuando no controle da atenção (CRAWFORD *et al.*, 1993). Exame de PET sustenta que a indução hipnótica provoca alterações na experiência subjetiva da dor, gerando modificações nas estruturas essenciais à regulação dos estados de consciência, autorregulação, autocontrole (RAINVILLE *et al.*, 2005).

Acredita-se que os estados alterados de consciência ocorrem devido à regulação transitória do córtex pré-frontal, com modificação sutil de funções comportamentais e cognitivas (DIETRICH, 2003). Estudos apoiam o papel modulador central da hipnose no tálamo. A ativação talâmica motora em hipnose pode refletir um estado de "atenção focalizada acompanhada por baixa excitação" (MULLER *et al.*, 2013).

Especulações sobre os substratos neurais na hipnose sugerem estar focado no hemisfério direito (HD), com base numa correlação com o criativo, intuitivo, não analíticos e processamento holístico. Tal relação implica que danos em tal hemisfério podem prejudicar a capacidade de resposta hipnótica mais do que no esquerdo. No entanto dados científicos demonstram que pacientes que sofreram traumas no hemisfério direito eram hipnotizados, sugerindo que a hipnose pode ser mediada pelo hemisfério esquerdo. Acredita-se então que uma dicotomia dorso-ventral é melhor do que a dicotomia esquerdo-direita para organizar a pesquisa neuropsicológica, com o sistema dorsal impulsionado por expectativas e ação de processamento e o sistema ventral impulsionado pela classificação e processamento de percepção (KIHLLSTROM *et al.*, 2013).

Novas pesquisas sobre os efeitos da hipnose demonstraram que as redes neurais possuem atividade plástica, onde a ativação contínua de dor pode levar a mudanças nessas redes, consolidando e facilitando, assim, o processamento da dor, mesmo independente da ativação neural periférica (JENSEN *et al.*, 2013).

2.4.7. Hipnose no Controle da Ansiedade e Depressão

A hipnose tem sido referenciada em diversos estudos para o controle da ansiedade e depressão. Em uma revisão de 22 artigos, observou-se que 19 apresentaram pelo menos algum efeito positivo da hipnose no controle desses sintomas (TRIJSBURG *et al.*, 1992).

Uma pesquisa com 236 pacientes submetidos a intervenções vasculares e renais, ao analisar a ansiedade dos pacientes e sua experiência de sofrimento durante procedimentos invasivos, observou-se que a hipnose reduziu o tempo de procedimento e o uso de medicamentos (SCHUPP *et al.*, 2005).

Tal conclusão é convergente com outros trabalhos que demonstram que hipnose reduz significativamente a ansiedade durante procedimentos médicos dolorosos em crianças e adolescentes com câncer (ROGOVIK & GOLDMAN, 2007).

Em uma revisão sistemática observou-se que a hipnose pode minimizar a depressão, sendo uma opção para pacientes que se recusam a usar medicação antidepressiva, ou nos casos em que possa causar efeitos adversos ou interações desfavoráveis com outros medicamentos (YOUSSEF, 2013).

Uma pesquisa com 63 indivíduos divididos em três grupos randomizados, sendo dois experimentais e um controle. O primeiro grupo recebeu o tratamento terapêutico cognitivo-comportamental, o segundo utilizou hipnose e tratamento cognitivo-comportamental e o controle não recebeu qualquer tipo de intervenção. Os pacientes responderam ao inventário de Beck, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e o Perfil de Estado de Humor em dois momentos, antes e depois de quatro meses da participação na terapia de grupo. Os resultados obtidos refletem o fato de que tanto a intervenção com base em métodos cognitivo-comportamentais, assim como em hipnose reduziram a ansiedade e a depressão para os grupos experimentais (HOLDEVICI & CRACIUN, 2013).

Observou-se que as terapias individuais de hipnose, quando comparados com tratamentos de hipnose de grupo, promoveram melhores resultados. Tal relato não quer dizer que as terapias individuais sempre serão melhores que as terapias de grupo, mas sim que, para os resultados de depressão e ansiedade, uma abordagem individual pode ser mais benéfica para o paciente com câncer (SRIVASTAVA, 2015).

Diante de todos os aspectos abordados, fazem-se necessárias novas análises do uso da hipnose como terapia complementar com ensaios clínicos randomizados, correlacionando os sintomas ansiedade, depressão e dor nos resultados.

3. METODOLOGIA

3.1. JUSTIFICATIVA

Pacientes com câncer no trato digestório submetidos a tratamento antineoplásico normalmente apresentam dor, ansiedade e depressão, muitas vezes com baixa resposta terapêutica para tais sintomas. O uso da hipnose, como terapia complementar, representa uma alternativa para esses casos. No entanto, a técnica ainda é pouco utilizada, assim como é escassa a literatura a respeito do tema, em que os estudos existentes apresentam falhas nas questões metodológicas, tais como falta de padronização das intervenções, cálculo amostral falho, excesso de viés, falta de randomização e falhas no cegamento do avaliador. Diante disso, esse ensaio clínico randomizado, realizado na Clínica de Cuidados Paliativos do Hospital de Base de Brasília, analisou pacientes oncológicos do trato digestório e mensurou o efeito da técnica de hipnose sobre a dor, ansiedade e depressão.

3.2. DESENHO DO ESTUDO

Realizou-se um ensaio clínico randomizado, estratificado por idade e sexo, uni cego, com dois braços, sendo que um recebeu hipnose e o outro não. O estudo seguiu as recomendações Consort (Consolidated Standards of Reporting Trial), (Figura 3) (BOUTRON *et al.*, 2008). Todos os pacientes receberam informações verbais e por escrito sobre o estudo. Só participaram da avaliação aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE I) e o Termo de Utilização de Som e Imagem (APÊNDICE II). Esse projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde. CAAN: 19739513.9.0000.0030, Comitê Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital de Base DF (FEPECS-SES/DF) e ao Clinical Trial: NCT0210574.

3.3. PARTICIPANTES

Como critério de elegibilidade para o estudo estavam, pacientes oncológicos do trato digestório de ambos os sexos, na faixa etária de 40 a 70 anos, sugestionáveis, que apresentavam escores iniciais de dor ≥ 3 pela (EVA) (ANEXO II) e que eram encaminhados para Clínica de Cuidados Paliativos do Hospital de Base de Brasília (HBDF). Os pacientes foram selecionados independentemente da presença de metástase, da prévia remoção cirúrgica da neoplasia, ou da indicação cirúrgica. Todos receberam cointervenção com medicação dada pela equipe médica.

Foram excluídos pacientes não sugestionáveis, usuários de drogas psicotrópicas, com transtornos psiquiátricos graves, exceto depressão e ansiedade, em estado terminal de câncer, pacientes com tumor ou câncer com metástase no Sistema Nervoso Central, deficientes auditivos e portadores de deficiências mentais cognitivas.

3.4. INTERVENÇÃO

Todos os pacientes realizaram a consulta médica de controle, previamente ao início da pesquisa. Em seguida realizou-se nova consulta em outro ambiente em que um avaliador aplicou o teste de sugestionabilidade de mãos coladas. Aqueles que responderam positivamente ao teste foram selecionados e avaliados quanto aos critérios de inclusão e exclusão. Após tal avaliação, restaram 24 pacientes selecionados. Esses assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, preencheram a ficha de cadastro com as informações relativas aos dados clínicos e demográficos e a (EVA) e a (HADS). (APÊNDICE I e III e ANEXOS II e III). Em seguida, foi realizada alocação dos pacientes de forma randomizada. Todos os pacientes já administravam a medicação analgésica. Eles receberam reforço positivo sobre o uso da medicação analgésica e orientações sobre o preenchimento do formulário de acompanhamento de uso (APÊNDICE IV). Os pacientes do grupo da hipnose receberam após tal orientação, a primeira sessão de hipnose.

No decorrer da semana, todos os pacientes preencheram o formulário de uso de medicamento em casa, informando sobre o frequência de uso e dosagem e entregavam antes de cada atendimento. O segundo encontro ocorreu após sete dias

do primeiro, quando foi realizada nova aplicação das escalas (EVA) e (HADS) em todos os pacientes. Os do grupo da hipnose foram submetidos à segunda sessão de hipnose previamente à aplicação das escalas. Os pacientes do grupo controle apenas conversaram com o hipnólogo sobre os seus sintomas e foram encaminhados para o avaliador aplicar as escalas. O terceiro encontro foi realizado após quatorze dias do primeiro, sendo apenas aplicada a escala em todos os pacientes, a fim comparar os dois grupos.

Ao final da pesquisa, o grupo da hipnose respondeu a um questionário sobre a percepção deles em relação à hipnose (ANEXO IV). Uma vez observado algum efeito benéfico da hipnose, tal tratamento foi disponibilizado para o grupo controle.

➤ Técnica de hipnose

As sessões de hipnose tiveram cerca de 40 minutos de duração e ocorreram em ambiente com privacidade, sendo acompanhadas por uma assistente para evitar entrada não programada de pessoas no local. Nesse espaço, havia uma maca, som ambiente e luz própria. A indução à hipnose ocorreu seguindo um protocolo semelhante de sugestões para todos os pacientes, sendo adaptado a cada caso. (APENDICE V). A técnica priorizou as características de dinamismo, permissibilidade e imposição quanto necessária. Seguiu-se um protocolo de indução, relaxamento progressivo como alicerce para as demais características do processo hipnótico. Foram aplicados comandos, para imagem visual agradável, sugestões de bem-estar e de autoestima. Para promover a analgesia da região dolorosa, sugeriu-se sensação inicial de calor dormência e formigamento com posterior sugestão de perda de sensibilidade, associada a distração com atividades que desviassem a atenção da dor (NERON & STEPHENSON, 2007; GOLDSTEIN, 2011; CAIRE, 2012).

3.5. DESFECHOS

a) Principais desfechos:

Desfecho primário: Avaliar o efeito da hipnose no controle da dor em pacientes oncológicos do trato digestório.

Desfecho secundário: Avaliar o efeito da hipnose no controle da ansiedade e depressão em pacientes oncológicos do trato digestório.

b) Hipótese propostas:

Hipótese 1a: A utilização de hipnose como terapia complementar altera a intensidade da dor em pacientes oncológicos com limiar ≥ 3 na Escala Visual Analógica (EVA).

Hipótese 1a(n): A utilização de hipnose como terapia complementar não altera a intensidade da dor em pacientes oncológicos com limiar ≥ 3 na Escala Visual Analógica (EVA).

Hipótese 2a: A utilização de hipnose como terapia complementar altera a ansiedade em pacientes oncológicos com limiar de dor ≥ 3 na Escala Visual Analógica.

Hipótese 2a(n): A utilização de hipnose como terapia complementar não altera a ansiedade em pacientes oncológicos com limiar de dor ≥ 3 na Escala Visual Analógica.

Hipótese 3a: A utilização de hipnose como terapia complementar altera a depressão em pacientes oncológicos com limiar de dor ≥ 3 na Escala Visual Analógica.

Hipótese 3a(n): A utilização de hipnose como terapia complementar não altera a depressão em pacientes oncológicos com limiar de dor ≥ 3 na Escala Visual Analógica.

c) Medidas de resultados:

No desfecho primário foi avaliado a variação de escores pela escala (EVA). (ANEXO 2). Para o desfecho secundário foram avaliados os resultados dos

pacientes que apresentavam escore abaixo de 9 na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). (ANEXO 3)

Como ocorreu descontinuidade de uma paciente do grupo controle durante a pesquisa, considerou-se a intenção de tratá-la utilizando o valor inicial relatado de 10 na (EVA) para representar a dor, 3 para representar a depressão e 8 para representar a ansiedade pela escala (HADS).

3.6. TAMANHO DA AMOSTRA

O cálculo amostral foi realizado com o programa G* Power 3 e pautou-se no projeto piloto realizado na Clínica de Cuidados Paliativos do Hospital de Base em pacientes oncológicos. Verificou-se que a diferença de escore da dor inicial/final (desvio padrão) no grupo que não recebeu hipnose foi de 0,33 ($\pm 1,87$) e no grupo que recebeu hipnose foi de -3,70 ($\pm 2,4$). Considerando-se, assim, significância clínica com diferença de 3 pontos na escala (EVA), aplicou-se teste-t para grupos independentes, considerando-se hipótese bicaudal, com poder estatístico de 95%, nível de significância de 5% e tamanho de efeito 1,87, chegando ao número de 9 pacientes em cada grupo (FAUL *et al.*, 2007; COHEN, 2013). (Figura 1)

Por se tratar de um ensaio clínico, em que os pacientes seriam avaliados em três momentos, optou-se por um acréscimo de 30% (taxa de atrito) para não comprometer a credibilidade do teste, pois haveria grande possibilidade de desistência. Portanto, o estudo contou com 24 pacientes, distribuídos equitativamente entre os dois grupos.

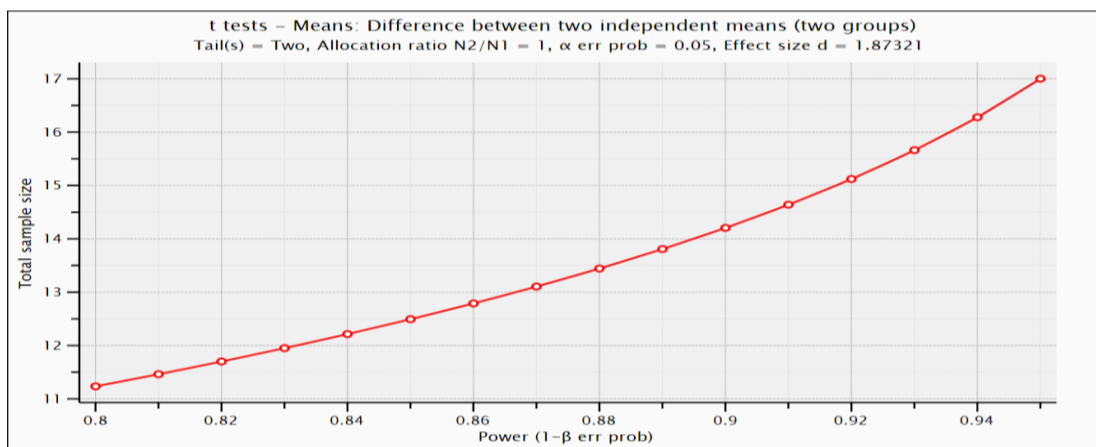


Figura 1: Cálculo Amostral

3.7. RANDOMIZAÇÃO

A randomização foi estratificada em blocos, contendo 2 estratos de gênero e 3 estratos de faixas etárias variando de 40 a 70 anos. O gênero masculino correspondia à faixa azul e o feminino a vermelha. (Figura 2)

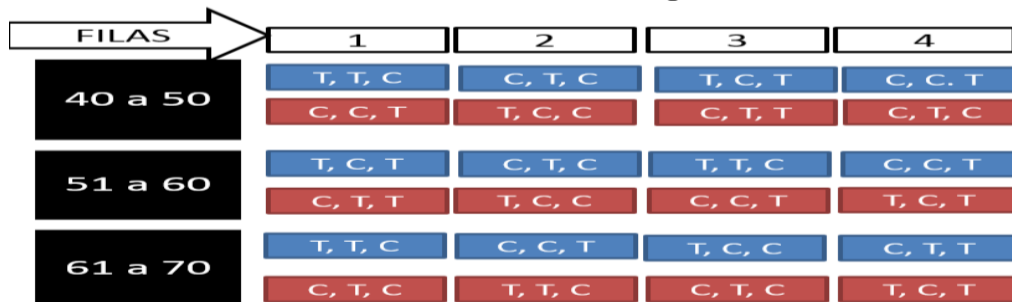


Figura 2: Randomização de amostra

3.8. ALOCAÇÃO

Esta foi realizada por uma pessoa externa às dependências do hospital e não envolvida diretamente no estudo, via telefone. Tal randomização priorizou assegurar o cegamento da alocação.

3.9. IMPLEMENTAÇÃO

A geração de sequência de alocação foi realizada por sorteio inicial da fila aleatória que vai de 1 a 4 englobando todos os gêneros e faixas etárias. A inscrição dos participantes era feita mediante telefone para pessoa não envolvida na pesquisa, onde ao se informar a idade e gênero, ela designava o paciente para o grupo tratamento ou controle seguindo a fila sorteada. Quando se esgotava uma determinada faixa etária, outra fila era sorteada sucessivamente. (Figura 2)

3.10. CEGAMENTO

Durante o período de realização do estudo, ocorreu cegamento da equipe médica e do pesquisador responsável pela avaliação das escalas. As análises

estatísticas foram realizadas de forma cega. Ou seja, cada grupo recebeu um código de forma a não identificar se o mesmo era do grupo hipnose ou do grupo controle.

O hipnólogo buscou, dentro do possível, marcar os pacientes em horários específicos de forma que os do grupo controle não entrassem em contato com os do grupo da hipnose.

3.11. MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS versão 20.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA), considerando-se o nível de significância de 5% para testes bi-caudais. Variáveis relacionadas à escala visual analógica foram tratadas como variáveis quantitativas e foram aplicados testes paramétricos, independentemente da distribuição das frequências, conforme proposto por Dexter e Chestnut (1995). Foram realizados testes de aderência a normalidade kolmogorov-smirnov e Shapiro Wilk para os dados basais, assim como testes de independência Qui-quadrado. Para a avaliação da interdependência entre as variáveis foram realizados testes two way ANOVA e teste de Bonferroni.

3.12. ANÁLISE CRÍTICA DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

Os procedimentos usados não possuíram grandes riscos para os pacientes, pois, como terapias complementares, visam melhorar a qualidade de vida durante o tratamento. No entanto, caso algum paciente relatasse ou o hipnólogo percebesse que o paciente piorasse de seus sintomas ou ainda que a hipnose desencadeasse alguma consequência psíquica ou emocional indesejável, seria encaminhado para o serviço de psicologia oncológica do Hospital Universitário de Brasília.

4. RESULTADOS

4.1. FLUXO DE PARTICIPANTES

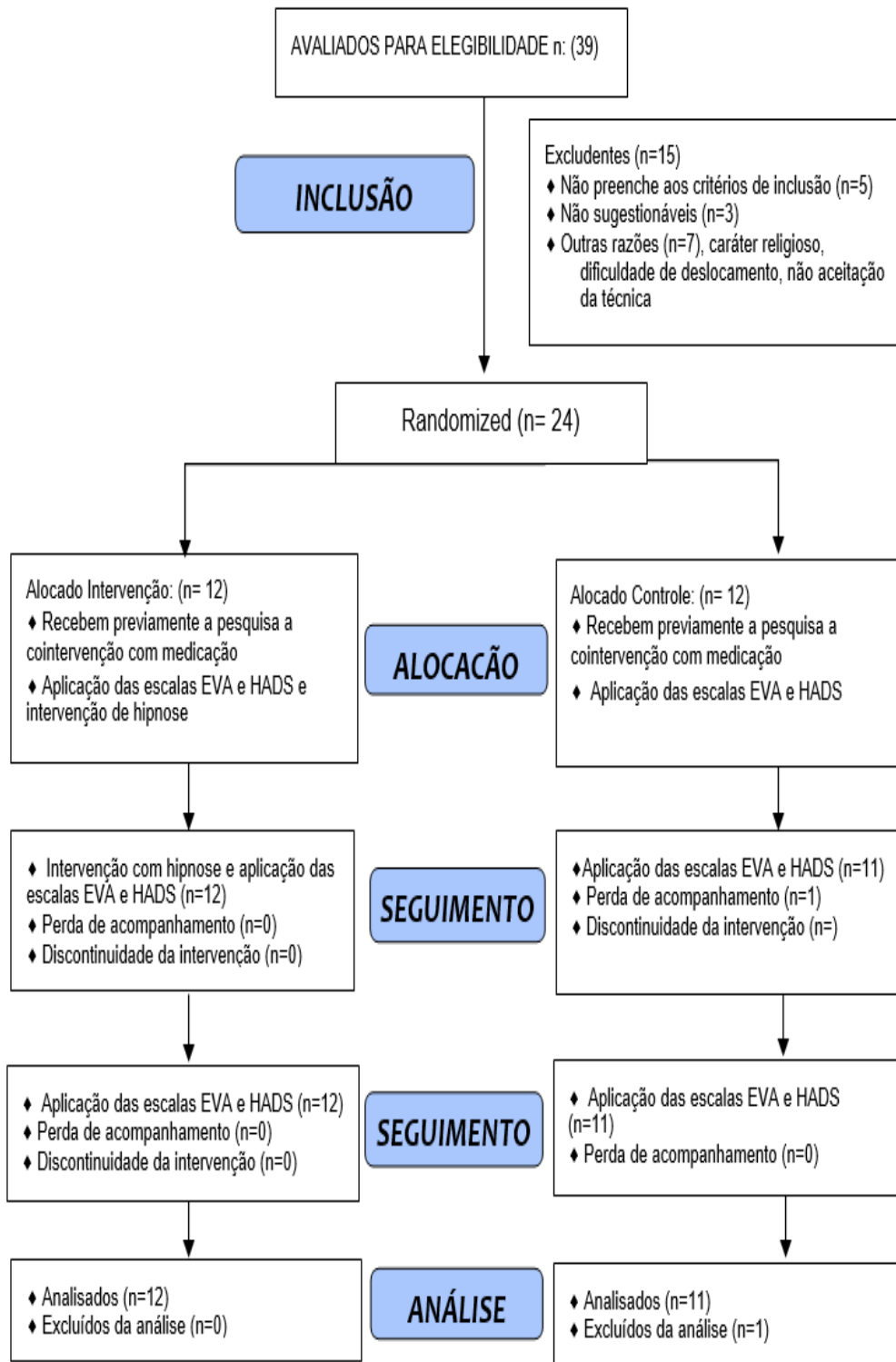


Figura 3: Fluxo dos pacientes estudados no ensaio clínico

4.2. RECRUTAMENTO

O estudo foi conduzido de março a dezembro de 2015. Foram convidados a participar da pesquisa 39 pacientes do serviço de cuidados paliativos do Hospital de Base. No entanto 3 não eram sugestionáveis ao teste de mãos grudadas e 5 não preenchiam aos critérios de inclusão, sendo que 3 apresentavam estado terminal de câncer e 2 relataram escore abaixo de 3. Foram excluídos 7 participantes por motivos, tais como: morar em outro estado, questões religiosas. Foram alocados 24 pacientes, sendo que apenas 1 desistiu do tratamento por dificuldade de locomoção para retornar ao hospital. Além disso, nenhum participante relatou efeito adverso durante as sessões de hipnose. (Figura 3)

4.3. DADOS DE BASE

Observou-se equilíbrio entre as amostras nas condições basais clínicas e demográficas, sem nenhuma diferença estatisticamente significativa. A média da idade (desvio padrão) da população estudada foi de 55,5 anos ($\pm 6,50$), 54,2% eram mulheres e 50% eram de solteiros. Ao analisar o grau de instrução da amostra, a média total de anos de estudo foi de 7,96 anos ($\pm 4,21$). Apenas 5 pacientes trabalhavam, sendo 13 aposentados. (Tabela 1)

Quanto às características clínicas, 41,7% dos pacientes estavam realizando o tratamento entre 1 e 5 anos, sendo que 30% já haviam realizado radioterapia e quimioterapia de forma associada. Do total da amostra, 54,2% dos pacientes não estavam fazendo nenhuma terapia durante a pesquisa, além do controle de dor. Em 58% dos casos, o câncer estava localizado na região de cabeça e pescoço, mais precisamente boca e garganta. Constatou-se ausência de registros de metástase nos prontuários de 75% dos pacientes. (Tabela 1)

Em relação à administração de medicamentos, embora não ocorresse estatisticamente significância, constatou-se desbalanceio em relação à morfina com 6 pacientes no grupo da hipnose e 2 no controle ($p=0.193$) e sertralina com 2 no controle e nenhum na hipnose ($p=0.478$). (Tabela 1)

Tabela 1: Dados Sociodemográficos

| | Grupos | | p-value |
|---|--------------|--------------|--------------|
| | Controle | Hipnose | |
| Idade (média; ± desvio padrão) | 55.8 (± 7.5) | 55.4 (± 5.6) | |
| Gênero (F:M) | 7:5 | 6:6 | |
| Estado Civil (%) | | | 0,587 |
| Solteiro | 6 (50) | 6 (50) | |
| Relacionamento estável | 3 (25) | 4 (33.4) | |
| Divorciado | 2 (16.7) | 1 (8.3) | |
| Viúvo | 1 (8.3) | 1 (8.3) | |
| Tempo de estudo (média; ± desvio padrão) | 9.1 (± 3.8) | 6.8 (± 4.4) | |
| Estado de trabalho (%) | | | .624 |
| Desempregado | 4 (33.4) | 2 (16.7) | |
| Empregado | 2 (16.7) | 3 (25) | |
| Aposentado | 6 (50) | 7 (58.3) | |
| Localização Topográfica do Câncer (%) | | | .680 |
| Cabeça/pescoço | 6 (50) | 8 (66.7) | |
| Trato digestivo baixo | 6 (50) | 4 (33.3) | |
| Esôfago | 1 (8.3) | 1 (8.3) | |
| Estômago | 0 | 1 (8.3) | |
| Intestino | 4 (33.3) | 2 (16.7) | |
| Pâncreas | 1 (8.3) | 0 | |
| Presença de metástase (%) | 4 (33.3) | 2 (16.7) | .640 |
| Tratamento realizado até o início da pesquisa (%) | | | 1.0 |
| Nenhum | 4 (33.3) | 4 (33.3) | |
| Terapias | 8 (66.7) | 8 (66.7) | |
| Radioterapia | 0 | 1 (8.3) | |
| Quimioterapia | 2 (16.7) | 2 (16.7) | |
| Quimioterapia e radioterapia | 4 (33.3) | 3 (25) | |
| Tratamento cirúrgico | 0 | 1 (8.3) | |
| Tratamento cirúrgico e quimioterapia | 1 (8.3) | 1 (8.3) | |
| Tratamento cirúrgico e radioterapia | 1 (8.3) | 0 | |
| Tratamento atual da doença (%) | | | .1 |
| Nenhum | 4 (33.3) | 9 (75) | |
| Terapias | 8 (66.7) | 3 (25) | |
| Quimioterapia | 6 (50) | 1 (8.3) | |
| Radioterapia | 0 | 1 (8.3) | |
| Cirúrgico | 2 (16.6) | 1 (8.3) | |
| Tempo de Tratamento (5) | | | .214 |
| ≤ 1 ano | 5 (41.7) | 9 (75) | |
| ≤ 6 meses | 3 (25) | 6 (50) | |
| > 6 meses ≤ 1 ano | 2 (16.7) | 3 (25) | |
| > 1 ano < 5 anos | 7 (58.3) | 3 (25) | |
| > 1 ano ≤ 2 anos | 5 (41.7) | 3 (25) | |
| > 2 anos ≤ 5 anos | 2 (16.7) | 0 | |
| Medicação (%) | | | |
| Anti-inflamatórios não esteroidais | 3 (25) | 3 (25) | 1.0 |
| Carbamazepina | 3 (25) | 3 (25) | 1.0 |
| Dexametazona | 2 (16.7) | 1 (8.3) | 1.0 |
| Gabapentina | 2 (16.7) | 1 (8.3) | 1.0 |
| Metadona | 2 (16.7) | 1 (8.3) | 1.0 |
| Ametriptilina | 2 (16.7) | 2 (16.7) | 1.0 |
| Morfina | 2 (16.7) | 6 (50) | .193 |
| Oxicodona | 0 | 1 (8.3) | 1.0 |
| Clonazepan | 1 (8.3) | 0 | 1.0 |
| Sertralina | 2 (16.7) | 0 | .478 |
| Fosfato de Codeína e paracetamol | 2 (16.7) | 2 (16.7) | 1.0 |
| Escores básicos dos sintomas (média; ± desvio padrão) | | | |
| Dor | 5.6 (± 2.0) | 7.3 (2.4) | .068 |
| Ansiedade | 11.3 (± 4.4) | 11.5 (± 4.6) | .929 |
| Depressão | 9 (± 3.8) | 9.8 (± 5.3) | .694 |

4.4. DESFECHOS E ESTIMATIVAS

Ao realizar a análise intragrupos em relação ao sintoma dor, observou-se que ocorreu significância estatística no grupo da hipnose ao comparar os dados basais do primeiro encontro com o segundo ($p=0.004$) e ao comparar novamente os dados basais do primeiro encontro com o terceiro ($p=0.000$). (Figura 4)

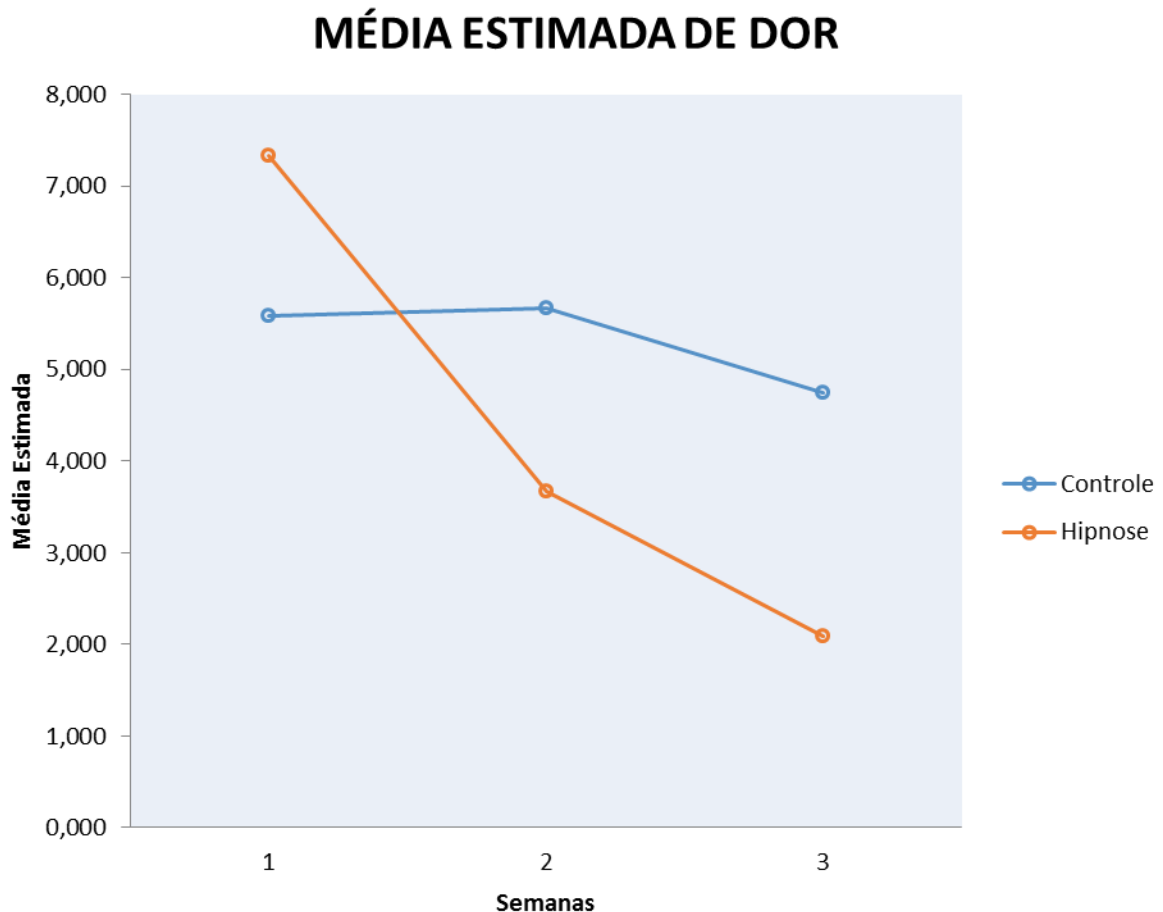


Figura 4: Gráfico das médias para dor durante os 3 encontros

Ao realizar a análise intergrupos em relação ao sintoma dor a média dos escores basais do grupo controle, sem considerar a influência da medicação, foram 5,58 ($\pm 2,06$) e do grupo hipnose foi 7,33 ($\pm 2,38$). Em tal situação não houve significância estatística. No segundo encontro os escores foram 5,67 ($\pm 3,36$) no grupo controle e 3,67 ($\pm 2,77$) no grupo hipnose e no terceiro encontro 4,75 ($\pm 3,13$) no grupo controle e 2,08 ($\pm 2,61$) no grupo hipnose. No terceiro encontro, ao comparar os escores entre os grupos, ocorreu significância estatística ($p=0.034$). Ao considerar a influências dos medicamentos (morfina e sertralina) nos resultados, tal significância não foi observada ($p=0.109$). (Figura 5)

MÉDIA ESTIMADA DE DOR

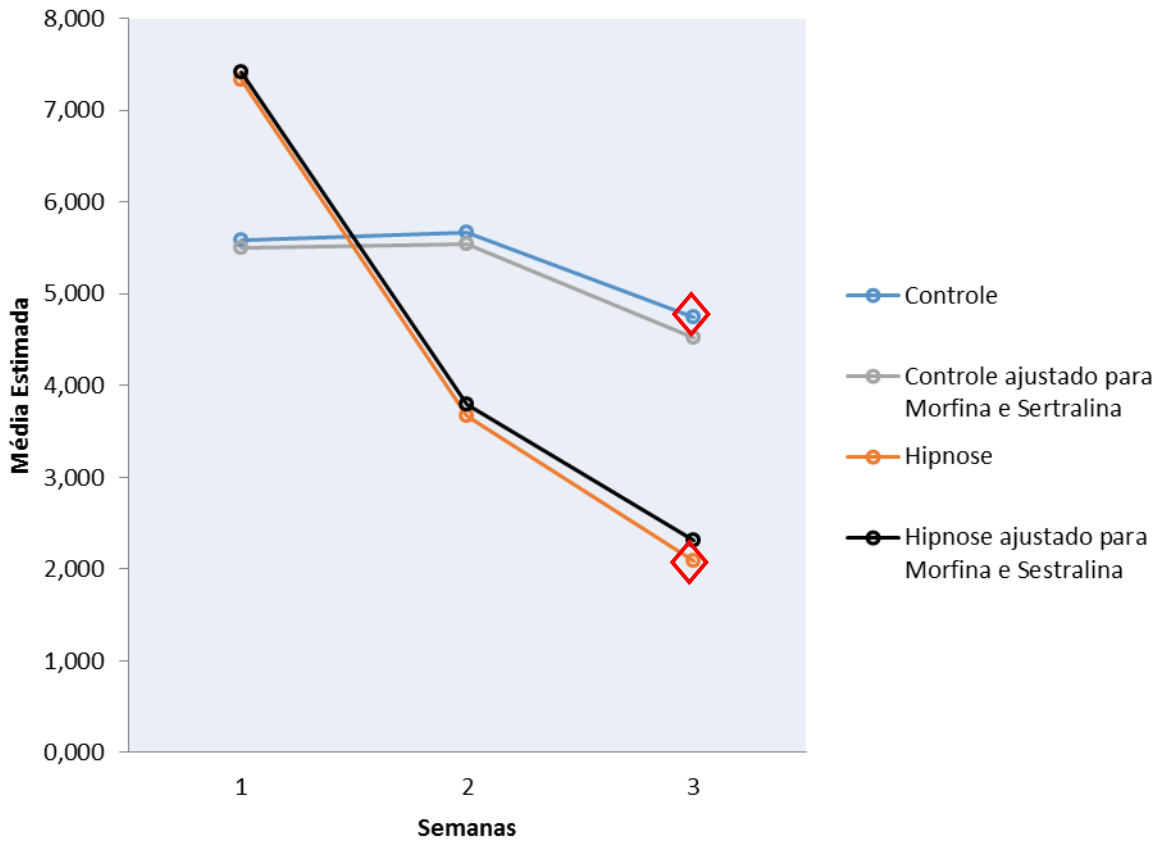


Figura 5: Gráfico de médias da dor, com e sem ajuste da medicação

Ao analisar os deltas individuais do grupo da hipnose observou-se em relação à dor que três pacientes obtiveram escores 0 no segundo encontro e seis pacientes no terceiro encontro. Observou-se também que todos os pacientes do grupo da hipnose relataram diminuição dos escores de dor. Em relação à ansiedade e depressão, tais resultados não foram observados. (Figura 6)

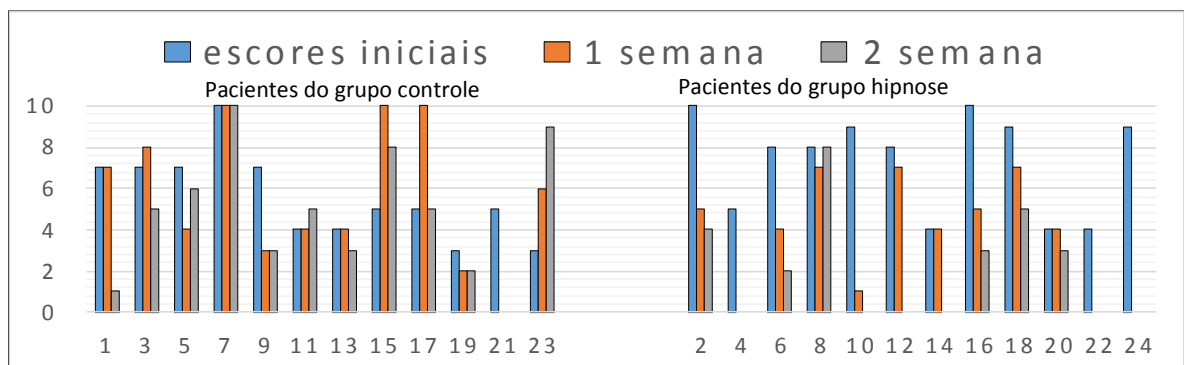


Figura 6: Escores Individuais de dor

Quanto à ansiedade, na análise intergrupos, a média do escore inicial do grupo controle, sem considerar a influência da medicação, foi 11,33 ($\pm 4,41$) e do grupo hipnose foi 11,50 ($\pm 4,60$). No segundo encontro os escores foram 11,50 ($\pm 5,43$) no grupo controle e 8,16 ($\pm 3,76$) no grupo hipnose e no terceiro encontro 8,92 ($\pm 5,96$) no grupo controle e 7,50 ($\pm 3,39$) no grupo hipnose. Observou-se no grupo da hipnose que as médias no segundo e terceiro encontro se mantiveram abaixo dos valores indicativos de estado de ansiedade. No entanto, não ocorreu significância estatística entre os grupos considerando ou não a influência dos medicamentos sobre os resultados. (Figura 7)

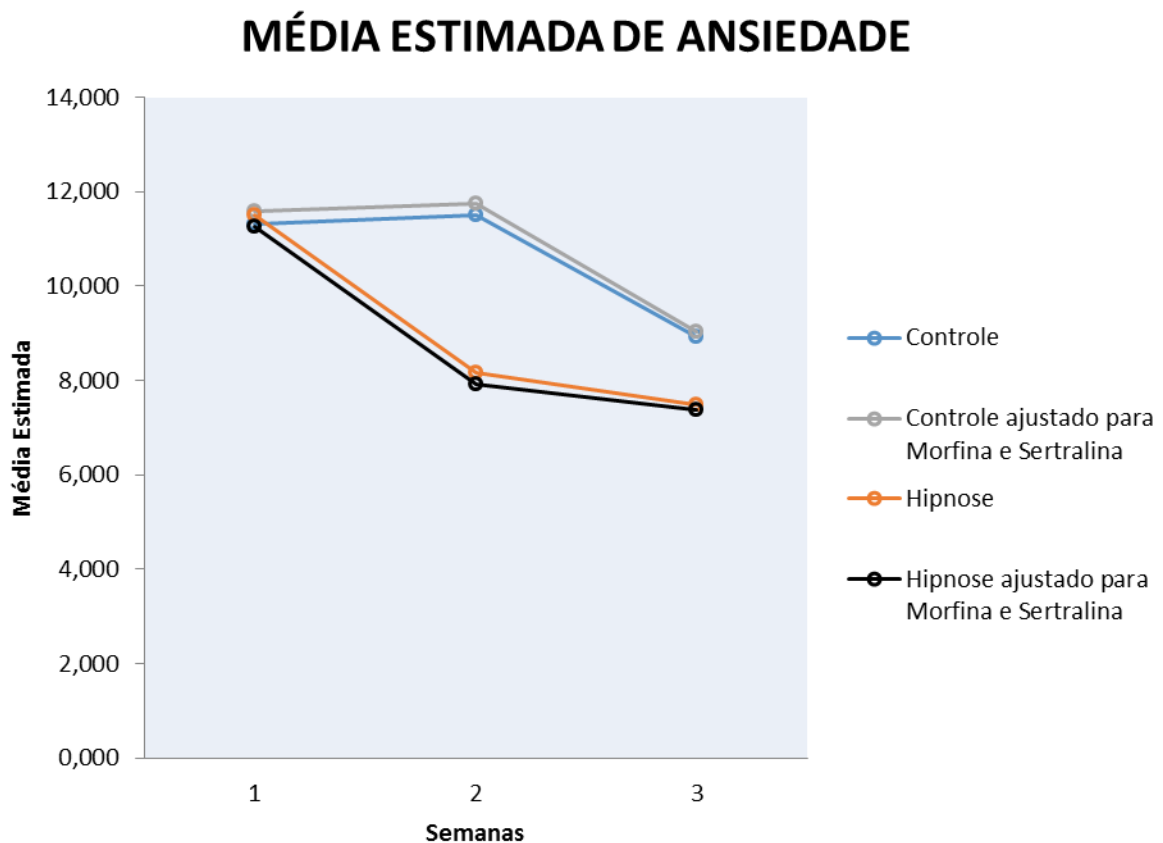


Figura 7: Gráfico de médias da ansiedade, com e sem ajuste da medicação

Quanto à depressão, na análise intergrupos, a média do escore inicial e (desvio padrão) do grupo controle, sem considerar a influência da medicação, foi 9 ($\pm 3,76$) e do grupo hipnose foi 9,75 ($\pm 5,32$). A diferença entre os escores durante a pesquisa foi, na primeira semana, 8,75 ($\pm 4,75$) no grupo controle e 7,00 ($\pm 5,46$) no grupo hipnose e na segunda semana 7,75 ($\pm 5,10$) no grupo controle e 6,25 ($\pm 3,98$) no grupo hipnose. Observou-se no grupo da hipnose que as médias, no segundo e

terceiro encontro, se mantiveram abaixo dos valores indicativos de estado de depressão. No entanto, não ocorreu significância estatística entre os grupos considerando ou não a influência dos medicamentos sobre os resultados. (Figura 8)

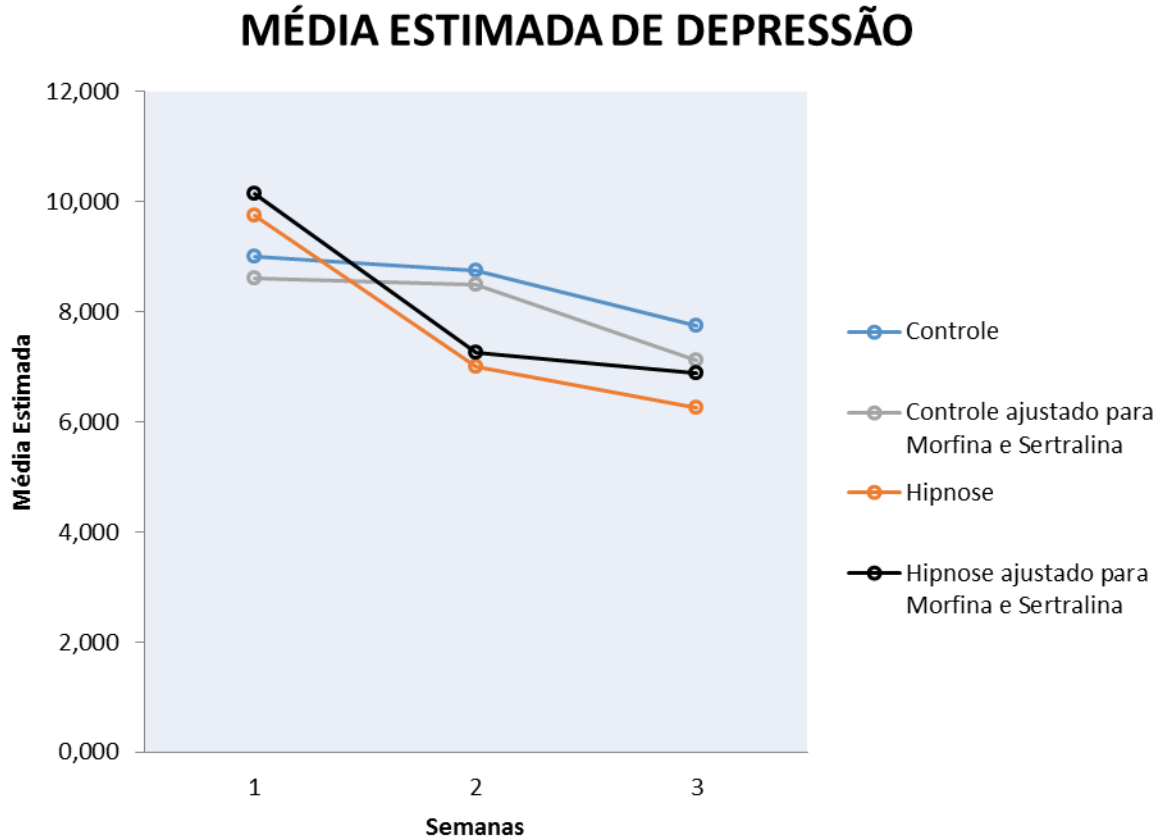


Figura 8: Gráfico de médias da depressão, com e sem ajuste da medicação

4.5. ANÁLISES AUXILIARES

Em relação ao questionário final aplicado no grupo da hipnose, observou-se que 100% dos pacientes relataram que a hipnose beneficiou, diminuindo a dor, razão pela qual recomendariam a técnica. Desses, 66% relataram observar diminuição na ansiedade. (Anexo 4)

5. DISCUSSÃO

Considerando que a hipnose tem sido referenciada para o tratamento da dor, ansiedade e depressão em pacientes oncológicos, verificou-se resposta satisfatória em relação a alguns desses sintomas, dados esses que convergem com a literatura (GOLDSTEIN, 2011; LEE & PYUN, 2012; KASHANI & MOGHADDASI, 2014).

O estudo foi realizado na Clínica de Cuidados Paliativos do Hospital de Base. Foi relatado que durante o primeiro encontro todos os pacientes apresentavam dor constante e exacerbada. Tal característica é citada na literatura que sugere como fator de agravamento da dor crônica as crenças negativas, devido ao menor apoio social, associado ao nível sócio-econômico e baixa escolaridade (WIECH *et al.*, 2008; SOHL *et al.*, 2010).

Diante da presença de dor, optou-se pelo relaxamento progressivo como alicerce para as demais características do processo hipnótico, associado a sugestões de calor, formigamento, analgesia, desvio da atenção, bem-estar e melhora da autoestima. Trabalhando com expectativa, atitude e motivação, promoveu-se condição necessária para que os pacientes hipnotizáveis fossem levados ao transe (OAKLEY & HALLIGAN, 2013; NORGAARD & PEDERSEN, 2014).

Optou-se pela realização de terapias individuais por promover melhores resultados do que em grupo. Cabe relatar que alguns artigos citam o fato do uso de auto-hipnose como reforço após as sessões. Essa poderia ser realizada por meio de gravações com as sugestões. No entanto, para evitar o viés de falha no controle da auto-hipnose, optou-se por não a utilizar. Essa ferramenta poderá ser levada em consideração em novas pesquisas clínicas, para confirmação do efeito (SRIVASTAVA, 2015).

Ao término da pesquisa, foi realizada uma análise estatística de forma cega, a fim de manter a imparcialidade dos resultados. Após aplicar os testes de normalidade, observou-se que não ocorreram discrepâncias no que diz respeito a distribuição dos resultados entre os grupos, fato esse que possibilitou a utilização de métodos estatísticos paramétricos para a avaliação dos resultados. Para realizar uma análise mais robusta, foram utilizados testes estatísticos multivariados, ou seja,

como uma variável se associa com outra, avaliando a dependência ou não entre ambas.

Estando os grupos balanceados quanto às características demográficas basais, observou-se que a média de anos de estudo da amostra total era de 7,96 anos, tendo média maior no grupo controle de 9 anos, em relação ao grupo da hipnose de 6,8 anos. Como a relação entre homens e mulheres foi semelhante nos dois grupos estudados, afastaram-se possíveis efeitos relacionados ao gênero, a saber: nível de cortisol, maior incidência de ansiedade e depressão no gênero feminino, dentre outros (RACINE *et al.*, 2012).

A amostra apresentava média de 55 anos, sendo que apenas 29% possuíam algum relacionamento estável e apenas 5 pacientes estavam empregados. Tais características sugerem, segundo a literatura que o aumento dos escores de dor possam ter alguma relação à progressão da idade, assim como as características de relacionamentos familiares e sociais (ELKIN *et al.*, 2007; FRAMPTON & HUGHES-WEBB, 2011; KASHANI, & MOGHADDASI, 2014).

Observa-se que 58% dos tumores estavam localizados na região da boca e garganta. Como os padrões de tratamento variam em função de cada local específico, tal característica topográfica reflete os dados obtidos de que dentre as terapias propostas à associação de quimioterapia e radioterapia, preconizada para esses casos, foi a mais frequente (THOMAS & SOBIN, 1995; SCHIFF & BEN-ARYE, 2011).

Nota-se que 25% dos pacientes apresentaram metástase. Esses já haviam realizado algum tratamento terapêutico anterior e apresentavam maior escore de dor inicial, sugerindo a metástase como agravante da dor (SOHL *et al.*, 2010).

Cabe relatar que 58,3% dos pacientes foram diagnosticados e buscaram tratamento no período de até 01 ano enquanto 41,7% já estavam em tratamento entre 1 e 5 anos. Destaca-se que foram prescritos medicamentos com princípio ativo, intervalos e dosagens que variavam com a intensidade da dor. Cabe relatar que, mesmo utilizando as devidas medicações antes do início da pesquisa, os pacientes apresentavam baixa resposta terapêutica para tais sintomas, e que segundo a equipe médica, a dor estava presente em toda amostra antes do início da pesquisa, independentemente do uso de medicamento. Salienta-se que 13 pacientes (54,2%) não estavam fazendo terapia alguma, além do controle da dor.

Desse total, 6 pacientes ainda não haviam iniciado e 7 já haviam finalizado o tratamento terapêutico para o câncer.

Constatou-se que os pacientes utilizavam basicamente medicação para controle de dor. Dentre os medicamentos utilizados, pode-se citar, para dor moderada, tylex (fosfato de codeína e de paracetamol) e codeína e para dor elevada opióides fortes, tal como morfina, metadona, oxicodona. Foram utilizados, ainda, adjuvantes para dor, tais como gabapentina e carbamazepina, que são anticonvulsivantes; dexametasona, que é um antiinflamatório hormonal com ação na dor óssea e metriptilina, sertralina e nortriptilina, que são antidepressivos com ação analgésica para dor neuropática. Percebe-se, segundo o questionário aplicado para o controle de medicamentos que o uso do rivotril (clonazepan), diazepam e sertralina ocorreu basicamente nos pacientes do grupo controle. A metriptilina, dexametasona, gabapentina, carbamazepina, tylex (fosfato de codeína e de paracetamol) e metadona pelos dois grupos. Observou-se desbalanceio em relação à morfina e sertralina, mesmo sem significância estatística ($p=0.193$). Ignorando o desequilíbrio, ocorre chance de resultar em uma estimativa enviesada do efeito de tratamento.

Diante do desbalanceio, optou-se por realizar análises não ajustadas e ajustadas dessas variáveis paralelamente, a fim de comparar os gráficos. A possibilidade de desequilíbrio no estudo poderia levar a um excesso ou subestimação dos efeitos do tratamento. A morfina foi utilizada por 6 pacientes do grupo hipnose e 2 do grupo controle, e a sertralina por 2 do grupo controle e nenhum do grupo da hipnose. É importante ressaltar que os pacientes que administravam morfina no grupo da hipnose estavam em tratamento utilizando o medicamento a pelo menos 6 meses e, mesmo assim, continuavam sentindo dor com valores acima de 8 na escala EVA. Dessa forma, o desbalanceio foi aleatório, possivelmente devido ao tamanho da amostra. Todo cuidado foi tomado para realizar uma randomização estratificada e blocada. No entanto, é muito difícil ter outro estrato considerando-se o uso de morfina. Além disso, o fato da sertralina ser usada apenas no grupo controle sugere que tais pacientes poderiam apresentar melhora medicamentosa em relação ao grupo da hipnose.

Pela análise ajustada para o uso de morfina e sertralina, não ocorreu significância estatística em nenhum momento. Sabe-se que o ajuste de covariáveis tende a melhorar a precisão da estimativa e o poder estatístico e deve ser realizada quando são observados. Tal consideração é pouco explorada ou relatada em outros

ensaios. Comparando nossa pesquisa com a maioria dos ensaios clínicos e revisões sistemáticas sobre o tema, observa-se que eles não relatam o uso de medicação, assim como a dosagem e sua influência nos resultados. Como os pacientes utilizavam a medicação antes do início da pesquisa com baixa resposta terapêutica, cabe ressaltar que o uso de morfina por longo período tem efeito colateral cognitivo, provocando confusão mental que atrapalha as sugestões hipnóticas e potencializa quadros depressivos. Sugere-se que a significância estatística não condiz com a relevância clínica apresentada no estudo devido a diminuição dos escores de dor, ansiedade e depressão (PATTERSON E JENSEN, 2003; RICHARDSON *et al.*, 2006; ELKIN *et al.*, 2007; ROGOVIC & GOLDMAN, 2007; LANDIER, 2010; KASHANI & MOGHADDASI, 2014; CRAMER, 2014; FRENKEL *et al.*, 2015).

A amostra da pesquisa apresentava dor crônica, decorrente de um processo complexo e multidimensional. Embora não haja um marcador biológico específico da dor, a descrição individual e o autoregistro, geralmente fornecem evidências acuradas, fidedignas e suficientes para detectar a presença e a sua intensidade. Para mensurar os escores de dor da pesquisa, foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA). Os seus resultados de intensidade mostraram uma boa correlação com a gravidade da dor (GOLDSTEIN, 2011; FRAMPTON & HUGHES-WEBB, 2011; HUBER *et al.*, 2013; REED & VAN NOSTRAN, 2014; JENSEN & PATTERSON, 2014; KANNAN & GOWRI, 2015).

Ao considerar a análise intragrupos, obteve-se significância estatística em relação ao sintoma dor no grupo da hipnose, ao comparar os dados basais do primeiro encontro antes da primeira sessão de hipnose, com os escores do segundo encontro após a segunda sessão de hipnose (p-valor: 0.004), bem como ao comparar com os escores do terceiro encontro com os dados basais (p-valor: 0.000). O resultado é convergente com diversos trabalhos que relatam o efeito da hipnose no controle da dor ao comparar escores iniciais e finais do grupo de estudo (GOLDSTEIN, 2011). Tais resultados corroboram a ideia de que a analgesia hipnótica possa ser uma técnica viável para desviar a atenção da dor (KASHANI & MOGHADDASI, 2014; JENSEN & PATTERSON, 2014). (Figura 4)

Ao analisar o delta individual em relação à dor, observa-se que, em comparação com o grupo controle, as variações individuais de escores de dor foram expressivas, com relatos de três pacientes que obtiveram redução da dor para o nível zero pela EVA no segundo encontro e seis pacientes no terceiro encontro. Tal

fato, mesmo que estatisticamente não significante, corrobora a literatura sobre o uso da hipnose no controle de dor em pacientes oncológicos (LEE & PYUN, 2012; JENSEN & PATTERSON, 2014). (Figura 6)

Comparando na análise intergrupos as médias de escores em relação à dor, observou-se redução gradativa do sintoma no grupo da hipnose durante as três semanas, caindo de 7,33 ($\pm 2,38$), para 3,67 ($\pm 2,77$) e finalmente 2,08 ($\pm 2,61$). Em tal situação ocorreu significância estatística ao comparar o grupo controle e hipnose no terceiro encontro ($p=0.034$). Sugere-se, segundo a literatura, que a hipnose possa ter influenciado nesses resultados por alteração na percepção desse sintoma, com desvio da atenção e aumento do limiar de dor nos pacientes relatados pela teoria da neodissociação e ativação do sistema opióide endógeno (GOLDSTEIN, 2010; PATTERSON, 2011; VANHAUDENHUYSEA *et al.*, 2014). (Figura 5)

Os poucos ensaios ou revisões sistemáticas que citam o uso de medicamento relatam que não havia diferença estatística entre os grupos ao basear-se no p-valor, mesmo existindo desbalanceio (PATTERSON & JENSEN, 2003; RICHARDSON *et al.*, 2006; ELKIN *et al.*, 2007; ROGOVIC & GOLDMAN, 2007; LANDIER, 2010; KASHANI E MOGHADDASI, 2014; CRAMER, 2014; FRENKEL *et al.*, 2015; SRIVASTA 2015).

Segundo a pesquisa de Plaskota *et al.*, 2012, os autores não avaliam o efeito da medicação, tipo ou dosagem do que foi prescrito, apenas relatam que não ocorreu mudança da medicação durante as quatro sessões de hipnose, mas alteração para menor dosagem, com significância estatística na segunda semana. Eles minimizam o viés por não mudarem a medicação, apenas permitindo sua diminuição. Nossa pesquisa optou pela orientação ao paciente a manutenção da medicação prescrita pela equipe médica, independentemente da melhora do quadro clínico, por acreditar que alterações de medicação poderiam sim causar viés na amostra.

De acordo com Shakehase *et al.*, 2014, em sua pesquisa sobre tratamento de dor de cabeça com hipnose, os autores relatam que os 2 grupos usam medicação para dor. No entanto não avaliam o efeito da medicação. Mencionam que o uso de medicamentos pode ou não reduzir a dor, mas a hipnose potencializa tal efeito.

Existem evidências de que a depressão e a ansiedade podem interagir com a dor. Desse modo, intervenções psicológicas e comportamentais podem auxiliar no gerenciamento dos sintomas (SYRJALA *et al.*, 2014; SPIEGEL & RIBA, 2015).

Comparando na análise intergrupos o escore inicial da ansiedade, observou-se que as médias estavam equilibradas entre os grupos, com uma média geral de 11,42 ($\pm 4,41$). Dito que, na escala HADS, valores acima de 9 representam ansiedade, tal resultado caracteriza a presença do sintoma na amostra. Ao comparar os resultados intergrupos nos gráficos ajustados ou não para os medicamentos, observou-se que em nenhum dos momentos ocorreu significância estatística em relação às médias entre os dois grupos. (Figura 7)

Semelhantemente a nossa pesquisa, o estudo de Stalper relatou que a hipnose não reduziu estatisticamente a ansiedade ou melhorou a qualidade de vida em pacientes com câncer em comparação intergrupos. Todavia à ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos contrastou com próprio senso dos pacientes em relação ao bem-estar geral, que foi significativamente maior após a hipnoterapia. Fato esse relatado no questionário final aplicado ao grupo da hipnose e que foi corroborado pelo questionário realizado em nossa pesquisa em que se observou que 100% dos pacientes relataram que a hipnose beneficiou, diminuindo a dor, assim como recomendariam a técnica. Desses, 66% relataram observar diminuição na ansiedade. Segundo o autor, não se pode excluir que a atenção extra pelo hipnoterapeuta foi responsável pelo efeito benéfico no grupo de hipnoterapia (STALPER *et al.*, 2005).

É necessário observar que a média inicial da ansiedade no grupo controle considerando a influência dos medicamentos foi de 11,58 ($\pm 1,37$), aumentando para 11,75 na primeira semana e caindo para 9,03 na segunda. No grupo da hipnose, a média inicial era 11,25 ($\pm 1,37$), caindo na primeira semana para 7,91 e na segunda para 7,38. Nota-se, dessa forma, que as médias do grupo hipnose caíram para valores considerados abaixo dos parâmetros indicativos de ansiedade pela escala (HADS), mesmo não apresentando significância estatística. Tais dados sugerem que a hipnose possa modular a dor e sua subjetividade e ajudar no controle da ansiedade. Como as sessões de hipnose ocorreram no primeiro e segundo encontro e a média se manteve abaixo de 9 no terceiro encontro, sugere-se que a hipnose possa ter ajudado, de alguma forma, no controle desse sintoma. Acredita-se que tal resultado poderia estar relacionado com as sugestões durante a sessão de hipnose de aumento da autoestima, bem-estar e o equilíbrio emocional do paciente. Esses resultados, mesmo sem significância estatística, convergem com diversos estudos

que creditam à hipnose a redução da ansiedade (LANDIER & ALICE, 2010; IRVING & LLOYD, 2010, PORTER & KEEFE, 2011). (Figura 7)

Quanto a depressão, ela é quatro vezes mais comum em doentes oncológicos do que na população geral, em que frequentemente é subdiagnosticada (LAIRD *et al.*, 2009; IRVING & LLOYD, 2010). O aumento da depressão em pacientes com câncer tem forte impacto na resposta a dor (WANG *et al.*, 2012). Ela reduz a qualidade de vida, o tempo de sobrevivência, a eficácia dos tratamentos e prolonga o período de hospitalização do doente (IRVING & LLOYD WILLIAMS, 2010). Visto que os resultados estatísticos em relação à depressão no grupo da hipnose apresentavam inicialmente médias ≥ 9 na escala HADS, tal média é indicativa desse estado (MACKENZIE *et al.*, 2014).

Ao comparar os resultados intergrupos para depressão, em nenhum momento ocorreu significância estatística. No entanto é necessário relatar que a média inicial da depressão no grupo controle considerando a influência dos medicamentos foi de 8,61 ($\pm 1,44$) e manteve-se fora do escore para estado depressivo durante as duas semanas seguintes. No grupo da hipnose, a média inicial era 10,13($\pm 1,44$), caindo na primeira semana para 7,25 e na segunda para 6,89. Cabe citar que a morfina produz como efeito secundário o aumento do quadro depressivo. Observa-se que as médias caíram no grupo da hipnose para valores considerados abaixo dos parâmetros indicativos de depressão pela escala (HADS). Tais resultados podem sugerir também algum efeito da hipnose sobre esse sintoma e que a interrelação entre a dor, depressão e ansiedade poderia influenciar nos resultados. (Figura 8)

Em relação ao delta individual para a ansiedade e depressão, observou-se que em comparação com o grupo controle, as variações individuais de escores não foram tão expressivas.

Averiguou-se ainda que não houve aparente efeito secundário negativo da intervenção hipnótica, fato já convergente com a literatura (ARDIGO *et al.*, 2016). A maioria dos pacientes não se opôs a utilizar hipnose, fato também encontrado em outros estudos (SOHL *et al.*, 2010).

Destaca-se que se aplicou para o cálculo amostral a significância de 3 pontos na escala EVA e observou-se a diferença de 5,1 pontos no sintoma da dor entre as médias do início e final da pesquisa no grupo da hipnose. Cabe, então, ponderar a possibilidade de incorrência no erro tipo II, ou seja, de aceitar a hipótese nula, quando ela é falsa, caso consideremos a morfina como única causadora do efeito

analgésico. Considera-se, então um desafio estabelecer uma regra única focada na probabilidade de impacto do desequilíbrio de variáveis intervenientes no prognóstico (CHU, *et al.*, 2012). (Figura 1)

Dentre as limitações da pesquisa, constata-se que o follow-up curto para determinar qual a real extensão dos benefícios relatados, a fim de estender os resultados, em longo prazo. Ocorreu desbalanceio em relação a medicação que limita os resultados finais. Destaca-se que a técnica é mais relevante em pacientes abertos à terapia mente-corpo. Cabe expor que os pacientes do grupo da hipnose não estavam cegos para a intervenção. Infelizmente, o cegamento dos pacientes ao trabalho é impossível. Tal fato deve-se a questão de que os pacientes devem ser participantes conscientes e ativos na própria intervenção da hipnose. (GULEWITSCH, 2013; TAN, 2015; ARDIGO *et al.*, 2016)

Dessa maneira, os resultados demonstram o efeito da hipnose em ambiente hospitalar com pacientes oncológicos, em que a dor crônica reduziu significativamente dentro do grupo de tratamento, independentemente do cálculo do ajuste estatístico para os medicamentos em desbalanceio. Quando comparado ao grupo controle, sem o ajuste estatístico, também se observou significância estatística. Contudo, tal significância não apareceu quando se realizou o cálculo estatístico ajustado para os medicamentos. Outra característica observada foi que a hipnose não resultou em nenhum efeito adverso e sugere-se também algum efeito sobre a ansiedade e depressão. No entanto, recomendam-se investigações mais profundas sobre a distribuição e impacto da medicação na estimativa de efeito. Novos ensaios clínicos randomizados em relação à medicação são necessários para averiguação o real efeito da hipnose, assim como uma amostra maior poderá fornecer um controle adequado contra grandes desvios na estimativa de tratamento com menos risco de parcialidade e imprecisão.

6- CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram equilíbrio entre as amostras nas condições basais clínicas e demográficas, apenas com desbalanceio em relação à morfina e sertralina, onde foram feitas análises não ajustadas e ajustadas dessas variáveis.

O sintoma da dor evidenciou redução estatisticamente significativa ao comparar a média entre os grupos na terceira semana ($p=0.034$), assim como quando comparado no grupo hipnose a média dos escores iniciais, com a média dos escores da segunda (p -valor: 0,004) e terceira semana (p -valor: 0,000). No entanto, ao comparar as médias ajustadas entre os grupos, não ocorreu significância na terceira semana ($p=0.109$). Em tal análise não foi avaliado estatisticamente, o tempo de uso da morfina, e seus efeitos secundários sobre os pacientes ao atrapalhar a cognição e o efeito da hipnose. Diante de tais relatos, sugere-se que mesmo sem significância, a hipnose tenha melhorado de alguma forma tal sintoma, devido a diminuição das médias durante os encontros.

Os sintomas de ansiedade e depressão não apresentaram em nenhum momento significância estatística ao serem comparadas as médias entre os grupos. Como significância estatística não quer dizer relevância clínica, observa-se que as médias da ansiedade e da depressão caíram para valores considerados abaixo dos parâmetros indicativos de ansiedade pela escala (HADS). A partir de tais resultados, sugere-se que a hipnose também tenha atuado na ansiedade e depressão ao promover a redução de tais valores na escala (HADS).

Dentre as principais limitações da pesquisa, constata-se que o follow-up curto, desbalanceio em relação a morfina e sertralina e falta de cegamento da amostra.

Não houve aparente efeito secundário negativo da intervenção hipnótica e que 100% dos pacientes relataram que a hipnose beneficiou, diminuindo a dor e a ansiedade, e que por isso recomendariam a técnica.

Sugere-se novos ensaios randomizados sobre a distribuição e impacto da medicação na estimativa de efeito para averiguação do real efeito da hipnose, com maior precisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADITYA, B. *et al.* Efficacy of Complementary and Alternative Medicine Therapies in Relieving Cancer Pain: A Systematic Review. **Journal of Clinical Oncology**, v.24, n.34, p.5457-5464, 2006.

ARDIGO, S. *et al.* Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study. **BMC Geriatrics**, v.16, n.1, p.1, 2016.

Arquivos da Associação de Hipnose do Estado de São Paulo - **Mesa Redonda sobre Hipnose Contemporânea** – Hospital São Cristóvão - IV Seminário São Paulo - Rio de Janeiro de Hipnose e Medicina Psicossomática – 1990 –S. Paulo.

BARDIA, A.; BARTON, D. L.; PROKOP, L. J.; BAUER, B. A.; MOYNIHAN, T. J. Efficacy of complementary and alternative medicine therapies in relieving cancer pain: a systematic review. **Journal of Clinical Oncology**, v.24, n.34, p.5457-5464, 2006.

BOTTINO, S.M.B; FRÁGUAS, R.; GATTAZ, W. F. Depressão e Câncer. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.36, n.3, p:109-15, 2009.

BOWKER, E.; DORSTYN, D. Hypnotherapy for disability-related pain: A meta-analysis. **Journal of health psychology**, p.1-15, 2014.

CAIRE, L. F. Hypnosis in oncological patients: a psychossomatic study on prostate cancer patients. **Psico USF**, v.17, n.1, p.153-162, 2012.

CARACENI, A *et al.* Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.23, n.3, p.239-255, 2002.

CHU, R. *et al.*, Assessment and implication of prognostic imbalance in randomized controlled trials with a binary outcome—a simulation study. **PLoS One**, v.7, n.5, p.1-13, 2012.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. Academic press, 2013.

CRAMER, H.; LAUCHE, R.; PAUL, A.; LANGHORST, J.; KUMMEL, S.; DOBOS, G. J. Hypnosis in Breast Cancer Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. **Integrative Cancer Therapies**, v.14, p.5-15, 2014.

CRASKE, M. G.; RAUCH, S. L.; URSANO, R.; PRENOVEAU, J.; PINE, D. S.; ZINBARG, R. E. What is an anxiety disorder? **Depression and Anxiety**, v.26, n.12, p.1066-1085, 2009.

CRAWFORD, H. J.; GUR, R. C.; SKOLNICK, B.; GUR, R. E.; BENSON, D. M. Effects of hypnosis on regional cerebral blood flow during ischemic pain with and without suggested hypnotic analgesia. **International Journal of Psychophysiology**, v.15, n.3, p.181-195, 1993.

DEL PERCIO, C. *et al.* Subjects' hypnotizability level affects somatosensory evoked potentials to non-painful and painful stimuli. **Clinical Neurophysiology**, v.124, n.7, p.1448-1455, 2013.

DENG, G.; CASSILETH, B. R. Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v.55, n.2, p.109-116, 2005.

DERBYSHIRE S.W.; WHALLEY M.G.; STENGER V.A.; OAKLEY D.A. Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. **Neuroimage**, v.23, n.1, p.392-401, 2004.

DEXTER F.; CHESTNUT D.H. Analysis of Statistical Tests to Compare Visual Analog Scale Measurements among Groups. **Anesthesiology**, v. 82, n.4, p.896-902, 1995.

DIETRICH, A. Functional neuroanatomy of altered states of consciousness: the transient hypofrontality hypothesis. **Consciousness and Cognition**, v.12, n.2, p.231-256, 2003.

ELKINS, G.; JENSEN, M. P.; PATTERSON, D.R. Hypnotherapy for the management of chronic pain. **Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, v. 55, n.3, p. 275-287, 2007.

ELMAN, D. **Findings in Hypnosis**. Nash, Los Angeles, 1964.

FAUL F.; ERDFELDER E.; LANG A.G.; BUCHNER A. G. Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. **Behavior Research Methods**, v.39 n.2, p.175-191, 2007.

FRAMPTON, C. L.; HUGHES-WEBB, P. The measurement of pain. **Clinical Oncology**, v.23, n.6, p. 381-386, 2011.

FRENKEL, M.; SIERPINA, V.; SAPIRE, K. Effects of Complementary and Integrative Medicine on Cancer Survivorship. **Current Oncology Reports**, v.17, n.5, p.1-13, 2015.

GOEL, V.; GOLD, B.; KAPUR, S.; HOULES, S. The seats of reason? An imaging study of deductive and inductive reasoning. **Neuro Report**, v.8, n.5, p.1305-1310, 1997.

GOLDSTEIN, R. H. Hypnosis and Pain: No Longer an "Alternative": **Clinical Hypnosis for Pain Control**, v.27, n.4, p.375-376, 2011.

GULEWITSCH, M. D.; MULLER, J.; HAUTZINGER, M.; SCHLARB, A. A.Brief hypnotherapeutic-behavioral intervention for functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in childhood: a randomized controlled trial. **European Journal of Pediatrics**, v.172, n.8, p.1043-1051, 2013.

HASUO, H., KANBARA, K., MIZUNO, Y., NISHIYAMA, J., FUKUNAGA, M., & YUNOKI, N. A. Family caregiver's relaxation enhances the gastric motility function of the patient: a crossover study. **Bio Psycho Social Medicine**, v.9, n.1, p.1, 2015.

HENRY, D. E.; CHIODO, A. E.; YANG, W. Central nervous system reorganization in a variety of chronic pain states: a review. **PM&R**, v.3, n.12, p.1116-1125, 2011.

HOLDEVICI, I. A Brief Introduction to the History and Clinical Use of Hypnosis. **Romanian Journal of Cognitive Behavioral Therapy and Hypnosis**, v.1, n.1, p.1-5, 2014.

HOLDEVICI, I.; CRĂCIUN, B. Hypnosis in the Treatment of Patients with Anxiety Disorders. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v.78, p.471-475, 2013.

HUBER, A.; LUI, F.; PORRO, C.A. Hypnotic susceptibility modulates brain activity related to experimental placebo analgesia. **Pain**, v.154, n.9, p.1509-1518, 2013.

IRVING, G.; LLOYD-WILLIAMS, M. Depression in advanced cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v.14, n.5, p.395-399, 2010.

JENSEN, M. P. *et al.* Effects of non-pharmacological pain treatments on brain states. **Clinical Neurophysiology**, v. 124, n.10, p.2016-2024, 2013.

JENSEN, M.; PATTERSON, D. R. Hypnotic approaches for chronic pain management: Clinical implications of recent research findings. **American Psychologist**, v.69, n.2, p.167, 2014.

KANNAN, S.; GOWRI, S. Visual analog scale: Verify appropriate statistics. **Perspectives in Clinical Research**, v.6, n.2, p.120, 2015.

KASHANI, H. H.; MOGHADDASI, M. S. Hypnosis Interventions (Cognitive-Behavioral Therapy) with Cancer Pain. **Cancer Biology**, v.4, n.2, p.50-52, 2014.

KIHLSTROM, J. F.; GLISKY, M. L.; MCGOVERN, S.; RAPCSAK, S. Z., MENNEMEIER, M. S. Hypnosis in the right hemisphere. **Cortex**, v.49, n.2, p.393-399, 2013.

KIHLSTROM, J.F.; GLISKY, M. L.; MCGOVERN, S. Arizona Motor Scale of Hypnotizability. **Hand**, v.2, p.25, 2011.

LADAS, E. J.; POST-WHITE, J.; HAWKS, R.; TAROMINA, K. Evidence for symptom management in the child with cancer. **Journal of Pediatric Hematology/Oncology**, v.28, n.9, p.601-615, 2006.

LAIRD, B. J.; BOYD, A. C.; COLVIN, L. A.; FALLON, M. T. Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review. **Psycho-Oncology**, v.18, n.5, p.459-464, 2009.

LANDIER, W.; ALICE, M. T. Use of complementary and alternative medical interventions for the management of procedure-related pain, anxiety, and distress in pediatric oncology: an integrative review. **Journal of Pediatric Nursing**, v.25, n.6, p.566-579, 2010.

LEE, J. S.; PYUN, Y. D. Use of Hypnosis in the Treatment of Pain. **The Korean Journal of Pain**, v.25, n.2, p.75-80, 2012.

LIOSSI C.; WHITE P.; HATIRA P. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control venepuncture-related pain of pediatric cancer patients. **Pain**, v.142, n.3, p.255–263, 2009.

MACKENZIE, L. J. *et al.* Agreement between HADS classifications and single-item screening questions for anxiety and depression: a cross-sectional survey of cancer patients. **Annals of oncology**, v.25, n.4, p.889-895, 2014.

MARCOLINO, J. A.; MATHIAS, L. A.; PICCININI FILHO, L.; GUARATINI, A. A.; SUZUKI, F. M.; ALLI, L. A. C. Hospital Anxiety and Depression Scale: a study on the

validation of the criteria and reliability on preoperative patients. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.57, n.1, p.52-62, 2007.

MELLO, P. (2000). **Mecanismos Neuropsicofisiológicos da Hipnose**. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde). Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.

MONTGOMERY, G. H., *et al.* A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. **Journal of the National Cancer Institute**, v.99, n.17, p.1304-1312, 2007.

MONTGOMERY, G. H.; SCHNUR, J. B.; ERBLICH, J.; DIEFENBACH, M. A.; BOVBJERG, D. H. Presurgery psychological factors predict pain, nausea, and fatigue one week after breast cancer surgery. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.39, n.6, p.1043-1052, 2010.

MONTGOMERY, G. H.; SCHNUR, J. B.; KRAVITS, K. Hypnosis for cancer care: Over 200 years young. **CA: a Cancer Journal for Clinicians**, v.63, n.1, p.31-44, 2013.

MÜLLER, K.; BACHT, K.; PROCHNOW, D.; SCHRAMM, S.; SEITZ, R. J. Activation of thalamus in motor imagery results from gating by hypnosis. **Neuroimage**, v.66, p.361-367, 2013.

MURAD, A. M.; KATZ, A. Oncologia: bases clínicas do tratamento. In: **Oncologia: bases clínicas do tratamento**. Guanabara Koogan, 1996.

NÉRON, S.; STEPHENSON, R. Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients' trajectory: emesis, acute pain, and analgesia and anxiolysis in procedures. **Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, v.55, n.3, p.336-354, 2007.

NEUBERN, M. S. Hipnose e dor: proposta de metodologia clínica e qualitativa de estudo. **Psico USF**, v.14, n.2, p. 201-209, 2009.

NEUBERN, M. S. Hipnose, dor e subjetividade: considerações teóricas e clínicas. **Psicologia em Estudo**, v.14, n.2, p.303-310, 2009.

NORGAARD, M. W.; PEDERSEN, P.U. The effectiveness of clinical hypnotic analgesia in the management of procedural pain in minimally invasive procedures: a systematic review protocol. **The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, v.12, n.2, p.82-90, 2014.

OAKLEY, D. A.; HALLIGAN, P. W. Hypnotic suggestion: opportunities for cognitive neuroscience. **Nature Reviews Neuroscience**, v.14, n.8, p.565-576, 2013.

PATTERSON, D. R.; JENSEN, M. P. Hypnosis and clinical pain. **Psychological bulletin**, v.129, n.4, p.495, 2003.

PLASKOTA, M.; LUCAS, C.; EVANS, R.; PIZZOFERRO, K.; SAINI, T.; COOK, K. A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care. **International Journal of Palliative Nursing**, v.18, n.2, p.69-75, 2012.

PORTER, L. S.; KEEFE, F. J. Psychosocial issues in cancer pain. **Current Pain and Headache Reports**, v.15, n.4, p.263-270, 2011.

RACHLIN, H. Dor e comportamento. **Temas em Psicologia**, v.18, n.2, p.429-447, 2010.

RACINE, M.; TOUSIGNANT-LAFLAMME, Y.; KLODA, L. A.; DION, D.; DUPUIS, G.; CHOINIÈRE, M. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and experimental pain perception—Part 1: Are there really differences between women and men? **Pain**, v. 153, n.3, p. 602-618, 2012.

RAINVILLE, P.; BAO, Q. V. H.; CHRÉTIEN, P. Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. **Pain**, v.118, n.3, p.306-318, 2005.

REED, M. D.; VAN NOSTRAN, W. Assessing pain intensity with the visual analog scale: A plea for uniformity. **The Journal of Clinical Pharmacology**, v.54, n.3, p. 241-244, 2014.

REY, F. L. G. O social como produção subjetiva: superando a dicotomia indivíduo–sociedade numa perspectiva cultural–histórica. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v.2, n.2, p.167-185, 2012.

RICHARDSON, J.; SMITH, J. E.; MCCALL, G.; PILKINGTON, K. Hypnosis for procedure-related pain and distress in pediatric cancer patients: a systematic review of effectiveness and methodology related to hypnosis interventions. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.31, n.1, p.70-84, 2006.

ROGOVIK, A. L.; GOLDMAN, R.D. Hypnosis for treatment of pain in children. **Canadian Family Physician**, v.53, n.5, p.823, 2007.

SCHIFF, E.; BEN-ARYE, E. Complementary therapies for side effects of chemotherapy and radiotherapy in the upper gastrointestinal system. **European Journal of Integrative Medicine**, v.3, n.1, p.11-16, 2011.

SCHUNUR J.B.; KAHER I.; MARCUS C.; MONTGOMERY G.H. Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta-analysis. **Contemporary hypnosis: The Journal of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis**, v.25, n.3-4, p.114, 2008.

SCHUPP, C. J.; BERBAUM, K.; BERBAUM, M.; LANG, E. V. Pain and anxiety during interventional radiologic procedures: effect of patients' state anxiety at baseline and modulation by nonpharmacologic analgesia adjuncts. **Journal of Vascular and Interventional Radiology**, v.16, n.12, p.1585-1592, 2005.

SCOTT, J.; HUSKISSON, E. C. Graphic representation of pain. **Pain**, v.2, n.2, p.175-184, 1976.

SIEGEL, R.; MA, J.; ZOU, Z.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2014. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v.64, n.1, p.9-29, 2014.

SOHL, S. J.; STOSSEL, L.; SCHNUR, J. B.; TATROW, K.; GHERMAN, A.; MONTGOMERY, G. H. Intentions to use hypnosis to control the side effects of cancer and its treatment. **American Journal of Clinical Hypnosis**, v.53, n.2, p.93-100, 2010.

SPENCER, R.; NILSSON, M.; WRIGHT, A.; PIRL, W.; PRIGERSON, H. Anxiety disorders in advanced cancer patients. **Cancer**, v.116, n.7, p.1810-1819, 2010.

SPIEGEL, D.; RIBA, M. B. Managing Anxiety and Depression during Treatment. **The Breast Journal**, v.21, n.1, p. 97-103, 2015.

SRIVASTAVA, J.; SHUKLA, H. S.; KAUSHIK, S. S.; TEWARI, M. Cognitive Behavioural Therapy Techniques for Management of Depression, Anxiety and Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Systematic Review. **Online International Interdisciplinary Research Journal**, v.5, p.79-92, 2015.

STALPERS, L. J.; DA COSTA, H. C.; MERBIS, M. A.; FORTUIN, A. A.; MULLER, M. J.; VAN DAM, F. S. Hypnotherapy in radiotherapy patients: a randomized trial. **International Journal of Radiation Oncology Biology Physics**, v.61, n.2, p.499-506, 2005.

SYRJALA, K.L.; JENSEN, M. P.; MENDOZA, M. E.; JEAN, C. Y.; FISHER, H. M.; KEEFE, F. J. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. **Journal of Clinical Oncology**, v.32, n.16, p 1703-1711, 2014.

TAN, G.; RINTALA, D.H.; JENSEN, M.P.; FUKUI, T.; SMITH, D.; WILLIAMS, W. A randomized controlled trial of hypnosis compared with biofeedback for adults with chronic low back pain. **European Journal of Pain**, v.19, n.2 p.271-280, 2014.

THOMAS, R M.; SOBIN, L. H. Gastrointestinal cancer. **Cancer**, v.75, n.1, p.154-170, 1995.

TORTA, R. G.; IERACI, V. Depressive Disorders and Pain: A Joint Model of Diagnosis and Treatment. **Journal of Pain Relief**, v.2, p.2167-0846, 2013.

TRIJSBURG, R. W.; VAN KNIPPENBERG, F. C.; RIJPMAN, S. E. Effects of psychological treatment on cancer patients: a critical review. **Psychosomatic Medicine**, v.54, n.4, p.489-517, 1992.

VANHAUDENHUYSE, A.; LAUREYS, S.; FAYMONVILLE, M.-E. Neurophysiology of hypnosis. **Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology**, v.44, n.4, p.343-353, 2014.

WANG, H.L.; KROENKE, K.; WU, J.; TU, W.; THEOBALD, D.; RAWL, S. EM. Predictors of cancer-related pain improvement over time. **Psychosomatic medicine**, v.74, n.6, p.642, 2012.

WATANABE, N.; HARUNO, M. Effects of subconscious and conscious emotions on human cue-reward association learning. **Scientific reports**, v.5, p.1-6, 2015.

WIECH, K.; FARIAS, M.; KAHANE, G.; SHACKEL, N.; TIEDE, W.; TRACEY, I. An fMRI study measuring analgesia enhanced by religion as a belief system. **Pain**, v.139, n.2, p.467-476, 2008.

YOUSSEF, S. Is Hypnotherapy an Effective Treatment for Depression? **PCOM, Physician Assistant Studies Student Scholarship**, p.1-12, 2013.

APÊNDICE- I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do Projeto: **Hipnose como Prática Complementar no Controle da Dor, Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos.**

Pesquisador Responsável: Dr. Gil Montenegro

Coordenador do Projeto: Professor Doutor Rivadávio Fernandes Batista de Amorim

Instituição a que pertence o Coordenador: Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina.

Telefones para contato: (61) 3307-2560 - (61) 9173-1738 / (61) 33211799

Nome do participante de pesquisa: _____ Idade _____

Responsável legal (quando for o caso): _____

O Sr (a) _____ está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Hipnose como Prática Complementar no Controle da Dor, Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos”, de responsabilidade do pesquisador Gil Montenegro e Coordenada pelo Professor Doutor Rivadávio F.B.de Amorim .

Justificativas e objetivos A pesquisa pretende analisar como a hipnose pode diminuir a dor oncológica sem resposta as possibilidades de tratamento terapêutico, com ou sem metástase, antes ou após cirúrgica do câncer, assim como avaliar a depressão e ansiedade nos mesmos, utilizando para tal de questionários que deverão ser respondidos e comparando com grupo controle não submetido à hipnose.

Descrição detalhada dos métodos e confidencialidade: Os participantes de pesquisa serão sorteados para participar do grupo controle ou do grupo experimental. O grupo controle receberá os cuidados paliativos básicos e responderá as escalas aplicadas que serão realizadas no mesmo dia e com intervalo de 7 dias. No grupo experimental os participantes de pesquisa terão duas sessões de hipnose sendo a primeira sessão após o preenchimento das escalas de dor, ansiedade e depressão e a segunda sessão 7 dias após a primeira, respondendo novamente as escalas e com 14 dias da primeira será feita o último preenchimento das escalas de dor, ansiedade e depressão. Todas as sessões serão gravadas.

Desconfortos e riscos associados. Não existem maiores riscos associados ao presente estudo, uma vez que a hipnose é uma técnica amplamente utilizada como prática complementar a saúde, sendo realizada por hipnólogo registrado no Conselho Regional de Odontologia, e tendo na equipe psicólogo, enfermeiro, dentista e oncologista para dar suporte ao tratamento.

Benefícios esperados: Espera-se traçar uma metodologia de atendimento aos participantes de pesquisa que apresentam dor, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos mesmos, minimizando a dor, a depressão e ansiedade.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem que haja prejuízo ao seu tratamento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso ocorram eventuais danos decorrentes da pesquisa será dada garantia de indenização aos participantes de pesquisa decorrente da gravidade e necessidade do dano causado.

O pesquisador declara cumprir as exigências contidas na CNS 466/2012, nos itens IV. 3 e IV. 4.

O projeto foi submetido e aprovado pelo (CEP) Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, situado na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília-DF, telefone (61) 31071947 e o e-mail é cepfsunb@gmail.com e cepfs@unb.br tendo horário de atendimento das 10:00 às 12:00 e das 13:30 às 15:30 e da FEPECS/CES-DF, situado no SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1 Edifício Fepecs, telefone (61) 33254955 e email: gab.fepecs@saude.df.gov.br e comitê de [ética.secretaria@gmail.com](mailto:etica.secretaria@gmail.com), tendo horário de funcionamento de 8:30 às 11:30.

O CEP é um órgão institucional, multidisciplinar que tem por objetivo proteger e defender os interesses dos participantes de pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde). Suas atribuições são de papel consultivo e educativo, visando contribuir para a qualidade das pesquisas, bem como a valorização do pesquisador, que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada.

Os procedimentos usados não possuem grandes riscos para o participante de pesquisa. No entanto, caso o participante de pesquisa relate ou o hipnólogo perceba que o participante de pesquisa piorou de seus sintomas ou ainda que a hipnose gerou alguma consequência psíquica ou emocional indesejável, o mesmo será encaminhado para o serviço de psicologia oncológica do HUB, onde a equipe da Dra. Juiléia Rezende Souza, que participa do projeto, dará o apoio psicológico necessário.

Uma vez que seja observado os efeitos benéficos da hipnose nos participantes de pesquisa do grupo experimental, tal tratamento será disponibilizado para o grupo controle ao término da pesquisa.

Caso existam quaisquer dúvidas sobre a pesquisa ou sobre o atendimento, o participante de pesquisa poderá entrar em contato com Dr. Gil Montenegro pelo telefone: 33211799 e email: igmconsultorio@gmail.com ou com Dr. Rivadávio Amorim pelo telefone:84370455 e e-mails: rivadavioamorim@hotmail.com.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Hipnose como Prática Complementar no Controle da Dor, Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos, como participante de pesquisa. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é elaborado em 2 vias, onde todas as suas páginas deverão ser rubricadas e assinadas.

Brasília ____/____/2015

Sujeito de pesquisa

Pesquisador Responsável

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE II

Termo de Autorização para Utilização de Som e Voz para fins de pesquisa

Dados de identificação:

Título do Projeto: **Hipnose como Prática Complementar no Controle da Dor, Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos.**

Pesquisador Responsável: Dr. Gil Montenegro

Coordenador do Projeto: Professor Doutor Rivadávio Fernandes Batista de Amorim

Instituição a que pertence o Coordenador: Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina.

Telefones para contato: (61) 3307-2560

Eu, _____, autorizo a utilização de minha voz com a gravação das sessões de hipnose, na qualidade de participante/entrevistado (a) no projeto de pesquisa intitulado **Hipnose como Prática Complementar no Controle da Dor, Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos**, sob responsabilidade de Gil Montenegro, vinculado (a) ao/à Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade de Brasília.

Tenho ciência de que não haverá divulgação do meu som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitada acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons de voz são de responsabilidade do pesquisador responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável pela pesquisa e a outra com o participante.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de 2015

APÊNDICE III - CADASTRO DO PACIENTE

Ficha de controle de variáveis:

Nome: _____

Idade: _____ Telefones para contato: _____

Escolaridade

- Analfabeto Fundamental incompleto Fundamental Completo Médio incompleto
 Médio completo Superior Anos de Escolaridade _____

Estado civil

- casado/ relacionamento estável solteiro viúvo divorciado

Estado empregatício

- desempregado empregado aposentado

Critérios de Exclusão:

- Usa drogas psicotrópicas
 Com transtorno psiquiátrico grave, exceto depressão e ansiedade
 Possui deficientes auditivos
 Possui deficiências mentais tais como: Síndrome de Down, autismo ou outras
 Possui tumor ou câncer com metástase no Sistema Nervoso Central
 Estado terminal de câncer
 Câncer que não seja de fora do trato digestivo

Tipo de Câncer:

- cabeça/ pescoço
 aparelho digestivo

Presença de Metástase: Sim : Ano () Não

Quanto tempo faz tratamento de câncer:

- até 6 meses de 1 a 2 anos acima de 5 anos
 de 6 meses a 1 ano acima de 2 até 5 anos

Tratamento realizado:

- Nenhuma Radioterapia Quimioterapia Radioterapia e Quimioterapia Cirúrgica
 Cirúrgica + Quimioterapia ou Radioterapia

Tratamento Atual:

- Nenhuma Radioterapia Quimioterapia Radioterapia e Quimioterapia Cirúrgica
 Cirúrgica + Quimioterapia ou Radioterapia

Onde você sente dor: _____

Brasília ___/___/2015

Assinatura Paciente

Assinatura Pesquisador

APÊNDICE IV: FICHA DE MEDICAMENTOS

Nome: _____

| | Medicamentos | Doses/ mg | Horários |
|--|--------------|-----------|----------|
| SEGUNDA-FEIRA ____ / ____ (dia) (mês) | | | |
| TERÇA-FEIRA ____ / ____ (dia) (mês) | | | |
| QUARTA-FEIRA ____ / ____ (dia) (mês) | | | |
| QUINTA-FEIRA ____ / ____ (dia) (mês) | | | |
| SEXTA-FEIRA ____ / ____ (dia) (mês) | | | |
| SÁBADO ____ / ____ (dia) (mês) | | | |
| DOMINGO ____ / ____ (dia) (mês) | | | |

APÊNDICE V: ROTEIRO ADAPTÁVEL PARA HIPNOSE

Indução hipnótica: relaxamento progressivo dos grupos musculares; Aprofundamento: técnica de visualizações criativas;

Inicialmente vamos fazer uma técnica para diminuir ou eliminar a dor:

“Antes do relaxamento vamos controlar sua dor.

De 0 a 10, quanto dói? Lembrando que 10 é a pior dor do mundo e 0 é sem dor.

Tudo bem? Agora quero que responda a primeira coisa que vier na sua mente.

Qual a cor da sua dor?

Se ela tivesse tamanho, seria do tamanho de uma azeitona, ovo, uma laranja, um melão ou melancia?

E se tivesse um peso, qual seria?

Muito bem.

Agora, de olhos fechados, imagine um melão, vermelho de 5 kg.....

Certo, agora usando a ferramenta mais incrível que é a sua mente, vamos começar a brincar com esse melão.

Com sua mente, pinte esse melão de rosa, agora, imagine que sem peso vai diminuindo, passa a ter somente 3 kg e começando a encolher até ficar do tamanho de uma laranja.

Agora da cor rosa, ele vai perdendo mais a cor, ficando branco e passa a ter apenas 1 kg, e encolhe ainda mais, do tamanho de um ovo.

Do branco, ele perde mais ainda a cor, passa a ser transparente e sem peso algum, como se fosse uma bolha de sabão que começa a flutuar por esta sala, até que bate em uma das paredes e estoura (bater palmas).”

Pergunta de distração: “Em que ano você nasceu? Pergunta sobre o nível de dor (De 0 a 10 qual é sua dor agora?)

Agora vamos fazer um teste para saber se você vai para o grupo do relaxamento ou para o grupo do laser. Fechando as mãos, fixe num ponto entre os dedos. Feche os olhos e imagine uma cola passando entre os dedos. Irei contar de 1 a 5 e a cada número uma nova camada de cola passa entre seus dedos deixando eles ainda mais grudados. Quando você chegar no número 5 você irá abrir os olhos e verá como seus dedos permanecem grudados, sendo impossível solta-los! 1 a primeira camada de cola, 2 mais outra camada, 3 a cola passa entre os dedos deixando mais grudados, 4 totalmente colados. 5 pode abrir os olhos e seus dedos estão totalmente colados. !!!!!

Inspire profundamente, sinta seu corpo pesado, pesado e mole, mole e relaxado. Sinta uma onda de calor envolvendo seus pés, deixando seus pés pesados, moles e relaxado. A onda de calor vai subindo pelo seu corpo envolvendo sua barriga, peito e chega nos braços, deixando os mesmos, pesados e moles, moles e relaxados. Sinta a onda de calor envolvendo seus ombros e subindo pelo pescoço. Deixando todo seu corpo pesado, pesado e mole, mole e relaxando. Calor envolvendo suas bochechas, olhos pesados como duas bolas de chumbo. A cada instante você vai entrando num estado mais profundo de relaxamento. Vou contar de cinco até um e a cada número você vai para um estado mais profundo de relaxamento.

Muito bem! A partir de agora quero que direcione completamente a sua atenção para a minha voz. Perfeito!

Completamente relaxado (a) como você se encontra, visualize mentalmente cada parte do seu corpo totalmente relaxada. Isso, muito bom! Sinta o total controle que você tem sobre cada parte do seu corpo. Sinta o CONTROLE! Ótimo!

Respire fundo...Imagine na sua frente uma praia calma tranquila, você caminhando na praia, as ondas do mar batendo na areia, ondas calmas, praia calma, mar calmo, tudo calmo. Você caminhando na areia fofa e fresca. Observe na sua frente um feixe de luz vindo do céu, caminhe até ele, deixe o mesmo tocar no seu corpo, respire profundamente essa luz, deixa a mesma modificar seu corpo, iluminar sua mente e fazer uma verdadeira mudança no seu corpo.

Pois bem, enquanto essa luz toca seu corpo e penetra pelo seu nariz, você nota que a água do mar começa a tocar nos seus pés, e tudo que te incomoda tal como pessoas, sentimentos, momentos emoções, vão saindo pelos seus pés e levados pela água do mar. Esse é um momento muito importante da sua vida. Um momento de perdoar, de se curar. Todas as mágoas guardadas em nossa mente crescem e transformam em doença. Ao se libertar de todos os incômodos você consegue a paz. Você sente a paz envolvendo seu corpo e a luz preenchendo cada espaço que está vazio. Te trazendo alegrias, confiança e paz. Você percebe como está calmo, tranquilo e descontraído. Imagine-se totalmente curado. Veja como aos poucos, suas células vão se recuperando e a cada dia você se sente melhor e mais feliz.

Você sabe que você domina seu corpo e sua alma. A doença é apenas um desequilíbrio onde você tem todas as ferramentas para concertar. Sinta seu corpo se curando com essa luz e como você se sente bem a partir de hoje. Pois bem continue a caminhar na areia e deixe esse feixe de luz para trás, veja como seu corpo está totalmente recarregado a partir de agora e que nada poderá te incomodar.

Aos poucos a imagem da praia vai se desfazendo e você volta para onde está agora. Sabendo que você está muito tranquilo, calmo e cheio de energia. Saiba que todas as noites ao dormir você sentirá uma grande paz no seu corpo e ao acordar você se sentirá cada vez melhor.

Agora se concentre no seu rosto, imagine interruptores no seu cérebro. Imagine esses interruptores ligando cada parte da sua cabeça ao seu cérebro e transmitindo todas as sensações. Quando eu tocar a minha mão na sua cabeça você vai desligar os interruptores dentro do seu cérebro. Agora imagine você desligando todos os interruptores. Eu toco com minha mão na sua cabeça e você desliga os interruptores. A dor desaparece. Seu rosto fica relaxado, e essa sensação de bem-estar vai persistir após o término da consulta.

A partir de agora você não sente mais nenhum incômodo. Você sente que seu corpo vai se curando a cada momento. Agora respire fundo... mais uma vez... A partir de hoje, vai perceber que toda aquele incômodo deixa de existir, a cada dia que passa mais sensações de conforto, paz, calma e tranquilidade tomam conta da sua mente.

A partir de hoje, cada copo de água que você tomar irá limpar internamente todos seus órgãos como se fosse um analgésico. Irá tirar todo incômodo te deixando em paz e sem nada para incomodar. Agora vou fazer uma contagem de um a dez e a cada número que eu contar, todas as palavras que eu disse durante esta sessão se fixarão completamente na sua memória e quando chegar no número dez, poderá abrir os olhos, sentindo uma sensação maravilhosa de harmonia, paz e felicidade.

Um... se fixando mais e mais... Dois... cada vez mais fixado... Três... sentindo-se muito bem... Quatro... Cinco... Seis... sinta suas pernas... Sete., o tronco... Oito... a cabeça... Nove... Dez... pode abrir os olhos..."

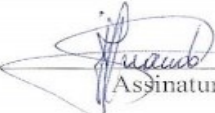
ANEXO- I: TERMO DE CONCORDÂNCIA

TERMO DE CONCORDÂNCIA

A Dra. Ana Patrícia de Paula Diretora do Hospital de Base do Distrito Federal está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa “**Hipnose como Prática Complementar no Controle da Dor, Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos**” de responsabilidade do **Dr. GIL MONTENEGRO**, para pesquisa com aprovação pelo Comitê de Ética da UNB. Tem duração de **um ano**, com previsão de início em **março de 2015**.

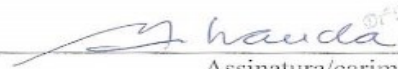
Brasília, 23 / março / 2015

Diretor responsável do Hospital: _____


Assinatura/carimbo

Dr.ª Janaina R. de Menezes
Diretora de Atenção à Saúde - HBDF
Metrícula: 152.973-0
CRM-DF 13055

Chefia responsável pela Unidade Clínica: _____


Assinatura/carimbo

Dr.ª Aparecida de Menezes
CRM-DF 2150

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: _____


Assinatura

ANEXO II- ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Paciente: _____ Data: _____



ANEXO III- ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)

Quadro 1 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

- | | |
|--|---|
| <p>A 1) Eu me sinto tenso ou contraído: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p> | <p>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: 0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre</p> |
| <p>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: 0 () Sim, do mesmo jeito que antes 1 () Não tanto quanto antes 2 () Só um pouco 3 () Já não sinto mais prazer em nada</p> | <p>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: 3 () Completamente 2 () Não estou mais me cuidando como deveria 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p> |
| <p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer: 3 () Sim, e de um jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso</p> | <p>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum: 3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim</p> |
| <p>D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Atualmente um pouco menos 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais</p> | <p>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Um pouco menos do que antes 2 () Bem menos do que antes 3 () Quase nunca</p> |
| <p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Raramente</p> | <p>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: 3 () A quase todo momento 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando 0 () Não sinto isso</p> |
| <p>D 6) Eu me sinto alegre: 3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 () A maior parte do tempo</p> | <p>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa: 0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca</p> |
| <p>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: 0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca</p> | |
| <p>D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas: 3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p> | |

ANEXO IV- QUESTIONÁRIO FINAL

PACIENTE: _____

Ao finalizar nossa pesquisa gostaria que respondesse o seguinte questionário de forma rápida sem muito questionamento:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| O tratamento me beneficiou | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| Recomendaria este tratamento para outros pacientes | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| Acho que o tratamento é inútil | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| O tratamento me custa muito tempo | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| O tratamento reduziu minha ansiedade | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| O tratamento reduziu minha dor | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| O tratamento não tem efeito sobre mim | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |