



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

DISSERTAÇÃO

**EFEITOS DA HIPNOSE NA PERCEPÇÃO DE DOR EM MULHERES COM  
SÍNDROME DA FIBROMIALGIA**

Mestranda: Evanea Joana Scopel

Orientador: Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz

Área de Concentração:  
Processos psicossociais, saúde e desenvolvimento psicológico.

Linha de Pesquisa:  
Medida e Avaliação de Fenômenos Psicológicos

Florianópolis, 2008.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**EFEITOS DA HIPNOSE NA PERCEPÇÃO DE DOR EM MULHERES COM  
SÍNDROME DA FIBROMIALGIA**

**Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação à obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia, Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia, Curso de  
Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências  
Humanas.**

**Orientador: Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz**

Florianópolis, 2008.

EVANEA JOANA SCOPEL

**EFEITOS DA HIPNOSE NA PERCEPÇÃO DE DOR EM MULHERES COM  
SÍNDROME DA FIBROMIALGIA**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, pela seguinte banca examinadora:

**BANCA EXAMINADORA:**

Orientador: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Membro: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Alexandro Andrade  
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Membro: \_\_\_\_\_

Prof. Dra. Carmem Ocampo Moré  
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Membro: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Jamir João Sardá Júnior  
Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI

Membro: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Olavo Feijó  
Universidade Gama Filho - UGF

Florianópolis (SC), 2008.

## **DEDICATÓRIA**

Dedido este trabalho àqueles que me dedicaram as suas vidas,  
Ao meu pai, Valdemar Scopel,  
à minha mãe, Eva Delourdes Scopel.

## AGRADECIMENTOS

*À Deus, pela certeza da companhia em todos os momentos e por ter me concedido mais essa oportunidade.*

*Ao meu pai Valdemar Scopel e a minha mãe Eva Scopel, que muitas vezes abandonaram seus sonhos em nome dos meus. Obrigada pelo incentivo, apoio e amor! Meu eterno muito obrigada! Amo muito vocês!*

*Aos meus irmãos Lucas e Gerônimo por compreenderem minha ausência no convívio familiar e pelo amor incondicional.*

*A minha vovó Lúcia, que mesmo não estando mais aqui, me deixou como exemplo, a determinação e a coragem frente às dificuldades da vida. Sei que estás sempre presente! Saudades...*

*Às minhas amigas: Carolina Gallio e Daniela Risson. Obrigada pela linda amizade durante todos esses anos. As risadas, as festas, os conselhos, as lágrimas, o apoio, o amor... tudo está no meu coração de um jeito muito especial!*

*À minha amiga e prima Andréa Zucco que mesmo distante sei que está presente em todas as minhas conquistas. Ouviremos muito “Mônia”! Saudades das tuas risadas...*

*Às amigas que tive o privilégio de conhecer ao longo dessa jornada: Caroline Luft, Martina Rolim, Sabrina Sanches e Viviane Pacheco. Obrigada por toda a amizade, pelos conselhos e pela ajuda fundamental na tão temida estatística e na formatação! Vocês estão no meu coração! Adoro vocês!*

*Às lindas pessoas que a vida colocou em meu caminho: Andreza Michelin, Clarice Rebello e Taciana Zardo. A companhia de vocês sempre abrilhantou os meus dias. Um beijão pra Dona Laura também!*

*Aos amigos do Projeto de Extensão em Fibromialgia e do Laboratório de Psicologia do Esporte e do Exercício da Udesc, dos quais fiz parte: Alessandra Bertinatto, Daniela Lobo, Gilmar, Janaína Bueno, Kerle Klein, Leonardo Scheider, Ricardo Brandt, Maria Virgilina Ramos. Obrigada pelos contínuos aprendizados e por tornarem-se tão especiais pra mim!*

*Aos amigos que fiz durante o mestrado, Alex, Caroline, João, Kleber, Taís, Viviane. A companhia de vocês sempre foi muito agradável! Obrigada pelas inúmeras coca-colas!*

*À psicóloga Márcia Alencar, exemplo de profissionalismo! Obrigada pela disponibilidade dedicação e carinho dispendidos para essa pesquisa. Tua participação foi fundamental! De todo o coração, muito obrigada!*

*Ao meu orientador, Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz, exemplo de competência, dedicação e amizade! Obrigada por ter confiado nessa pesquisa! Tua aprovação foi imprescindível para que eu tivesse constante motivação!*

*Ao Prof. Dr. Alexandro Andrade por me conceder incondicionalmente, por meio da Universidade Estadual de Santa Catarina, aprendizado contínuo! Obrigada pela dedicação, carinho e amizade! Aos demais professores da banca: Profa. Dra. Carmem Moré, Prof. Dr. Jamir Sardá e Prof. Dr. Olavo Feijó por terem aceitado fazer parte dessa banca, qualificando essa dissertação.*

*Ao ensino público e gratuito que me proporcionou mais essa oportunidade de crescimento profissional.*

*À Janete e Morgana, funcionárias da Pós-Graduação, por sempre estarem dispostas a nos atender e ajudar!*

*Ao Chiquinho, Lucila de L. Pinto, Marcos de L. Pinto, Tiago de L. Pinto e Arielle Ferreyra por me ensinarem com as diferenças e por me receberem de braços abertos em sua família.*

*Às mulheres que participaram dessa pesquisa por mais esse aprendizado. Talvez elas nunca dimensionem a importância do tempo que com elas passei. Obrigada pela confiança e pelos sorrisos com os quais fui recebida. Saudades da época da “coleta de dados”!*

*Em especial a Pablo, por tudo o que sua paciência e seu amor foram capazes de compreender. Obrigada pelos sorrisos diários e por estar sempre ao meu lado. Obrigada pelas lágrimas aquietadas e por sempre me lembrar do verdadeiro sentido da vida!*

*“Temos que ser pacientes e aguardar novos métodos e oportunidades de pesquisa. Devemos também estar prontos para abandonar um caminho que estivemos seguindo por certo tempo, se nos parece que ele não leva a um bom fim. Somente os crentes, que exigem que a ciência seja um substituto para o catecismo que abandonaram, culparão um pesquisador por desenvolver ou mesmo modificar seus pontos de vista.”*

*Sigmund Freud (1920, pág. 85)*

## RESUMO

### EFEITOS DA HIPNOSE NA PERCEPÇÃO DE DOR EM MULHERES COM SÍNDROME DA FIBROMIALGIA

**Autora:** Evanea Joana Scopel

**Orientador:** Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz

Esta pesquisa objetivou verificar os efeitos da hipnose na percepção de dor (intensidade da dor; níveis de ansiedade e depressão) em mulheres com Síndrome da Fibromialgia (SFM). Participaram desse estudo experimental 20 mulheres divididas em 2 grupos, com 10 participantes cada, denominados: Grupo de Hipnose (GH); Grupo Controle (GC), que apresentaram: diagnóstico clínico de SFM; idade superior a 18 anos e disponibilidade para frequentar as sessões. Para caracterização das participantes foi utilizado o Questionário Sócio-demográfico e Clínico elaborado por Konrad (2005) e adaptado pelo Projeto de Extensão “Tratamento Complementar para Fibromialgia” da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Para avaliar a percepção da sensação de dor foi utilizada Escala Analógica Visual. Os níveis de depressão foram investigados por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI). A ansiedade-estado foi avaliada por meio do Inventário de Ansiedade-Estado (IDATE). Os dados foram tratados com estatística descritiva, teste t (dados paramétricos) e Mann-Whitney (não paramétricos), qui-quadrado, MANOVA (Análise Multivariada de Variância), correlação linear de Pearson (dados paramétricos) e Spearman (dados não paramétricos). “Depressão” e “intensidade de dor” demonstraram estar positivamente relacionadas, compartilhando 27% de variância. Ao comparar os valores de antes e depois das variáveis: “intensidade da dor”, “ansiedade” e “depressão”, foram constatadas diferenças estatisticamente significativas ( $F=13.13$ ,  $p<0,001$ ) sendo verificado um efeito geral de 71% ( $partial^2=0,71$ ). Foram observados efeitos interativos entre o antes e depois dos grupos ( $F=13.03$ ,  $p<0,001$ ), o que significa que a mudança nos escores de “intensidade da dor”, “ansiedade” e “depressão” só ocorreu no GH (Grupo Hipnose). A “intensidade da dor” foi a variável que sofreu alteração no pós-teste ( $F=31.909$ ,  $p<0.001$ ,  $partial^2=0.662$ ), sendo que a “depressão” ( $F=5.519$ ,  $p=0.036$ ,  $partial^2=0.22$ ) e a “ansiedade” ( $F=4.832$ ,  $p=0.041$ ,  $partial^2=0.21$ ) também demonstraram diferenças significativas. O GC não apresentou nenhuma mudança, mesmo estando as participantes envolvidas em outros tipos de tratamentos. A eficácia verificada pode ser decorrente de: 1) Rapport estabelecido; motivação e expectativas positivas em relação a técnica de hipnose; 2) Processo de imaginação-visualização; 3) Dissociação do pensamento indutivo e dedutivo; 4) Focalização da atenção/concentração; 5) Metáforas e analogias desenvolvidas a partir da problemática pesquisada; 6) Sugestões dirigidas as dimensões sensorial-discriminativa e afetivo-emocional; 7) Fenômeno hipnótico de analgesia; 8) Suscetibilidade hipnótica; 8) Reflexões individuais.

**Palavras-Chave:** Hipnose, Dor, Ansiedade, Depressão, Fibromialgia.



## ABSTRACT

### EFFECTS OF HYPNOSIS ON PAIN PERCEPTION IN WOMEN WITH FIBROMYALGIA SYNDROME

**Author:** Evanea Joana Scopel

**Adviser:** Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz

The purpose of this study was to verify the effects of hypnosis on pain perception Intensity, Anxiety and Depression in women with Fibromyalgia Syndrome. The twenty participants in the study were divided into two groups of ten each called: Hypnosis Group (HG) and Control Group (CG). All participants were 18 years or older and with a "Clinic Diagnosis of Fibromyalgia". The participant's general characterization was made by means of a questionnaire created by Konrad (2005) and adapted by the project "Fibromyalgic Complementary Treatment" from Santa Catarina State University. A Visual Analogue Scale (VAS) was used to analyze the perception of pain sensation; the levels of depression were investigated using Beck's Depression Inventory (BDI), developed by Beck, Rush and Shaw (1961); the anxiety levels were evaluated by the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) from Spielberger, Gorsush and Lushene (1979); the data was treated by Descriptive Statistics, t test (parametric data), Mann-Whitney (non parametric), Chi-Square, Multivariate Analysis of Variance (MANOVA), Pearson's Correlation (parametric data) and Spearman (non parametric). Depression and Pain Intensity were positively related sharing 27% of variance. When comparing the measures of Pain Intensity, Anxiety and Depression, the before and after treatment, it was verified a statistically significant difference ( $F=13.13$ ,  $p<0,001$ ) with an overall effect of 71% (partial  $\eta^2=0,71$ ). Interactive effects were observed between the test groups before and after ( $F=13.03$ ,  $p<0,001$ ), which means that change in the score of Pain Intensity, Anxiety and Depression only happened in the HG (Hypnosis Group). Pain Intensity was the variable that change the most ( $F=31.909$ ,  $p<0.001$ , partial  $\eta^2=0.662$ ); Depression ( $F=5.519$ ,  $p=0.036$ , partial  $\eta^2=0.22$ ) and Anxiety ( $F=4.832$ ,  $p=0.041$ , partial  $\eta^2=0.21$ ) also showed significant differences. In the CG (Control Group) no changes were observed, even though the participants were involved in other type of treatments. The effectiveness of the treatment was mainly due to: 1)Established rapport; 2)The imagination-visualization process; 3)The dissolution of the inductive and deductive thoughts; 4)The focus on attention/ concentration; 5)The metaphors and analogies developed from the studied problems; 6)The suggestions made towards sensorial-discriminative and affective-emotional dimensions; 7)The analgesic hypnotic phenomenon; 8)The susceptibility to hypnosis; 9)Individual reflections.

**Key words:** Hypnosis, Pain , Anxiety, Depression, Fibromyalgia.

## SUMÁRIO

	Página
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>xii</b>
<b>LISTA DE TABELAS E QUADROS .....</b>	<b>xiii</b>
<b>LISTA DE SIGLAS .....</b>	<b>xiv</b>
	Página
<b>I. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1 Objetivos .....	5
1.1.1 Objetivo Geral .....	5
1.1.2 Objetivos Específicos .....	5
1.2 Hipóteses .....	5
1.3 Delimitação do estudo .....	5
<b>II. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>7</b>
2.1 Hipnose .....	7
2.1.1 Conceitos e Aplicações.....	7
2.1.2 Os Mitos sobre a Hipnose.....	10
2.1.3 Hipnose no Controle da Dor.....	11
2.1.4 Aspectos Neuropsicofisiológicos da Hipnose no Controle da Dor .....	14
2.2 Dor .....	18
2.2.1. Avaliação Psicológica da Dor .....	18
2.2.2 Medidas de Avaliação da Dor .....	21
2.3 Síndrome da Fibromialgia .....	24
2.3.1 Síndrome da Fibromialgia e Alterações Emocionais .....	26
<b>III.MÉTODO.....</b>	<b>29</b>
3.1 Caracterização da Pesquisa.....	29
3.2 População e Amostra .....	29
3.3 Instrumentos de Medida .....	30
3.4 Procedimentos para a coleta de dados .....	33
3.5 Gerenciamento das Variáveis .....	35
3.5.1 Tratamento da Variável Independente.....	35
3.5.1.1 Teoria Base – Abordagem Ericksoniana .....	35

	<b>Página</b>
3.6 Tratamento Grupo Controle.....	36
3.7 Variáveis controle.....	36
3.8 Tratamento Estatístico .....	37
<b>IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
4.1 Caracterização sócio-demográfica.....	39
4.2 Caracterização clínica.....	41
4.3 Relação entre as variáveis do estudo .....	53
4.4 Controle de Variáveis .....	56
4.5 Análise da intervenção com hipnose .....	59
<b>V. CONCLUSÕES.....</b>	<b>68</b>
<b>VI. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>71</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....</b>	<b>85</b>
<b>VII. APÊNDICES .....</b>	<b>88</b>
<b>VIII. ANEXOS.....</b>	<b>102</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Página</b>
<b>Figura 1. Pontos de dor.....</b>	<b>25</b>
<b>Figura 2. Ocorrência de eventos emocionais. ....</b>	<b>57</b>
<b>Figura 3. Pressão arterial sistólica (PAS) antes e depois de cada sessão de hipnose.....</b>	<b>58</b>
<b>Figura 4. Pressão arterial diastólica (PAD) antes e depois de cada sessão de hipnose....</b>	<b>58</b>
<b>Figura 5. Percepção da “alteração na sensação de dor” uma semana após cada sessão.</b>	<b>66</b>

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

	Página
Tabela 1. Dados sócio-demográficos das participantes do Grupo de Hipnose (GH) e do Grupo Controle (GC). .....	40
Tabela 2. Relação entre média de tempo da manifestação dos sintomas da fibromialgia e da indicação diagnóstica de fibromialgia.....	42
Tabela 3. Circunstâncias relacionadas ao início do quadro de fibromialgia na percepção das participantes .....	42
Tabela 4. Fatores que alteram a intensidade da dor. ....	44
Tabela 5. Sintomas apresentados pelas participantes. ....	45
Tabela 6. Qualidade do sono segundo percepção das participantes. ....	47
Tabela 7. Medicamentos utilizados pelas participantes do grupo de hipnose (GH) e do grupo controle (GC). ....	47
Tabela 8. Tratamentos realizados atualmente pelas participantes.....	48
Tabela 9. Depressão, ansiedade e intensidade da dor das participantes do GH e do GC.	49
Tabela 10. Correlações entre ansiedade, depressão, intensidade da dor, tempo dos sintomas e diagnóstico clínico.....	53
Tabela 11. Comparação das médias de “depressão, ansiedade e percepção de dor” em relação as diferentes “terapias medicamentosas”.....	54
Tabela 12. Depressão e ansiedade de pré e pós-teste do Grupo de Hipnose (GH) e Grupo Controle (GC). ....	60
Tabela 13. Intensidade da dor de pré e pós-teste do grupo de hipnose (GH) e controle (GC).....	60
	Página
Quadro 1: Instrumentos Psicométricos de Avaliação da Dor. ....	21
Quadro 2: Delineamento experimental da pesquisa. ....	35

## LISTA DE SIGLAS

<b>ACR</b>	American College of Rheumatologists
<b>AP</b>	Avaliação Psicológica
<b>APA</b>	American Psychological Association
<b>ATM</b>	Articulação Temporomandibular
<b>BDI</b>	Inventário de Depressão de Beck
<b>BM</b>	Brain Mapping
<b>CCA</b>	Córtex Cingulado Anterior
<b>EEG</b>	Eletroencefalograma
<b>GC</b>	Grupo Controle
<b>GH</b>	Grupo de Hipnose
<b>IASP</b>	International Association of Study of Pain
<b>IDATE</b>	Inventário de Ansiedade
<b>MANOVA</b>	Análise Multivariada de Variância
<b>MEG</b>	Magnetoencefalografia
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>PAD</b>	Pressão Arterial Diastólica
<b>PAS</b>	Pressão Arterial Sistólica
<b>PE</b>	Potenciais Evocados
<b>PERE</b>	Potenciais Evocados a Eventos
<b>PET-SCAN</b>	Tomografia por Emissão de Pósitrons
<b>RMf</b>	Imagem Funcional por Ressonância Magnética
<b>SFM</b>	Síndrome da Fibromialgia
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Science
<b>UDESC</b>	Universidade do Estado de Santa Catarina
<b>UFSC</b>	Universidade Federal de Santa Catarina
<b>VAS</b>	Visual Analogue Scale

## I. INTRODUÇÃO

A dor é um problema de saúde pública, uma vez que gera sofrimento e incapacidade na pessoa que a sente. Suas consequências perpassam a vida pessoal e social do doente, conduzindo, comumente, a alterações significativas nas relações interpessoais, na convivência familiar e social e na diminuição da capacidade de realizar atividades diárias, o que faz com se constitua uma das grandes temáticas inscritas no domínio da Psicologia. A sensação de dor é definida, segundo a *International Association for Study of Pain* (IASP, 1979, p. 250), como “uma experiência subjetiva desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão”, vivenciada por quase todas as pessoas, em algum momento de suas vidas, além de ser, geralmente, o motivo que as leva a procurar o sistema de saúde.

Para a sociedade, os gastos com o controle da dor<sup>1</sup>, mais especificamente, a crônica, são considerados uma sobrecarga financeira, pois significam aumento do uso de serviços médicos e medicações, além de ser uma das principais causas de licença e afastamento do trabalho, (Elliot, Renier & Palcher, 2003). A dor está presente em 80% das consultas médicas no Brasil, sendo o custo anual com os transtornos de dolorosos estimado em 100 milhões de reais, incluindo diagnóstico, tratamento, diminuição da produtividade, faltas no trabalho e compensações de questões trabalhistas (Ferreira, 2006).

A dor apresenta funções de defesa e proteção do organismo, pois age como um sinal de alerta a fim de evitar situações prejudiciais (Bear, Connors & Paradiso, 2002). É considerada aguda quando está associada a mecanismos de defesa do corpo, pois habitualmente sinaliza para ocorrência de lesões teciduais; apresenta curta duração e cessa com a interrupção do estímulo (Lent, 2004). No entanto, a dor pode persistir e se tornar crônica, atuando, dessa forma, como um agente estressante ao organismo (Blackburn-Munro & Blackburn-Munro, 2001). Nesse caso, já não apresenta função biológica de alerta inicial, podendo estar associada a processos patológicos crônicos que

---

<sup>1</sup> No presente estudo “controle da dor” diz respeito à “percepção da sensação dolorosa” e as “alterações dos estados emocionais”- depressão e ansiedade - associados a ela.

causam dor contínua e recorrente com respostas emocionais relacionadas à ansiedade é a depressão (Calvino & Grillo, 2006).

Dentre os diversos aspectos, a Fibromialgia tem como principal característica a *presença de dor crônica* generalizada, distribuída em pontos específicos do corpo, bem como alterações nos estados emocionais. Além disso, a dor contínua é limitante nessa síndrome, o que impede, por vezes, a execução de atividades cotidianas e sua repercussão emocional produz mudanças significativas na vida dessas pessoas.

A complexidade clínica que envolve a Fibromialgia requer um tratamento que abarque as diferentes especialidades da saúde. Em modelos biomédicos as intervenções são focadas na resolução dos problemas físicos, entretanto, na SFM esse modelo se torna ineficaz, pois outros aspectos estão associados. De acordo com Chaitow (2002) o controle da dor nessa síndrome deve contemplar uma abordagem interdisciplinar que proporcione ao paciente a sensação de domínio sobre suas condições o que é, por vezes, deixado de lado nos tratamentos médicos convencionais. Nas duas últimas décadas houve um crescente reconhecimento de que processos dolorosos são parcialmente mantidos ou acentuados por fatores psicológicos e/ou comportamentais, e que intervenções psicológicas podem contribuir para a diminuição da sensação de dor e dos sintomas a ela associados, proporcionando melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Em função da etiologia desconhecida, da complexidade dos sintomas e da subjetividade clínica o tratamento da SFM está voltado para a redução dos sintomas e não para a cura. A maioria desses tratamentos é baseada em medicamentos que são moderadamente eficazes no alívio das dores e dos sintomas, mas que tendem a voltar quando a medicação é interrompida (Konrad, 2005). Além disso, tratamentos como: neurocirúrgicos (bloqueio nervoso), fisioterápicos, yoga, relaxamento somático-psíquico, técnicas de distração, biofeedback, psicoterapia de grupo, hipnoterapia e hipnose (Chaitow, 2002; Figueiró, Angelotti & Pimenta, 2005; Ferreira, 2006) são geralmente utilizados para o alívio dos sintomas.

Novos modelos de compreensão do processo de adoecer e novas perspectivas terapêuticas fundamentadas no modelo psicossocial de intervenção, precisam ser utilizadas, principalmente no que concerne ao campo da Psicologia. Há aproximadamente 200 anos iniciou-se o uso da hipnose para o alívio de dor como anestésico durante o tratamento cirúrgico, mas a aplicação das sugestões hipnóticas nos pacientes vem crescendo apenas nos últimos anos devido às pesquisas sobre a dor em geral e sobre as variáveis psicofisiológicas envolvidas na percepção e no manejo da



sensação dolorosa, especialmente pela contribuição dos exames PET-SCAN (tomografia por emissão de pósitrons), RMf (imagem funcional por ressonância magnética), MEG (magnetoencefalografia) e PERE (potenciais evocados a eventos) que proporcionam um entendimento mais integrado dos processos cerebrais envolvidos durante o transe hipnótico.

Nesse contexto, a técnica de hipnose (foco do presente estudo) é utilizada como recurso terapêutico aos demais tratamentos utilizados, contudo, escassas pesquisas experimentais são desenvolvidas com o objetivo de verificar a eficácia dessa técnica como recurso coadjuvante no tratamento da fibromialgia. No Brasil não foi encontrado nenhum estudo experimental<sup>2</sup> que contemple os efeitos produzidos pela hipnose em pacientes com dor crônica. No ano de 2000, foi desenvolvida uma dissertação de mestrado em psicologia da saúde, na Universidade Metodista de São Paulo, abordando por meio de revisão de literatura os aspectos neuropsicológicos da hipnose, de autoria do psicólogo Paulo de Mello. Atualmente há um livro embasado em evidências científicas que reúne estudos internacionais e possibilidades de intervenção hipnótica aplicada a diversas situações desenvolvidas pelo neurorradiologista Marlus Vinícius Costa da Ferreira, editado em 2006 pela editora Atheneu.

Por outro lado, no cenário internacional, nas últimas duas décadas, experimentos clínicos controlados têm sido conduzidos utilizando a técnica da hipnose no tratamento da dor em queimaduras, em cirurgias médicas e odontológicas, na lombalgia, em dores de cabeça tensionais, em dores crônicas de uma maneira geral, na área de lesão esportiva e para controlar a dor na odontologia. As pesquisas e o aperfeiçoamento dessa técnica são realizadas, sobretudo, no Canadá e em algumas universidades dos Estados Unidos (*University of Washington School of Medicine – Department of Rehabilitation Medicine/ Department of Anesthesiology; Bucknell University – Department of Psychology*). Na Bélgica, no Centro Hospitalar Universitário de Liège, no período que compreende 1994 a 2003 foram realizadas mais de 3650 cirurgias, ou seja, mais de uma vez por dia durante dez anos pacientes foram beneficiados com o uso da hipnose como anestesia local e mínima sedação consciente. Atualmente revistas científicas de primeira linha como Science, Nature, The Lancet Brain estão publicando artigos sobre dor e hipnose. Por outro lado, no caso específico da fibromialgia, foi encontrado apenas um estudo publicado na Science, em 2007.

---

<sup>2</sup> Pesquisa realizada na base de dados Scielo, Teses Usp no período de Julho de 2005 a Julho de 2007.

No Brasil o crescimento da hipnose não tem acontecido com o mesmo dinamismo observado em outros países, sendo a odontologia a maior representante direcionando sua atuação a ensaios clínicos voltados à analgesia odontológica. A *prática clínica* da hipnose é realizada por profissionais de diferentes áreas como instrumento terapêutico, no entanto, não há uma preocupação em relação à publicação dos resultados advindos dessa prática. Essa técnica é difundida entre os profissionais da medicina, odontologia e psicologia em departamentos específicos, tais como: Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina (Unifesp); Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo; alguns Institutos e Clínicas particulares; pela Sociedade Brasileira de Hipnose e suas regionais e o Hospital de Clínicas da Universidade do Estado de São Paulo.

Tendo em vista as escassas pesquisas desenvolvidas no Brasil e a importância de se apurar a eficácia dessa técnica para pacientes com dor crônica, objetivou-se verificar os efeitos da hipnose na percepção de dor em mulheres com SFM. A fibromialgia apresenta diversidade clínica e poucas formas de tratamentos são eficazes, assim, a medida que for constatada eficácia positiva esse estudo contribuirá para proporcionar uma adequada qualidade de vida às pessoas acometidas por essa síndrome, além de diminuir os custos ao sistema público de saúde, uma vez que, que essa técnica não exige gastos financeiros onerosos. Além disso, esse estudo proporciona uma alternativa de trabalho ancorada em bases científicas aos profissionais da Psicologia<sup>3</sup> e aos estudiosos do campo das neurociências.

Nesse sentido, a presente pesquisa pretende colaborar com o meio científico, elucidando maior entendimento de como essa intervenção terapêutica pode auxiliar no manejo da dor em mulheres com SFM tornando-se assim um estudo relevante socialmente. Esse estudo se insere no contexto do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) uma vez que pretende colaborar nos estudos sobre a avaliação de fenômenos psicológicos no âmbito da saúde.

Com base nas justificativas expostas formula-se a seguinte pergunta de pesquisa: **“Quais os efeitos da hipnose na percepção de dor em mulheres com Síndrome de Fibromialgia?”**.

---

<sup>3</sup>A resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 013/00 de 20 de dezembro de 2000, aprova e regulamenta o uso da hipnose como recurso auxiliar de trabalho do psicólogo (Anexo 1).

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Verificar os efeitos da hipnose na percepção de dor em mulheres com Síndrome da Fibromialgia (SFM).

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

Verificar a *percepção da sensação dolorosa (intensidade da dor)* em mulheres com SMF submetidos à intervenção hipnótica;

Verificar *alterações nos estados emocionais “depressão e ansiedade”* em mulheres com SMF submetidos à intervenção hipnótica;

Comparar *percepção da sensação dolorosa, depressão, ansiedade* em mulheres fibromiálgicas que participaram do procedimento hipnótico e do grupo controle, antes e depois da intervenção.

## **1.2 HIPÓTESES**

Ho: A técnica da hipnose não reduz a percepção da sensação de dor (intensidade de dor) e não reduz os sintomas emocionais de “depressão e ansiedade” em mulheres com Síndrome da Fibromialgia (SFM).

H1: A técnica da hipnose reduz a percepção da sensação dolorosa (intensidade de dor) em mulheres com Síndrome da Fibromialgia (SFM).

H2: A técnica da hipnose reduz os sintomas emocionais: “depressão e ansiedade” em mulheres com SFM.

## **1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO**

Esta pesquisa visa verificar os efeitos da hipnose no controle da dor em pacientes com fibromialgia. Para tanto, mulheres com idade acima de 18 anos, diagnóstico clínico de Síndrome da Fibromialgia e queixa de dor foram avaliadas por meio de instrumentos adequados que mensuram: percepção da sensação dolorosa, depressão, ansiedade. O período de aplicação das intervenções ocorreu de julho de 2007 a agosto de 2007, com frequência de uma vez por semana, durante 45 minutos,

perfazendo um total de 05 sessões para cada paciente. Tanto as intervenções quanto a aplicação dos instrumentos de medida foram realizadas em uma sala de atendimento psicológico do Instituto Catarinense Milton H. Erickson de Florianópolis.

O marco teórico que norteia as técnicas de hipnose desenvolvidas no presente estudo é baseado nos pressupostos da abordagem ericksoniana.

## **II. REVISÃO DE LITERATURA**

A revisão de literatura explicita primeiramente, a conceituação da técnica de hipnose e algumas indicações terapêuticas. Na seqüência, são apontados os mitos que envolvem esse método. Abordar também algumas pesquisas sobre a utilização da hipnose no controle da dor e estudos relativos aos aspectos neuropsicofisiológicos dessa técnica no manejo da experiência dolorosa. Por último, algumas possibilidades de avaliação psicológica de quadros álgicos, bem como a conceitualização da Síndrome da Fibromialgia e as alterações emocionais associadas a ela, são apontadas.

A presente revisão de literatura visa fornecer elementos teóricos necessários à compreensão dos objetivos da pesquisa.

### **2.1 HIPNOSE**

#### **2.1.1 Conceitos e Aplicações**

As tentativas de explicar o que é a hipnose e o que acontece durante esse procedimento variaram com o passar do tempo. O que atualmente chamamos de hipnose remonta as mais antigas civilizações. Os sacerdotes utilizavam processos hipnóticos rudimentares para aliviar dores de cabeça e sanar doenças. Papiros de Ebers, no Egito, datados de 1.500 a.C. são um dos registros mais antigos desta prática, entretanto, foi somente no século XVIII que o interesse pelo estudo dessa técnica foi considerado, embora o termo “hipnose” tenha sido estabelecido apenas no século XIX.

A história “formal” da hipnose se deu por volta de 1765 com os estudos do pesquisador Franz Anton Mesmer<sup>4</sup>. Ele aliviava dores com a aplicação de ímãs na fronte da pessoa e considerava que por meio da produção de um “fluido magnético invisível”, que ele chamou de “magnetismo animal”, o alívio se realizava. No entanto, um grupo de pesquisadores formados por Benjamim Franklin, o químico Lavoisier e outros descobriram que os efeitos das intervenções de Mesmer provinham da imaginação dos pacientes e não de fluidos magnéticos (Erickson, Hershman & Sectar, 1994; Bauer 2002; Ferreira, 2006).

---

<sup>4</sup> Fundador da fase científica da hipnose (Bauer, 2002).

Em 1891, a Associação Médica Britânica designou uma comissão para investigar a natureza do fenômeno hipnótico, seu valor como agente terapêutico e suas indicações. O relatório desse grupo de pesquisadores foi apresentado em 1892, destacando que (Ferreira, 2006):

- a) estavam convencidos da existência dos fenômenos hipnóticos;
- b) o termo hipnose, não traduz bem a natureza do fenômeno, já que este é diferente do sono fisiológico;
- c) é um eficaz agente terapêutico no alívio de dores, no tratamento da embriaguez e na possibilidade de realização de atos cirúrgicos;
- d) deve ser usada exclusivamente por médicos para fins terapêuticos, somente com pacientes do sexo masculino e quando em mulheres, apenas na presença de familiares ou de pessoas do mesmo sexo;
- e) condena veementemente quaisquer exibições recreativas, populares e teatrais do hipnotismo.

Com o passar do tempo os preceitos designados nesse relatório foram se modificando e atualmente distintas definições sobre hipnose são encontradas na literatura, contudo, apresentam uma conceitualização bastante próxima. Para a *American Psychological Association* (APA) a hipnose pode ser definida como um procedimento durante o qual um pesquisador ou profissional de saúde sugere que um cliente/paciente experimente mudanças nas sensações, percepções, pensamentos ou comportamentos. Bauer (2002, p. 39) a define como sendo a “absorção da atenção do sujeito: a atenção seria focalizada através de uma indução ou de uma auto-indução, absorvendo a atenção da mente consciente, dando a oportunidade à mente inconsciente de se manifestar através dos fenômenos hipnóticos”. Essa autora ainda considera que a hipnose é um estado de consciência diferente do estado de vigília e pode ocorrer no dia-a-dia, quando se está acordado, no entanto, é diferente de estar simplesmente em vigília. Nesse processo, há uma focalização da atenção voltada para a realidade interna criada pela pessoa.

Barber (1996, p. 56) considera que a “hipnose é uma condição alterada ou estado de consciência caracterizado por um aumento de receptividade à sugestão, de capacidade para modificação de percepção e memória e o potencial para o controle sistemático de uma variedade de funções fisiológicas usualmente involuntárias”. Sendo assim, os estados alterados de consciência que ocorrem durante o transe hipnótico podem modificar a percepção, a interpretação e a avaliação subjetiva da dor.

De acordo com a abordagem ericksoniana o transe hipnótico é um período quando as limitações conscientes do paciente são parcialmente suspensas, de modo que o indivíduo passa a ser receptivo à associações e meios de funcionamento mental que são facilitadores na solução de problemas (Mathews, 1993).

Além disso, o transe hipnótico pode acontecer em diferentes níveis e apresentar distintas características: uma pessoa hipnotizada pode entrar em transe leve, médio ou profundo. Durante o “transe leve” percebe-se sinais como: catalepsia, diminuição dos movimentos, respiração e pulso lentos, e às vezes sinais ideomotores. No “transe médio” a catalepsia é acentuada, os músculos da face ficam soltos, o movimento de deglutição fica diminuído, há sinais ideomotores, movimentos oculares e respiração lenta. O “transe profundo” é similar ao estágio anterior ao sono, podendo ocorrer movimento rápido dos olhos; é possível abri-los de forma acordada “diferente”, mas os olhos ficam vidrados e fixos ou permanecem com um olhar vago; pode-se falar ou andar, numa atividade semelhante ao sonambulismo (Bauer, 2002; Ferreira, 2006; Araújo, 2007).

Durante o processo de intervenção, distintos fenômenos hipnóticos podem ocorrer<sup>5</sup> como: rapport, catalepsia (imobilização e/ou ausência da vontade de se mover), dissociação (pensamento/sensação/sentimento de ser duas pessoas numa só, sendo possível executar coisas diferentes ao mesmo tempo), analgesia (diminuição da intensidade da sensibilidade à dor), anestesia (não sentir partes do corpo), regressão de idade (recordação de algo como se estivesse vivendo aquilo pela primeira vez), progressão de idade (ver-se no futuro realizando coisas), distorção do tempo (falta de percepção do tempo cronológico), alucinação positiva (ter a percepção de algum dos cinco sentidos de que algo não está presente), alucinação negativa (falta de percepção de algum dos cinco sentidos de algo que está presente), amnésia (não lembranças de parte ou de tudo o que aconteceu), hipermnésia (lembrança aguçada de algo), atividade ideossensória/ideomotora (sinalizações com o corpo em resposta a algum comando), sugestão pós-hipnótica (execução pós-transe de algo pedido durante o transe) (Bauer, 2002; Ferreira 2006; Araújo 2007).

Nas últimas duas décadas, no cenário internacional, experimentos clínicos controlados têm sido conduzidos utilizando a técnica da hipnose no tratamento da dor em queimaduras (Paterson & Patcek, 1997; Ohrbach, Patterson, Carrougheir & Gibran,

---

<sup>5</sup> Os fenômenos hipnóticos podem ser estimulados ou acontecem naturalmente.

1998), em cirurgias médicas e odontológicas (Lambert, 1996; Mauer, Burnett, Oulette, Iroson & Dandes, 1999), na lombalgia e na fibromialgia (Crawford, Horton, McClain-Furmanski & Vendemia, 1998), em dores de cabeça tensionais (Vandyck, Zitman, Linssen & Spinhoven, 1991) em dores crônicas de uma maneira geral (Lang, 2000; Sandrini, 2000; Castel, 2006; Sharav, 2006), na área de lesão esportiva (Becker & Samulski, 1998); para controle da dor na odontologia (Stam, McCrath & Brooke, 1984); em afecções dermatológicas (Stewart & Thomas, 1995; Bilkis & Mark, 1998), em claustrofobia (Simon, 1999), em pacientes com esclerose múltipla (Stucher, 1997), em distúrbios intestinais (Farrugia, Camilleri & Whitehead, 1996), na disfunção sexual masculina (Crasilneck, 1992; Aydin, Odaba, Ercan, Kara & Gargün, 1996); no controle da náusea e vômito em crianças com câncer sob quimioterapia (Jacknow, Tschann, Link & Boyce, 1994), na ansiedade (Fonseca, 1998) dentre outras indicações.

Melzack e Wall (1982) mencionam artigos que descrevem intervenções cirúrgicas assegurando que a hipnose é eficaz na diminuição da percepção da sensação dolorosa. Esses autores referem um estudo desenvolvido em 1969 que revelou que pacientes submetidos à hipnose produzem notáveis níveis de tolerância à dor.

### **2.1.2 Os Mitos sobre a Hipnose**

A hipnose é envolta por mitos que comprometem o conhecimento e a aceitação desta como um recurso coadjuvante ao tratamento de problemas físicos e psicológicos. Durante muito tempo a técnica hipnótica foi utilizada de forma errônea por hipnotizadores de palco e, por isso, é imprescindível desmitificá-la antes de iniciar o processo de tratamento (Krasner, 1990; Ansari, 1991 & Bauer, 2002).

O primeiro mito destacado por Ansari (1991), é de que hipnose é “sono”. Apesar de o estado hipnótico ser semelhante ao sono, tanto os aspectos fisiológicos quanto psicológicos são diferentes. Na indução hipnótica o indivíduo ouve a voz do terapeuta e responde às instruções, diferentemente do que ocorre no sono, onde o reflexo patelar é diminuído significativamente. De acordo com Szenészi (2005), no estado de sono, os membros ficam flácidos pela falta de atividade, enquanto que durante a hipnose eles podem se tornar rígidos e firmes. Além disso, os batimentos cardíacos e ritmo respiratório durante o transe hipnótico estão mais próximos do estado de alerta do que o sono.



Outro mito apontado por Ansari (1991) e Bauer (2002) diz respeito ao fato de apenas pessoas com a “cabeça fraca” serem hipnotizáveis. Ansari (1991), afirma que os sujeitos que apresentam maior facilidade para entrar em transe são os que possuem motivação e habilidade de concentrar-se<sup>6</sup>. “O sujeito não ser retirado do transe hipnótico” é outro mito mencionado por Ansari. Ele refere que se a pessoa permanecer no estado de transe por muito tempo ela acabará dormindo, e se dorme, em algum momento acordará.

Outros mitos existentes dizem respeito à “perda de controle”, “revelação de segredos”, e “agir de forma anti-social”. Ansari (1991), Krasner (1991), Bauer (2002) e Ferreira (2006) esclarecem que, durante o transe hipnótico, o sujeito não está sob o domínio da vontade do terapeuta e sim completamente ciente do ambiente e totalmente capaz de tomar decisões por conta própria, não apresentando dessa forma nenhum comportamento que possa ir contra os seus valores. Elman (1970) reforça essa questão, e menciona que se o indivíduo hipnotizado receber uma sugestão imprópria, uma de duas coisas acontece: não responde à sugestão, ou sai do estado de transe imediatamente.

Por fim, o mito de que a hipnose é “prejudicial”. Para Helman (1970), Bauer (2002), Ansari (1991) e Krasner (1991) essa técnica não apresenta prejuízo à integridade física ou mental das pessoas, quando utilizada por profissionais qualificados.

### **2.1.3 Hipnose no Controle da Dor**

Desde que se tem conhecimento da existência do homem, tem-se conhecimento da presença da dor e com isso a tentativa de controlá-la. Os xamãs tratavam-na utilizando a religião, a magia e a ciência juntamente com as plantas medicinais, massagens, aplicações de calor e frio e empregavam, provavelmente sem saber, o que hoje se chama hipnose (Harner,1973; Achterberg, 1996). Esses sacerdotes estimulavam estados diferentes de consciência e dessa forma, buscavam a cura pela imaginação. Carvalho, Loducca e Portnoi (2003) referem que nas mais diversas civilizações são encontrados relatos de tentativas de controle da dor com a utilização da hipnose e da

---

<sup>6</sup> Essa habilidade é necessária, mas não é uma condição suficiente por si (Bauer, 2002).

visualização, no entanto, os autores não relatam detalhadamente de que forma isso acontece.

Estudos recentes que primam a revisão de literatura mencionam que a hipnose pode ser efetiva tanto para o controle da dor aguda, quanto para o controle da dor crônica (Patterson, 2004). Melzack (1975) verificou o efeito dessa técnica em pacientes com dor crônica (lombalgias, artrites e situações oncológicas) e observou que 60% deles apresentaram redução da dor em 33%. Melzack e Wall (1982) acreditam que a sugestão hipnótica pode ajudar os doentes a adquirirem a capacidade de controle sobre certos tipos de dor crônica, entretanto, “Nem todos os pacientes encontram alívio e é raro que a dor seja totalmente eliminada, entretanto os efeitos da hipnose são tão impressionantes que se deve reconhecer constituir uma forma valiosa de terapia” (p.333).

Uma pesquisa de Weinstein e Au (1991) com 32 pacientes que iriam se submeter a uma angioplastia foram divididos em dois grupos, sendo que 16 pacientes realizaram hipnose antes da operação e os outros não. O grupo de hipnose suportou por mais tempo o balão inflado durante a operação e solicitou menos medicação adicional quando comparado ao grupo controle. Contudo, não foram encontradas diferenças de alterações fisiológicas entre os grupos, exceto os níveis de noradrenalina que diminuíram mais nos pacientes hipnotizados do que no controle durante os procedimentos cirúrgicos.

A analgesia produzida pela intervenção hipnótica pode ser verificada por meio da análise dos resultados de diversas pesquisas. Em um estudo de Faymonville (1997) com pessoas que se submeteram a cirurgias plásticas dois grupos foram separados aleatoriamente, sendo que um foi considerado controle e foi submetido a uma estratégia de manejo de estresse, enquanto o outro grupo foi submetido a hipnose, lembrando que ambos grupos mesmo realizando diferentes técnicas também fizeram uso de um mesmo medicamento para dor. Assim, estes pacientes foram observados antes, durante e após a cirurgia plástica quanto ao seu nível de ansiedade, percepção e controle da dor e eventos de vômitos ou náuseas. Os resultados demonstraram que os pacientes submetidos à hipnose apresentaram maior satisfação com a cirurgia, menor nível de ansiedade e intensidade de dor, além de diminuição do uso de medicamentos para manejo da dor quando comparados ao grupo controle.

De acordo com Lang (2000) estratégias comportamentais não medicamentosas têm sido utilizadas com resultados satisfatórios para redução de efeitos adversos em procedimentos médicos. Baseado nesse fato, esse pesquisador, desenvolveu um estudo com 241 pacientes com doenças de origem renal e/ou vascular que foram distribuídos

de forma aleatória em três diferentes grupos sendo que, todos os grupos receberam uma mesma medicação para controle da dor. O nível de ansiedade foi avaliado antes e depois dos procedimentos médicos e todos os grupos apresentaram diminuição da ansiedade no pós-teste, contudo a necessidade de utilização de medicamentos foi maior no grupo controle quando comparado ao grupo da atenção concentrada e hipnose. Por fim, os procedimentos médicos do grupo que se submeteu a hipnose aconteceram em um menor tempo quando comparados ao grupo de atenção concentrada e ao grupo controle.

Em um estudo realizado por Patterson e Ptacek (1997) com sessenta e um pacientes hospitalizados por queimaduras graves e distribuídos aleatoriamente em dois grupos, com e sem hipnose, observou-se que os pacientes que tinham elevados níveis de dor nas linhas de base e que foram submetidos à indução hipnótica relataram menor dor após o tratamento em relação aos pacientes do grupo de controle.

Patterson, Burns, Everett e Marvin (1992) também investigaram a utilização clínica da hipnose durante o procedimento de limpeza da queimadura em trinta pacientes. Os pacientes foram divididos em três grupos: 1) grupo que realizou hipnose, 2) grupo que recebeu atenção e informação, 3) grupo que não recebeu nenhum tratamento. Somente o grupo que recebeu hipnose relatou reduções significativas da dor, através da Escala Visual Análoga.

Langenfeld, Cipani e Borckardt (2002) investigaram os benefícios da hipnose em um estudo com 5 pacientes que apresentavam sintomas de dor devido a AIDS. Nessa pesquisa, três variáveis foram levadas em consideração: a auto-avaliação da intensidade da dor, a auto-avaliação do tempo perdido em decorrência da dor e a quantidade de uso de remédios para o seu controle. A intervenção hipnótica ocorreu durante 12 semanas e, após a análise dos resultados, verificou-se que todos os pacientes apresentaram melhora em pelo menos uma das variáveis investigadas e que 4 dos 5 relataram significativa diminuição do uso de medicamentos para o manejo da dor.

Em uma pesquisa de Everett (1993) para controle da dor durante as mudanças de curativos contou com a participação de 32 pacientes hospitalizados para tratamento de queimaduras graves. Estes pacientes foram separados em 4 grupos escolhidos aleatoriamente, assim, um primeiro grupo foi submetido somente hipnose, o segundo recebeu um tipo de medicamento (Lorazepam), o terceiro grupo recebeu hipnose associado ao mesmo tipo de medicamento e o quarto grupo foi considerado controle. A análise dos dados deste estudo nos mostra que embora ao longo do tratamento os grupos apresentassem diminuição das dores, não houve significativa diferença entre eles. Os

resultados de Everett contrastam com as descobertas trazidas nas recentes literaturas o que demonstra que ainda não se compreende totalmente o fenômeno da hipnose e como ela age em diferentes grupos.

Muitos estudos são desenvolvidos não somente com o propósito de comprovar o efeito da hipnose no manejo da dor, como também no intuito de explicar neurofisiologicamente como acontecem tais benefícios, visto que o mecanismo de ação dessa técnica ainda não é totalmente compreendido.

#### **2.1.4 Aspectos Neuropsicofisiológicos da Hipnose no Controle da Dor**

Em países como Canadá, França e Estados Unidos muitas pesquisas científicas estão sendo realizadas utilizando-se tecnologia avançada (Brain Mapping (BM); Potências Evocadas (PE); Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-SCAN) para uma melhor compreensão dos mecanismos neuropsicofisiológicos da hipnose. Ferreira (2006) refere que em 1998, estudos experimentais em pessoas hipnotizadas submetidas ao exame de tomografia por emissão de pósitrons<sup>7</sup>, indicavam que os pacientes que apresentavam anestesia hipnótica tinham aumento de serotonina nos locais do encéfalo responsáveis pela percepção consciente da sensação dolorosa e diminuição dos níveis de cortisol (níveis de estresse) no sangue.

Na tentativa de compreender como essa técnica pode atuar no controle e diminuição da dor Schulz-Stübner (2004) conduziu um estudo que pretendia identificar por meio de ressonância magnética funcional as áreas cerebrais que são ativadas durante o transe hipnótico e verificar o que acontece quando um estímulo térmico doloroso é aplicado em indivíduos hipnotizados e não hipnotizados. Para isso, 12 voluntários em boas condições de saúde formaram dois grupos, sendo que um foi submetido à hipnose e o outro não, contudo ambos sofreram estimulação térmico-dolorosa e foram avaliados através do exame de ressonância magnética. Os resultados demonstraram que os indivíduos com hipnose apresentaram menos ativação no córtex sensorial primário, no giro do cíngulo médio e no córtex visual, enquanto uma ativação aumentada foi vista no gânglio basal anterior e no córtex anterior cíngulo esquerdo.

Tais resultados indicam que a hipnose pode impedir que as entradas nociceptivas alcancem as estruturas corticais mais elevadas responsáveis pela percepção da dor no

---

<sup>7</sup> Tomografia por emissão de pósitrons (PET-SCAN): é uma técnica de visualização do funcionamento cerebral, que utiliza um marcador radioativo que mostra a atividade química no cérebro (Corrêa. 2005).

cérebro. Diante disso faz sentido dizer que os fatores emocionais estão relacionados ao mecanismo da dor, uma vez que o córtex cingulado está associado às funções cerebrais de regulação das emoções e níveis de ansiedade (Leeuw, 2005). Da mesma forma, Faymonville, Laureys, Degueldere, Delfiore, Luxem e Frank (2000) demonstraram que a atividade do córtex cingulado anterior (CCA) está relacionada com a redução das respostas afetivas e sensoriais a estímulos térmicos dolorosos durante a indução de hipnose.

Para Hutchison (1999), Basbaum (1996), Schulz-Stübner (2004) e Mohr, Binkofski, Erdman, Buchel e Helmcher (2005) o CCA desempenha um importante papel no processo de sensação de dor humana, uma vez que suas funções estão relacionadas a componentes sensorio, cognitivo, emocional e motivacional da dor. Tal região parece estar relacionada principalmente à sensação de sofrimento causada pela dor, uma vez que pacientes que sofreram lobotomia frontal (“cingulotomia”), tornaram-se indiferentes à percepção da sensação dolorosa (Goldenberg, 2002; Lent, 2004). Embora esses pacientes não tenham perdido a sensação de dor, eles perderam a percepção de sensação de sofrimento causada por esta. O CCA, além de participar da regulação do componente afetivo-emocional da experiência dolorosa, é a região cerebral responsável pela manutenção da atenção (Leeuw 2005; Cohen, 1999). Assim, a manutenção da atenção pode ser alterada pela sensação de dor, uma vez que esta parece interromper o processamento cognitivo da capacidade de prestar atenção (Eccleston, 1995; Eccleston e Crombez, 1999).

Sendo assim, dor e capacidade de atenção apresentam uma importante relação (Buffington, Hanlon & Mckeown, 2005) uma vez que tanto a dor pode alterar a manutenção da atenção, como a atenção, em outros estímulos que não a dor, pode colaborar para seu alívio (Eccleston, 1995; Eccleston & Crombez, 1999). Pessoas que se concentram na dor referem um aumento da sua intensidade (Rainville, Ducan, Price, Carrier & Bushnell, 1997), enquanto pessoas que tentam se concentrar em outras tarefas relatam diminuição da sensação de dor (Petrovic, 2000).

Tais informações demonstram a importância da “atenção” na percepção da dor e ajudam a entender porque a hipnose e até mesmo determinados estados de transe religioso ou mesmo a meditação podem reduzir as sensações dolorosas, uma vez que esses processos baseiam-se, principalmente na concentração da atenção.

Com o intuito de verificar a eficácia da hipnose Faymonville (2003) desenvolveu um estudo que comparou a percepção de dor e o funcionamento cerebral de pessoas em

estados hipnóticos, de imaginação e descanso durante uma condição experimental de estímulo doloroso aplicado na mão. O grupo de indivíduos que foi submetido a hipnose apresentou 50% de diminuição da percepção da dor se comparado aos grupos de imaginação mental e de descanso. A análise do PET-SCAN mostrou que o estado hipnótico comparado com estado de vigília normal (descanso e imaginação) significativamente realça a modulação funcional entre o córtex cingulado médio e uma grande rede englobando ínsula, córtex cingulado anterior, área motora pré-suplementar, córtex pré-frontal direito, estriado e tálamo. Estes achados apontam que o córtex cingulado médio desempenha um importante papel na modulação de uma grande rede cortical e subcortical interligando a influência nos componentes sensorial, afetivo e cognitivo da dor no contexto específico da hipnose. Resultados semelhantes foram divulgados no estudo de Faymonville, Boly e Laureys (2006) que comparou a percepção de dor e distribuição sanguínea regional do cérebro durante o estado hipnótico e estado de imaginação.

Rainville et al. (1997) referem que estudos com PET demonstram uma separação das estruturas corticais envolvidas nos dois componentes da dor, o neurosensorial (sensação da intensidade da dor) e o afetivo-emocional (sensação de desagrado). Isso indica que as sugestões hipnóticas direcionadas para a intensidade sensorial da dor modulam a atividade de estruturas corticais responsáveis pela percepção de dor, e também modulam estruturas associadas à sensação afetivo-motivacional de “desagrado”. No entanto, sugestões hipnóticas voltadas para o componente afetivo-motivacional da dor produzem modulação desse componente, e mínimas modificações do componente neurosensorial da dor.

Em um estudo desenvolvido por Crawford, Horton e Harrington (1998) utilizando RMF identificaram desvios dinâmicos, incluindo a atividade do hemisfério cerebral direito na região anterior do cíngulo correlacionada significativamente com reduzida percepção do componente afetivo-emocional da dor (desconforto). Utilizando PET e sugestões hipnóticas para reduzir o componente afetivo-motivacional (mas não o componente sensorial da dor), ocorreu redução desse componente afetivo-motivacional, correlacionado significativamente com a ativação da área cortical anterior do giro do cíngulo (CCA).

Outro aspecto que também pode colaborar para melhor compreensão a respeito do mecanismo de ação da hipnose no cérebro, pode estar relacionado a diminuição da ativação nas regiões frontais que ocorrem com o aprofundamento do estado hipnótico

identificadas no estudo de Mello (1998). Utilizando o mapeamento cerebral por EEG Digital, esse autor observou que o traçado no estado hipnótico é bastante semelhante ao estado de vigília, com projeção de ondas alfa não só nas regiões posteriores, mas também para as regiões mais anteriores do cérebro. Com o aprofundamento (transe profundo) da hipnose é possível detectar uma lentificação progressiva havendo o surgimento de ondas teta nas regiões frontais, em pequena quantidade, intercaladas pelas ondas beta (normais em vigília).

No entanto, o efeito analgésico da hipnose parece estar associado não apenas a mecanismos de ação do sistema nervoso central como também do sistema periférico. Pesquisas têm apontado que essa técnica pode tanto reduzir a intensidade de dor como o reflexo de retirada de membros mediante estímulo nocivo, isso indica que a hipnose atua na diminuição do limiar de dor em nível medular (Zacharie, 1998; Sandrini, 2000). Langenfeld, Cipani e Borckardt (2002) identificaram que durante o transe hipnótico as pessoas apresentam um aumento no limiar de dor se comparadas ao grupo controle, ou seja, essas pessoas necessitam de uma maior intensidade de estímulo doloroso para percepção de dor, o que demonstra um aumento da tolerância a esta. Esse efeito da hipnose no limiar de dor indica que esta técnica pode alterar a transmissão de impulsos pelas fibras A e C, que são responsáveis pela inibição da dor (Ferreira, 2006).

Entretanto, para que ocorra o efeito anti-nociceptivo da hipnose, esta tem que ser acompanhada por “sugestões de analgesia”. DahJgren (1995) submeteu dois grupos de pacientes a hipnose sendo que um grupo recebeu “sugestão de analgesia” e outro “sugestão de relaxamento”. Os resultados indicaram que o grupo que recebeu analgesia hipnótica apresentou maior diminuição da “intensidade da dor”, enquanto a indução de relaxamento apresentou maior benefício na redução do “desconforto” ocasionado pela dor.

Os estudos de Castel (2006) demonstraram que a analgesia sugerida por meio da hipnose apresentou efeito tanto na diminuição da percepção quanto da intensidade de dor se comparados aos grupos de hipnose com “sugestão de relaxamento” e apenas “relaxamento” que não apresentaram diferenças entre si.

O uso dessa técnica para o manejo da experiência dolorosa apresenta algumas particularidades que devem ser consideradas. Durante o procedimento hipnótico pode-se desenvolver um fenômeno chamado “analgesia focada”, no qual o efeito analgésico produzido pela hipnose pode ser destinado, em específico a apenas uma parte dolorida do corpo. Sharav (2006) desenvolveu uma pesquisa com o intuito de investigar se a

“analgésia focada” produziria efeito analgésico apenas na parte do corpo para a qual a sugestão hipnótica era destinada, ou se o efeito analgésico podia ser disseminado para outras partes. Estes autores identificaram maior diminuição da intensidade da dor na área para a qual a hipnose foi destinada, mas também verificaram, em menor grau, diminuição da intensidade da dor em outras partes do corpo. Esses pesquisadores atribuem a disseminação do efeito analgésico a outras partes do corpo ao “efeito do relaxamento”, mas não da “analgésia focada” especificamente.

Outra questão relacionada aos efeitos da hipnose no manejo da dor diz respeito ao grau de suscetibilidade<sup>8</sup> à hipnose do paciente. Algumas pesquisas, como a desenvolvida por Pascalis, Magurano e Bellusci (1999), demonstram que os benefícios da hipnose quanto ao alívio da dor, são proporcionais ao grau suscetibilidade hipnótica dos indivíduos, entretanto isso não quer dizer que os “menos hipnotizáveis” também não recebem benefícios. Por outro lado, Benhaiem (2001) e Ferreira (2006) não identificaram, relação entre o grau de suscetibilidade hipnótica e percepção de dor, pois durante a hipnose pessoas mais e menos hipnotizáveis apresentaram diminuição na percepção dolorosa da mesma forma.

## **2.2 DOR**

### **2.2.1. Avaliação Psicológica da Dor**

A dor é definida como uma “experiência subjetiva desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão” (*International Association for Study of Pain – IASP, 1979, p. 250*) sendo vivenciada por quase todas as pessoas, além de ser, geralmente, o motivo que as leva a procurar o sistema de saúde.

Para Melzack (1975) a dor era considerada uma resposta análoga ao estímulo que evocava, ou seja, ela desapareceria quando se removesse o estímulo. Contudo, estímulos repetidos durante um determinado período de tempo modificam, diminuem ou eliminam a relação entre o tempo e o estímulo, passando a resposta a depender de outros fatores. Assim, a dor não é uma sensação específica e sua intensidade nem sempre é proporcional à intensidade dos danos dos tecidos. Da mesma forma, Sousa e Silva

---

<sup>8</sup> Suscetibilidade Hipnótica ou Hipnotizabilidade: é o grau em que uma pessoa é hipnotizável (transe leve; médio ou profundo) (Ferreira, 2006).



(2005) consideram-na como um fenômeno psicofisiológico complexo e não somente um simples sinal neurofisiológico, como era vista. Para esses autores, o grau de dor registrada pode estar relacionado a sintomas fisiológicos específicos combinados com uma ou mais variáveis psicológicas, entretanto, é difícil dizer o que iniciou primeiro: a dor ou a alteração emocional.

Dessa forma, a experiência dolorosa é vista como um fenômeno multidimensional que envolve aspectos fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e sócio-culturais, sendo influenciada pela memória, expectativas e emoções, além de fatores como: condições sócio-econômicas, pensamentos, contexto cultural, sinais vitais, história médico-cirúrgica, estratégias de enfrentamento, dentre outros aspectos (Cailliet, 1990).

O entendimento da dor como um fenômeno multidimensional é predominantemente ancorado em teorias desenvolvidas por volta do século XX. Melzack e Wall (1965) identificaram fatores presentes na instalação e manifestação de dores, por meio da Teoria do Controle dos Portais (*Gate Control Theory*). De acordo com essa teoria a estimulação da pele ou outros órgãos evoca impulsos nervosos que são transmitidos a três sistemas da espinha dorsal: as células da substância gelatinosa, as fibras da coluna vertebral que se direcionam em direção ao cérebro e os transmissores centrais.

Para esses autores a substância gelatinosa funciona como um sistema de controle do portal, modulando os padrões aferentes antes deles influenciarem as células “T”. Padrões aferentes na coluna dorsal atuam em parte como um controle central de disparo, que ativa determinados processos neurais, tais como: liberação de neurotransmissores e outras substâncias, influenciando as propriedades modulatórias do sistema do portal. As células “T”, por sua vez, ativam mecanismos neurais que compreendem o sistema de ação responsável por respostas e percepção de estímulos (Sardá & Cruz, 2002). Essa teoria enfatiza a importância da modulação de estímulos dolorosos realizada pela espinha medular, sistema nervoso e hipotálamo. Nesse sentido, diversos aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais, podem interferir na percepção e resposta aos estímulos dolorosos (Angelotti & Sardá, 2005).

Justamente por ser uma experiência que compreende uma variedade de domínios sua avaliação se torna ampla e complexa. Segundo Tolisson e Langley (1992) os métodos de diagnóstico dos processos dolorosos tendem a medir indiretamente a dor. Para Tolisson e Hinnant (1996) o principal objetivo da avaliação psicológica (AP) de

pacientes com dor é detectar fatores emocionais e/ou comportamentais que possam estar complicando ou perpetuando a experiência dolorosa.

Para Figueiró (1999) no processo de AP as entrevistas devem ser conduzidas para abarcar características da experiência subjetiva de dor, estratégias de enfrentamento, comportamentos manifestos, uso indevido ou abusivo de fármacos, ganhos secundários, tipos de interação familiar e/ou conjugal, impacto financeiro e ocupacional, respostas aos tratamentos com o uso ou não de medicamentos. De acordo com Tolisson e Hinnant (1996), a avaliação psicológica da dor tem o propósito de detectar fatores que possam alterar a síndrome dolorosa crônica e identificar distúrbios afetivos e cognitivos associados à síndrome. A avaliação deve colaborar para a programação de estratégias preventivas e de tratamentos adequados.

Nesse sentido, Pimenta (1999) especifica que a AP do paciente com dor deve identificar na queixa dolorosa, além das características tais como localização, duração, intensidade, também fatores emocionais, comportamentais e culturais envolvidos na sintomatologia da dor, ou seja, “os objetivos da avaliação são estabelecer os elementos determinantes ou contribuintes para o quadro, aquilatar as limitações e os sofrimentos advindos da dor, nortear a escolha das intervenções analgésicas e verificar efetividade das intervenções implementadas” (p.44). Para Pimenta (2000) essa avaliação deve seguir o modelo tridimensional que avalia as dimensões<sup>9</sup>: sensório-discriminativa; motivacional-afetiva; cognitivo-avaliativa. A dimensão sensório-discriminativa diz respeito aos componentes físicos da dor, enquanto que a dimensão motivacional-afetiva abrange a interpretação da experiência dolorosa, envolvendo aspectos como tensão, respostas neurovegetativas, medo, punição e outros sentimentos. No que concerne a dimensão cognitivo-avaliativa são os aspectos relacionados à compreensão da experiência dolorosa por meio das características sensoriais e afetivas, experiências passadas, significado da situação, representações dos sintomas, além de outros aspectos cognitivos, que são avaliados.

Angelotti e Sardá (2005) consideram que a avaliação dessas dimensões deve abarcar três questões fundamentais: a) Qual a extensão e magnitude da doença ou sintoma? b) Como a dor interfere na vida do paciente e quais as limitações impostas por

---

<sup>9</sup>No cérebro, há uma ampla representação da dor em diversas áreas tanto corticais como subcorticais que resultam nas dimensões tanto sensitivo-discriminativas, afetivo-emocionais, cognitivo-avaliativa e comportamental que estão envolvidos nas diversas respostas relacionadas ao processo doloroso (Pimenta, 2000; Ferreira, 2004; Calvino & Grilo, 2005).

ela? c) quando e como os sintomas podem estar sendo alterados por aspectos sociais, emocionais ou comportamentais.

De acordo com esses autores a necessidade de quantificar e qualificar a sensação de dor e de medir a eficácia das terapêuticas utilizadas levou ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação da experiência dolorosa. Estes têm por objetivo promover a comunicação com o paciente e permitem comparações intragrupo, possibilitando uma compreensão da multidimensional da dor e suas repercussões na vida pessoal e social bem como auxílio no diagnóstico e na escolha terapêutica.

### **2.2.2 Medidas de Avaliação da Dor**

No que diz respeito ao método, a avaliação do fenômeno doloroso, segundo Pimenta (1999), este pode ser dividido em três categorias: medida de *respostas fisiológicas da dor*, *observações de comportamentos* relacionados à dor e *descrições verbais ou escritas* da dor e variáveis associadas a esta. Em relação às medidas de *respostas fisiológicas da dor*, estas geralmente são realizadas em laboratórios especializados e consistem em medir o limiar fisiológico, o limiar de tolerância e a resistência da dor. Por outro lado, as *observações de comportamentos* relacionados à dor permitem a compreensão da manifestação dolorosa no que se refere à interpretação e resposta a estímulos dolorosos. As observações podem ser definidas como medidas comportamentais e as abordagens mais comuns são o registro de limitações funcionais em função da dor, bem como a observação de respostas voluntárias e involuntárias (Angelotti & Sardá, 2005).

Os métodos mais utilizados pelos profissionais da saúde são as *descrições verbais ou escritas da dor*, que permitem o acesso aos componentes motivacional-afetivo; sensório-discriminativo e cognitivo-avaliativo. São exemplos desses métodos: as escalas de dor, entrevistas, testes psicológicos, técnicas projetivas e diários de dor que permitem a compreensão da subjetividade do paciente e de diversas outras variáveis não acessadas pelos dois outros métodos.

Há uma diversidade de Escalas, Questionários, Inventários e Testes Psicológicos utilizados tanto para avaliar a dor de forma geral e suas especificidades quanto os sintomas a ela associados. Tollison & Hinnant (1996) apresentam 13 instrumentos psicométricos utilizados para avaliar pacientes com dor, conforme Quadro 1:

#### **Quadro 1: Instrumentos Psicométricos de Avaliação da Dor.**

<b>Instrumento</b>	<b>Descrição Resumida</b>	<b>Tempo de Aplicação e Idade</b>
Perfil de Pacientes com Dor (P-3)	Múltipla escolha com 44 itens. O P-3 é empregado para avaliar pacientes com distúrbios emocionais associados à dor. Possui três dimensões (depressão, somatização e ansiedade) para avaliar dificuldades psicológicas.	15min 17 anos em diante
Inventário de Dor Multidimensional de West Haven (MPI)	Contém 60 itens de escolha forçada com 7 possibilidades. Segue o modelo comportamental cognitivo, tem 12 dimensões psicológicas para verificar o impacto da dor sobre a vida diária do paciente. Recomenda-se usar concomitantemente com outras medidas que avaliem distúrbios psicológicos.	20-30 min Adultos
Avaliação Comportamental da Dor (BAP)	Contém 390 itens de escolha forçada com 7 possibilidades. Segue o modelo biopsicossocial multidimensional, tem 9 dimensões (demográfica, atividade, interferência, evitação, influência física, qualidade física; crenças sobre a dor, percepção das conseqüências e enfrentamento). Recomenda-se usar concomitantemente com outras medidas de distúrbios psicológicos e de capacidade física.	60-90 min Adultos
Questionário de dor McGill (MPQ)	Contém 20 categorias de descritores verbais para avaliar a dor e um mapa corporal para localização da dor. Cada categoria possui de 2-5 descritores organizados conforme a intensidade da dor. Mede aspectos sensoriais, afetivos, cognitivos e avaliativos da dor.	30-45 min Adultos com um bom repertório verbal.
Inventário de sintomas 90-Revisado (SCL-90-R) <sup>10</sup>	Contém 90 itens, escala <i>likert</i> , cinco possibilidades de respostas 0,1,2,3,4. Avalia dificuldades psicológicas ou psicopatológicas, possui 9 escalas de sintomas primários, 1 adicional para avaliação de sintomas clínicos e 3 índices globais.	12-15 min 13 anos em diante
Bateria de Dor Crônica (CPB)	Contém aproximadamente 200 itens, múltipla escolha (falso/verdadeiro). Multidimensional para pacientes com câncer e tumor-maligno, inclui informações médicas e funcionamento social. Nesta bateria o SCL-90-R foi incorporado.	60-75 min Adultos
Inventário de Personalidade Multifásico de Minnesota (MMPI) e revisado (MMPI-2)	MMPI (1943) é um inventário de personalidade. Na versão revisada (MMPI-2) foram incluídos itens para a avaliação da dor. Possui 566 itens, com escolha entre falso/verdadeiro. Contém escalas de: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóica e distúrbio psicótico. O inventário permite traçar o perfil psicológico do paciente avaliando as dificuldades psicológicas e principalmente as psicopatológicas (doenças psiquiátricas).	60-90 min 18 anos em diante
Inventário de Comportamento de Saúde Millon (MBHI)	Contém 150 itens (falsos/verdadeiros) para medir fatores psicológicos de enfrentamento relacionados com os cuidados de saúde física. Possui 20 dimensões clínicas organizadas em 4 categorias (estilo de enfrentamento, atitudes psicogênicas, correlatos somáticos e indicadores de prognóstico). Utilizado em pacientes internados.	20-30 min 18 anos em diante

<sup>10</sup> Inventário traduzido para o português por Sardá, 1999.

(continuação Quadro 1)

Instrumento	Descrição Resumida	Tempo de Aplicação e Idade
Questionário de Análise Clínica (CAQ)	CAQ possui 272 itens, duas etapas de aplicação. É um teste multidimensional que combina medidas de diagnóstico de comportamento desviante e estratégias de enfrentamento. Permite um diagnóstico geral, utilizado no acompanhamento do tratamento, e fornece orientações vocacionais. O CAQ tem 16 traços de personalidade somados a 12 características patológicas.	100 min 16 anos em diante
Inventário de Avaliação de Personalidade (PAI)	Contém 344 itens (cada item com 4 possibilidades de resposta). É um teste de personalidade multidimensional com 22 escalas que cobrem uma ampla faixa de desordens mentais (4 escalas de validade, 11 clínicas, 5 tratamento e 2 interpessoal. Foi desenvolvido para avaliar psicopatologias, fornecendo informações para o diagnóstico clínico, planejamento do tratamento e visão geral de psicopatologia. Não foi elaborado para pacientes com queixa primária de dor.	45 min 18 anos em diante
Inventário de Depressão de Beck (BDI)	Contém 32 itens (cada item com 4 possibilidades de resposta) que possibilitam verificar a intensidade da depressão em pacientes psiquiátricos. Também usado para detectar depressão na população normal.	5-10 min 16 a 80 anos
Questionário de 16 Fatores de Personalidade (16-F)	É um teste de múltipla escolha com 187 itens (cada item com 3 possibilidades de resposta). Fornece informação e avalia 16 traços primários de personalidade. Descreve vários graus de distúrbios psicológicos e psicopatológicos.	46-60 min 16 anos em diante
Inventário de Respostas de Enfrentamento (CRI)	Contém 58 itens (cada item com quatro possibilidades de resposta). Existe a versão adulta e jovem. Identifica respostas comportamentais e cognitivas utilizadas para enfrentar situações estressantes ou problemas recentes. São investigadas a forma atual de enfrentamento e a forma ideal para o enfrentamento. Os dados foram normalizados para população sem dor.	15-20 min adulta (18 em diante)

FONTE: Adaptado de Tolisson e Hinnant (1996, p.121-122)

De acordo com Sardá e Cruz (2002), os instrumentos mais utilizados para a avaliação da dor são: Escala Visual Analógica (EVA) que mede a percepção da intensidade da dor e algumas medidas psicológicas, tais como: Questionário de Dor de McGill (MPQ); Avaliação Comportamental da Dor (BAP); Questionário de 16 fatores de Personalidade (16 – PF); Inventário de Depressão de Beck (BDI); Inventário de Sintomas 90 (SCL-90-R) e Perfil de Pacientes com Dor (P-3). Angelotti e Sardá (2002) também incluíram à essa lista o Inventário de Ansiedade (IDATE) e o Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp (ISS-Lipp). Angelottie e Sardá (2002) ressaltam que embora o MPQ, o P-3, o SCL-90-R e o BAP sejam instrumentos adequados para a avaliação de pacientes com dor, apenas o 16 PF, o BDI, o EVA, o IAD, o IDATE e o MMPI são validados e normatizados no Brasil.

Com isso, a avaliação psicológica tem sido realizada de forma a colaborar para uma compreensão mais objetiva dos aspectos psicológicos associados às síndromes dolorosas passíveis de alterá-las. A escolha do instrumento adequado deve ser parte desse processo de avaliação ampliando não somente a qualidade da avaliação dos sintomas, mas também do tratamento da dor (Angelotti, 2002).

### 2.3 SÍNDROME DA FIBROMIALGIA

Inicialmente, a dor apresenta funções de defesa e proteção do organismo, pois age como um sinal de alerta a fim de evitar situações danosas (Bear, Connors & Paradiso, 2002). É considerada aguda quando está associada a mecanismos de defesa do organismo, pois sinaliza para ocorrência de lesões teciduais; apresenta curta duração e cessa com a interrupção do estímulo (Teixeira, 2003; Lent, 2004). No entanto, a ela pode persistir para além da utilidade fisiológica e se tornar crônica, atuando assim, como um agente estressante ao organismo (Blackburn-Munro & Blackburn-Munro, 2001). Nesses casos ela já não tem a função biológica de alerta inicial, e se torna associada a processos crônicos que causam dor contínua e recorrente, mal delimitada no tempo e no espaço com respostas emocionais relacionadas à ansiedade e a depressão (Pimenta, 2000; Calvino & Grillo, 2006).

Nesse sentido, a fibromialgia é uma síndrome crônica de caráter não inflamatório (D'Arcy & Mccarberg, 2005), caracterizada por pontos de dores musculares distribuídos pelo corpo associados a outros sintomas, como: distúrbios do sono, fadiga, sintomas gastrointestinais, dor de cabeça, reduzida capacidade física e disfunções afetivas como depressão e ansiedade (Walker, 1997; Chaitow, 2002). Entretanto, somente em 1990, o Colégio Americano de Reumatologia (*American College of Rheumatologists - ACR*) definiu como critérios diagnósticos<sup>11</sup> para a SFM a existência de queixas de dores permanentes por mais de três meses consecutivos em pelo menos 11 dos 18 pontos dolorosos anatomicamente padronizados (Figura 1), sendo eles: inserção dos músculos occipitais; coluna cervical baixa (C5-C6); músculo trapézio; borda medial da espinha da escápula; quadrantes externos superiores das nádegas;

---

<sup>11</sup>Segundo Chaitow (2002), o diagnóstico da Síndrome Fibromiálgica é difícil de ser estabelecido, uma vez que alguns pacientes não respondem ao critério de 11 dos 18 pontos dolorosos sugeridos pelo ACR, porém, apresentam todos os outros sintomas correspondentes à síndrome. Além disso, pessoas com outros tipos de doença como a síndrome da dor miofascial, podem apresentar dor em 11 ou mais dos 18 pontos e não apresentar SFM.

proeminências dos trocânteres maiores do fêmur; segunda junção costochondral; epicôndilo lateral do cotovelo; coxim adiposo medial do joelho (junto ao tendão da pata de ganso). De acordo com Weidebach (2002) os pontos devem ser considerados dolorosos após a digito-pressão com intensidade de força equivalente a 4 kgf/cm<sup>2</sup>, devendo, para tanto, ser utilizado um dolorímetro.



**Figura 1. Pontos de dor.**

FONTE: Ilustração retirada do estudo de Wolfe, Smythe e Yunus, 1990.

A SFM tem como principal característica a *presença de dor crônica* generalizada definida pelo ACR como dor nos quatro segmentos do corpo mais coluna vertebral e por se tratar de uma síndrome, geralmente apresenta outros sintomas associados como: fadiga persistente, rigidez matinal generalizada e sono não reparador, além de outros aspectos como cefaléia, sensibilidade ao frio, dismenorréia e um possível componente psicológico representado frequentemente por altos níveis de *ansiedade e depressão*, dentre outros sintomas (Chaitow, 2002).

Na tentativa de agrupar os principais aspectos relacionados à SFM Chaitow (2002) reuniu estudos de diferentes autores e destacou a presença de: alergias, hiperventilação, ansiedade, depressão, síndrome do colón irritável, fadiga e dor muscular, distúrbios do sono, distúrbios da tireóide e má regulação das funções cerebrais. Esses fatores estão presentes na maioria dos quadros de SFM e apresentam

uma complexa interação, sendo que alguns apresentam uma parcial ligação causal com a síndrome, enquanto outros surgem como consequência dos fatores etiológicos.

Para Masi, White e Pilcher (2002) as causas associadas a SFM podem ser melhor compreendidas apenas quando a avaliação do indivíduo fibromiálgico parte do ponto de vista biopsicossocial, ou seja, a compreensão das causas deve considerar características individuais (bioquímicas, biomecânicas e psicossociais), além do estado emocional e do ambiente ou contexto sócio cultural ao qual o indivíduo esta inserido. D'Arcy e McCarberg (2005) também corroboram com esse ponto de vista quando referem que diferentes aspectos, isolados ou combinados, podem favorecer as manifestações da Síndrome da Fibromialgia, dentre eles: doenças graves, traumas emocionais ou físicos e mudanças hormonais.

Ainda não foi identificada nenhuma causa específica para o surgimento da SFM. A fibromialgia surge de uma série de variáveis associadas com difícil distinção em relação a sua função de causa ou efeito, uma vez que a falta de uma etiologia específica dificulta determinar o que é sintoma e o que é fator desencadeante do quadro clínico da síndrome (Sanches, 2006).

### **2.3.1 Síndrome da Fibromialgia e Alterações Emocionais**

De acordo com Pimenta (1999), a ocorrência de depressão e ansiedade está freqüentemente associada a estados dolorosos. Sua incidência é comum em pacientes com dor e, em maior freqüência, nas dores crônicas. Estudos como o de Sardá (1999), Sardá, Kupek & Cruz (2000), Cruz (2001), Caldas (2002), Sardá (2002) e Frutuoso (2006) apontam que a presença de sintomas de depressão, ansiedade e somatização podem contribuir para a instalação, manutenção e exacerbação da intensidade de dor. Segundo Bär (2005) pesquisas têm proposto importantes relações entre dor crônica e depressão, pois, tanto pacientes depressivos têm demonstrado maior vulnerabilidade à queixa de dor como quadros de dor crônica têm sido acompanhados de depressão. D'Arcy e McCarberg (2005) aludem que quando esta associação (dor crônica depressão, ansiedade) ocorre, os pacientes sentem mais dor, e um prejuízo no funcionamento interpessoal, social e profissional fica evidenciado.

Em estudo realizado por Deitos, Noal, Garcia e Rodrigues (1998) verificou-se que 25% dos indivíduos portadores de dores crônicas desenvolvem depressão durante o curso da doença. Esses mesmos autores mencionam estudos que referem que pacientes



com dor crônica e sem lesão física significativa apresentam 86% de diagnóstico de depressão, e naqueles com dor crônica associada à doença física, 58%. Para Pimenta (1999), embora seja difícil estabelecer uma relação causal, existem evidências de que as alterações emocionais como ansiedade e depressão tendem a intensificar a dor, sendo que a depressão não é somente uma condição co-mórbida, mas interage com a dor crônica aumentando a morbidade e mortalidade desta.

Existem dois modelos que tentam explicar a relação entre dor e depressão. Segundo Pimenta (1999), o modelo cognitivo comportamental indica que a redução de atividades diárias, os sentimentos de perda de prestígio social e a dificuldade de controle dos sintomas da doença ocasionam depressão. O isolamento social e laboral também podem colaborar para a suscetibilidade da percepção da dor. Por outro lado o modelo neurobiológico enfatiza a diminuição de neurotransmissores centrais, entre eles serotonina, a norepinefrina em processos de dor e depressão.

A relação entre fibromialgia e depressão ainda não é totalmente compreendida. Enquanto algumas pesquisas apontam-na como uma das possíveis causas relacionadas ao surgimento da SMF, outras associam a depressão como consequência do conjunto de sintomas característicos da síndrome (Chaitow, 2002). Além disso para Berber, Kupek e Berber (2005) existe a possibilidade de que as duas doenças (fibromialgia e depressão) possam apenas compartilhar um fator etiológico comum, sem relações de causa e efeito.

Por outro lado, pesquisadores como Joça, Padovan e Guimarães (2003) referem que o estresse parece ser um dos principais fatores que predis põem um indivíduo à depressão. Dessa forma, pessoas que já possuem uma predisposição genética podem vir a desenvolver quadros depressivos após a exposição do organismo a algum tipo de evento estressante. Berlin, Perizzolo e Fleck (2003) indicaram que o estresse pós-traumático pode ser determinante no desenvolvimento da depressão maior, embora muitas vezes seja considerado como uma comorbidade.

De acordo com Sanches (2006) não só a ocorrência de algum tipo de estresse pós-traumático pode estar associada ao desencadeamento da depressão como também a exposição contínua do organismo a um ou vários fatores estressantes. Os fatores ambientais aos quais os indivíduos estão diariamente expostos podem ser chamados de agentes estressores e a resposta a esses agentes é diferente para cada indivíduo. Dessa forma, a dor crônica, principal característica da SFM, em conjunto com outros sintomas persistentes, pode agir como fator estressante proporcionando o desencadeamento da depressão em pessoas com esta síndrome (Chaitow, 2002). Nesse sentido, um estudo de

Turk (1996) demonstrou maior prevalência de depressão, ansiedade e aumento da intensidade da dor em pacientes que apresentavam história prévia de estresse pós-traumático quando comparadas aos pacientes sem esse histórico. Martinez (1995) encontrou em suas pesquisas distúrbios de personalidade em 64% dos pacientes com SFM, além de outras disfunções como ansiedade e depressão.

Um estudo de Vaeroy (2005) demonstrou correlação positiva entre dor de origem reumática e o desenvolvimento de alterações afetivas como ansiedade e depressão. Walker (1997) também encontrou em suas pesquisas que pacientes com fibromialgia apresentam maior prevalência de disfunções de ansiedade e humor ao longo da vida do que pacientes com artrite reumatóide. Em pesquisas desenvolvidas por esse pesquisador verificou-se que fibromiálgicos geralmente apresentam maiores alterações de humor do que pacientes com artrite reumatóide (AR), e além disso, em 90% dos casos, um diagnóstico prévio de disfunções afetivas é constatado enquanto, 50% dos pacientes com AR não apresentam o mesmo diagnóstico.

Berber et al. (2005) desenvolveu uma pesquisa com objetivo de estimar a prevalência de depressão em pessoas com SFM, bem como estabelecer relações com a qualidade de vida. Assim, identificou que a prevalência de depressão entre os pacientes de fibromialgia é de 32,9% para depressão leve, 21,4% para depressão moderada e 12,9% para depressão severa. Neste estudo, a depressão contribuiu pela queda estatisticamente significativa dos escores de qualidade de vida relacionados ao condicionamento físico, funcionalidade física, percepção da dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral.

Considerando os resultados das pesquisas, constata-se que alterações psicológicas e comportamentais estão associadas ao desencadeamento da síndrome e/ou gravidade dos seus sintomas. Assim, essas alterações fazem com que pacientes que têm fibromialgia apresentem maior sensação de dor e incapacidade, deficitárias relações interpessoais e diminuição da capacidade de realizar atividades diárias além de alterações nos estados emocionais, mais especificamente depressão e ansiedade.

### III. MÉTODO

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta é uma pesquisa do tipo experimental transversal (Cervo & Bervian, 1983; Marconi & Lakatos 2001; Rúdio, 2002), pois procurou verificar os efeitos da hipnose na percepção de dor em mulheres com Síndrome de Fibromialgia (SFM). Coolican (2004) destaca que estudos experimentais requerem a realização de um grupo controle e a manipulação da variável independente. Assim, a variável independente<sup>12</sup> (VI) desta pesquisa foi a “hipnose” e as variáveis dependentes<sup>13</sup> (VD) foram: percepção da sensação dolorosa (intensidade de dor), depressão e ansiedade. Na pesquisa experimental o pesquisador realiza um experimento, dentro de condições anteriormente definidas, a fim de observar se produz certos efeitos e verificar a relação que se estabelece entre as variáveis pesquisadas (Rúdio, 2002).

#### 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desta pesquisa foi constituída por mulheres com Síndrome da Fibromialgia residentes na região da Grande Florianópolis. O convite para a participação da pesquisa foi feito às mulheres que freqüentam ou freqüentavam projetos de universidades destinados ao atendimento de pessoas com esse tipo de síndrome. A amostra foi composta por 20 mulheres com SFM divididas em 2 grupos, com 10 participantes cada, denominados: Grupo de Hipnose (GH); Grupo Controle (GC), que apresentaram os seguintes critérios de inclusão:

1. Queixa de dor;
2. Diagnóstico clínico de SMF conforme os critérios do *American College Rheumatology*;
3. Ser mulher e ter mais de 18 anos. De acordo com Chaitow (2002) e D’Arcy e McCarberg (2005) a prevalência da SFM pode variar entre 2% a 5% da população, sendo mais comum em mulheres (de 30 a 60 anos) do

---

<sup>12</sup> Variável Independente (VI): é aquela que influencia, determina ou afeta outra variável, sendo o fator manipulado pelo investigador (Lakatos & Marconi, 1991).

<sup>13</sup> Variável Dependente (VD): é a que diz respeito aos valores explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pela variável independente (Lakatos & Marconi, 1991).

que em homens, numa proporção de 20 mulheres para cada homem. Schochat e Beckmann (2003) consideram que a prevalência da síndrome em mulheres está relacionada a aspectos hormonais. Em função dessas considerações justifica-se a escolha por uma amostra de mulheres que apresentem idade superior a 18 anos;

4. Disponibilidade para freqüentar as sessões durante a semana.

Da mesma forma, foram incluídas na amostra as participantes que preencheram o consentimento de participação livre e esclarecido (Apêndice 2). Assim, o processo de seleção foi do tipo não-probabilístico com amostras acidentais (Rúdio, 2002), pois foram integradas aos grupos (GH e GC) as mulheres com os pré-requisitos de inclusão necessários que quiseram participar da pesquisa como voluntárias. Essa seleção aconteceu no Instituto Milton H. Erickson de Florianópolis (SC), filiado a *Foundation Milton H. Erickson* Fenix-Arizona (EUA).

### 3.3 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Esta pesquisa utilizou cinco instrumentos de medida para coleta de dados: Questionário Sócio-Demográfico e Clínico; Escala Analógica Visual (Visual Analogue Scale – VAS); Inventário de Depressão de Beck (BDI); o Inventário de Ansiedade-Estado (IDATE) e um estetoscópio/esfigmomanômetro<sup>14</sup>.

#### a) Questionário de Caracterização Geral (Anexo 2)

Para caracterização geral das participantes foi utilizado o “Questionário Sócio-Demográfico e Clínico” elaborado por Konrad (2005) e adaptado<sup>15</sup> pelo grupo de pesquisadores do Laboratório de Psicologia do Esporte e do Exercício (Lape) da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc). Esse questionário foi constituído de perguntas sobre dados pessoais: idade, estado civil, escolaridade, ocupação, e aspectos clínicos da doença como: tempo de dor, diagnóstico, tratamento, uso de medicação, terapia complementar, causas, sintomas, fatores moduladores e outras condições clínicas associadas à SFM.

---

<sup>14</sup> Esse aparelho foi utilizado para o “controle de variáveis”.

<sup>15</sup> Esse questionário é utilizado no projeto de extensão universitária intitulado “Avaliação e Tratamento de pessoas com Síndrome da Fibromialgia a partir da terapia corporal e da Psicologia do Exercício – Terapias Complementares para a Fibromialgia” da Universidade do Estado de Santa Catarina e foi gentilmente cedido pelo Laboratório de Psicologia do Esporte e do Exercício (Lape) para este estudo.

### **b) Percepção da Sensação Dolorosa**

Para avaliar a percepção da sensação dolorosa (intensidade de dor) foi utilizada a Escala Analógica Visual (*Visual Analogue Scale – VAS*). Essa escala consiste de uma linha de 10 cm, com âncoras em ambas as extremidades. Numa delas é marcada “nenhuma dor” e na outra extremidade é indicada “a pior dor possível” ou frases análogas. A magnitude da dor é indicada marcando a linha e uma régua é utilizada para quantificar a mensuração numa escala de 0-100 mm. De acordo com Sousa e Silva (2005), esse instrumento tem sido considerado sensível, simples, reproduzível e universal, ou seja, pode ser compreendido em distintas situações onde há diferenças culturais ou de linguagem do avaliador, clínico ou examinador.

### **c) Inventário de Depressão de Beck (BDI)**

Os níveis de depressão foram investigados por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI), desenvolvido por Beck, Rush e Shaw (1961). Esse inventário consiste em uma escala composta de 21 itens, cuja pontuação de cada item varia de 0 a 3 pontos. Tais itens são referentes a sintomas e atitudes característicos de depressão como: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção de imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbios do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e perda da libido. Somados todos os itens, este inventário fornece uma pontuação final que pode variar de 0 a 63 pontos, indicando que quanto maior a pontuação, maior o nível de depressão. A versão em português deste instrumento foi analisada em um estudo desenvolvido por Gorestein e Andrade (1998), apresentando índice de confiabilidade de 0,81. Esse instrumento já foi utilizado em outras pesquisas para avaliar sintomas depressivos em pessoas com Síndrome da Fibromialgia. Guven, Kul Panza e Gunduz (2005) verificaram a frequência de depressão, grau de dor e a relação entre esses aspectos em mulheres fibromiálgicas. Ofuoglo (2005) comparou a qualidade de vida e aspectos psicológicos de pessoas com SFM e pessoas com artrite reumatóide. Buckhardt, O’Reilly, Wiens, Clark, Campbell e Bennet (1994) após a utilização de distintos instrumentos de medida concluíram que o Inventário Beck é o mais sensível para avaliar níveis de depressão em mulheres fibromiálgicas. Marques (2004) confirmou o poder de discriminação desse inventário para avaliar pessoas com SFM.

#### **d) Inventário de Ansiedade-Estado – IDATE**

A ansiedade-estado foi avaliada por meio do Inventário de Ansiedade-Estado (IDATE). Esse instrumento de medida foi desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1979) e permite avaliar a ansiedade-estado e ansiedade-traço. Compreende em um questionário auto-aplicável, constituído por 20 itens, baseados em duas escalas (A-estado e A-traço) e um nível de mensuração de 4 pontos: Para A-estado: Absolutamente não = 1; Um pouco = 2; Bastante = 4; muitíssimo = 4, com 10 itens contados inversamente, sendo: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20. Os quatro níveis de mensuração para A-traço são: Quase nunca = 1; Às vezes = 2; Frequentemente = 3; Quase sempre = 4, sendo sete itens contados inversamente: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19. A amplitude possível para o IDATE varia entre 20 e 80 pontos nas duas escalas. Os pesos das respostas marcadas 1, 2, 3 e 4 para os itens a inverter são 4, 3, 2 e 1, respectivamente. O IDATE é, segundo seus autores, válido para medir ansiedade e possui consistência interna (de 0,83 a 0,93). A validade do inventário está baseada no princípio de que apresenta componentes de ativação e desativação do estado da ansiedade, que é estabilizado pela análise de fatores (Martens, 1982). Para esse estudo foi considerada três níveis de ansiedade: 20 – 40 pontos = baixa ansiedade, de 41- 60 pontos = média ansiedade e de 61 – 80 pontos = alta ansiedade. Avaliou-se somente Ansiedade-Estado.

#### **f) Pressão Arterial**

A pressão arterial (PA) foi medida por meio esfigmomanômetro/estetoscópio. De acordo com Lólio (1986) a PA pode variar em função de flutuações verdadeiras ou aparentes. As primeiras se devem a variação intraindividual, quer durante as 24 horas, quer durante o decorrer de períodos mais longos de tempo em função de estímulos fisiológicos intrínsecos (sono, febre, exercício, dor, por exemplo) ou ambientais (ruído, frio, calor dentre outros). De acordo com essa autora, devido a esta variabilidade, discute-se a necessidade da medição da PA em condições de repouso (“medidas basais”) ou mesmo a monitorização da PA nas 24 horas, mas para fins práticos são as medidas “casuais” as que serão utilizadas na presente pesquisa. Para Organização Pan-Americana da Saúde (1986) as flutuações aparentes são erros de medida que podem estar relacionadas com o:

1. Aparelho: má conservação, descalibração, vazamentos, entre outros;

2. Observador: uso do manguito inapropriado ao tamanho do braço ou mal colocado; compressão da artéria braquial pela campânula do estetoscópio; escolha de dígitos terminais preferenciais, por vícios adquiridos de longa data e insuficiência de treinamento; esvaziamento muito rápido ou muito lento do manguito, dentre outros erros de técnicas;
3. Paciente: obesidade (sem a devida correção do tamanho do manguito); presença de arritmias cardíacas; existência de artérias muito rígidas em idosos, uso de drogas vasodilatadoras, betabloqueadores e inibidores adrenérgicos, uso de estimulantes (mais especificamente fumo e café), exercício físico ou alimentação recente.

### **3.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS**

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e após a aprovação (Anexo 3) deste foi dado início a coleta de dados.

Inicialmente um contato por telefone foi feito com mulheres que apresentavam diagnóstico clínico de Síndrome da Fibromialgia convidando-as a participarem de uma reunião previamente marcada. Nessa primeira reunião<sup>16</sup>, as participantes foram divididas, aleatoriamente (por meio de um sorteio), em 2 grupos (GH e GC). Após essa divisão o Grupo de Hipnose (GH) recebeu informações<sup>17</sup> sobre a técnica de hipnose. O Grupo Controle (GC) foi informado apenas sobre a forma de avaliação psicológica que seria realizada na primeira semana e após 5 semanas, sendo orientados a não participarem, durante esse período, de nenhuma intervenção psicológica<sup>18</sup>.

Nesta, foram explicitados para ambos os grupos, os objetivos da pesquisa, relevância, procedimentos, bem como a garantia de sigilo, a possibilidade de deixarem de participar da pesquisa a qualquer momento e o direito de recusar a participação na mesma. Assim, as mulheres que aceitaram participar como voluntárias assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Entretanto, para serem

---

<sup>16</sup> A pesquisadora e a especialista que aplicou as intervenções (de hipnose) estiveram presentes nessa primeira reunião.

<sup>17</sup> Estas informações tiveram como objetivo desmistificar a técnica de hipnose e esclarecer quaisquer dúvidas que se fizeram necessárias.

<sup>18</sup> Caso alguma mulher necessitasse de intervenção psicológica nesse período, a pesquisadora deveria ser avisada.

incluídas na presente pesquisa necessitaram preencher os pré-requisitos anteriormente descritos.

Tanto o GH, quanto o GC responderam, nesse primeiro momento, o Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, a Escala Analógica Visual (Visual Analogue Scale – VAS), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade-Estado – IDATE na presença da pesquisadora que orientou a forma de preenchimento e esclareceu qualquer dúvida que se fez necessária. Após o preenchimento dos instrumentos de avaliação foram agendados os horários das sessões de hipnose, organizados em comum acordo entre a pesquisadora e as participantes, levando-se em conta a disponibilidade de horários da especialista que aplicou as intervenções.

Essas intervenções (total de 50 sessões, 5 sessões para cada participante) foram realizadas em uma sala de atendimento psicológico do Instituto Milton H. Erickson de Florianópolis<sup>19</sup>. Ao chegar para a primeira sessão, foi medida (pela pesquisadora) a pressão arterial (PA) de cada participante, antes e depois da intervenção. Assim, a PA foi medida, no início e no final da 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 5ª sessões. As medidas foram tomadas no lado direito, no terço médio do braço, na posição sentada. O esfigmomanômetro foi insuflado até 250 mmHg. Antes da primeira medição de cada sessão as participantes permaneceram sentadas, durante 10 minutos, a fim de ser estabelecida a normalidade da PA. No Grupo Experimental, os procedimentos para a coleta de dados após as cinco semanas foram idênticos aos adotados no pré-teste, com a diferença de que foram aplicados individualmente na ante-sala do consultório e não mais coletivamente<sup>20</sup>.

O Grupo Controle (GC) foi submetido aos mesmos procedimentos de avaliação antes e depois, porém sem ser submetido às intervenções, visando obter dados para comparar os grupos e obter maior controle sob os efeitos produzidos pelo Grupo Experimental (GH).

Foram tomados todos os cuidados relativos ao conforto físico dos participantes e manejo de estímulos que poderiam interferir nos resultados, tais como: adequada iluminação e ventilação, limpeza, ruídos, cadeiras confortáveis dentre outros.

---

<sup>19</sup> O Laboratório de Psicologia do Trabalho e Ergonomia (Psitrab) firmou parceria de trabalho com a presidente do Instituto Milton H. Erickson de Florianópolis (SC)-(filiação a Fundação Milton Erickson, Fênix-Arizona (EUA), Psicóloga Márcia Alencar, para realização desta pesquisa. A referida psicóloga é quem desenvolveu as técnicas e também quem aplicou as intervenções de hipnose.

<sup>20</sup> Esse procedimento será adotado para promover maior comodidade aos participantes da pesquisa.



O delineamento experimental da pesquisa pode ser descrito conforme o Quadro 2:

**Quadro 2: Delineamento experimental da pesquisa.**

<b>Grupos</b>	<b>Pré- teste</b>	<b>Tratamento</b>	<b>Pós – teste</b>
GC	O <sub>1</sub>	-	O <sub>2</sub>
GH	O <sub>1</sub>	X1	O <sub>2</sub>

GC – Grupo Controle (não realizou nenhum tipo de intervenção).

GH – Grupo Experimental (realizou a intervenção hipnótica).

O<sub>1</sub> – Valores de pré-teste das variáveis: percepção da sensação dolorosa, depressão, ansiedade e pressão arterial.

O<sub>2</sub> - Valores de pós-teste das variáveis: percepção da sensação dolorosa, depressão, ansiedade e pressão arterial.

X<sub>1</sub> – Intervenção Hipnótica realizada durante 5 semanas, uma vez por semana com 45 min por sessão.

### **3.5 GERENCIAMENTO DAS VARIÁVEIS**

#### **3.5.1 Tratamento da Variável Independente**

GH (Grupo Hipnose): foi composto por 10 mulheres com SFM que participaram de 05 sessões de hipnose que foram realizadas com frequência de uma vez por semana com duração de 45 minutos, individualmente. Para cada uma das cinco sessões foi utilizada uma técnica padrão para todos os participantes. As intervenções foram realizadas por uma especialista em hipnose clínica do Instituto Milton H. Erickson de Florianópolis – SC. A descrição das sessões encontra-se no Apêndice 3. As técnicas desenvolvidas basearam-se nos seguintes fenômenos hipnóticos: rapport, dissociação, analgesia, anestesia, distorção do tempo, alucinações positivas, amnésia, sugestão pós-hipnótica.

##### **3.5.1.1 Teoria Base – Abordagem Ericksoniana**

As técnicas de hipnose desenvolvidas para o presente estudo têm como pressuposto primordial os fundamentos da abordagem ericksoniana. Esse método de trabalho foi criado pelo médico psiquiatra americano Milton H. Erickson (1901-1980)

que desenvolveu além de uma teoria sobre a natureza da hipnose uma abordagem diferente das existentes até então, revolucionando a hipnologia do século XX. As técnicas desenvolvidas a partir dessa inovação caracterizam-se pela utilização de metáforas e uma linguagem de fácil acesso. Durante a indução hipnótica são utilizadas palavras de “permissão” que ajudam as pessoas a não se sentirem obrigadas a agir de uma forma estabelecida pelo terapeuta. Assim, ao invés de dizer o que a pessoa vai fazer ou sentir, na abordagem ericksoniana, o terapeuta utiliza sugestões permissivas, onde este tem a escolha de fazer ou não, sentir ou não (Ferreira, 2006; Bauer, 2002; O’Hanlon, 1995). Nesse tipo de intervenção a indução é indireta e interativa enfatizando a comunicação com o paciente e as interações na vida diária deste<sup>21</sup>.

Segundo Erickson e Rossi (1992) qualquer pessoa pode ser induzida ao transe, sendo necessário apenas encontrar o “caminho” que faça com que ela responda à indução e hipnotizá-la. Erickson acreditava que todos possuem aptidões necessárias para superar dificuldades, resolver problemas, entrar em transe e experienciar os fenômenos dele. Embora Milton H. Erickson tenha ressaltado que a hipnose não precisa ser necessariamente um ritual formal, no presente estudo as induções hipnóticas foram padronizadas (como foram 5 sessões, desenvolveram-se 5 induções, ou seja, uma indução padrão para cada semana) visto que somente assim poder-se-ia obter um controle maior das variáveis. Essa atitude foi estabelecida em comum acordo entre: orientador responsável, psicóloga especialista em hipnose que desenvolveu e aplicou a técnica e mestranda.

### **3.6 TRATAMENTO GRUPO CONTROLE**

GC (Grupo Controle): Foi composto por 10 mulheres com SFM que foram avaliadas no início e ao final das 5 semanas, sem se submeterem a intervenção hipnótica durante o mesmo período.

### **3.7 VARIÁVEIS CONTROLE**

Monitorou-se semanalmente: pressão arterial, mudança de medicação, frequência às sessões, eventos emocionais, alterações no estado de saúde geral,

---

<sup>21</sup> Na presente pesquisa as induções hipnóticas que foram desenvolvidas limitaram-se a considerar as seguintes variáveis: percepção da sensação de dor; ansiedade e depressão.

qualidade do sono e modificação na alimentação, por meio de uma ficha (Apêndice 5). Essas variáveis foram controladas, visto que poderiam influenciar nos resultados da pesquisa (Marconi & Lakatos, 2001).

### **3.8 TRATAMENTO ESTATÍSTICO**

Os dados foram organizados e tabulados no pacote estatístico SPSS versão 11. Primeiramente, foi aplicada a estatística descritiva (frequência, percentual, média, desvio padrão) dos dados referentes a caracterização geral das participantes. Por meio dessa análise foi possível verificar medidas de tendência central e variabilidade nos dois grupos. Para verificar a distribuição das variáveis contínuas, foram analisados os histogramas, os valores de assimetria e kurtose além da aplicação do teste Shapiro Wilk.

Para averiguar se os grupos eram homogêneos em relação às variáveis contínuas, utilizou-se o teste t (dados paramétricos) e Mann-Whitney (não paramétricos). Para examinar se os grupos apresentavam diferença nas variáveis categóricas, utilizou-se o qui-quadrado. As comparações entre grupos foram necessárias para verificar se existem diferenças nas características das mulheres participantes do Grupo de Hipnose (GH) e no Grupo Controle (GC).

Sendo que o “controle da dor” abrange as variáveis: percepção da sensação dolorosa, depressão e ansiedade, houve a necessidade da realização de um teste estatístico que abrangesse todas as variáveis dependentes do estudo: MANOVA (Análise Multivariada de Variância) para medidas repetidas. Essa análise permite unificar as variáveis dependentes em uma combinação linear a fim de observar as alterações provocadas pela hipnose no controle da dor como um todo para depois verificar os efeitos específicos. Foram respeitados os requisitos para a realização do teste, sendo que como a amostra é pequena e não foi constatada esfericidade, os graus de liberdade foram ajustados por meio do GreenHouse Geisser. A análise dos efeitos principais ajustou os graus de por meio do teste de Bonferroni. Adotou-se o intervalo e confiança de 95%.

Para identificar correlações entre variáveis contínuas utilizou-se o teste de correlação linear de Pearson (dados paramétricos) e Spearman (dados não paramétricos). As análises estatísticas foram guiadas pelas recomendações de Dancey e Reidy (2004) e Coolican (2004).



#### IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados estão divididos em duas etapas principais. A primeira é a caracterização (caracterização sócio-demográfica e caracterização clínica) das participantes do estudo tendo como objetivo verificar se existem diferenças nas características do Grupo de Hipnose (GH) em relação ao Grupo Controle (GC). Coolican (2004) refere que o Grupo Controle deve ter características similares ao Grupo Experimental a fim de permitir que esse grupo sirva como referência, por isso, algumas características descritas foram comparadas entre o GH e o GC visando checar a **homogeneidade** dos grupos.

A segunda etapa da descrição dos resultados teve como objetivo realizar a análise das alterações no “controle da dor” das participantes antes e depois da intervenção com hipnose e no pré e pós-teste do Grupo Controle. As variáveis controle estão descritas nesta segunda etapa, bem como breves relatos das participantes do Grupo de Hipnose, sobre a técnica hipnótica.

##### 4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Participaram da pesquisa 20 mulheres (10 Grupo Hipnose (GH) – 10 Grupo Controle (GC)) com idade média de 45 anos (DP=10,4) e faixa etária de 28 a 63. A Síndrome da Fibromialgia (SFM) tem uma prevalência de 3 a 6,5% tanto na forma adulta como na juvenil (Roizenblatt et al., 1997), contudo, tanto estudos nacionais (Martinez, Cruz, Aranta, Lagoa & Boulos, 2002; Ribeiro & Battistella, 2002; Helfenstein & Feldeman, 2002; Fernandes, 2003; Konrad, 2005; Cavalcante et al., 2006; Sanches, 2006) quanto internacionais (Wolfe & Cathey, 1983; 1988; Mäkela & Heliövaara, 1991; Schochat, 2003) tem indicado uma prevalência maior de SFM em mulheres com idade entre 30 e 65 anos, sobretudo, no período peri e pós-menopausa, o que corresponde à faixa etária encontrada nessa pesquisa. Na Tabela 1 estão descritas as características sócio-demográficas referentes ao estado civil, nível de escolaridade e idade, dos dois grupos (GH e GC).

**Tabela 1. Dados sócio-demográficos das participantes do Grupo de Hipnose (GH) e do Grupo Controle (GC).**

	Categoria	GH		GC		Total	
		n	%	n	%	N	%
<b>Estado civil</b>	Casada	6	60	5	50	11	55
	Solteira	2	20	4	40	6	30
	Divorciada	1	10	1	10	2	10
	Viúva	1	10	0	0	1	5
	Total	10	100	10	100	20	100
<b>Escolaridade</b>	Primário completo	0	0	1	10	1	5
	Ginásio completo	2	20	0	0	2	10
	Colegial completo	5	50	3	30	8	40
	Superior completo	1	10	2	20	3	15
	Pós-graduação	2	20	4	40	6	20
	Total	10	100	10	100	20	100
		<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Idade</b>		44,2	10,8	46,4	10,1	45	10,4

A maioria (55%) das participantes, em ambos os grupos, é casada e apresentou um bom nível de escolaridade, considerando que 40% haviam cursado o ensino médio. No entanto, as mulheres do GC apresentaram maior escolaridade, pois 40% desse grupo possuem pós-graduação. Essas constatações foram similares aos resultados encontrados em estudo desenvolvido em Florianópolis (Konrad, 2005) em que foi verificado que 94% das mulheres eram casadas e 58% haviam cursado o ensino médio. Contudo, em relação as pesquisas realizadas no Estado de São Paulo, a variável escolaridade foi superior (Martinez, 1999; Martinez et al. 2002). No âmbito internacional Konrad (2005) ressalta que a comparação dessas variáveis é inviável tendo em vista que a realidade social difere tanto no acesso à educação quanto aos serviços de saúde.

Para apurar as possíveis diferenças entre as frequências de estado civil e escolaridade entre os grupos, aplicou-se o qui-quadrado. Os resultados indicam que os grupos não apresentam diferenças significativas tanto para estado civil ( $X^2= 1,74$ ,  $p=0,62$ ) quanto para escolaridade ( $X^2=4,500$ ,  $p=0,34$ ), sugerindo que os grupos são homogêneos em relação à estas variáveis. A idade apresentou distribuição normal (shapiro-wilk= 0,927,  $p=0,421$ ), sendo que não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos GH e GC nesta variável ( $t_{(18)}= -0,469$ ,  $p=0,645$ ), indicando que os grupos também são homogêneos no que diz respeito à idade.

Na fibromialgia, a dor tem sido apontada como principal causa de afastamento de trabalho, além de comprometer aspectos ocupacionais como mudanças de funções ou setores (Martinez, 1995; Henriksson & Burckhardt, 1996; Riberto, 2004). Para Turk, Okifuji, Starz e Sinclair (1996) a intensidade da dor pode estar relacionada a diversos

aspectos como: estresse emocional, inadequado controle sobre determinados aspectos da vida, deficitária rede de suporte psicossocial e percepção negativa das relações interpessoais. De acordo com Kassam e Patten (2006), embora a fibromialgia não seja considerada uma doença incapacitante, alguns estudos têm demonstrado que seus sintomas podem interferir na capacidade de trabalho de pessoas acometidas por essa síndrome. Na presente pesquisa, identificou-se que parte das mulheres (20%) estavam afastadas devido aos sintomas da SFM. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos desenvolvidos por Konrad (2005) e Sanches (2006), em que o percentual de afastamento ocupacional foi de 25,3% e 30%, respectivamente. Quando comparado a pesquisa conduzida por Riberto e Battistella (2002) o percentual foi de 50% de pessoas afastadas do trabalho tendo o diagnóstico de fibromialgia como causa principal.

#### **4.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA**

A Síndrome da Fibromialgia envolve uma ampla gama de aspectos clínicos, por isso, optou-se em descrever nesse tópico, os resultados que se relacionam ao: tempo de manifestação dos sintomas, diagnóstico clínico, circunstâncias relacionadas ao início do quadro, caracterização da dor, fatores que alteram a intensidade da sensação dolorosa, principais sintomas, comorbidades associadas, qualidade do sono, terapia medicamentosa, tratamentos coadjuvantes, níveis de ansiedade, depressão e percepção da sensação de dor (intensidade da dor).

Para verificar se há diferenças entre os grupos nessas variáveis, aplicou-se o teste de Mann-Whitney, sendo que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, tanto em relação ao tempo de manifestação dos sintomas ( $p=0,187$ ) quanto em relação ao tempo de diagnóstico ( $p=0,939$ ). Como se pode perceber, o tempo em que as participantes indicam o início dos sintomas é anterior ao que indicam ter recebido o diagnóstico clínico da doença. Ao aplicar o teste de Wilcoxon, foi verificado que existe diferença significativa ( $Z=-3.29$ ,  $p=0.001$ ) entre o tempo decorrido desde o início dos sintomas e o tempo de diagnóstico clínico.

Conforme apresentado na Tabela 2, as mulheres relataram um tempo de manifestação dos sintomas que variou de 1 à 50 anos, no entanto, o tempo que receberam o diagnóstico variou entre 7 meses e 25 anos, indicando ampla variação de tempo. O diagnóstico foi confirmado em 50% ( $n=10$ ) dos casos por um médico reumatologista e 25% ( $n=5$ ) por um ortopedista. Esses dados se aproximaram dos

estudos realizados por Riberto e Battistella (2002) e Helfenstein e Feldeman (2002) que encontraram uma média de 10 anos de sintomas dolorosos entre suas pacientes.

Para Teixeira e Figueiró (2001) e Chaitow (2002) o longo período de sintomatologia pode ser explicado pela condição crônica da fibromialgia, uma vez que, geralmente, as pacientes relatam dor corporal por, pelo menos, um ano antes de procurar auxílio nos serviços de saúde. Assim, a ampla gama de sintomas envolvidos, além da dor, faz com que pessoas com SFM percorram clínicas médicas de diferentes especialidades antes de receber um diagnóstico definitivo (Helfenstein & Feldamn, 2002). Por outro lado, a demora para a conclusão do diagnóstico clínico de SFM pode ser decorrente dessa diversidade de sintomas relacionados a outras condições clínicas. Dessa forma, o fato das pessoas com fibromialgia geralmente não apresentarem alterações em exames subsidiários faz com que o diagnóstico seja baseado em aspectos de natureza clínica e na exclusão de outras doenças (Martinez, 1999; Ferraz & Pollak, 1999; Martinez et al., 2002).

**Tabela 2. Relação entre média de tempo da manifestação dos sintomas da fibromialgia e da indicação diagnóstica de fibromialgia**

	GH			GC			Total		
	Média	DP	$m_d$	Média	DP	$m_d$	Média	DP	$m_d$
Tempo de manifestação dos sintomas da doença (anos)	10.5	14.2	8	12.4	14.9	4	11.8	14.6	8
Tempo de indicação diagnóstica da doença (anos)	5.37	4.63	8	6.00	7.46	3	5.67	5.96	3

A Tabela 3 apresenta as possíveis circunstâncias que as participantes relacionaram ao início do seu quadro clínico.

**Tabela 3. Circunstâncias relacionadas ao início do quadro de fibromialgia na percepção das participantes**

Circunstância	GH		GC		Total	
	n	% total	n	% total	N	% total
Trauma Emocional	3	30	3	30	6	30
Herança Genética	2	20	3	30	5	25
Desconhece a causa	2	20	3	30	5	25
Mudança de estilo de vida	2	20	2	20	4	20
Depressão	1	10	3	30	4	20
Doença Ocupacional	1	10	3	30	4	20
Esforço físico exagerado	2	20	2	20	4	20
Variação climática	2	20	2	20	4	20
Trauma físico	1	10	2	20	3	15



Estresse	-	-	2	20	2	10
Abalo emocional	1	10	-	-	1	5
Sobrecarga de trabalho	1	10	-	-	1	5
Cirurgia	-	-	1	10	1	5

Há um equilíbrio entre os grupos em relação às circunstâncias relacionadas ao início do quadro da síndrome. Aspectos psicológicos incluindo: trauma emocional, depressão, estresse e abalo emocional receberam 13 citações, enquanto causas biológicas como: herança genética tiveram 5 atribuições, fatores circunstanciais como: mudança de estilo de vida, esforço físico exagerado, variação climática, doença ocupacional e trauma físico receberam 16 citações. Assim, embora 25% não tenham relatado associação com qualquer evento ou causa, os fatores como “trauma emocional” (30%), “herança genética” (25%) foram os mais citados. Kaziyama, Yeng e Teixeira (2003) mencionam que indivíduos com SFM geralmente não identificam eventos que possam estar relacionados à causa dos sintomas, porém quando o fazem, referem-se a infecções virais, utilização de certos medicamentos, traumatismos ou traumas emocionais. Cohen et al. (2002) demonstraram que os sintomas de estresse pós-traumático são comuns em pacientes com SFM, indicando a possibilidade de que o trauma emocional possa estar associado aos sintomas da síndrome. No estudo desenvolvido por Konrad (2005) que teve como objetivo verificar o efeito agudo de três diferentes formas de exercícios físicos controlados sobre indicadores de qualidade de vida de mulheres com fibromialgia identificou os fatores “depressão” e “trauma emocional” como os mais referidos pelas participantes, com índices de 52,9% e 35,3%, respectivamente. Por outro lado, nas investigações de Martinez et al. (2002) e Riberto (2004) as participantes atribuíram maiores índices a fatores orgânicos e/ou físicos como causadores do quadro SFM. No entanto, esses fatores quando agregados ao desencadeamento dos sintomas da fibromialgia, podem, em muitos casos, aparecerem associados (Bernardt, Prince & Edsall, 2000).

A SFM surge de diferentes fatores associados com difícil distinção em relação a causa e efeito, uma vez que a falta de uma etiologia específica dificulta diferenciar o que é sintoma do que é fator desencadeante do quadro clínico. Além disso, segundo Haun, Ferraz e Pollak (1999), o fato da fibromialgia não ter um substrato anatômico patológico definido e não apresentar alterações em exames bioquímicos ou de imagens que auxiliem o seu diagnóstico, este, geralmente é baseado em critérios clínicos.

Pessoas acometidas por fibromialgia comumente referem um aumento da sensação de dor devido a alguns fatores. Esses fatores, chamados de *moduladores* podem ser considerados: eventos pessoais, sociais ou ambientais que alteraram o estado de dor e de outros sintomas. A Tabela 4 mostra que dentre os aspectos que mais alteram a intensidade da dor os mais citados foram: o “estado emocional alterado” que afeta a condição de dor em 85% das mulheres, seguido de “eventos estressantes” (80%), e “esforço físico exagerado” (75%). Além desses, 65 % relataram que a “variação climática” e o “período noturno” (60%) também influenciam. Resultados similares foram encontrados no estudo de Konrad (2005) em que “estado emocional alterado” e “esforço físico exagerado” tiveram índices de 76,4% e 70,6%, respectivamente. Os fatores moduladores têm importante influência na severidade da síndrome, pois nos estudos de Haun et al. (1999) os resultados indicaram que esses aspectos interferem na exacerbação dos sintomas em até 45% dos pacientes.

**Tabela 4. Fatores que alteram a intensidade da dor.**

Fatores que alteram a intensidade da dor	GH		GC		Total	
	n	%	n	%	N	%
Estado emocional alterado	9	90	8	80	17	85
Eventos estressantes	7	70	9	90	16	80
Esforço físico exagerado	9	90	6	60	15	75
Variação climática	8	80	5	50	13	65
Período noturno	7	70	5	50	12	60
Muito tempo na mesma posição	1	10	-	-	1	5
Período menstrual	1	10	-	-	1	5
Falta de medicação	-	-	1	10	1	5

Na Tabela 5 estão apresentados os principais sintomas referidos pelas mulheres com SFM. Os sintomas “cansaço” e “dor localizada” estavam presentes em mais de 80% dos casos. Os demais sintomas como: fadiga, sono não restaurador, dificuldade de concentração, ansiedade excessiva em mais de 70% dos casos. Queixas como formigamento, dores de cabeça, dor generalizada também foram relatadas por mais da metade das mulheres.

Com o intuito de verificar se os critérios diagnósticos para SFM de acordo com ACR são válidos para a população brasileira, Haun et al. (1999) identificaram que: sono não-restaurador e fadiga estavam presentes na maioria dos casos (80%), corroborando com os resultados encontrados no estudo do comitê do ACR, enquanto que os sintomas:

disminorréia e urgência miccional não apresentaram resultados significativos na população brasileira.

Para Chaitow (2002), os limites de parâmetros para o diagnóstico da SFM, são de difícil controle, pois muitas vezes alguns pacientes não respondem ao critério de 11 dos 18 pontos dolorosos sugeridos pelo ACR, porém apresentam todos os outros sintomas correspondentes à síndrome. Conforme Berber, Kupek e Berber (2005) a presença de pontos dolorosos pode estar associada também à existência de fadiga e má qualidade do sono, sugerindo que esses pontos de dor indicam uma medida de estresse geral. Estes resultados foram semelhantes aos apresentados na literatura, visto que esse quadro de sintomas é relatado por mais da metade das pessoas com SFM em vários estudos (Wolfe et al., 1990; Wolfe et al., 1997; Silva, Abreu, Pelegrino & Coelho, 1997; Helfenstein & Feldman, 1998; Riberto & Batistella, 2002; Martinez et al., 2002; Konrad, 2005).

**Tabela 5. Sintomas apresentados pelas participantes.**

Sintomas apresentados	GH		GC		Total	
	n	%	n	%	N	%
Cansaço	10	100	8	80	18	90
Dor localizada	9	90	7	70	16	80
Fadiga	8	80	7	70	15	75
Sono não restaurador	9	90	6	60	15	75
Dificuldade de concentração	8	80	7	70	15	75
Ansiedade excessiva	9	90	6	60	15	75
Falha de memória	9	90	5	50	14	70
Formigamento	8	80	5	50	13	65
Dores de cabeça	10	100	2	20	12	60
Dor Generalizada	8	80	4	40	12	60
Rigidez articular	7	70	3	30	10	50
Tonturas	6	60	3	30	9	45
Pernas inquietas	6	60	3	30	9	45
Dor na face	7	70	2	20	9	45
Mau-humor	2	20	3	30	5	25
Depressão e irritabilidade	1	10	-	-	1	5
Secura nos olhos e na boca	1	10	-	-	1	5

Além desses sintomas, as participantes relataram ter outras doenças, dentre elas: artrose (n=4), artrite reumatóide (n=3), pressão alta (n=3), doença cardíaca (n=3), síndrome do túnel do carpo (n=2), síndrome do cólon irritável (n=3), hipertiroidismo (n=2), hérnia de hiato (n=1), labirintite (n=1), problemas ortopédicos (n=1), distensão abdominal (n=1), rinite (n=1) e alergia (n=1). Músculo-esqueléticos (n=13), cardiovasculares (n=6), alérgicos (n=2), outros (n=2).

Para Chaitow (2002), Antonio (2002), Riberto e Battistella (2002), Konrad (2005) e Sanches (2006) há outras comorbidades associadas e condições clínicas com os sintomas da fibromialgia. Em mais de 90% das mulheres estudadas foi encontrada alguma condição clínica associada a SFM. Dentre as afecções relatadas nesse estudo 65% (músculo-esqueléticos, n=13) classificam-se na clínica médica reumatológica, enquanto que, patologias cardiovasculares atingiram um percentual de 30%. De acordo com Riberto & Battistella (2002) a ocorrência de patologias psiquiátricas e hormonais têm sido igualmente relatadas em diferentes pesquisas, porém, com percentuais maiores do que os relatados nesse estudo. Clauw e Chrousos (1997), Chaitow (2002), Konrad (2005) e Sanches (2006) apontam que, por volta de 25% a 50% dos casos apresentam junto a SFM: Síndrome da Fadiga Crônica, Síndrome das Pernas Inquietas, Síndrome do Intestino Irritável, Fenômeno de Raynaud, Lúpus Eritematoso e Artrite Reumatóide.

Estudos internacionais também reportam para a presença de condições clínicas associadas a SFM. Wolfe et al.(1997) mencionam uma pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos sobre o uso de planos de saúde e seguros de saúde por pacientes com SFM, demonstrando prevalência altas de comorbidades nessa população, atingindo médias de 2,8% de comorbidades ativas e 4,6% na história prévia dessas pacientes.

A Tabela 6 apresenta a qualidade do sono segundo a percepção das participantes; 40% delas relataram não ter um sono satisfatório (ruim e péssimo). Esses dados estão de acordo com os dados da Tabela 5 em que 75% das participantes relataram ter um “sono não reparador”. De acordo Walsh, Hartman e Schweitzer (1994), Affleck, Urrouws, Tenen, Higgings e Abeles (1996), Riberto (2004) o “sono não restaurador” está presente de 76% a 90% de fibromiálgicos e em cerca de 10 a 30% dos indivíduos normais. Estudo de Silva, Abreu, Pelegrino e Coelho (1997) revelou que mais de 80% fibromiálgicos associavam o quadro de dor ao cansaço e rigidez matinais, e mais da metade a distúrbios de sono. Affleck et al. (1996) consideram que o “sono ruim” reduz a habilidade para a realização de tarefas complexas no período diurno, podendo ser responsável pelos sintomas como fadiga, alterações de memória, concentração e sintomas psicológicos.

Embora o presente estudo tenha se detido somente na percepção da qualidade do sono das participantes, vale destacar os achados de Konrad (2005) em que foi constatado que 94% das mulheres apresentaram problemas para dormir em função da dor, 88,2% tiveram o sono interrompido ou acordaram muito cedo pela manhã e mais da metade referiram pesadelos noturnos (53%).

**Tabela 6. Qualidade do sono segundo percepção das participantes.**

Qualidade do sono	GH		GC		Total	
	N	%	n	%	N	%
Ruim	5	50	2	20	7	35%
Regular	2	20	5	50	7	35%
Boa	2	20	2	20	4	20%
Péssima	1	10	-	-	1	5%
Ótima	-	-	1	10	1	5%

A maioria (n=18) das participantes indicou tomar medicamentos, sendo que das duas participantes que não tomam medicamentos, uma pertence ao GH e a outra ao GC. Na Tabela 7 podem ser observados os medicamentos utilizados pelas participantes de ambos os grupos.

Para verificar se o GH e o GC apresentam diferenças nas frequências observadas de utilização destes medicamentos, foi realizado o qui-quadrado dos grupos para cada medicamento. Nenhum dos remédios apresentou frequências observadas diferentes das esperadas nos dois grupos (qui-quadrado), indicando que não há diferenças significativas nas frequências de utilização dos medicamentos pelos grupos.

**Tabela 7. Medicamentos utilizados pelas participantes do grupo de hipnose (GH) e do grupo controle (GC).**

Tipos de Medicamentos	GH		GC		Total	
	N	%	n	%	n	%
Antidepressivo	8	80	5	50	13	65
Analgésico	7	70	5	50	12	60
Relaxante muscular	6	60	3	30	9	45
Anti-inflamatório	3	30	3	30	6	30
Ansiolítico	3	30	2	20	5	25
Anti-convulsivo	2	20	1	10	3	15
Beta-bloqueador	1	10	2	20	3	15
Omeprazol	1	10	-	-	2	10
Atenol	-	-	1	10	1	10
Ácido volpróico	-	-	1	10	1	5
Reposição hormonal	-	-	1	10	1	5
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>-</b>	<b>24</b>	<b>-</b>	<b>55</b>	<b>-</b>

A abordagem de tratamento farmacológico mais comum na SFM envolve uma gama variada de medicamentos. Nessa pesquisa, a maioria (65%) das mulheres relatou utilizar antidepressivos para o controle dos sintomas da SFM. Essa predominância também foi encontrada nas investigações de Riberto (2004), Konrad (2005), Berbere et al. (2005) e Konrad (2005) cujos resultados foram de 65,7%, 84,2%, 58,8% e 80%, respectivamente. O percentual encontrado na população americana foi próximo da realidade brasileira uma vez que 57,3% também utilizam antidepressivos para o

tratamento da fibromialgia (Wolfe et al., 1997). Os antidepressivos são a primeira escolha para o tratamento da SFM, entretanto seus benefícios são evidentes somente nas duas primeiras semanas. Essa terapêutica é tida consistentemente para melhorar os sintomas da síndrome e não como um antidepressivo e nem em todos os pacientes tratados (Chaitow, 2002).

Com o objetivo de verificar se existem diferenças nos tratamentos realizados pelos dois grupos (Tabela 7), utilizou-se o qui-quadrado para cada tratamento isoladamente. As frequências entre os grupos não foram diferentes das esperadas, indicando que eles são homogêneos em relação as terapêuticas realizadas.

Tendo em vista o amplo espectro sintomatológico que a SFM apresenta, geralmente, o seu tratamento é de cunho multidisciplinar, abarcando diversas áreas como: fisioterapia, psicologia, acupuntura, atividade física, terapias alternativas, dentre outras. A Tabela 7 apresenta os tipos de tratamento utilizados pelas participantes do estudo para alívio dos sintomas da síndrome. Segundo Robinson et al. (2003) pacientes com SFM quando comparados a amostras com diferentes diagnósticos utilizam em média mais recursos terapêuticos que qualquer outro grupo de doentes.

Identificou-se que a “prática de atividade física” é a mais utilizada (90%) enquanto forma de tratamento pelas mulheres, seguida da “fisioterapia” (40%) e “acupuntura” (40%). De acordo com Marques (2002) os exercícios físicos têm sido amplamente indicados como coadjuvantes na redução da sintomatologia dessa síndrome, pois a prática de atividade física proporciona uma sensação de bem estar global. No entanto, estudos que utilizaram recursos fisioterapêuticos (Marques et al., 1994; Gashu & Marques, 1997) no tratamento da SFM relataram melhora, mesmo que em curto prazo, em variáveis mais específicas como dor, fadiga e sono.

Em relação à acupuntura Chaitow (2002), considera que esse método não influencia o curso prolongado característico da fibromialgia, no entanto, produz alívio da dor proporcionado melhora na qualidade de vida desses pacientes, se realizado por um longo período de tempo.

**Tabela 8. Tratamentos realizados atualmente pelas participantes.**

Tratamentos	GH		GC		Total	
	n	%	N	%	N	%
Atividade Física/Projeto*	9	90	9	90	18	90
Fisioterapia	6	60	2	20	8	40
Acupuntura	4	40	4	40	8	40

Massagem	3	30	2	20	5	25
Psicoterapia	1	10	3	30	4	20
Terapias alternativas	2	20	1	10	3	15
Alongamento	1	10	1	10	2	10
Hidrocinestoterapia	1	10	-	-	1	10
Watsu	-	-	1	10	1	5
Biodança	-	-	1	10	1	5
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>-</b>	<b>24</b>	<b>-</b>	<b>51</b>	<b>-</b>

\*Atividade Física enquanto forma de tratamento.

Os níveis de depressão, ansiedade, intensidade da dor também foram analisados e comparados entre os grupos, antes do início da intervenção, conforme pode ser observado na Tabela 8. A “ansiedade” apresentou distribuição normal (shapiro-wilk), enquanto que a “intensidade da dor” e a “depressão” não apresentaram distribuição normal, entretanto, ao analisar os resultados do shapiro-wilk, se verifica que essa diferença foi pequena (intensidade da dor – shapiro-wilk= 0.900, p=0,040/ depressão – shapiro-wilk=0.897, p=0,037). Ao fazer a mesma análise de normalidade separada por grupos, as três variáveis (ansiedade, depressão e intensidade de dor) apresentaram distribuição normal. Ao comparar os grupos em relação a essas variáveis no pré-teste, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre o GH e o GC nas variáveis: depressão (t=1.279, p=0.271), ansiedade (t=0.459, p=0.651) e intensidade da dor (t=1.633, p=0.120). As análises de distribuição, bem como a observação dos pré-requisitos indicados por Coolican (2004) foram observados para garantir a validade de aplicação dos testes paramétricos.

**Tabela 9. Depressão, ansiedade e intensidade da dor das participantes do GH e do GC.**

	GH		GC		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Depressão	17.2	10.7	12.1	6.23	14.6	9.06
Ansiedade	50.9	6.92	49.2	9.44	50.0	8.10
Intensidade da dor	7.70	1.64	6.50	1.65	7.10	1.71

A prevalência de depressão entre pessoas com SFM apresenta índices que variam de 40 a 71% (Ercolani et al., 1994; Becker, Thomsen, Olsen, Sjogren, Bech & Eriksen, 1997; Da Costa, Dobkin & Dritz, 2001). No Brasil estudos revelam percentuais entre 55% e 80 % de depressão entre pessoas com fibromialgia (Berber et al., 2005) além de relatarem elevados índices de ansiedade (79,3 %) (Riberto, 2004).

Os sintomas depressivos podem surgir em consequência a um episódio de estresse pós-traumático, bem como a exposição contínua dos indivíduos a um conjunto de pequenos fatores estressantes (Joça et al., 2003; Berlim, Perizzolo & Fleck, 2003).

Assim, é possível que a dor crônica, principal característica da SFM, em conjunto com outros sintomas persistentes, possa agir como fator estressante proporcionando o desencadeamento da depressão em pessoas com fibromialgia (Chaitow, 2002). Kaziyama et al. (2003) consideram a possibilidade de que alterações psicológicas sejam conseqüências da condição de dor crônica e não representem requisito para o desenvolvimento da SFM. Por outro lado, Walker, (1997) identificou que, em 90% dos casos, pacientes com essa síndrome apresentam um diagnóstico prévio de alterações emocionais.

Para Chaitow (2002) a relação entre depressão e fibromialgia ainda não foi completamente compreendida, pois ainda existe um consenso a respeito da relação de causa e conseqüência entre essas duas enfermidades. Existe a hipótese de que a depressão e a SFM possam compartilhar um fator etiológico em comum, sem necessariamente, apresentarem relação de causa e efeito, (Hudson & Pode, 1996; McBeth, Macfarlene & Silman, 2002), uma vez que ambas ocorrem em conseqüência de disfunções neuro-endócrinas, envolvendo alterações dos sistemas: hipotalâmico, simpático e de neurotransmissores como, serotonina e noradrenalina (Helfenstein & Feldman, 2002; Malhi, Parker & Greenwood, 2005). Para Antônio (2002) e Berber et al. (2004) essa relação também ainda não é muito clara, pois, muitos dos sintomas da depressão, como a fadigabilidade, a falta de energia, falta de ânimo e os distúrbios do sono são idênticos aqueles da SFM. Entretanto, não se sabe ainda se existe apenas uma relação causal entre elas, de comorbidade, ou se existiria um fator causal comum às duas enfermidades.

Entretanto, independente da relação de causa e efeito, diversas pesquisas tem demonstrado que pessoas com fibromialgia apresentam quadros depressivos associados (Bigatti & Cronan, 2002; Lee, Yooh, Chang & Park, 2005; Kurland, Coyle, Winkler & Zable, 2006). Conforme Okifuji, Turk e Sherman (2000) a depressão não está presente em todos os casos de SFM, porém, quando presente, pode agravar os sintomas da síndrome aumentando as conseqüências negativas e implicação destas na vida das pessoas. Tennem, Affleck e Zautra (2006) avaliaram mulheres fibromiálgicas que haviam ou não sofrido crises depressivas e identificaram que as anteriormente depressivas relatam maior ocorrência de sintomas depressivos e maior sensação de dor se comparadas àquelas que não sofreram crises depressivas.

No que diz respeito a ansiedade existem poucos estudos na literatura científica que abarquem esse fenômeno psicofisiológico em fibromiálgicos. Para alguns



estudiosos a ansiedade é considerada uma alteração emocional das dores agudas e não da dor crônica. No entanto, há um grupo de pesquisadores que a consideram um sintoma secundário e freqüentemente grave nos casos de SFM. Yunus, Mais, Calabro, Miller e Feigenbaum (1981) estudaram 50 pacientes com sintomas músculo-esqueléticos e encontraram níveis de ansiedade elevados em 25,5%, enquanto que os níveis de depressão foram de apenas 2,4%. Wolfe (1984) identificou em sua pesquisa evidências de alterações emocionais em pacientes fibromiálgicos quando comparados com pacientes com artrite reumatóide. As escalas de hipocondria, paranóia e particularmente os níveis de ansiedade foram obtiveram valores significativamente maiores na SFM que na artrite reumatóide. Martinez et al. (2002) desenvolveram uma investigação que pretendia verificar os aspectos psicológicos em fibromiálgicas e encontrou uma associação estatisticamente significativa entre fibromialgia, depressão e ansiedade generalizada. Em estudo de Pagano, Matsutani, Akemi e Ferreira (2004) com 40 mulheres com fibromialgia e 40 “saudáveis” identificaram entre os grupos ( $p=0,00$ ), indicando que as fibromiálgicas apresentam níveis mais altos de ansiedade, tanto no estado como no traço, apresentando graus mais elevados de tensão, nervosismo, preocupação e apreensão.

Autores como Chaitow (2002) apresentam outro ponto de vista em relação aos níveis de ansiedade em que consideram que pessoas com SFM tendem a respirar disfuncionalmente podendo, dessa forma, exacerbar os sintomas da síndrome. Assim a ansiedade proveria, em partes, do processo de hiperventilação, pois na respiração torácica superior ocorrem desequilíbrios bioquímicos quando elevadas quantidades de dióxido de carbono são exaladas, causando uma sensação de apreensão e ansiedade produzindo concomitantemente desequilíbrios musculares; fraqueza; encurtamentos causando impacto nas funções da espinha, pescoço, ombros, levando à dor; cefaléia; sensação de calor; formigamentos nos pés, dentre outros sintomas. Embora a ansiedade-traço não tenha sido abordada na presente pesquisa, as considerações de Chaitow podem estar relacionadas a esse tipo de ansiedade uma vez que a relação entre respiração excessiva e ansiedade é coerentemente estabelecida. Essa constatação foi encontrada também em uma pesquisa com mulheres fibromiálgicas realizada na Turquia onde foi constatado que a diferença entre ansiedade-estado e ansiedade-traço reflete que a ansiedade-estado não é secundária à dor, mas a ansiedade-traço está possivelmente causalmente relacionada a dor, assim, os traços de ansiedade podem constituir um fator etiológico, considerando que pacientes com SFM apresentam graus significativamente

mais altos de ansiedade quando comparados a grupos controles “normais” ou com pacientes com outras condições dolorosas (Chaitow, 2002).

No que diz respeito à intensidade de dor (percepção da sensação de dor) foram encontradas médias superiores a 7 (numa escala de 0 a 10), em ambos os grupos (GH e GC), sendo que ao caracterizar a dor ao longo do tempo, a maioria das participantes (n=14, 70%) indicou ser esta “contínua, estável e constante”. A dor crônica, principal característica da SFM pode atingir até 100% dos casos, tanto que foi considerada como critério diagnóstico relevante na classificação da síndrome utilizada pela Associação Americana de Reumatologia (Wolfe et al., 1990).

A intensidade da dor está relacionada a aspectos sensitivos e emocionais como: sensibilidade individual, estados de humor e experiências passadas, podendo ser influenciada pelo ambiente em que ocorre, bem como pelas crenças, significados e a importância que se atribuem a ela (Helman, 2003). Dessa forma, a condição da dor pode diferir de paciente para pacientes, sendo que, um determinado fenômeno em determinadas condições pode significar um estímulo doloroso para alguns, enquanto que para outros não.

Marques (2004) comparou a avaliação da dor de pessoas com SFM e grupos controle e identificou que as pessoas do grupo controle, quando relatavam dor, referiam-se apenas a categoria de dor sensorial, diferente das pessoas com fibromialgia que apresentavam percepção de dor em todas as categorias (sensorial, afetiva, subjetiva e mista). Os resultados da pesquisa de Marques indicam que pessoas com SFM apresentam maior percepção de dor acompanhada de componentes emocionais e possivelmente por esse indicativo elas apresentem concomitantemente alterações emocionais (ansiedade, depressão).

Em pesquisa desenvolvida por Petzke e Clauw (2003) o limiar da dor dos pacientes com fibromialgia é pelo menos duas vezes menor que o dos controles. Quando o mesmo estímulo foi aplicado nos dois grupos, os pacientes com SFM apresentaram uma maior ativação de pelo menos 13 áreas no cérebro, ou seja, há uma sensibilização do sistema nervoso central à dor como um mecanismo predominante na fibromialgia. Esse estudo demonstrou que pacientes com SFM ativam muito mais áreas corticais com um certo estímulo doloroso em comparação com pacientes controle, que necessitaram de uma pressão muito maior para atingir as mesmas áreas. Estes achados fornecem dados para o entendimento que a percepção de dor nos pacientes com fibromialgia é real e não só comportamental.

A fisiopatologia da SFM parece estar relacionada a anormalidades no Sistema Nervoso Central, ligadas principalmente ao processo sensitivo e interpretativo da dor (Julien, Woffaux, Arsenault & Marchand, 2005). Tais anormalidades estão associadas à diminuição endógena do mecanismo de inibição central da dor. Alterações na inibição descendente prejudicam a diminuição da sensação dolorosa, permitindo que substâncias amplificadoras da dor atuem exacerbando a sensação (D’Arcy & McCarberg, 2005). Isso faz com que, pessoas com fibromialgia percebam dolorosos estímulos que para outros indivíduos são considerados inofensivos.

Os resultados encontrados na “caracterização sócio-demográfica e clínica” dos grupos indicam que o GH e o GC não se diferenciaram significativamente em nenhuma variável de caracterização das participantes, o que facilita a comparação entre eles, e também uma maior confiabilidade quanto ao pré e pós-teste antes e depois do GH e do GC.

#### 4.3 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DO ESTUDO

Nesse tópico são apresentadas as relações entre: as “variáveis de caracterização” das participantes e “aspectos do controle da dor” (ansiedade, depressão e percepção da sensação dolorosa) por meio de testes de comparação de médias e de correlação, bem como a comparação das médias de “depressão, ansiedade e percepção de dor” das em função das diferentes “terapias medicamentosas” utilizadas pelas pacientes.

Para verificar a relação entre “ansiedade, depressão e intensidade da dor” com o “tempo dos sintomas e do diagnóstico” foi aplicado o teste de correlação de Spearman (Tabela 10).

**Tabela 10. Correlações entre ansiedade, depressão, intensidade da dor, tempo dos sintomas e diagnóstico clínico.**

Variáveis	Intensidade da dor	
	R	p
Tempo de sintomas	0.042	0.861
Tempo de indicação do diagnóstico	0.014	0.571
Depressão	<b>0.523*</b>	<b>0.018</b>
Ansiedade	0.300	0.199

\*Correlação estatisticamente significativa ao nível de  $p < 0.05$ .

“Depressão” e “intensidade da dor” demonstraram estar positivamente relacionadas, compartilhando de 27% de variância ( $r^2$ ). Tennen, Affleck e Zautra (2006) avaliaram mulheres fibromiálgicas que haviam ou não sofrido crises depressivas

e identificaram que as anteriormente depressivas relatam maior ocorrência de sintomas depressivos e maior sensação de dor se comparadas àquelas que não sofreram crises depressivas. Tais resultados concordam com a relação entre percepção de sintomas depressivos e intensidade de dor verificada nesse estudo, no entanto, não foi objetivo dessa pesquisa identificar se as participantes têm diagnóstico clínico de depressão ou tiveram anteriormente. Contudo, esse fato parece não ter relevância uma vez que Berber et al. (2005) avaliou a magnitude da associação entre depressão e qualidade de vida e verificou que a depressão, independente do grau severidade, piora consideravelmente a sensação dolorosa, além do condicionamento físico e da funcionalidade emocional. Okifuji et al. (2000) também consideram que a depressão não está presente em todos os casos de SFM, porém, quando presente, independente do grau, os sintomas depressivos podem agravar a síndrome, inclusive exacerbando a intensidade da dor.

Também foram comparadas as médias de “depressão, ansiedade e percepção de dor” das participantes em função da utilização de diferentes “terapias medicamentosas”<sup>22</sup>, como mostra a Tabela 11.

**Tabela 11. Comparação das médias de “depressão, ansiedade e percepção de dor” em relação as diferentes “terapias medicamentosas”.**

Medicamentos		Depressão		Ansiedade		Percepção de dor	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Terapia Medicamentosa*	Sim (n=12)	13.5	8.21	50	8.72	7.25	1.76
	Não (n=8)	16.4	10.5	50.2	7.66	6.88	1.73
Anti-depressivo*	Sim (n=13)	16.8	10.3	52.9	5.33	7.31	1.49
	Não (n=7)	10.7	4.23	44.7	9.99	6.71	2.14
Analgésico*	Sim (n=12)	15.9	10.3	52.1	7.55	7.5	1.57
	Não (n=8)	12.7	7	47	8.42	6.5	1.85
Relaxante Muscular*	Sim (n=9)	14.2	9.39	51.6	8.97	6.67	1.87
	Não (n=11)	15	9.23	48.8	7.52	7.45	1.57

\*Nenhuma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.05$ ).

As médias apresentadas na Tabela 10 foram comparadas por meio do teste t para amostras independentes. As participantes que realizam “terapia medicamentosa” não se diferenciaram significativamente das demais (que utilizam medicamentos) nas variáveis depressão ( $t = -0.68$ ,  $p = 0.502$ ), ansiedade ( $t = -0.03$ ,  $p = 0.973$ ) e percepção de dor ( $t = 0.469$ ,  $p = 0.644$ ).

As mulheres que tomam “anti-depressivos” não apresentam diferenças estatisticamente significativas na “depressão” ( $t = 1.47$ ,  $p = 0.083$ ), “ansiedade” ( $t = 2.02$ ,

<sup>22</sup> Não foi solicitado as participantes que identificassem o tipo de antidepressivo, analgésico e relaxante muscular utilizados.

p=0.078) e “percepção de dor” (t=0.729, p=0.475). Para Chaitow (2002) os antidepressivos são a primeira escolha para o tratamento da fibromialgia. Esses medicamentos aumentam a quantidade de neurotransmissores (serotonina, dopamina e norepinefrina) resultando além de ação analgésica, relaxamento muscular (seus benefícios serem evidentes somente nas duas primeiras semanas de tratamento e seus efeitos colaterais serem diversos). A serotonina modula tanto a dor quanto o sono, sistemas que funcionam de maneira anormal na SFM. Em relação aos antidepressivos tricíclicos os efeitos são relacionados à capacidade de inibição da recaptção da serotonina estão associados a redução da depressão, ao relaxamento muscular e a melhora do sono. A amitriptilina é frequentemente a droga mais prescrita para o tratamento da SFM atuando na melhora do sono não restaurador (Goldenberg, Maysky, Mossey, Ruthazer & Schmid, 1996). Quando combinada com outros compostos tricíclicos, como a fluoxetina, mostra-se eficaz na redução da dor, apresentando melhora clínica do paciente (Yunus, 1994). A associação de amitriptilina com analgésicos reduz a dor, a fadiga, a rigidez e os distúrbios de sono (Carrete, Bell, Reynolds, Haraoui, McCain, Bykerk, Edworthy, Baron, Koehler & Fam, 1994). Tratamentos com duração de três meses mostraram melhora significativa em 25% a 35% dos pacientes, mas tratamentos durando até 1 ano revelaram redução da eficácia e, após 3 anos dois terços dos doentes relataram dor moderada ou persistente (Goldenberg, 1989). Uma pesquisa de Carrete e Bell (1994) demonstrou que a ação do antidepressivo não foi mais efetiva que o placebo<sup>23</sup> e que o antidepressivo causou efeitos colaterais em 98% daqueles que os consumiram, sendo que 13% destes pacientes precisou interromper o uso e apenas 12% apresentou melhora moderada dos sintomas da síndrome.

A utilização de “analgésicos” também não esteve associada com a “depressão” (t=0.76, p=0.459), “ansiedade” (t=1.41, p=0.176) e “percepção de dor” (t=1.30, p=0.209). De forma geral, os analgésicos são prescritos como parte do tratamento e são considerados eficazes na redução da dor. Geralmente são utilizados no controle das fases mais sintomáticas, com benefício temporário, sendo prescritos com cautela, pois seus efeitos colaterais e possibilidade de dependência são largamente evidenciados (Antônio, 2002).

Da mesma forma, as participantes que utilizam “relaxante muscular” não se diferenciaram significativamente das mulheres que não utilizam esse medicamento na

---

<sup>23</sup> No resumo dessa pesquisa não foi especificado o tipo de antidepressivo utilizado.

variável “depressão” ( $t=-0.186$ ,  $p=0.855$ ), “ansiedade” ( $t=0.74$ ,  $p=0.467$ ) e “percepção de dor” ( $t=-1.02$ ,  $p=0.319$ ). Os derivados benzodiazepínicos (relaxante muscular) atuam na fibromialgia promovendo relaxamento muscular e diminuindo os movimentos das pernas durante o sono. Para Chaitow (2002) a maioria dos relaxantes musculares são “inúteis”, uma vez que, dos relaxantes pesquisados, somente a ciclobenzaprina apresentou melhora nos níveis de dor e contagem de pontos sensíveis. Da mesma forma, quando usados de forma contínua, podem ter efeito prejudicial sobre o sono, uma vez que inibem a instalação do chamado sono profundo, o que agrava a queixa de sono não restaurador.

Outros medicamentos (ansiolíticos, anti-inflamatórios e beta-bloqueadores) apresentaram número de participantes desigual e foram comparados com teste de Mann-Whitney, no entanto, nenhum diferenciou-se significativamente nos níveis de depressão, ansiedade e percepção da dor, por isso, as médias não foram descritas.

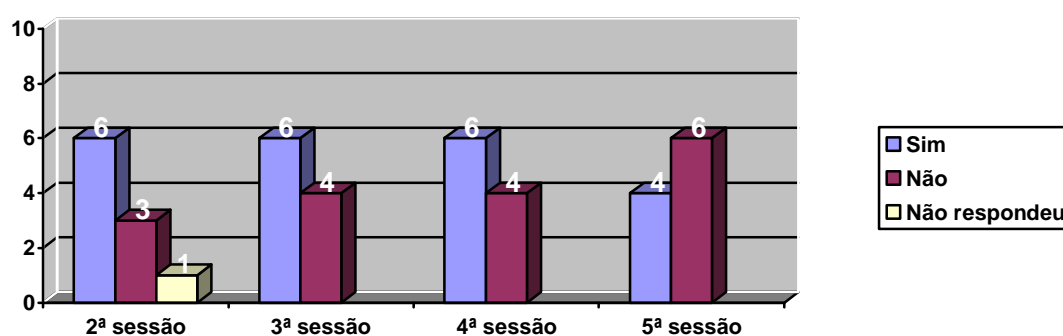
Os resultados não significativos encontrados em relação às terapias medicamentosas utilizadas pelas pacientes parecem, em parte, relacionadas ao pouco entendimento dos profissionais que prescrevem-nas, tendo em vista o escasso conhecimento integral que abrange SFM uma vez que os critérios diagnósticos dessa síndrome só foram estabelecidos em 1990 pelo Colégio Americano de Reumatologia, em 1990.

#### **4.4 CONTROLE DE VARIÁVEIS**

A localização, intensidade, duração e a dimensão afetiva da dor, por vezes, são influenciadas por variáveis ambientais, culturais, emocionais e situacionais. Há fatores que aumentam ou diminuem a expressão de dor que pode variar em um mesmo indivíduo em diferentes situações e em diferentes aspectos. Autores como Da Costa et al., (2005) consideram que problemas financeiros, desemprego, perda de entes queridos, entre outros acontecimentos, podem estar associados a exacerbação dos sintomas da síndrome, demonstrando que tais elementos representam grande impacto biopsicossocial na vida dos indivíduos. Da mesma forma Helfenstein e Feldman (2002) referem que tanto a experiência de uma situação traumatizante ou a exposição contínua do indivíduo a pequenos estímulos estressantes, ao longo do tempo, levam a saturação dos mecanismos de defesa e de adaptação do organismo ao estresse, propiciando a instalação ou potencialização dos sintomas da SFM. Por isso, durante a intervenção com

hipnose, algumas variáveis foram controladas, visto que poderiam influenciar nos resultados da pesquisa, tais como: ocorrência de eventos emocionais, pressão arterial, entre outras. Assim, antes do início de cada sessão, as participantes responderam uma ficha com questões referentes a aspectos que poderiam influenciar nos efeitos da hipnose (Apêndice 5).

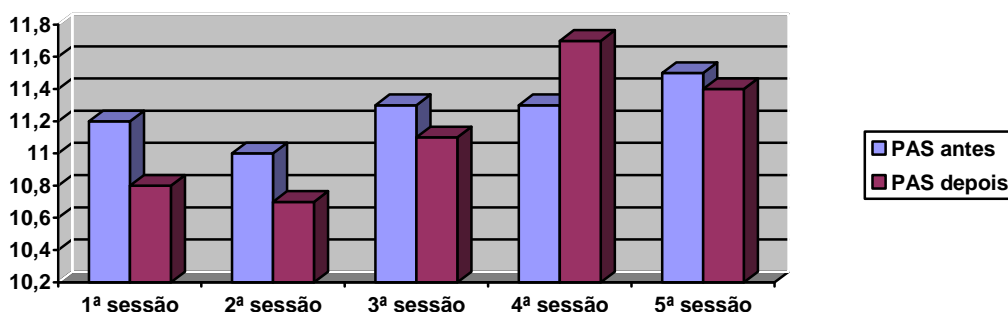
As mulheres relatavam uma semana depois da sessão de hipnose (antes do início da sessão) se havia acontecido algum evento que as tivesse abalado emocionalmente durante a semana. A análise destas respostas, que foram categorizadas em “sim” e “não”, podem ser observadas na Figura 2.



**Figura 2. Ocorrência de eventos emocionais.**

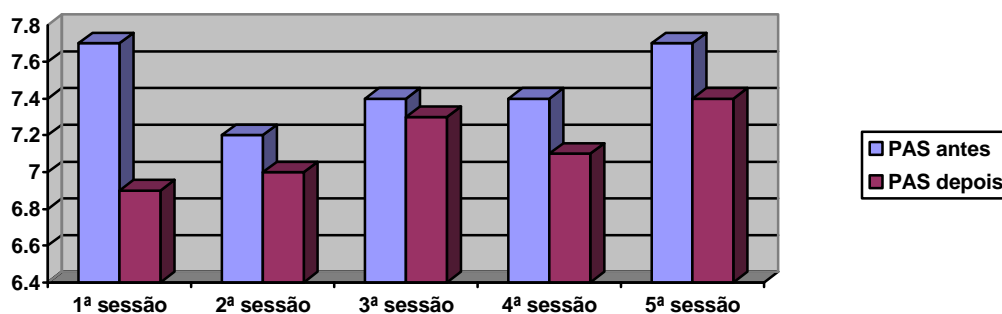
Observa-se que em todas as sessões ocorreram “eventos que as abalaram emocionalmente” Alguns exemplos relatados pelas pacientes foram: neta hospitalizada; parentes na UTI; queda de uma escada; filho adolescente descobre que pai tem HIV; descoberta de diagnóstico de câncer de mama; crise de ATM (articulação temporo-mandibular); diagnóstico clínico de depressão na família; surgimento de flebite/piodermite; hospitalização devido a embolia pulmonar; desencadeamento da Síndrome do Pânico devido a uma picada de abelha; marido em coma na UTI. O sofrimento relacionado com a dor somado a esses fatores externos, podem aumentar a sensação de dor, além de elevar os níveis de ansiedade e porventura desencadear estados depressivos. No entanto, essas situações, embora descritas pelas pacientes como eventos que as “abalaram emocionalmente”, parecem não ter interferido na intensidade da dor, uma vez que, como veremos mais adiante na, “análise da intervenção hipnótica”, a intensidade de dor e os níveis de ansiedade e depressão não aumentaram.

Em relação a “pressão arterial” (PA), esta foi mensurada antes e depois de cada sessão, pois propiciaria um controle maior das variáveis podendo contribuir para uma maior fidedignidade dos resultados. Os valores da pressão arterial sistólica (PAS) podem ser observados no Figura 3.



**Figura 3. Pressão arterial sistólica (PAS) antes e depois de cada sessão de hipnose.**

Observa-se que em geral as médias de “pressão arterial sistólica” das participantes estão abaixo da esperada (12) e que ao comparar a PAS antes e depois das intervenções não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nestes valores ( $p > 0,05$ ). Em relação às médias da “pressão arterial diastólica” (PAD) antes e depois das 5 sessões de hipnose estas podem ser observadas no Figura 4.



**Figura 4. Pressão arterial diastólica (PAD) antes e depois de cada sessão de hipnose.**

A “pressão arterial sistólica e diastólica” do GH foi mensurada antes e depois de todas as sessões, e ao ser analisada por meio de ANOVA para medidas repetidas, não apresentaram alterações significativas tanto na pressão sistólica ( $F=1.418$ ,  $p=0.251$ ) quanto na diastólica ( $F=0.896$ ,  $p=0.455$ ).

As constatações encontradas nesta pesquisa ajustam-se às considerações de Chaitow (2002) que pontua que a maioria dos pacientes com SFM apresenta pressão baixa, chamada, nesses casos, de “hipotensão neurogênica” em função, geralmente, de



falhas no hormônio tireoidiano. Da mesma forma Teixeira, Pimenta, Grossi e Cruz (1999) referem que o valor da pressão arterial, bem como da frequência cardíaca altera-se pouco em casos crônicos e apresenta maior reatividade em doentes com dor crônica do que naqueles sem dor. Um fato que pode estar relacionado aos valores abaixo da média esperada (“pressão baixa”) é o de que a avaliação de parâmetros biológicos é utilizada geralmente para avaliar a dor aguda, pois, no caso da dor crônica, as variáveis neurovegetativas sofrem habituação com o passar do tempo, sendo, portanto, a medida da PA de pouco valor para avaliar as síndromes dolorosas crônicas. Outro fator que pode ter colaborado para esses resultados são os efeitos colaterais da diversidade de medicamentos por elas utilizados que muitas vezes não são monitorados adequadamente pelos profissionais da saúde.

#### 4.5 ANÁLISE DA INTERVENÇÃO COM HIPNOSE

Para verificar a eficácia da hipnose no controle da dor, utilizou-se análise multivariada de variância (MANOVA), considerando o “controle da dor”, neste estudo, composto pelas seguintes variáveis: “depressão”, “ansiedade” e “percepção da sensação de dor” (intensidade da dor).

Ao comparar os valores de antes e depois das variáveis: “depressão”, “ansiedade” e “intensidade da dor”, utilizando MANOVA, foram constatadas diferenças estatisticamente significativas ( $F=13.13$ ,  $p<0,001$ ) sendo verificado um efeito geral de 71% ( $partial \eta^2 = 0,71$ ). Foram observados efeitos interativos entre o antes e depois dos grupos ( $F=13.03$ ,  $p<0,001$ ), o que significa que a mudança nos escores de “depressão”, “ansiedade” e “intensidade da dor” só ocorreu em um dos grupos, neste caso, no GH (Grupo Hipnose). Isso porque ao analisar as diferenças antes e depois da intervenção em cada grupo, foi observado que apenas o GH apresentou melhoras significativas no “controle da dor” ( $F=13.133$ ,  $p<0,001$ ), sendo constatado uma alteração de 71% de magnitude ( $partial \eta^2 = 0,71$ ). No GC (Grupo Controle) não foram constatadas diferenças significativas no “controle da dor” ( $F=1.019$ ,  $p=0.41$ ,  $partial \eta^2 = 0.016$ ).

Ao verificar a contribuição de cada variável dependente no efeito geral de 71%, constatou-se que a “intensidade da dor” foi a variável que mais alterou no pós-teste ( $F=31.909$ ,  $p<0.001$ ,  $partial \eta^2 = 0.662$ ), sendo que a “depressão” ( $F=5.519$ ,  $p=0.036$ ,  $partial \eta^2 = 0.22$ ) e a “ansiedade” ( $F=4.832$ ,  $p=0.041$ ,  $partial \eta^2 = 0.21$ ) também demonstraram diferenças significativas entre as duas situações. Os resultados das

médias da “depressão” e “ansiedade” em cada grupo podem ser observados na Tabela 12.

**Tabela 12. Depressão e ansiedade de pré e pós-teste do Grupo de Hipnose (GH) e Grupo Controle (GC).**

	DEPRESSÃO				ANSIEDADE			
	Antes		Depois		Antes		Depois	
	Média (DP)	IC (95%)	Média (DP)	IC (95%)	Média (DP)	IC (95%)	Média (DP)	IC (95%)
<b>GH</b>	17.2 (10.9)	9.4 - 25.0	10.6 (9.03)	4.14- 17.1	50.9 (6.92)	45.9 - 55.8	41.6 (12.3)	32.8 – 50.4
<b>GC</b>	12.1 (6.23)	7.65 – 16.5	11.7 (7.02)	6.67 – 16.7	49.2 (9.44)	42.4 – 55.9	48.0 (11.1)	40.0 – 55.9

Observa-se que o GH apresenta maior redução nas médias de “ansiedade” e “depressão” na segunda avaliação (pós-teste), como se pode perceber pela alteração dos intervalos de confiança (I.C.= 95%) apresentados na Tabela 9. A análise dos efeitos simples foi feita com teste “t” pareado que indicou diferenças significativas entre pré e pós-teste apenas para o GH, tanto na “depressão” (t= 2.277, p=0.049) quanto na “ansiedade” (t= 2.373, p=0.042). No GC não foram verificadas alterações significativas nem nos níveis de “depressão” (t=0.383, p=0.711), nem nos níveis de “ansiedade” (t=0.439, p=0.671).

Portanto, a “intensidade da dor” foi a variável que mais reduziu após a intervenção com a hipnose, não sendo observadas modificações no Grupo Controle. As médias dos grupos podem ser observadas na Tabela 13.

**Tabela 13. Intensidade da dor de pré e pós-teste do grupo de hipnose (GH) e controle (GC).**

	INTENSIDADE DA DOR				Teste “t” (p)
	Antes		Depois		
	Média (DP)	I.C. (95%)	Média (DP)	I.C. (95%)	
<b>GH</b>	7.70 (1.64)	<b>6.53 – 8.87</b>	3.7 (1.06)	<b>2.94 – 4.46</b>	8.485 (p<0,001)
<b>GC</b>	6.50 (1.65)	<b>5.32 – 7.68</b>	6.60 (1.43)	<b>5.58 – 7.62</b>	-0.198 (p=0.847)

Assim, a “intensidade de dor” foi significativamente reduzida no GH, apresentando nenhuma sobreposição de intervalo de confiança entre o antes e depois, o que demonstra expressiva alteração conforme pode ser observado na Tabela 10. O GC não apresentou nenhuma mudança, mesmo estando as participantes envolvidas em outros tipos de tratamentos.

As participantes do estudo estiveram engajadas durante todo o processo, desde o primeiro contato, demonstrando motivação e expectativas positivas em relação à

hipnose. Esse fato contribuiu significativamente para a satisfatoriedade dos resultados encontrados. Autores como Ferreira (2006) e Shames & Sterin (1981) concordam que a motivação é um dos componentes mais importantes para eficácia positiva do processo hipnótico.

Um fato que também pode ter colaborado para a eficácia da hipnose sob as variáveis de intensidade de dor, ansiedade e depressão diz respeito ao processo hipnótico desenvolvido neste estudo que se caracterizou pelo “abandono” da relação sensorial e perceptual por parte das pacientes em relação a realidade exterior (exceto sua relação com a hipnóloga que conduziu o trabalho para a manutenção do rapport). Assim, ao mesmo tempo em que a hipnóloga sugeriu que as pacientes deixassem de lado suas relações com o meio físico e somático, ela fez com que elas aumentassem sua percepção interna emocional. Todo esse processo gerou uma concentração exacerbada na voz e nas palavras da indutora, por parte das pacientes, o que aumentou a importância do conteúdo falado. Mello (2000) frisa a importância que a “palavra” tem na intervenção hipnótica. Para ele a “palavra” é um símbolo sonoro que produz uma imagem, um significado. A voz monótona, persistente e rítmica utilizada na aplicação da técnica, é um estímulo exteroceptivo que por meio de ondas sonoras chega aos ouvidos e é transduzido em impulso elétrico que associa-se a diferentes locais do Sistema Nervoso Central gerando padrões fisiológicos que resultam em diversas funções, sendo a mais importante, a “imaginação-visualização”.

Shor e Orne (1965), Mello (2000) e Ferreira (2006) afirmam que pela imaginação-visualização, funções cerebrais se modificam, e em consequência, altera-se a função de outros sistemas orgânicos, no caso específico desse estudo, a sensação de dor e os estados emocionais associados à ela, uma vez que a paciente imagina o que está sendo sugerido e o seu organismo reage como se assim fosse. Por isso, a fala do terapeuta se dá sem interrupção (monótona, persistente e rítmica), para que processos reflexivos por parte do paciente não tenham tempo hábil de se manifestar.

De acordo com Mello (2000) as vias neurais envolvidas na “imaginação durante a vigília” e na “imaginação na hipnose” diferem completamente. A hipnose pode, por mecanismos sugestivos e com reforço da imaginação sob estado hipnótico, alterar as funções que envolvem o Sistema Nervoso. Mello pesquisou o grau de realidade e vivacidade atribuídos à imagens visualizadas durante o transe hipnótico. Os resultados dessa pesquisa apontam que a capacidade dos participantes confundirem parcialmente a “realidade” e a “sugestão”, indica uma evidência contra a proposição de que relatos

hipnóticos são simples imagens. Além disso, estas constatações mostram que os meios pelos quais os indivíduos hipnotizados avaliam a realidade são distintos de situações sem a hipnose. Para esse pesquisador, participantes hipnotizados podem atribuir realidade à experiências mesmo quando caracterizadas por mecanismos que são incoerentes com as percepções “normais” de realidade. Da mesma forma, Sebastiani, Simoni, Gemignani, Chelarducci e Santarcangelo (2003) concordam que há um padrão de mudanças eletroencefalográficas na visualização de uma situação desagradável, envolvendo diversas modalidades sensoriais, sob hipnose. Essas mudanças são diferentes das que ocorrem na visualização feita por meio de outra técnica cognitiva.

Outra hipótese que pode estar relacionada a eficácia da técnica hipnótica neste estudo diz respeito a teoria que Rhodes (1999) descreveu, na qual defende a possibilidade de que durante o aprofundamento hipnótico (estado hipnoidal, transe leve, transe médio, transe profundo) haveria uma dissociação entre o pensamento indutivo e dedutivo, prevalecendo o dedutivo. Assim, a partir de um pensamento dedutivo prevalente, o cérebro chegaria às conclusões sem discussão. Então, nesta fase, se dissermos que a dor nas costas está passando, o cérebro concluiria que isto está acontecendo, a dor começa a diminuir e por vezes, surge a sensação de analgesia e formigamento. Todo esse processo só é possível se for por um pensamento dedutivo. Constatações fisiológicas apóiam esse fato, tanto que Goel, Gold, Kapur e Houle (1997) concluíram que durante o pensamento indutivo existe uma ativação do giro frontal superior esquerdo, o que não ocorre no indutivo. Essa predominância, explicaria a razão da sugestão ser aceita pelo indivíduo nesse estado alterado (diferente) de consciência. Assim, toda sugestão hipnótica é aceita como uma idéia geral, uma lei, e por meio do processamento do pensamento dedutivo o paciente aceita as idéias do hipnoindutor-terapeuta como se fossem dele.

A “focalização da atenção” também pode ter colaborado para os resultados encontrados uma vez que, durante o transe hipnótico, as pacientes vivenciaram um estado focal de relaxamento psíquico-físico, sem a preocupação com o entendimento lógico do que era transmitido pela hipnóloga, pois a representação é processada de maneira simbólica. Assim, ao ouvir as metáforas, que foram desenvolvidas a partir das experiências indiretamente ligadas a problemática (dor; ansiedade; depressão), as pacientes transferiram para o seu contexto encontrando assim soluções, pois houve, de certa forma, uma identificação com o que foi contado. Para Erickson e Rossi (1992) o processo de identificação é então mobilizado na paciente, proporcionando associações

aparentemente espontâneas, de alívio dos sintomas. As metáforas e analogias podem evocar novos padrões e dimensões do estado de consciência, pois são estímulos que desencadeiam buscas inconscientes e processos que levam ao desenvolvimento de novos significados (Erickson & Rossi, 1992). Embora não tenha sido objetivo dessa pesquisa averiguar que tipos de metáforas e analogias foram mais eficazes, parece-nos que as metáforas ilustraram o até mesmo acessaram algum tipo de lembrança, de modo indireto, que resultou em uma auto-reflexão, ressignificando o problema enfrentado, além de ter facilitado mudanças comportamentais, afetivas e percepto-cognitivas (diminuição da intensidade de dor e os níveis de ansiedade e depressão).

Dessa forma, compreende-se que o transe hipnótico é um período durante o qual as limitações dos padrões de referência usuais se alteram provisoriamente para que outros padrões de associação se manifestem conduzindo a um melhor “controle da dor” na fibromialgia (Erickson & Rossi, 1992). Assim, a “fixação da atenção” (que ocorre durante o transe hipnótico), anteriormente descrita, despotencializa os padrões habituais fazendo com que o sistema de crenças seja mais ou menos interrompido, dando vazão, então, para a consciência se distrair. Para Ferreira (2006) durante esse processo de distração, padrões latentes de associação e experiência sensorio-perceptiva conseguem se manifestar e a dor é percebida como menos intensa quando a atenção é distraída (Bushnell, Duncan, Hofbauer, Chen & Carrier, 1999; Rode, Salkovski & Jack, 2001). Por outro lado, contrariando essa posição, Miron e Duscan (1989) referem que a dor modifica a habilidade de um indivíduo focalizar a atenção porque é em geral uma modalidade que demanda atenção, de modo que ao pedirmos para a pessoa dividir atenção entre a dor e outra modalidade sensorial, predominará à dor.

Estudos de Melzack (1992) e Price (1988) têm demonstrado a importância das dimensões da sensação dolorosa. Nas pesquisas desses autores, constata-se que os efeitos positivos da hipnose sobre a intensidade da dor, ansiedade e depressão estão diretamente relacionados a “dimensão sensorial discriminativa” que engloba as diferentes propriedades sensoriais do estímulo, como, por exemplo a intensidade da dor e a “dimensão afetivo-emocional” que é constituída pela sensação desagradável ao estímulo, que frequentemente, mas nem sempre, está associada a intensidade da “dimensão sensorial-discriminativa”, incluindo as sensações emocionais relacionada ao sofrimento e às reações comportamentais. Ferreira (2004) considera que há uma correlação entre essas duas dimensões de dor, pois à medida que a sensação dolorosa

torna-se mais intensa, ela frequentemente torna-se mais desagradável, promovendo a instalação de mais comportamentos e emoções negativas.

As sugestões hipnóticas que foram direcionadas para a dimensão “sensorial-discriminativa” atuaram também sobre a “dimensão afetivo-emocional” uma vez que além da intensidade de dor os níveis de ansiedade e depressão também foram diminuídos. No entanto, entre as duas dimensões a “dimensão sensorial-discriminativa” apresentou uma redução maior do que a “dimensão afetivo-emocional”.

Os resultados satisfatórios da utilização da hipnose no controle da dor verificados nesse estudo são similares ao modelo de analgesia hipnótica proposto por Rainville (1998) e confirmado por Ferreira (2004), embora não tenha sido objetivo da presente pesquisa identificar qual (is) tipos de sugestões hipnóticas são mais eficazes. O modelo desses pesquisadores profere que 1) sugestões hipnóticas para modular a “dimensão afetivo-emocional” de dor, modulam essa dimensão; 2) sugestões hipnóticas para modular a “dimensão sensorial-discriminativa” de dor, modulam esta dimensão e também a “dimensão afetivo-emocional”. Essas considerações são coerentes com os resultados encontrados em 1999, Rainville, Duncan, Price, Carrier e Bushnell em que verificaram o efeito das sugestões hipnóticas para alterar a “dimensão afetivo-emocional” de dor. Para isso pessoas com as mãos expostas à dor produzida pela água aquecida entre 45 graus a 47 graus durante um minuto, durante e depois da analgesia hipnótica com sugestões dirigidas para a dimensão afetivo-emocional da dor (desconforto) mostraram modificações nesse aspecto. Outro estudo com o mesmo grupo, no entanto, com sugestões para diminuir a “dimensão discriminativo-sensorial” de dor, apresentou modificações nessa área (intensidade de dor) e também na “dimensão afetivo-emocional” alterando estados emocionais.

Estudos com PET realizados por Hofbauer, Rainville, Duncan e Bushnell (2001) e por Rainville et al. (1999) demonstraram que sugestões de analgesia voltadas para a “dimensão sensorial discriminativa”, portanto de “intensidade de dor”, produziam redução da atividade no córtex somatosensorial, além de modular a “dimensão afetivo-emocional” (alterações emocionais e comportamentais) por modificações neurofisiológicas (Price & Barrel, 2000).

As informações contidas nas técnicas de hipnose desenvolvidas para essa pesquisa compreenderam sugestões de relaxamento psico-físico, reinterpretação da sensação dolorosa, dissociação e visualização, diminuição da intensidade da dor, analgesia, anestesia, distorção do tempo, alucinações positivas, amnésia, sugestão pós-

hipnótica para o controle da dor na SFM. Kierman, Dane, Phillips e Price (1995) utilizaram sugestões similares em seu estudo e observaram uma redução na “dimensão afetivo-emocional de dor” de desconforto em 40%, enquanto a “dimensão discriminativa-sensorial” de intensidade de dor foi de 30%. Ferreira (2006) considera que esses dados indicam que há mecanismos gerais envolvidos, principalmente no que diz respeito ao fenômeno hipnótico de analgesia em que: a) a redução da “dimensão discriminativa-sensorial” de dor estaria interligada à atividade antino-ciceptiva no nível da medula espinhal; b) a redução da dimensão “discriminativa-sensorial” de dor talvez esteja relacionada com o processo que serve para evitar a consciência de dor após o impulso nociceptivo ter alcançado centros superiores (Patterson, Adcock, Bombardier, 1997); c) um mecanismo implicado na redução da “dimensão afetivo-emocional” de dor e da redução da “dimensão discriminativo-sensorial” pode estar relacionada a modificações nos significados e reinterpretações associadas à sensação dolorosa pelas sugestões hipnóticas.

Como dito anteriormente, embora não se teve o objetivo de averiguar qual das técnicas utilizadas nas intervenções tenha sido mais eficaz, a literatura mostra a “analgesia” como o fenômeno hipnótico mais usado para o controle da dor. Embora não saibamos se ela foi a responsável pela considerável redução da intensidade de dor e dos aspectos emocionais associados a que se levar em conta que a analgesia produzida pela hipnose é um processo inibitório que depende de um sistema de vigilância da atenção que opera de maneira que o estímulo doloroso que está chegando seja suprimido e não entre na percepção da consciência, pois a dor crônica, presente na fibromialgia, pode perturbar o sistema de ativação frontal anterior e com técnicas de analgesia hipnótica é possível a ativação da inibição dessa região, produzindo interrupção da informação dolorosa (Crawford, Knebel, Vendemia, Horton & Lamas, 1999). No entanto, estudos atuais não identificaram como a atividade cortical induzida por uma sugestão hipnótica de analgesia prioriza o processo inibitório responsável pelo aviso de que o estímulo doloroso está chegando (Ferreira, 2006). Por isso, pessoas com alta suscetibilidade hipnótica, segundo Crawford, Brown e Moon (1993) e Crawford et al. (1999), podem melhor controlar a dor devido ao seu mais efetivo sistema de atenção frontal que lhes permite focalizar a atenção e também ignorar os estímulos irrelevantes de prestar atenção ou não ao estímulo que chega.

Algumas pesquisas indicam que a redução de dor pela hipnose está associada à alta suscetibilidade hipnótica (SH) (Montgomery, DuHammel & Redd, 2000), contudo,

o estudo de Gillet e Coe (1984) não mostra diferenças nas respostas de analgesia entre os pacientes altamente suscetíveis e os pouco suscetíveis à hipnose. Patterson, Adcock e Bombardier (1997) sugerem que a relação entre suscetibilidade hipnótica (SH) e o controle da dor não necessariamente é generalizada para situações clínicas. Para Ferreira (2004) os profissionais que trabalham com a perspectiva cognitivo-comportamental consideram que a SH é muito menos importante, em parte porque para eles consideram que a suscetibilidade hipnótica é uma habilidade que pode ser aprendida e ensinada aos pacientes e provavelmente depende da natureza do problema clínico (Chaves, 1999) pois aquelas pessoas com poucas alternativas para o manejo clínico, como os pacientes com queimaduras, desenvolvem altos níveis de motivação para o uso da hipnose (Lang et al., 2000).

#### 4.5.1 Considerações das participantes sobre a percepção da intervenção hipnótica

O formulário de controle de variáveis (Apêndice 5) continha questões referentes às possíveis mudanças ocorridas durante a semana após a sessão, incluindo “alteração na dor percebida decorrente da hipnose” e “outras observações” que as participantes considerassem relevantes em relação à intervenção. Essas observações eram descritas por extenso no formulário. As ocorrências relacionadas a “percepção de alteração na intensidade de dor” (“melhorou” e “não melhorou”) podem ser observadas na Figura 5

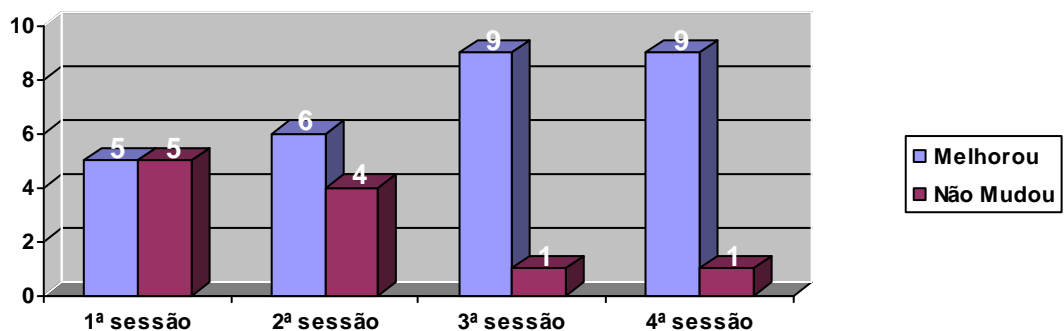


Figura 5. Percepção da “alteração na sensação de dor” uma semana após cada sessão.

Observa-se que de acordo com a percepção das participantes a “intensidade de dor” permaneceu a mesma na primeira sessão enquanto que nas demais houve um



decréscimo no sentido de ter diminuído a sensação dolorosa. Especialmente na terceira e quarta sessões de 10 participantes 9 perceberam melhora em função da intervenção hipnótica.

Os resultados decorrentes dessa percepção são coerentes com os encontrados na análise dos resultados, visto que a “intensidade de dor” foi a variável que mais reduziu no pós-teste. Além disso, a Figura 2 nos mostra que em todas as sessões ocorreram “eventos que as abalaram emocionalmente”, no entanto, esses fatores não tiveram influência significativa uma vez que, segundo a percepção das participantes, a intensidade da dor “melhorou” em todas as sessões.

Em relação às “observações” que as pacientes descreveram há uma tendência, de maneira geral, de explicitar uma reflexão intraindividual. As palavras que compõem as sugestões hipnóticas podem desencadear imagens, após um curto tempo de concentração nelas, podendo, por vezes, despertar manifestações internas e comportamentais, resultando em novos significados e novas percepções (Ferreira, 2006). Mesmo as sugestões não sendo desenvolvidas como o objetivo direto de proporcionar processos de reflexão direta, esse aconteceu uma vez que as participantes relataram tais ressignificações. Para Woody (1999) o efeito do processo hipnótico não é simplesmente no comportamento, mas na consciência pois a hipnose altera as experiências subjetivas das pessoas.

## V. CONCLUSÕES

Os resultados encontrados nessa pesquisa, sugerem que dentre as variáveis que compõem o “controle da dor”, a “intensidade de dor” foi a que apresentou maior redução seguida da diminuição, também significativa, dos níveis de “ansiedade” e “depressão”, confirmando assim a hipótese desse estudo de que a técnica da hipnose reduz a sensação dolorosa bem como as alterações emocionais associadas a ela.

A eficácia positiva da hipnose verificada parece estar relacionada: 1) Ao rapport estabelecido; motivação e expectativas positivas em relação a técnica; 2) Ao processo de imaginação-visualização; 3) A dissociação do pensamento indutivo e dedutivo; 4) A focalização da atenção/concentração; 5) As metáforas e analogias desenvolvidas a partir da problemática pesquisada; 6) As sugestões dirigidas às dimensões sensorial-discriminativa e afetivo-emocional; 7) Ao fenômeno hipnótico de analgesia; 8) Suscetibilidade hipnótica; 8) Reflexões individuais.

Os fatores que Ferreira (2006) pontua enquanto promotores da eficácia da técnica de hipnose são coerentes com os encontrados nessa pesquisa. Esse autor considera que as sugestões hipnóticas agem mais rápida e eficazmente de acordo com determinadas características isoladas ou em conjunto que apresentam algumas pessoas, a citar: a) Grau de rapport, expectativas e motivações; b) Características das sugestões; c) Propensão a imaginar, fantasiar; d) Suscetibilidade hipnótica. Shames e Sterin (1981) compartilham de posições semelhantes quando consideram os componentes: motivação, concentração; pessoas “prontas” para cooperar com o pensamento e a imaginação do que é sugerido.

As situações caracterizadas pelas pacientes como “abalo emocional”, parecem não ter interferido na intensidade da dor, uma vez que na análise da intervenção hipnótica os níveis de intensidade de dor, de ansiedade e depressão não aumentaram. Esse fato também evidencia a eficácia da técnica da hipnose no controle da dor.

Uma vez que procedimentos não-farmacológicos, nesse caso, a hipnose, podem atuar de maneira eficaz no tratamento de pessoas acometidas por Síndrome da Fibromialgia, faz sentido referir as considerações de Landeira-Fernandez & Cruz (1998) que consideram que técnicas psicológicas tem um efeito na atividade mental do paciente

em função da sua capacidade de promover uma transformação no funcionamento da atividade neural da pessoa. Assim a hipnose funcionaria porque altera o funcionamento de áreas específicas do cérebro através da modificação de padrões de comunicação neural.

Ladeira-Fernandez e Cruz ainda consideram que, embora o efeito das drogas psicotrópicas seja muito mais rápido em relação aos procedimentos psicológicos, esse efeito, por si só, não é duradouro. Drogas psicotrópicas alteram a transmissão sináptica desde que estejam presentes no sistema nervoso. Por outro lado, a psicoterapia ou até mesmo pequenas intervenções terapêuticas promovem alterações sinápticas de forma fisiológica levando em consideração os próprios recursos do sistema nervoso. Nesse sentido, sugere-se a realização de pesquisas que identifiquem possíveis relações entre a hipnose e medicamentos psicotrópicos. Além disso, a utilização de exames que possam detectar tais relações devem ser utilizadas tendo em vista que o presente estudo não abordou essas questões devido a sua limitação tecnológica.

Mesmo com os resultados significativos encontrados com uma amostra pequena (20 participantes) é importante futuramente replicar esse estudo com amostras maiores. Na presente situação isso não foi possível, especialmente pela inviabilidade financeira de realizar uma pesquisa desse âmbito uma vez que o Programa de Pós-Graduação não tem recursos para tal (a profissional que desenvolveu e aplicou as intervenções não cobrou pelos serviços prestados).

Em relação ao método sugere-se que sejam realizadas pesquisas que comparem a hipnose a outras técnicas psicológicas, como por exemplo, o Relaxamento Progressivo de Jacobson, relaxamentos somato-psíquicos, meditação e até mesmo com a hipnoterapia (em forma de estudo de caso). Estudos que comparem a Fibromialgia a grupos controles assintomáticos, a outras síndromes dolorosas crônicas e condições clínicas também são importantes. A integração de tecnologia avançada a essas pesquisas (PET-SCAN; PERE; MEG), possibilitará um maior entendimento das áreas cerebrais envolvidas nesse processo além de produzir maior credibilidade a esse assunto ainda tão envolto a mitos. Devem ser pensados desenhos experimentais que possam controlar um número maior de variáveis intervenientes bem como comparar a eficácia da “abordagem ericksoniana (indireta)” e da “abordagem tradicional (direta)” de sugestão hipnótica.

Além disso, deve-se dar atenção ao método qualitativo que deve ser aprofundado em estudos posteriores para que se possa contextualizar adequadamente a pesquisa e suas participantes.

As limitações encontradas nessa pesquisa dizem respeito a necessidade de identificar quais os fenômenos hipnóticos (rapport, dissociação, analgesia, anestesia, distorção do tempo, alucinações positivas, amnésia, sugestão pós-hipnótica) bem como qual o tipo de transe (leve, médio, profundo) que ocorreram e qual deles foi mais eficaz na redução da dor e dos níveis de ansiedade e depressão. Também é importante identificar os níveis de suscetibilidade hipnótica (SH) por meio das “escalas de suscetibilidade” para que se possa examinar se os níveis de SH interferem nos resultados encontrados.

Um outro fator que merece destaque em estudos posteriores diz respeito a averiguar quais os “tipos de sugestões” são mais eficazes, pois de acordo com a revisão crítica da literatura sobre hipnose e dor feita por Patterson & Jensen (2003) ao considerar a pesquisa de Rainville, Duncan, Price, Carrier, Bushnell (1997) propõem que seja dispensado cuidado às sugestões transmitidas aos pacientes durante o tratamento pela hipnose, pois acham provável que algumas sugestões serão mais efetivas para reduzir a experiência de dor do que outras.

E por fim, espera-se que esta pesquisa ajude a desmistificar a hipnose e que profissionais da saúde a vejam como um instrumento de intervenção ético, científico e eficaz, que proporciona qualidade de vidas as pessoas com Síndrome da Fibromialgia e dor crônica de uma maneira geral, pois novas formas de intervenção biopsicossocial devem ser pensadas tendo em vista a integralidade do ser humano.

## VI. REFERÊNCIAS

- Achterberg, J. A. (1996). A Imaginação na Cura. São Paulo: Summus.
- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H., Higgins, P. & Abeles, M. (1996). Sequential daily relations of sleep, pain intensity, an attention to pain among women with fibromyalgia. Pain, 68, 363-368.
- American College of Rheumatology. (1990). Criteria for the classification of fibromyalgia. Arthritis and Rheumatism, 33, 160-172.
- American Psychological Association (APA). The Division 30 Definition and Description of Hypnosis. Service of the Society of Psychological Hypnosis-Division 30 [on line]. Disponível em: <http://www.apa.org/divisions/div30/hypnosis.html>. Acesso em 19 de maio de 2005.
- Angelotti, G. & Sardá, J.J. (2005). Avaliação Psicológica da Dor. In: Figueiró, J.A.B., Angelotti, G. & Pimenta, C.A. M. Dor & Saúde Mental, (pp.51-65). São Paulo: Atheneu.
- Angelotti, G. (2002). Medidas de Avaliação da Dor. In: Cruz, R. M., Alchieri, J.C. & Sarda, J. Jr. Avaliação e Medidas Psicológicas: Produção do Conhecimento e da Intervenção Profissional, (pp. 117-135). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ansari, M. (1991). Modern hypnosis: Theory and Practice. Washington: Mas-Press.
- Antônio, S. F. (2002). Fibromialgia. Temas de Reumatologia Clínica, 3, 12-13.
- Araújo, A. (2007). Hipnose Ericksoniana: proposta moderna para tratamento de questões emocionais. [Http://www.farmaciaartmed.com.br/dicas\\_saude/material\\_saude/saude\\_hipnose.pdf](http://www.farmaciaartmed.com.br/dicas_saude/material_saude/saude_hipnose.pdf). Acessado em 30 de agosto de 2007.
- Aydin, S., Odaba, S. O., Ercan, M., Kara, H & Gargün, M. Y. (1996). Efficacy of testosterone and hypnotic suggestion in the treatment of non-organic male sexual dysfunction. Br. J. Urol. ,77, 256-60.
- Bär, K.J. (2005). Pain perception in major depression depends on pain modality. Pain, 117, 97-103.
- Barber, J. (1996). Hypnosis and suggestion in the treatment of pain. New York: W.W. Norton.
- Basbaum, A. I. (1996). Memories of Pain. Science and Medicine, 3, 22-31.
- Bauer, S. M.F. (2002). Hipnoterapia Ericksoniana Passo a Passo. Campinas: Livro Pleno.

- Baxter, L.R., Schwartz, J.M., Bergman, K.S., Szuba, M.P., Guze, B.H., Mazziota, J.C., Alazraki, A., Selin, C.E., Ferng, H.K., Munford, P. & Phelps, M.E. (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. Archives of General Psychiatry, 4, 681-89.
- Bear, M. F., Connors & Paradiso. (2002). Neurociências – Desvendando o sistema nervoso. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Rush, A. J. & Shaw, E. (1961). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford.
- Becker, J. B. & Samulski, D. (1998). Manual de Treinamento Psicológico para o Esporte. Novo Hamburgo: Feevale.
- Becker, N., Thomsen, A.B., Olsen, A.K., Sjogren, P., Bech, P. & Eriksen, J. (1997). Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. Pain, 73, 393-400.
- Benhaiem, J. M. (2001). Local and remote effects of hypnotic suggestions of analgesia, Pain, 89, 167-173.
- Berber, J. S. S., Kupek, E., Berber, Saulo (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia. Revista Brasileira de Reumatologia, 45, 47-54.
- Berlim, M. T., Perizzolo, J. & Fleck, M. P. A. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático e depressão maior. Rev. Bras. Psiquiatria, 25, 51-54.
- Bernardt, A. L., Prince, A. & Edsall, P. (2000). Quality of life issues for fibromyalgic patients. Arthritis Care & Research, 13, 42-50.
- Bigatti, S.M, Cronan, T.A. (2002). An examination of the physical health, health care use, and psychological well-being of spouses of people with fibromyalgic syndrome. Health Psychol, 21, 157-66.
- Bilkis, M. R. & Mark, K. A. (1998). Mind-body medicine. Practical applications in dermatology. Arch. Dermatol., 134, 1437-41.
- Blackburn-Munro, G. & Blackburn-Munro, R. E. (2001). Chronic Pain, Chronic Stress and Depression: Coincidence or Consequence? Journal de Neuroendocrinology, 13, 1009-1023.
- Buffington, A. L. H., Hanlon, C. A. & Mckeown M. J. (2005). Acute and persistent pain modulation of attention-related anterior cingulate fMRI activations. Pain, 113, 172–184.
- Burckhardt, C.S.; O'Reilly, C. A.; Wiens, A.N.; Clark, S.R.; Campbell, S.M.; Bennett, R. M. (1994). Assessing depression in fibromyalgia patients. Arthritis Care Res., 7, 35-9.

Bushnell, M.C., Duncan, G.H., Hofbauer, J.K., Chen, J. & Carrier, B. (1999). Pain perception: Is the a role for primary somatosensory cortex. Proceedings of The National Academy of Science, 96, 7705-09.

Caillet, R. (1990). Dor: Mecanismos e Tratamento. Porto Alegre: ArtMed.

Caldas, C. M. W. (2002). Avaliação Psicológica de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho. Florianópolis - Projeto de pesquisa do programa PIBIC/CNPq orientado pelo Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Calvino, B. & Grilo, R.M. (2006). Central pain Control. Joint Bone Spine, 73, 10-16.

Carrete, S., Bell., M. (1994). Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprine and placebo in FMS. Arthritis and Rheumatism, 28, 40.

Carrete, S., Bell., M.J., Reynolds, W.J., Haraoui, B., McCain, G. A, Bykerk, V.P., Edworthy, S.M., Baron, M., Koehler, B. E. & Fam, A.G. (1994). Comparison of amitriptyline, ciclobenzaprine and placebo in the treatment of fibromyalgic. A randomized, double-blind clinical trial. Arthritis & Rheumatism, 37, 32-40.

Carvalho, M. M., Loduca, A. & Portnoi, A. In: Castro, A.B. (2003). O Papel do Psicólogo na Clínica da Dor: A Dimensão Psicológica da Dor, (pp.298-300). Curitiba: Atheneu.

Castel, A. (2006). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison between hypnosis and relaxation. European Journal of Pain, 11, 463-468.

Cavalcante, A.B. Sauer, J. F., Chalot, S. D., Assumpção, A., Lage, L.V., Matsutani, L.A., Marques, A.P. (2006). A Prevalência de Fibromialgia: uma revisão de literatura. Revista Brasileira de Reumatologia, 46, 40-48.

Cervo, A. L. & Bervian, P. A. (1983). Metodologia Científica. São Paulo: McGrawHill.

Chaitow, L. (2002). Síndrome da Fibromialgia – Um Guia para o Tratamento. São Paulo: Manole.

Chaves, J.F. (1999). Applying hypnosis in pain management: Implications of alternative theoretical perspectives. Clinical hypnosis and self-regulations. American Psychological Association, 227-47.

Clauw, D. J. & Chrousos, G. P. (1997). Chronic pain and fatigue syndromes: overlapping clinical and neuroendocrine features and potential pathogenic mechanisms.

Cohen, H., Neumann, L., Haiman, Y., Matar, M., Press, J. & Buskila, D. (2002). Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in Fibromyalgic Patients: Overlapping Syndromes or Post-Traumatic Fibromyalgic Syndrome? Seminars in Arthritis and Rheumatism, 32, 38-50.

Cohen, R. A. (1999). Alteration of intention and self-initiated action associated with bilateral anterior cingulotomy. J Neuropsychiatry Clin Neurosci., 11, 444-53.

Coolican, H. (2004). Research Methods and Statistics in Psychology. London: Bookpoint Ltda.

Corrêa, A. L. (2005). Efeitos de um programa de auto-conhecimento e meditação sobre a ansiedade-estado, pressão arterial e frequência cardíaca de hipertensos. Monografia do Curso de Educação Física. Universidade Estadual de Santa Catarina, Florianópolis.

Crasilneck, H. B. (1992). The use of hypnosis in the treatment of impotence. Psychiatr. Med., 10, 67-75.

Crawford, H. J., Horton, I. & Harrington, G. (1998). Hypnotic Analgesia: 1. Somatosensory event-related potential changes to noxious stimuli and 2. Transfer learning to reduce chronic low back pain. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 46, 92-132.

Crawford, H.J., Brown, A., Moon, C. (1993). Sustained attentional and disattentional abilities: differences between low and highly hypnotizable persons. Journal of Abnormal Psychology, 102, 534-43.

Crawford, H.J., Horton, J.E., McClain-Furmanski, D. & Vendemia, J. (1998). Brain Dynamic shifts during the elimination of perceived pain and distress: Neuroimaging studies of hypnotic analgesia. In: Invited Symposium Neural Basis of Hypnosis [online]. INABIS 98 – 5<sup>o</sup> World Congress on Biomedical Sciences at McMaster University, Canada, Dez. 7-16. Disponível em: [www.mcmaster.ca/inabis98/woody/crawford0611/index.html](http://www.mcmaster.ca/inabis98/woody/crawford0611/index.html). Acessado em Abril de 2006.

Crawford, H.J., Knebel, T., Vendemia, J.M.C., Horton, J.E. & Lamas, J.R. (1999). La naturaleza de la analgesia hipnótica: Bases y evidencias neurofisiológicas. Anales de Psicología, 15, 133-146.

Cruz, R. M. (2001). O psicodiagnóstico de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho. Florianópolis. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção e Sistemas). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

D'Arcy, Y. & McCarberg, B. H. (2005). New Fibromyalgia: Pain management recommendations (on line). Disponível em: [www.npjjournal.org](http://www.npjjournal.org), p.218-225. Acessado em Julho de 2006.

Da Costa, P.L., Dobkin, P.L. & Dritz, M. (2001). The relationship between exercise participation and depressed mood in women with fibromyalgia. Psychology, Health and Medicine, 6, 301-11.

Da Costa, S.R.M.R., Pedreira, M.S., Tavares-Neto, J., Kubiak, I., Dourado, M.S., Araújo, A. C., Albuquerque, L.C. & Ribeiro, P.C. (2005). Características de Pacientes com Síndrome da Fibromialgia atendidos em Hospital de Salvador – BA. Revista Brasileira de Reumatologia, 45, 64-70.

Dahjgren, L. A. (1995). Differential Effects of Hypnotic Suggestion on Multiple Dimensions of Pain. Journal of Pain and Symptom: Management, 10, 464-470.



- Dancey, C. P., Reidy, J. (2004). Statistics without maths for Psychology. Edinburgh: Pearson Education Limited.
- Deitos, F., Noal, M.H.O., Garcia, C.R. & Rodrigues, T.C. (1998). Prevalência de doenças orgânicas em pacientes deprimidos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 48, 71-4.
- Eccleston, C. & Crombez G. (1999). Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. Psychol Bull., 125, 356-66.
- Eccleston, C. (1995). Chronic pain and distraction: an experimental investigation into the role of sustained and shifting attention in the processing of chronic persistent pain. Behav Res Ther., 33, 4, 391-405.
- Elliott T. E., Renier C. M. & Palcher J. A. (2003). Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36. Pain Med, 4, 331-9.
- Elman, D. (1970). Hypnotherapy. Glendale-CA: West Wood Publishing.
- Ercolani, M., Trombini, G., Chattat, R., Cervini, C., Piergiacomi, G., Salaffi, F., Zeni, S. & Marcolongo, R. (1994). Fibroyalgic Syndrome: depression and abnormal illness behavior. Multicenter investigations Psychoterapy Psychosomatic, 61, 178-186.
- Erickson, M. H. & Rossi, E. (1992). Innovative Hypnotherapy – The collected papers of Milton Erickson, vol.IV. Editado por Ernest Rossi. Nova Iorque: Irvington Publishers.
- Erickson, M. H., Hershman, S. & Secter, I. I. (1994). Hipnose Médica e Odontológica: Aplicações Práticas. Campinas: Editorial Psy.
- Everett, J.J. (1993). Adjunctive interventions for burn pain control: comparison of hypnosis and ativan: the 1993 Clinical Research Award. J Burn Care Rehab, 14, 6, 676-83.
- Farrugia, G., Camilleri, M & Whitehead, W. E. (1996). Therapeutic strategies for motility disorders. Medications, nutricion, biofeedback, and hypnotherapy. Gastroenterol. Clin. North. Am., 25 (1), 225-46.
- Faymonville, M. E. (1997). Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. Pain, 73, 361-367.
- Faymonville, M. E. (2003). Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. Cognitive Brain Research, 17, 255-262.
- Faymonville, M. E., Boly, M. & Laureys, S. (2006). Functional neuroanatomy of the hypnotic state. Journal of Physiology, 99, 463-69.
- Faymonville, M. E., Laureys, S., Degueldere, C., Delfiore, G., Lixem, A & Frank, G. (2000). Neural Mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. Anesthesiology, 92, 1257-1267.
- Fernandes, A.M.C. (2003). Representação social da dor por doentes de fibromialgia. Dissertação (Mestrado em Medicina). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Ferreira, M. V. C. (2004). Neurofisiologia, hipnose e dor. In: 1º Congresso Brasileiro de Psicoterapia Breve e Hipnoterapia, São Paulo. Anais do Congresso Brasileiro de Psicoterapia Breve e Hipnoterapia. São Paulo.

Ferreira, M.V.C. (2006). Hipnose da Prática Clínica. São Paulo: Atheneu.

Figueiró, J.A.B. (1999). Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: Carvalho, M.M.J.D. (org). Dor: um estudo multidisciplinar (pp. 140-173) São Paulo: Summus.

Figueiró, J.A.B., Angelotti, G. & Pimenta, C.A.M. (2005). Dor e Saúde Mental. São Paulo: Atheneu.

Fonseca, J. A. (1998). Hipnose no tratamento de pacientes com ansiedade. Dissertação (Psicologia da Saúde). Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo-SP.

Freud, S.F. (1920). Além do Princípio do Prazer. Edições Standard Brasileira das Obras Completas de Freud. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Zahar.

Frutuoso, J.T. (2006). Mensuração de Aspectos Psicológicos em Portadores de dor crônica relacionada ao Trabalho. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção e Sistemas). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Gashu, B.M. & Marques, A. P. (1997). Efeito da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) sobre os tender points dos pacientes fibromiálgicos. Estudo premilinar. Revista Brasileira de Fisioterapia, 21, 57-62.

Gillet, P.L. & Coe, W.(1984). The effects of rapid induction analgesia, hypnotic susceptibility and the severity of discomfort on reducing dental pain. American Journal Clinical of Hypnosis, 27, 81-90.

Goel, V., Gold, B., Kapur, S. & Houle, S. (1997). The seats of reason? An imaging study of deductive and inductive reasoning. Neuroreport, 8, 1305-10.

Goldenberg, D. L., Maysky, M. Mossey, C., Ruthazer, R. & Schmid, C. (1996). A randomized, double-blind crossover fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. Arthritis & Rheumatism, 39, 1852-59.

Goldenberg, E. (2002). O cérebro executivo: Lobos frontais e a mente civilizada. Rio de Janeiro: Imago.

Gorestein, C., Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Revista de Psiquiatria Clínica. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r255/depre255b.htm> . Acessado em: 20/09/2006.

Güven, A. Z., Kul Panza, E.& Gunduz, O.H. (2005). Depression and psychological factors in Turkish women with fibromyalgia syndrome. Eura Medicophys, 47, 309-13.

Harner, M. J. (1973). Hallucinogens and shamanism. New York: Oxford Press.

Haun, M.V.A., Ferraz, M.B. & Pollak, D.F.(1999) Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia para classificação da fibromialgia, em uma população brasileira. Revista Brasileira de Reumatologia, 39, 4.

Helfenstein, M. & Feldman, D. (1998). Prevalência da Síndrome da Fibromialgia em pacientes diagnosticados como portadores de lesões por esforços repetitivos. Revista Brasileira de Reumatologia, 38, 71-77

Helfenstein, M. & Feldman, D. (2002). Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais. Revista Brasileira de Reumatologia, 42, 8-14.

Helman, C. G. (2003). Cultura, Saúde & Doença. Porto Alegre: Artmed.

Henriksson, C. & Burckhardt, C. (1996). Impact of fibromyalgia on everyday life: a study of women in the USA and Sweden. Disability & Rehabilitation, 18, 241-248.

Hofbauer, R.K., Rainville, P., Duncan, G.H. & Bushnell, M.C. (2001). Cortical representation of the sensory dimension of pain. Journal of Neurophysiology, 86, 402-11.

Hudson, J. & Pope, H.G. (1996). The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder. Rheumatic Diseases Clinics of North America, 22, 285-303.

Hutchison, W. D. (1999). Pain-related neurons in the human cingulate cortex. Nature Neuroscience, 2, 405.

International Association for the Study of Pain – IASP. (1979). Pain Terms: a list with definitions and notes on usage. Pain [on line], v. 6, p. 249-252. Disponível em: [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org). Acessado em: dez. 2005.

Jacknow, D. S., Tschann, J. M., Link, M. P. & Boice, W. T. (1994). Hypnosis in the prevention of chemotherapy-related nausea and vomiting in children: a prospective study. J. Dev. Behav. Pediatr., 15 (4), 258-64.

Joça, S. R., Padovan, C. M & Guimarães, F.S. (2003). Estresse, depressão e hipocampo. Rev. Bras. Psiquiatria, 25, 46-51.

Julien, N., Woffaux, P., Arsenault, P., Marchand, S. (2005). Widespread pain in fibromyalgia is related to a deficit of endogenous pain inhibition. Pain, 114, 295-302.

Kassan, A., Patten, S.B. (2006). Major depression, fibromyalgia and labour force participation: A population-based cross-sectional study. BMC Musculoskeletal Disorders, 7.

Kaziyama, H.H.S., Yeng, L.T., Teixeira, M. J.(2003). Síndrome Fibromiálgica. In: Teixeira, M.J. Dor: Contexto Interdisciplinar. Curitiba: Maio.

Kierman, B.D., Dane, J.R., Phillips, L.H. & Price, D.D. (1995). Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. Pain, 60, 39-47.

Konrad, L.M. (2005). Efeito agudo do exercício físico sobre a qualidade de vida de mulheres com Síndrome da Fibromialgia. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Kranser, A. M. (1990). The wizard within. Santa-Ana: American Board of Hypnotherapy Press.

Kurland, J. E., Coyle, W., Winkler, A., Zable, E. (2006). Prevalence of irritable bowel syndrome and depression in fibromyalgia. Dig. Dis. Sci., 51, 454-60.

Lakatos, E. & Marconi, M. A. (1991). Metodologia Científica. São Paulo: Atlas.

Lambert, S. A. (1996). The effects of hypnosis/guided imagery on the postoperative course of children. J. Dev. Behav. Pediatr. 17, 307-10.

Landeira-Fernandez, J., Cruz, A.P. (1998). A Interpretação Psicobiológica da Clínica Psicológica. Cadernos de Psicologia-Psicobiologia-Psicologia Clínica UERJ, 1, 1-36.

Lang, E. V. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomized trial. Lancet, 355, 1486-90.

Lang, E.V., Benotsch, E.G., Fick, L.J., Lutgendorf, S., Berbaum, M.L., Berbaum, K.S & Logan, H., Spiegel, D. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomized trail. The Lancet, 355, 1486-90.

Langenfeld, M. C., Cipani, E. & Borckardt, J. J. (2002). Hypnosis for the control of HIV/AIDS-related pain. Int J Clin Exp Hypn, 50, 170-88.

Lee, S., Yoon, H.J., Chang, H.K. & Park, K.S. (2005). Fibromyalgia in Behcet's disease is associated with anxiety and depression, and not with disease activity. Clin. Exp. Rheumatol., 23, 15-9.

Leeuw, R. (2005). The contribution of neuroimaging techniques to the understanding of supraspinal pain circuits: Implications for orofacial pain. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology, 100, 308-314.

Lent, R. (2004). Cem Bilhões de neurônios: Conceitos fundamentais das Neurociências. São Paulo: Atheneu.

Lewis, B. (1994). Psychotherapy, neuroscience and philosophy of mind. American Journal of Psychotherapy, 48, 85-93.

Lólio, C. A. (1990). A Epidemiologia da Pressão Arterial. Rev. Saúde Pública [on line], v. 24, n. 5. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acessado em: 25 Outubro de 2006.

Mäkela, M. & Heliövaara, M. (1991). Prevalence of fibromyalgia in the Finnish population. British Medical Journal, 303, 216-219.

Malhi, G., Parker, G.B., Greenwood, J. (2005). Structural and functional models of depression: from sub-types to substrates. Acta Psychiatrica Scand., 111, 94-105.

- Marconi, M. A & Lakatos, E. M. (2001). Metodologia do Trabalho Científico. São Paulo: Atlas.
- Marques, A. P., Mendonça, L.L.F & Cossermeli, W. (1994). Alongamento muscular em pacientes com fibromialgia a partir de um trabalho de reeducação postural global (RPG). Revista Brasileira de Reumatologia, 34, 232-34.
- Marques, P.A. Qualidade de vida de indivíduos com fibromialgia: poder de discriminação dos instrumentos de avaliação. (2004). Tese (Livre Docência). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Martens,R. (1982). Sport competition anxiety test. Champaign: Human Kinetics Publishers.
- Martinez, J. E. (1995). Psychological aspects of brazilian women with fibromialgia. Journal of Psychosomatic Research, 39, 167-174.
- Martinez, J. E. (1999). Avaliação da qualidade de vida de pacientes com Fibromialgia através do “Medical Outcome Survey 36 Item Short Form Study”. Revista Brasileira de Reumatologia, 11, 312-316.
- Martinez, J. E., Cruz, C. G., Aranta, C., Lagoa, L. A. & Boulos, F.C. (2002). Estudo qualitativo da percepção das pacientes sobre fibromialgia. Revista Brasileira de Reumatologia, 42, 30-36.
- Masi, A. T., White, K. P. & Pilcher, J.J. (2002). Person-centered approach to care, teaching and research in fibromialgia Syndrome: Justification from biopsychosocial perspective in populations. Seminars in Arthritis Rheumatism, 32, 71-93.
- Mathews, W.J., Lankton, S. & Lankton, C. (1993). An ericksonian model of hypnotherapy. In: JW Rhue SJ Lynn, I Kirsch. Handbook of Clinical Hypnosis. Washington, DC: American Psychological Association, 187-214.
- Mauer, M. H., Burnett, K. F., Oulette, E.A., Iroson, G.H. & Dandes, H.M. (1999). Medical hypnosis and orthopedic hand surgery: pain perception, postoperative recovery, and therapeutic confort. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 47(2), 144-61.
- McBeth,J., Macfarlane, G.J., Silman, A.J. (2002). Does chronic pain predict future psychological distress? Pain, 96, 239-45.
- Mello, P. (1998). Fisiologia da Hipnose. In: Douglas, C. R.. Patofisiologia Oral, 1, (32), pp. 575-91) – São Paulo. SP. Brasil: Editora Pancast.
- Mello, P. (2000). Mecanismos Neuropsicofisiológicos da Hipnose. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde). Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Melzack, R. & Wall, P. (1982). O Desafio da Dor. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain, 1, 277-99.

- Melzack, R.(1992). Recent concepts in pain. Journal of Medicine, 13, 147-60.
- Miron, D., Ducan, G.H. & Bushnell, M.C. (1989). Effects of attention on the intensity and unpleasantness of thermal pain. Pain, 39, 345-352.
- Mohr, C., Binkofski, F., Erdmann, C., Buchel, C & Helmchen, C (2005). The anterior cingulate cortex contains distinct areas dissociating external from self-administered painful stimulation: a parametric fMRI study. Pain, 114, 347-57
- Montgomery, G.H., DuHammel, K.N. & Redd, W.H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48, 134-149.
- O'Hanlon, W. H. (1995). Hipnose Centrada na Solução de Problemas. Campinas: Psy II.
- Ofluoglu, D., Berker, N., Guven, Z., Canbulat, N.; Yilmaz, It.& Kayhan, O. (2005). Quality of life in patients with fibromyalgic syndrome and rheumatoid arthritis. Clinical Rheumatological, 24, 490-2.
- Ohrbach, R., Patterson, D. R., Carrougher, G. & Gibran, N. (1998). Hypnosis after an adverse response to opioids in an IU burn patient. Clin. J. Pain, 14 (2), 167-75.
- Okifuji, A., Turk., D.C., Sherman, J.J. (2000). Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgic syndrome: why aren't all patients depressed? J. Rheumatol., 27, 212-9.
- Organização Pan-Americana da Saúde.(1986). A hipertensão arterial como problema de saúde comunitária: manual de normas operacionais para um programa de controle nos diferentes níveis de atenção. Brasília, Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas.
- Pagano, T., Matsutani, L.A., Akensi., Ferreira, E. A. G. (2004). Avaliação da ansiedade e qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos. São Paulo Medicina, 122, 252-58.
- Pascalis, V., Magurano, M. R. & Bellusci, A. (1999). Pain perception, somatosensory event-related potentials and skin conductance responses to painful stimuli in high, mid, and low hypnotizable subjects: effects of differential pain reduction strategies. Pain, 83, 499-508.
- Patterson, D. R. (2004).Treating Pain With Hypnosis. Current Directions in Psychological Science, 13, 252-255.
- Patterson, D. R., Adcok, R. J. & Bombardier, C. H. (1997). Factors predicting hypnotic analgesia in clinical burn pain. Int. J. Exp. Hypn. 45, 37-95.
- Patterson, D. R., Burns, G. L. Everett, J.& Marvin, J. A. (1992). Hypnosis for the Treatment of Burn Pain. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 713-717.
- Patterson, D. R., Jensen, M., P. (2003). Hypnosis and Clinical Pain. Psychological Bulletin, 129, 495-521.

- Patterson, D.R & Ptacek, J.T. (1997). Baseline pain as a moderator of hypnotic analgesia for burn injury treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 60-7.
- Petrovic, P.(2000). Pain-related cerebral activation is altered by a distracting cognitive task. Pain, 85, 19-30.
- Petzke, F. & Clauw, D.J. (2003). Increased pain sensitivity in fibromyalgia: effects of stimulus type and mode of presentation. Pain, 105, 403-13.
- Pimenta, C. I. M. (1999). Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: Carvalho, M. M. J. D. (Org.). Dor: um estudo multidisciplinar, (pp. 31-46). São Paulo: Summus.
- Pimenta, C.A.M. (2000). Dor: manual clínico de enfermagem. São Paulo: s/editora.
- Price, D.D. & Barrel, J.J. (2000). An analysis of analgesia produced by hypnosis and placebo suggestions. In: EA Mayer, CB Saper. Progress in brain research, 122, 255-71.
- Price, D.D. (1988). Psychological and neural mechanisms of pain. New York: Raven Press.
- Rainville, P. Brain imaging studies of the hypnotic modulation of pain sensation and pain affect. (1998) Apresentado no 5<sup>th</sup> World Congress on Biomedical Sciences. University, Canadá. Dezembro. Disponível em [www.mcmaster.ca/inabis98/woody/rainville0419/index.htm](http://www.mcmaster.ca/inabis98/woody/rainville0419/index.htm) Acessado em Julho de 2007.
- Rainville, P., Carrier, B., Hofbauer, R.K, Bushnell, M.C. & Duncan, G.H. (1999). Dissociation of sensory and effective dimensions of pain using hypnotic modulation. Pain, 82, 159-71.
- Rainville, P., Ducan, Price, Carrier & Bushnell, L.(1997). Pain Affect Encoded in Human Anterior Cingulate But Not Somatosensory Cortex. Science, 277, 969.
- Rhodes, R.H. (1999). Hipnotismo sem mistério. Rio de Janeiro: Nova Era.
- Riberto, M. & Battistella, L.R. (2002). Comorbidades em fibromialgia. Revista Brasileira de Reumatologia, 42, 1-7.
- Riberto, M. (2004). Comparação das manifestações clínicas em pacientes portadores de fibromialgia traumática e não-traumática. Dissertação (Mestrado em Medicina), Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Robinson, R.L., Birnbaum, H.G., Morley, M.A., Sisitki, T., Greenberg, P.E., Claxton, A.J. (2003). Economic cost and epidemiological characteristics of patients with fibromyalgic claims. Journal of Rheumatology, 30, 1318-1325.
- Rode, S., Salkovski, P.M. & Jack, T. (2001). An experimental study of attention, labeling and memory in people suffering from chronic pain. Pain, 94, 193-203.
- Roizenblatt, S., Tufik, S., Goldenberg, J., Pinto, L. R., Hilário, M. O. & Feldman, D. (1997). Fibromialgia Juvenil. Revista Brasileira de Reumatologia, 35, 271-73.
- Rúdio, F.V. (2002). Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica. Petrópolis: Vozes.

Sanches, S.O. (2006). Capacidade Psicomotora, Dor e Depressão em Mulheres com Síndrome da Fibromialgia. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano). Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis.

Sandrini, G. (2000). Effects of hypnosis on diffuse noxious inhibitory controls. Physiology & Behavior, 69, 295–300.

Sardá Jr J. J., Kupek, E. & Cruz, R. M. (2000). Aspectos Psicológicos associados à lombalgia e lombociática. Revista de Ciências Humanas, 28, 51-60.

Sardá JR, J. J. (1999). Avaliação Psicológica de estados emocionais associados às síndromes dolorosas. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Sardá Jr, J., J. (2002). Avaliação Psicológica em pacientes com dor crônica. In: Cruz, R. M., Alchieri, J. C., Sardá Jr, J. J. (Org.) Avaliação e Medidas Psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sardá, J. J. & Cruz, R. M (2002). Avaliação Psicológica de Pacientes com Dor Crônica. In: Cruz, R. M, Alchieri, J. C & Sardá, J.J. (Org). Avaliação e Medidas Psicológicas: Produção do Conhecimento e da Intervenção Profissional. São Paulo: Casa do Psicólogo, 99-114.

Schauble, P. G.; Werner, W. E.; Rai, S. H. & Martin, A. (1998). Childbirth preparation through hypnosis: the hypnoreflexogenous protocol. Am. J. Clin Hypn. 40, 273-283.

Schochat, T.& Beckmann, C. (2003). Sociodemographic characteristics, risk factors and reproductive history in subjects with fibromyalgia-results of a population-based case-control study. Z. Rheumatol., 62, 46-59.

Schulz-Stübner, S.(2004). Clinical Hypnosis Modulates Functional Magnetic Resonance Imaging Signal Intensities and Pain Perception in a Thermal Stimulation Paradigm. Regional Anesthesia and Pain Medicine, 29, 6, 549–556.

Sebastiani, L., Simoni, A., Gemignani, A., Chelarducci, B., Santarcangelo. (2003). Human hypnosis: autonomic and eletroencefalografic correlates of a guided multimodal cognitive-emotional imagery. Neuroscience Letters, 338, 41-44.

Shames, R., Sterin,C. (1981). Cura pela mente. Rio de Janeiro: Nórdica.

Sharav, Y. & Tal, M. (2006). Focused hypnotic analgesia: Local and remote effects. Revised Submitted to Pain.

Shor, R.E. & Orne, M. (1965). The Nature of hypnosis. New York: Hinehart and Winston.

Silva, L.C., Abreu, A.C., Pelegrino, O.S. & Coelho,O.S. (1997). O valor da contagem de pontos dolorosos no diagnóstico da fibromialgia. Revista Brasileira de Reumatologia, 37, 317-322.

Simon, E. P. (1999). Hypnosis using a communication device to increase magnetic ressonance imaging a claustrophobic patient. Mil. Med., 164, 71-72.



- Sousa, F. F. & Silva, J. A. (2005). A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. Revista Dor, 6, 469-513.
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1979). Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE. Tradução de Ângela Biaggio. Rio de Janeiro: CEPA.
- Stam, H. J., Mcgrath, P.A.& Brooke, R. I. (1984). The effects of a cognitive-behavioral treatment program on temporo-mandibular pain and dysfunction syndrome. Psychosom. Med., 6, 534-45.
- Stewart, A. C.& Thomas, S. E. (1995). Hypnoterapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children. Br. J. Dermatol,132, 778-83.
- Stucher, H. (1997). Hypnosis as adjunctive therapy for multiple sclerosis: a progress report. Am. J. Clin. Hypn., 39, 283-90.
- Szenészi, D. (2005). A Hipnose em Triatletas: Percepção das Características da Visualização da Prova de Ironman e seus Componentes Psicofisiológicos. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Teixeira, J. & Figueiró, J. A. B. (2001). Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas crônicas e tratamento. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr.
- Teixeira, M. J. (2003). Dor: Contexto Interdisciplinar. Curitiba: Maio.
- Teixeira, M.J., Pimenta, C.A.M. & Grossi, S.A.A. & Cruz, I. (1999). Avaliação da dor: fundamentos teóricos e análise crítica. Revista Medicina São Paulo, 78, 85-114.
- Tennen, H., Affleck., G., Zautra, A. (2006). A depression history and coping with chronic pain: a daily process analysis. Health Psychol., 25, 370-9.
- Tolisson, C. & Langley, C.(1992). Pain Patient Profile Manual (P-3). USA: National Computer Systems.
- Tollison, C. B. & Hinnant, B.W. (1996). Psychological testing in the evaluation of the patient in pain. In: Waldman, S. T., Winnie, A. P. (Org). Intervention pain management in pain, (119-127),USA: W.B. Saunders Company.
- Turk D. C. (1996). Differential responses by psychosocial subgroups of fibromyalgia syndrome patients to an interdisciplinary treatment. Arthritis Care Res, 11, 397-404.
- Turk, D. C., Okifuji, A., Starz, T.W. & Sinclair, J. D. (1996). Effect of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgic syndrome patients. Pain, 68, 423-30.
- Vaeroy, H. (2005). Symptoms of depression and anxiety in functionally disabled rheumatic pain patients. Nord J Psychiatry, 59, 109-13.
- VanDyck, R., Zitman, F.G., Linsen, A.C & Spinhoven, P. (1991). Autogenic training and future oriented hypnotic imagery in the treatment of tension headache: outcome and process. Int. J. Clin. Exp. Hypn., 39, 6-23.

Walker, E. A. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. Psychosom Med, 59, 572-7.

Walsh, J.K., Hartman, P.G. & Schweitzer, P.K. (1994). Slow wave sleep deprivation and waking function. Journal of Sleep Research, 3, 16-25.

Weideback, W. F.S. (2002). Fibromialgia: evidências de um substrato neurofisiológico. Revista Assoc. Med. Bras., 48, 291.

Weinstein, E. J. & AU, P.K. (1991). Use of hypnosis before and during angioplasty. Am J Clin Hypn., 34, 1, 29-37.

Wolfe, F. & Cathey, M (1983). Prevalence of primary and secondary fibrositis. Journal of Rheumatology, 10, 965-968.

Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R.M., Caro, X.J., Goldenberg, D.L., Russel, I.J., Yunus, M.B. (1997). Health status and disease severity in fibromyalgia: results of a six-center longitudinal study. Arthritis & Rheumatism, 40, 1571-1579.

Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennet, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L., Tugwell, P., Campbell, S.M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A.G., Farber, S.J., Fiechtner, J.J., Franklin, C.M., Gatter, R.A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A. S., Mais, A. T., MacCain, G. A., Reynolds, W. J., Romano, T.J., Russel I.J. & Sheon, R.P., (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. Arthritis & Rheumatism, 33, 160-172.

Woody, E. (1999). What's hypnosis?.(1999). In: 5<sup>th</sup> World Congress on Biomedical Sciences at McMaster University Canada. Disponível: [www.mcmaster.ca/inabis98/woody785/index.html](http://www.mcmaster.ca/inabis98/woody785/index.html). Acessado em Abril de 2007.

Yunus, M. B., Masi, A. T., Calabro, J.J., Miller, K. A & Feigenbaum, S. L. (1981). Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. Seminars in Arthritis & Rheumatism, 11, 151-71.

Yunus, M.B. (1994). Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. Baillieres Clin. Rheumatol., 8, 811-37.

Zachariae, R. (1998). Effects of an opioid antagonist on pain intensity and withdrawal reflexes during induction of hypnotic analgesia in high- and low-hypnotizable volunteers. European Journal of Pain, 2, 25-34.

## VII. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Adams, R. D. M. A. & Victor, M. D. Ropper, A.H. (1997). Principles of neurology. McGraw-Hill.

Barbeta, P.A. (1998). Estatística Aplicada às Ciências Sociais. Florianópolis: UFSC.

Caballo, V. E. (1996). Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. São Paulo: Santos Ed.

Castro, A.B. (2003). A Clínica de Dor: organização, funcionamento e bases científicas. Curitiba: Maio Ed.

Cohen, R. A. (1999). Impairments of attention after cingulotomy. Neurology, 11, 819-24.

Compas, B.E.(1998). Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. J Consult Clin Psychol, 66,1, 89-112.

Derbyshire, S. W., Vogt, B. A .& Jones, A .K. (1998). Pain and Stroop interference tasks activate separate processing modules in anterior cingulate cortex. Exp. Brain Res., 118, 52-60.

Dietrich, A. (2003). Functional neuroanatomy of altered states of consciousness: the transient hypofrontality hypothesis. Consciousness and Cognition, 12, 231-56.

Ehde, D. M. et al. (2003). Chronic pain secondary to disability: a review. Clin J Pain, 19, 3-17.

Enqvist, B.& Fischer, K. (1997). Preoperative hypnotic techniques reduce consumption of analgesics after surgical removal of third mandibular molars: a brief communication. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 45, 102-8.

Feldman, J. B. (2004). The neurobiology of pain, affect and hypnosis. Am J Clin Hypn, 46, 3, 187-200.

Frenay, M. C. (2001). A Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy. Burns, 27, 793-9.

Gay, M. C., Philippot, P. E & Luminet, O. (2002). Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: a comparison of Erickson hypnosis and Jacobson relaxation. European Journal of Pain, 6, 1-16.

Gilligan, S. G. (1987). Therapeutic trances: the cooperation principle in ericksonian hypnotherapy. New York: Bruner Maz Inc.

- Gilmore, L. G. (1987). Hypnotic metaphor and sexual dysfunction. Journal of Sex and Marital Therapy, 13, 45-57.
- Haley, J. (1991). Terapia Não-Convencional: As Técnicas Psiquiátricas de Milton Erickson. Summus Editorial, São Paulo.
- Keefe, F.J. et al. (2004). Psychological Aspects of Persistent Pain: Current State of the Science. The Journal of Pain, 5, 4, 195-211.
- Kessler, R. S., Patterson, D. R., Dane, J. (2003). Hypnosis and relaxation with pain patients: evidence for effectiveness. Seminars in Pain Medicine, 1, 67-78.
- Kiernan, B. D., Dane, J.R., Phillips, L.H.& Price, D.D. (1995). Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex: further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. Pain, 60, 39-47.
- Kolb, B.& Whishaw, I. Q. (2002). Neurociências do Comportamento. São Paulo: Manole.
- Lentjes, E. G. W.M., et al. (1997). Glucocorticoid receptors, fibromyalgia and low back pain. Psychoneuroendocrinology, 22, 8, 6113-514.
- Linton, S. J. (2002). Early identification and intervention in the prevention of musculoskeletal pain. Am J Ind Med. 41, 5, 433-42.
- Linton, S. J.; Vlaeyen, J.; Ostelo R. (2002). The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? J Occup Rehabil, 12, 4, 223-32.
- Mäntyselkä, P. T. et al. (2001). Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. Pain, 89, 175-180.
- Mäntyselkä, P.T. et al. (2002). Direct and indirect costs of managing patients with musculoskeletal pain challenge for health care. European Journal of Pain 6, 141-148.
- Maquet, P., Faymonville, M. E., Degueldre, C., Delfiore, G., Franck, G. & Luxen, A. (1999). Functional neuroanatomy of hypnotic state. Biol. Psychiatry, 45, 327-33.
- O'Hanlon, W. H. (1994). Raízes profundas: fundamentos da terapia e da hipnose de Milton Erickson. Campinas-SP: Editorial Psy II.
- Passos, A.C.M., Labate, I.C. (1998). Hipnose: Considerações Atuais. São Paulo: Atheneu.
- Saastamoinen, P. (2005). Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic pain among ageing employees. Pain, 114,364–371.
- Sarno, J..(2003). Psychosomatic concepsts in chronic pain. Arch physical medicine, 84.
- Sohlberg, M. M.& Mateer, C. A. (1987). Effectiveness of an attention training program. J Clin Exp Neuropsychol, 9, 117–30.

- Tan, S. Y.; Leucht, C. A. (1997). Cognitive –behavioral therapy for clinical pain control: a 15-year update and its relationship to hypnosis. Int. J. Clin. Exp. Hypn, 45, 4 ,396-416.
- Taylor, B. K. (1998). Pituitary-Adrenocortical Responses to Persistent Noxious Stimuli in the Awake Rat: Endogenous Corticosterone Does Not Reduce Nociception in the Formalin Test1. Endocrinology, 139, 5, 2407-2413.
- Turk, D. C.; Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 70, 3, 678-690.
- Turner, J. A. (1996). Educational and behavioral interventions for back pain in primary care. Spine, 21, 2851-1857.
- Van Dyck, R., Spinhoven, P. & Kloosman. A. (1989). The effectiveness of standardized versus individualized hypnotic suggestions: a brief communication. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 37, 1-5.
- Vlaeyen, J. W. S.(2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain. A state of the art. Pain, 85, 317-332.
- Wakeman, J. R., Kaplan, J.Z. (1978). An experimental study of hypnosis in painful burns. American Journal of Clinical Hypnosis, 21, 3-12.
- White, P.D.(2001). Predictions and associations of fatigue syndromes and mood disorders that occur after infectious mononucleosis. Lancet, 358, 1946–54.
- Zeig, J. K. (1985). Vivenciando Erickson: uma apresentação da pessoa humana e do trabalho de Milton Erickson, M. D. Campinas-SP: Editorial Psy.
- Zeig, J. K. (1995). Seminários didáticos com Milton H. Erickson – Hipnose, Metáforas e Comunicação em Psicoterapia. Campinas, São Paulo: Editora Psy II.

## **VII. APÊNDICES**

## Apêndice 1



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A instituição.....situada à rua.....nº..... na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, está ciente de que será realizada nesta instituição, a pesquisa intitulada “**Efeitos da Hipnose na Percepção de dor em Mulheres com Síndrome da Fibromialgia**”, a fim de verificar os efeitos dessa técnica sobre as variáveis : percepção da sensação dolorosa, ansiedade, depressão e pressão arterial. Os dados coletados poderão ser utilizados tanto para fins acadêmicos, como para publicação em eventos científicos. Os dados referentes às pessoas envolvidas na pesquisa serão mantidos em sigilo.

Sendo assim, autorizo a pesquisadora aqui denominada Evânea Joana Scopel, mestranda em Psicologia, a responsabilidade pelo desenvolvimento da pesquisa com mulheres com Síndrome da Fibromialgia desta instituição.

Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido junto à pesquisadora, pelo telefone: 3331.9904 (Laboratório de Psicologia do Trabalho).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Evânea Joana Scopel  
Cruz  
Pesquisadora – Mestranda

Prof. Dr. Roberto Moraes  
Pesquisador – Orientador

Eu....., responsável legal por esta instituição, declaro por meio deste documento, o meu consentimento para a realização da pesquisa “**Efeitos da Hipnose na Percepção de Dor em Mulheres com Síndrome da Fibromialgia**”, a ser realizada nesta instituição.

Declaro, ainda, que estou ciente de seu objetivo e métodos.

.....de.....de 2006.

.....  
Assinatura do Responsável

RG.....

## Apêndice 2



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Grupo Experimental

Eu, Evânea Joana Scopel, psicóloga e mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-a a participar do processo de coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado: “Hipnose no Controle da Dor”, que tem por objetivo verificar os efeitos da hipnose em mulheres com fibromialgia. Os resultados desse estudo podem trazer subsídios para a utilização dessa técnica na melhora da qualidade de vida de pessoas portadoras de dor crônica, mais especificamente a fibromialgia.

A sua participação consistirá em comparecer a 05 sessões (1 vez por semana, durante 40 minutos) no consultório do Instituto Milton Erickson, sito à Av. Rio Branco, 354, Centro – Florianópolis /SC. Você participará das sessões e responderá a questionários na primeira e na última semana, e este processo não irá lhe gerar qualquer custo financeiro. O seu nome, ou dados que possa lhe identificar, não serão usados. A sua participação é absolutamente voluntária e a pesquisadora está à disposição para quaisquer esclarecimentos no decorrer da pesquisa; sendo garantida a sua integridade física e mental durante o processo. Mantém-se também o seu direito de desistir da participação a qualquer momento.

Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados para posterior publicação de artigos ou trabalhos em eventos científicos.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar do estudo solicito a assinatura do mesmo em duas vias, sendo que uma delas permanecerá com você.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida junto à pesquisadora, pelo telefone: 3331.9904 (Laboratório de Psicologia do Trabalho – PSITRAB).

\_\_\_\_\_

Evânea Joana Scopel

Cruz

Pesquisadora – Mestranda

Prof. Dr. Roberto Moraes

Pesquisador – Orientador

#### TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informada sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso \_\_\_\_\_ .

Assinatura \_\_\_\_\_ Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .



### Apêndice 3



#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Grupo Controle**

Eu, Evânea Joana Scopel, psicóloga e mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-a a participar do processo de coleta de dados de uma pesquisa que tem como objetivo identificar os níveis de depressão e ansiedade em mulheres com Síndrome da Fibromialgia. Os resultados desse estudo podem trazer subsídios para a melhora da qualidade de vida de pessoas portadoras de dor crônica, mais especificamente a fibromialgia.

A sua participação consistirá em responder a dois instrumentos de medida, um relativo a ansiedade e o outro relativo a níveis de depressão. Esses questionários serão respondidos duas vezes, sendo a segunda aplicação cinco semanas após a primeira. Este processo não irá lhe gerar qualquer custo financeiro. O seu nome, ou dados que possa lhe identificar, não serão usados. A sua participação é absolutamente voluntária e a pesquisadora está à disposição para quaisquer esclarecimentos no decorrer da pesquisa; sendo garantida a sua integridade física e mental durante o processo. Mantém-se também o seu direito de desistir da participação a qualquer momento.

Os dados obtidos na pesquisa serão utilizados para posterior publicação de artigos ou trabalhos em eventos científicos.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar do estudo solicito a assinatura do mesmo em duas vias, sendo que uma delas permanecerá com você.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida junto à pesquisadora, pelo telefone: 9979.0804 (Laboratório de Psicologia do Trabalho – PSITRAB).

\_\_\_\_\_

Evânea Joana Scopel  
Cruz  
Pesquisadora – Mestranda

Prof. Dr. Roberto Moraes  
Pesquisador – Orientador

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que fui informada sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim.

Nome por extenso \_\_\_\_\_ .  
Assinatura \_\_\_\_\_ Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .

## Apêndice 4

### Descrição das técnicas de hipnose<sup>24</sup>:

#### Primeira indução

Sente-se o mais confortável possível nesta cadeira.

Por favor, feche os olhos e procure se colocar o mais confortável possível.

Agora observe a sua respiração. Apenas observe. Procure respirar o mais profundamente possível. Procure sentir o seu abdômen mexendo, como se a sua respiração chegasse até o assoalho da sua pélvis e vá expirando devagarzinho, tranqüilamente. Não precisa fazer força, nem mesmo força para não fazer força. Deixe acontecer e vá observando ao mesmo tempo o que acontece. Não precisa ter pressa, nem mesmo pressa pra não ter pressa, deixe acontecer e observe. Sinta a respiração fluindo prazerosamente, tranqüilamente, naturalmente. Nossa respiração exerce várias funções: a respiração acalma, digere nossas emoções, ajuda a relaxar, ajuda a cicatrizar nossas feridas emocionais, nos conecta com nossa parte sábia e nos acompanha o tempo todo, todo o tempo.

Agora, sinta que todas as suas células estão respirando, todos os seus órgãos internos estão respirando, sua pele está respirando, seus músculos estão respirando, seus ossos estão respirando, sua mente está respirando. Todo o teu corpo respira saudavelmente, naturalmente, tranqüilamente.

Com calma vá relaxando os seus pés. Relaxe e sinta os seus pés. Relaxe e sinta as suas pernas, relaxe e sinta o seu quadril, relaxe e sinta a sua coluna, cada vértebra da sua coluna. Imagine você relaxando as suas costelas, inclusive suas costelas se afastando um pouco para você relaxar o seu coração. Imagine que você respira diretamente através do seu coração, como se você abrisse uma janela, respirando diretamente através do seu coração. Sentindo os ares frescos, novos, uma nova inspiração, novas idéias, novas possibilidades e viver são estar abertos para as muitas possibilidades da vida. Relaxe os seus braços, antebraços, seus pulsos, relaxe suas mãos. Relaxe cada dedo das suas mãos, cada falange dos seus dedos. Observe e sinta a pulsação do seu coração na ponta dos dedos. Relaxe seus ombros, relaxe seu pescoço, parte posterior do pescoço, a parte anterior do pescoço. Relaxe sua nuca. Relaxe seu couro cabeludo, cada fiozinho do seu cabelo. Relaxe sua testa, seus olhos profundamente, relaxe sua face, suas orelhas. Relaxe sua boca, língua e dentes, lábios... Abra-se e relaxe! Desfrutando saudavelmente

---

<sup>24</sup> O estabelecimento da relação terapêutica e o esclarecimento sobre a técnica de hipnose foi realizado antes do início da aplicação da técnica. A descrição das técnicas, bem como, a aplicação das intervenções foram realizadas pela Psicóloga e Especialista em Hipnose Márcia Alencar.

(com sua mente saudável), tranqüilamente (com sua mente tranqüila), prazerosamente (com sua mente prazerosa) deste momento aqui agora.

Por alguns minutos você aperta o botão do pause do dvd, pare o filme da sua vida, relaxa todo o seu corpo, relaxa a sua mente e respira profundamente. Enquanto você descansa, mecanismos naturais de cura são ativados para ajudar você a fazer por você aquilo que você precisa aqui agora.

Imagine que você está num lugar seguro. Vamos construir um lugar seguro e agradável para você. Pode ser um jardim, ou uma praia, como você preferir. Se for um jardim, imagine as flores coloridas, cheirosas, diferentes espécies, aquelas que você mais gosta. Imagine também o barulho dos pássaros, sinta a brisa soprando um vento suave e fresco. Imagine um banco neste jardim, um lindo banco, você senta nele e deixa sua parte dolorida, sofrida, descansando no banco, enquanto sua outra parte pode sair para passear. E você pode sair caminhando entre o verde, entre as flores, entre as árvores. Imagine uma linda árvore, aquela que você mais gosta e caminhe na sua direção.

Enquanto você caminha e contempla tudo a sua volta você fica ainda mais e mais relaxada, ainda mais e mais confortável, uma sensação prazerosa e gostosa vai tomando conta de você. Lembrando que apesar do sofrimento a vida pode ser bela, pode ser desfrutada, pode ter momentos tranqüilos e prazerosos. Você vai sentindo o bem estar, como é bom estar bem, o prazer e a tranqüilidade deste momento.

Agora que você está completamente relaxada e no seu lugar seguro, vou tocar de leve um ponto na sua mão, este ponto será um signo sinal, cada vez que você sentar nesta cadeira e tocar este ponto na sua mão você entrará automaticamente em transe. Naturalmente, automaticamente você entrará neste estado de profundo relaxamento, suave conforto, tranqüilidade e prazer. E você poderá com o tempo, com o treino fazer isto em casa, ou em qualquer lugar que você desejar. Pois, tudo na vida é uma questão de treino e habilidade. Você pode treinar se colocar neste estado de conforto, neste estado de relaxamento, neste estado prazeroso. A vida é para todos, o prazer está aí para todos, a felicidade também. A felicidade é uma arte, podemos aprender a praticar e treinar. As pessoas felizes são felizes muito mais pela maneira como encaram a vida do que pela vida que levam. Sinta o bem estar, sinta-se bem, sinta-se passeando pelo seu jardim. Acalme seu coração, acalme sua cabeça e relaxe. Relaxe ainda mais profundamente.

Agora enquanto você descansa, relaxa, mecanismos naturais de cura trabalham para ajudar você no bem estar físico e emocional. Neste momento eu gostaria de lhe contar uma estória. A estória de um gnomo chamado Jacinto. Jacinto era um gnomo que estava muito cansado, sentia muita dor, por todo o seu corpo. Às vezes também sentia uma cansaço na sua cabeça, falta de atenção, mas ele era determinado, sempre se esforçava para melhorar. Um dia disseram a ele que na floresta havia um mestre que adorava conversar. Ele apesar da dor

resolveu se enfrontar pela floresta adentro, caminhando, chorando, reclamando, caminhou até que de repente encontrou o mestre colhendo folhas numa pequena cabaça. Chegou para o mestre e disse: Não agüento mais esta vida de dor e sofrimento. Será que a fada da felicidade e da sorte me abandonou completamente? O mestre respondeu: calma Jacinto, você já reparou que aonde caem as suas lágrimas nascem as flores mais bonitas da floresta?...Jacinto olhou para uma lado, olhou para o outro lado e viu exatamente isto com surpresa. Mas, então, quer dizer que eu tenho que me acabar de tanto chorar para o mundo se encher de flor e perfume. Isto não é vida, eu não quero mais isto pra mim. Calma Jacinto, respondeu o mestre. O que eu quis dizer foi, se suas lágrimas têm este poder, que poder não terá o seu sorriso!!! Que tal trocar as sementes do medo, pelas sementes do amor. A dor pode ser obrigatória, mas o sofrimento é opcional. O sofrimento só tem cabimento enquanto você não aprende. Quando aprende você pode deixar a dor de lado e seguir em frente apesar de...

Jacinto apesar de muito cansaço, e sentindo alguma dor pela caminhada, começou a sentir um calor no seu coração. Uma luz foi se acendendo, ele foi sorrindo, se sentiu crescendo... e tudo a sua volta foi ficando iluminado. Quando olhou para o lado para agradecer o mestre, o mestre havia sumido. Descobriu que aquela voz vinha do seu coração. E mais uma vez seu coração falou... “Há sempre um jeito mais leve e doce de se viver a vida, troque as sementes, dentro do possível se distraia e pratique a alegria.”

Agora vá sentindo o seu coração, seu corpo relaxado, algum conforto no seu corpo, sua mente tranqüila. Respire profundamente uma, duas, três vezes e devagarzinho se traga de volta pra cá, mantendo com você este estado de conforto e relaxamento. Se trazendo serenamente ativa e ativa mente serena. Vou contar devagarzinho de dez a zero e a cada número você vai se trazendo de volta, mantendo a paz, o conforto, o bem estar.

Dez, nove, oito, sete, seis, cinco, quatro, três, dois, um, zero.

Muito bem, pode alongar-se, espreguiçar-se e por último abra os olhos.

### **Segunda Indução**

Por favor sente-se, o mais confortável possível nesta cadeira e vá se colocando à vontade, confortável.

Se puder e quiser feche os olhos para sentir melhor a sua respiração e relaxar seu corpo e sua mente. Observe sua respiração. Como ela está. Sinta, sinta o ar que entra, o ar que sai, sinta o caminho que ele faz. Imagine e sinta. O ar que entra, entra novo, fresco...O ar que sai, sai levando o que está pesado, dolorido, aquilo que pré-ocupa você...Deixe o sair levar suas tensões e pressões, devagarzinho. Deixe, sinta, expire, se possível relaxe, se não for possível não tem problema. Acredite que mesmo assim, você pode desfrutar de algum conforto. Não precisa fazer força, nem mesmo força pra não fazer força. Apenas respire, deixe a respiração acontecer.

Agora vamos ao seu lugar seguro. Vamos voltar lá no seu jardim. Imagine todas as flores, árvores o perfume do ar, a brisa do vento soprando sobre sua pele. Você imagina e sente,

sente e imagina com detalhes, com prazer, sentido algum bem estar. Vamos pressionar o ponto do signo sinal para que você aprofunde ainda mais no transe. Tocando e relaxando, aprofundando na concentração, sentindo-se absorvida pela minha voz, pela sua imaginação. Vou contar de zero a dez e a cada número você vai aprofundando mais um pouco. Zero, respire, um escorregue, dois sinta o bem estar, três permita-se seguir em frente, quatro aproveite este momento, cinco um sensação agradável, seis o corpo vai ficando pesado, sete você sente o calor e o peso de forma agradável, oito sentido a energia circulando através da respiração, nove soltando a imaginação, dez aprofunde ainda mais um pouco. Lembre-se este lugar seguro está dentro de você e você dentro dele!!! Sempre que você precisar e puder, quiser, pode-se levar até ele e permanecer por alguns minutos. Enquanto vai passeando pelo jardim você visualiza um lindo banco, confortável. Imagine-se sentada nele. Descanse, enquanto você descansa mecanismos naturais de cura são ativados para ajudar você a fazer por você aquilo que você precisa aqui, agora. Aproveite este momento, da melhor forma possível. Aproveite esta experiência. Aprenda a ficar presente, sentir o presente, viver o presente, aqui, agora!!! Aproveite!!!

Agora observe atentamente suas mãos. Observe qual está mais pesada, qual está mais quente. Sinta a sua pulsação na ponta dos dedos. Talvez você possa sentir além da pulsação alguns choquinhos, um formigamento. Vá observando, imaginando, sentindo, devagarzinho isto vai acontecendo, é como se você calçasse uma luva na sua mão...em uma delas ou nas duas, como acontecer está bem, como preferir. Permita-se sentir. Sinta, absorva-se nesta experiência, aproveite. Agora imagine que você conduz esta sensação de analgesia aonde você sente algum desconforto no seu corpo. Você pode passear com a mão pelo corpo. Devagarzinho, sem pressa, levando a sensação de formigamento com você. Comece imaginando a mão no seu peito, seu peito vai descongestionando através do formigamento, através da respiração. A respiração que digere todas as emoções reprimidas, misturadas, sinta o peito formigando. Sinta o peito aliviando e aproveite desta sensação...

Estenda esta sensação para os seus ombros. Relaxe se possível, senão simplesmente coloque seus ombros de uma forma mais confortável... sinta o formigamento, sinta a respiração. Sinta uma sensação de bem estar tomando conta de você. É possível, você pode, você consegue.

### **Terceira Indução**

Por favor, sente-se, o mais confortável possível nesta cadeira e vá se colocando à vontade, confortável.

Se puder e quiser feche os olhos para sentir melhor a sua respiração e relaxar seu corpo e sua mente. Observe sua respiração. Como ela está. Sinta, sinta o ar que entra, o ar que sai, sinta o caminho que ele faz. Imagine e sinta. O ar que entra, entra novo, fresco...O ar que sai, sai levando o que está pesado, dolorido, aquilo que pré-ocupa você...Deixe o sair levar suas tensões e pressões, devagarzinho. Deixe, sinta, expire, se possível relaxe, se não for possível não tem

problema. Acredite que mesmo assim, você pode desfrutar de algum conforto. Não precisa fazer força, nem mesmo força pra não fazer força...Apenas respire, deixe a respiração acontecer.

Agora vamos ao seu lugar seguro. Vamos voltar lá no seu jardim. Imagine todas as flores, árvores o perfume do ar, a brisa do vento soprando sobre sua pele. Você imagina e sente, sente e imagina com detalhes, com prazer, sentido algum bem estar. Vamos pressionar o ponto do signo sinal para que você aprofunde ainda mais no transe. Tocando e relaxando, aprofundando na concentração, sentindo-se absorvida pela minha voz, pela sua imaginação. Vou contar de zero a dez e a cada número você vai aprofundando mais um pouco. Zero, respire, um escorregue, dois sinta o bem estar, três permita-se seguir em frente, quatro aproveite este momento, cinco um sensação agradável, seis o corpo vai ficando pesado, sete você sente o calor e o peso de forma agradável, oito sentido a energia circulando através da respiração, nove soltando a imaginação, dez aprofunde ainda mais um pouco. Lembre-se este lugar seguro está dentro de você e você dentro dele!!! Sempre que você precisar e puder, quiser, pode-se levar até ele e permanecer por alguns minutos.

Vamos passear por uma linda campina verde. Imagine as árvores, o cheiro do mato, escute os pássaros. Lá na frente uma casa aconchegante espera por você. Você sobe sete degraus para chegar a porta: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. Você se imagina abrindo a porta da frente.

Você entra numa sala ampla e bonita, esta sala está dividida por uma parede de vidro transparente e impenetrável. Tem uma poltrona confortável aonde você senta e descansa um pouco. Você observa tudo a sua volta, o ambiente, os móveis, a parede. Do outro lado da parede de vidro você vai imaginar sua dor. Dê uma cor para ela, um formato, pode ser um objeto, um instrumento, um animal ou até mesmo um símbolo... fique com a primeira imagem que vier. Veja, observe, com o que sua dor lhe parece? Imagine está cor clareando bem devagar. Você respira, a sua respiração envolve esta imagem e vai modificando devagar a cor. Está mais clara, um pouco mais clara...talvez você possa imaginar esta cor desbotando e se transformando em outra cor. Observe, sinta. Agora vamos alterar a forma.

Imagine isto diminuindo um pouco de tamanho, só um pouco, brinque com esta idéia. Se quiser transforme a imagem numa outra imagem. Por ex: se você imaginou um urso, pense num ursinho de pelúcia e assim por diante. Brinque com a sua imaginação. Quando eu era pequena uma vez tinha muita dor nos joelhos. Fiquei com os joelhos engessados. Então pedi para o enfermeiro engessar também o joelho da minha boneca. Depois meu joelho aliviou. São transformações possíveis. Na vida nada se perde, tudo se transforma, tudo se aproveita. Vamos aproveitar este momento aqui agora. Relaxe, respire, imagine e transforme, aprendendo saudavelmente a desfrutar do presente. Desfrutando protegidamente deste momento. Podemos desfrutar a vida apesar dela não ser perfeita, podemos ter prazer apesar de sentirmos dor, podemos nos alegrar apesar das tristezas que também fazem parte da vida. Mas, viver é muito mais do que isto, você sabe e sempre podemos aprender mais e mais. Aproveite e aprenda.

Quando já tiver transformado a aparência da dor pegue parte da sua dor de volta. Saia pela porta da frente da casa e feche-a atrás de você. Siga o seu caminho para o lugar seguro. Fique mais um pouco lá, focalizando sua mente e liberando qualquer tensão remanescente.

Agora vou contar de 10 a zero e devagar a cada número você vai se trazendo de volta, mantendo com você a sensação de conforto desta experiência. Levando com você está aprendizagem para sua vida, seu dia. Na vida nada se perde, tudo se transforma, tudo se aproveita e viver é a arte de transformar. Vamos acordando devagar, espreguiçando, alongando, mexendo os pés, mas mãos os braços, muito bem!

#### **Quarta Indução**

Coloque-se a vontade na cadeira. Respire profundamente uma vez, duas, três vezes. Imagine que o ar que você respira é azul. Imagine o ar azul entrando, o ar cinza saindo.

O ar que entra, entra novo, fresco, trazendo uma nova inspiração, novas idéias, novas possibilidades. O ar que sai, sai levando o que pesa, o que preocupa, o que machuca... vá se soltando. Soltando os músculos, soltando os pensamentos, os sentimentos. Vou tocar no ponto do seu signo sinal para você aprofundar no transe, uma, duas, três vezes. Você escorrega, vai aprofundando no conforto, no relaxamento, no bem estar.

Agora se conduza ao seu lugar seguro. Procure lembrar dele em detalhes... o jardim, as flores, o cheiro, o barulho dos pássaros, a brisa leve que sopra trazendo novos ventos, novos tempos, novas possibilidades. Ensinando a você que é possível viver bem apesar de..., apesar de sentirmos desconforto, passarmos por tensões, pressões, cansaço etc.

Podemos aprender a relaxar, focar a atenção na respiração, focar a intenção no nosso desejo de bem estar, pensar positivo, sentir coisas boas.

Vamos voltar a passear naquela campina verde. Você caminha e observa o caminho. Lá longe você avista aquela casa de campo, aconchegante, simpática. Você sobe os sete degraus e chega até a porta. Abra a porta. Lembre-se é uma sala bonita, aconchegante. Esta sala esta dividida por uma parede de vidro, transparente, intransponível. Sente-se na poltrona confortável que te espera. Coloque a sua dor do outro lado. Visualize a sua dor através de um símbolo. Pode ser um objeto, um instrumento, uma cor, um bicho, qualquer coisa...fique com a primeira imagem que vier. Observe, sinta a sua respiração e relaxe. Agora sinta a sua respiração envolvendo esta imagem. Não faça nada, não precisa fazer força. Apenas deixe as transformações acontecerem devagar. Lembre-se podemos devagar, alterando o tamanho, a cor, etc...

Mas, antes vamos conversar com a sua dor. Pergunte o que ela faz ali? Pra que veio? O que você precisa aprender com ela? É possível você ir embora? Podemos conviver melhor juntas? Escute sua parte sábia. Escute sua voz interna, guarde o seu conselho, siga o seu conselho. Se escute, aprenda a ouvir e seguir sua voz sábia. Agora, com calma, vamos trabalhar

modificando a cor, o tamanho, a forma etc. Devagar, não tenha pressa. Imagine quais modificações são possíveis e desejadas...

Agora pegue um pedaço da sua dor. Integre em você, integre no seu coração porque com amor nesta vida tudo se transforma, nada se perde, tudo se aproveita. Transforme, aproveite, acredite você pode. Levante-se, caminhe até a porta. Feche-a atrás de você volte pela campina até o seu lugar seguro. Observe se você está bem, descansa um pouco, você fez um ótimo trabalho. Parabéns!

Agora integrando estes aprendizados, mantendo o bem estar eu vou contar devagar de sete a zero e você vai se trazendo de volta. Mantendo o bem estar, acordando devagar seus pés, suas mãos, seu corpo, se alongando, devagar, gostoso. Desfrutando demais este momento. Lembrando que sempre que você quiser e precisar pode se conduzir ao seu lugar agradável, respirar o ar azul, etc...

Assim você vai aprendendo a viver bem, sentir o bem estar, o bom humor, bons pensamentos, bons sentimentos apesar de....

#### **Quinta Indução**

Sente-se o mais confortável possível na cadeira. Vá se colocando à vontade neste lugar, nesta cadeira, no seu corpo. Respire o mais profundamente possível uma, duas, três vezes. Imagine que o ar que você respire é azul. O ar que você expira é cinza. O ar azul vai entrando, entra novo fresco, trazendo uma nova inspiração. O ar que sai é cinza, sai levando o que pesa, o incômodo, o que preocupa, as tensões, pressões do dia a dia. Respire, relaxe e se coloque o mais confortável possível. Focando a sua atenção neste momento, sentindo o seu corpo respirar, relaxar, descansar. Enquanto você descansa, mecanismos naturais de cura são ativos para ajudar você naquilo que você precisa aqui, agora. Foque a sua atenção, neste momento, nos seus pés. Relaxe seus pés. Sinta-os soltos e pesados, agradavelmente pesados. Sinta uma leve sensação de calor.

Relaxe suas pernas. Agora elas não precisam fazer força, nem mesmo força para não fazer força. Relaxe a canela, a panturrilha, os tornozelos, os joelhos, as coxas. Sinta suas pernas mais pesadas, agradavelmente relaxadas e mornas. Observe-se e solte-se com calma, sem exigir, deixando acontecer tranqüilamente, com sua mente mais tranqüila; serenamente, com sua mente mais serena. Agora relaxe seus órgãos genitais, suas nádegas, relaxe todo o seu quadril, inclusive seus órgãos internos, sinta o calor gostoso, sinta o peso, sinta o conforto da cintura para baixo. Sinta e observe, respire ainda mais profundamente. Relaxe sua coluna, cada vértebra da sua coluna, imagine-a alinhada saudavelmente, soltando os músculos das costas, as costelas, os ombros. Sentindo o corpo se soltar suavemente, gostosamente, tranqüilamente. Agora solte sua caixa torácica, imagine suas costelas se afastando um pouco, seu coração vai desapertando, se soltando dentro do peito. Você sente o bem estar, o relaxamento, o espaço, as possibilidades que você vai aprendendo. Agora solte os braços, antebraços, os pulsos, as mãos, os dedos das



mãos. Sinta o peso, o suave calor, sinta sua pulsação na ponta dos dedos. Divirta-se e sinta, experimente, permita-se, autorize-se. Depois relaxe o pescoço, a parte anterior do pescoço, a parte posterior do pescoço, sinta as vértebras relaxadas e alinhadas. Solte a sua garganta, sinta o bem estar. Finalmente solte sua cabeça, seu couro cabeludo, fiozinho por fiozinho do seu cabelo, as orelhas, os músculos da face, a testa, as sobrancelhas. Deixe seus olhos relaxados escorregarem para dentro. Naturalmente. Descanse seu globo ocular e respire...

Vamos nos transportar para seu lugar seguro. Imagine o seu jardim, em detalhes, como você gosta. Lembre que você tem um lugar seguro dentro de você, ele está dentro de você e você dentro dele. Agora vou apertar o seu signo sinal para você aprofundar ainda mais no transe, uma, duas, três vezes. Vou contar até sete e você vai escorregando, se entregando, permitindo-se esta delícia deste momento. Um, dois, três, quatro, cinco, seis, sete.

Imagine a sua dor. Então se visualize entrando no seu corpo com uma lata de um óleo dourado e morno. Vá até a dor. Leve alguma iluminação consigo e examine a dor por todos os ângulos. Então derrame o óleo dourado e morno sobre a dor, cobrindo-a completamente. Veja a dor se esvaír até se torna um ponto dourado. Vire-se e veja raios dourados de saúde e bem estar fluírem deste ponto para todas as partes do corpo. Saia do seu corpo pelo mesmo caminho que entrou, sentindo que sua dor desapareceu ou quase desapareceu, como for possível. Aconteça o que acontecer está bem. Sinta, relaxe e aproveite. Desfrutando prazerosamente aqui, agora. Sinta-se presente no seu corpo e vivendo o momento presente. Sinta-se bem! Sinta-se tranqüila.

Eu quero contar uma estória enquanto você aproveita este momento. É um fábula sobre uma bruxa e um coelho. A bruxa e o coelho viviam juntos na floresta, passavam horas conversando. Um dia a bruxa convidou o coelho para fazer uma viagem. Ele não queria ir, mas nada disse. Após andarem por algum tempo pararam para descansar. O coelho disse: estou com muita sede. A bruxa arrancou as folhas de uma árvore, soprou-a e presenteou o coelho com uma cabaça cheia de água. O coelho aceitou, bebeu e nada disse. Continuaram as jornadas por mais um tempo. Depois pararam novamente para descansar. Então o coelho disse: estou com fome. A bruxa pegou uma pedra, soprou e transformou num punhado de rabanetes. Não era bem isto que o coelho queria, mas aceitou, comeu e permaneceu calado. Continuaram a jornada, pouco depois o coelho tropeçou, caiu e se feriu. A bruxa pegou folhas, pedras, soprou e transformou em unguento e esfregou por todo o corpo do coelho. E ficou ao seu lado até que ele se sentisse melhor. Quando ele se curou, a bruxa transformou-se numa águia, agarrou o coelho e levantou vôo, levando-o junto. Deixou-o em seu ninho descansando e saiu voando outra vez.

Ao voltar não o encontrou mais. Um dia, por acaso, a bruxa cruzou com ele na floresta e perguntou: Por que tem se escondido de mim? Saia de perto de mim, gritou o coelho, tenho medo de você. Não gosto nem de você, nem da sua mágica que vive me impondo o que eu não quero! Os olhos da bruxa encheram-se de lágrimas. Ela então disse ao coelho: eu o ajudei porque achei que você fosse meu amigo. Você aceitou meus presentes mágicos e agora vira-se

contra mim. Por isto vou amaldiçoá-lo. De hoje em diante quando você não expressar os seus desejo perderá a capacidade de desejar. E quando não tiver desejos e sentir medo, aquilo que você sente medo cairá sobre você. Moral da história: aquilo que você não escolher, escolherá você e aquilo que você temer, encontrará você.

Agora eu vou contar de sete a zero e devagarzinho você vai se acordando, se trazendo de volta. Levando com você o bem estar, esta mensagem, a minha voz. E a minha voz irá contigo na voz do vento, da chuva, no canto dos pássaros, na voz da sua parte sábia, dos amigos e assim por diante. E você vai poder lembrar, treinar e sentir o bem estar sempre que você se concentrar, relaxar e reler as induções.

## Apêndice 5

### Ficha de Controle de Variáveis

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sessão n°: \_\_\_\_\_

N° de Identificação da participante \_\_\_\_\_

Refleta sobre sua vida **na última semana que passou**, e responda ao questionário conforme as ocorrências.

- Opte sempre pela alternativa que mais se aproxima de sua condição, opinião ou atitude. Para cada item das questões, você deve optar por apenas uma alternativa.

- Seja totalmente honesta em suas respostas.

**1)** Ocorreu alguma alteração em seu estado de saúde?

( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

**2)** Como você auto-avalia a qualidade de seu sono:

( ) Péssimo ( ) Ruim ( ) Regular ( ) Bom ( ) Excelente

**3)** Você tomou algum medicamento para dormir essa semana? ( ) Sim ( ) Não

**4)** Houve alguma alteração nos medicamentos usualmente utilizados?

( ) Sim ( ) Não

Se \_\_\_\_\_ sim,  
Qual? \_\_\_\_\_

**5)** Com relação ao seu convívio social (família, trabalho, vizinhança) como foi a última semana?

( ) Péssima ( ) Ruim ( ) Regular ( ) Boa ( ) Excelente

**6)** Aconteceu alguma situação que te abalou emocionalmente? ( ) Sim ( ) Não (vá para a questão 8)

**7)** Se aconteceu, como você avalia a forma que administrou essa situação:

( ) Péssima ( ) Ruim ( ) Regular ( ) Boa ( ) Excelente

**8)** Com que frequência você ingeriu bebidas alcoólicas nesta semana?

( ) Nenhuma vez ( ) Até 3 vezes por semana ( ) de 4 a 6 x por semana ( ) Diariamente

**9)** Você fumou mais do que costume nesta última semana? ( ) Sim ( ) Não

**10)** Você observou alguma alteração na sua dor na última semana, em função da hipnose?

( ) Mudou para melhor ( ) Mudou para pior ( ) Não mudou

Observações:

---

---

---

## **VIII. ANEXOS**

## Anexo 1

### **RESOLUÇÃO CFP N.º 013/00** **DE 20 DE DEZEMBRO DE 2000**

**Aprova e regulamenta o uso da Hipnose como recurso auxiliar de trabalho do Psicólogo.**

**O CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, que lhe são conferidas pela Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971 e;

**CONSIDERANDO** o valor histórico da utilização da Hipnose como técnica de recurso auxiliar no trabalho do psicólogo e;

**CONSIDERANDO** as possibilidades técnicas do ponto de vista terapêutico como recurso coadjuvante e;

**CONSIDERANDO** o avanço da Hipnose, a exemplo da Escola Ericksoniana no campo psicológico, de aplicação prática e de valor científico e;

**CONSIDERANDO** que a Hipnose é reconhecida na área de saúde, como um recurso técnico capaz de contribuir nas resoluções de problemas físicos e psicológicos e;

**CONSIDERANDO** ser a Hipnose reconhecida pela Comunidade Científica Internacional e Nacional como campo de formação e prática de psicólogos,

#### **RESOLVE:**

**Art. 1º** – O uso da Hipnose inclui-se como recurso auxiliar de trabalho do psicólogo, quando se fizer necessário, dentro dos padrões éticos, garantidos a segurança e o bem estar da pessoa atendida;

**Art. 2º** - O psicólogo poderá recorrer a Hipnose, dentro do seu campo de atuação, desde que possa comprovar capacitação adequada, de acordo com o disposto na alínea “a” do artigo 1º do Código de Ética Profissional do Psicólogo.

**Art. 3º** - É vedado ao psicólogo a utilização da Hipnose como instrumento de mera demonstração fútil ou de caráter sensacionalista ou que crie situações constrangedoras às pessoas que estão se submetendo ao processo hipnótico.

**Art. 4º** - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 5º** - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília (DF), 20 de dezembro de 2000

**ANA MERCÊS BAHIA BOCK**  
Conselheira-Presidente

## Anexo 2

### Questionário de Caracterização Geral de Fibromiálgicos (Konrad, 2005 adaptado pelo Projeto de Extensão “Tratamento Complementar da Fibromialgia Cefid-Udesc, 2006)

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Nº de Identificação: \_\_\_\_\_

1. Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Profissão: \_\_\_\_\_ 3. Exerce-a atualmente? ( ) Sim ( ) Não ( ) Estou afastado(a)

4. Religião: \_\_\_\_\_

5. Estado civil: ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) viúvo(a) ( ) separado(a)

#### 6. Nível educacional:

( ) Analfabeto/Primário incompleto ( ) Primário completo/Ginásio incompleto

( ) Ginásio completo/Colegial incompleto ( ) Colegial completo/Superior incompleto

( ) Superior completo. Curso: \_\_\_\_\_ ( ) Pós-graduação

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

7. Como considera sua alimentação: ( ) ótima ( ) boa ( ) regular ( ) ruim ( ) péssima

8. Como considera seu sono? ( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim ( ) péssimo

9. Qual a frequência semanal de sua ingestão de álcool?

( ) nula ( ) 1 vez ( ) 2 a 3 vezes ( ) mais de 4 vezes ( ) diariamente

10. Você fuma?

( ) não ( ) ocasionalmente ( ) todo dia, quanto? \_\_\_\_\_ ( ) parou, a quanto tempo? \_\_\_\_\_

11. Com que frequência semanal costuma praticar atividades de lazer?

( ) nunca ( ) 1 vez ( ) 2 a 3 vezes ( ) mais de 4 vezes ( ) diariamente

12. Pratica algum tipo de esporte ou atividade física? ( ) Sim ( ) Não

Qual(is)? \_\_\_\_\_

13. Quantas vezes por semana?

( ) 1 vez ( ) 2 vezes ( ) 3 vezes ( ) 4 vezes ( ) 5 vezes

14. Há quanto tempo?

( ) menos de 1 ano ( ) mais de 1 ano ( ) mais de 2 anos ( ) mais de 5 anos

15. Qual(is) a(s) especialidades do(s) médico(s) responsável(eis) pelo diagnóstico de fibromialgia?

\_\_\_\_\_

16. Aproximadamente há quanto tempo sente os sintomas característicos da fibromialgia?

\_\_\_\_\_

17. Aproximadamente há quanto tempo recebeu o diagnóstico de fibromialgia? \_\_\_\_\_

18. Qual(is) circunstância(s) você relaciona ao início de seu quadro clínico?

1 ( ) trauma físico (queda/acidente)

2 ( ) trauma emocional

3 ( ) cirurgia

4 ( ) infecção

5 ( ) uso de medicamentos

6 ( ) exposição tóxica

7 ( ) mudança no estilo de vida

8 ( ) depressão

9 ( ) doença ocupacional

10 ( ) esforço físico exagerado

11 ( ) variação climática

12 ( ) herança genética

13 ( ) desconhece

14 ( ) outro, qual: \_\_\_\_\_

19. Como sua dor se caracteriza ao longo do tempo?

- 1 ( ) contínua, estável e constante
- 2 ( ) ritmada, periódica e intermitente
- 3 ( ) breve, momentânea e transitória

20. Assinale os fatores que alteram a intensidade da sua dor:

- 1 ( ) esforço físico exagerado
- 2 ( ) estado emocional alterado
- 3 ( ) eventos estressantes
- 4 ( ) variação climática
- 5 ( ) período noturno
- 6 ( ) outro, qual: \_\_\_\_\_

21. Além da dor, sente algum desses sintomas? Quais?

- 1 ( ) cansaço
- 2 ( ) fadiga
- 3 ( ) dor localizada
- 4 ( ) dor generalizada
- 5 ( ) sono não restaurador
- 6 ( ) formigamento
- 7 ( ) falha de memória
- 8 ( ) dificuldade de concentração
- 9 ( ) rigidez articular
- 10 ( ) dores de cabeça frequentes
- 11 ( ) ansiedade excessiva
- 12 ( ) mau humor
- 13 ( ) tontura
- 14 ( ) pernas inquietas
- 15 ( ) dor na face
- 16 ( ) outros, quais: \_\_\_\_\_

22. Possui alguma outra doença, síndrome ou fator de risco relacionado à saúde?

- 1 ( ) pressão alta
- 2 ( ) diabetes
- 3 ( ) Artrose
- 4 ( ) artrite reumatóide
- 5 ( ) Osteoporose
- 6 ( ) doença cardíaca
- 7 ( ) Hipertireoidismo
- 8 ( ) síndrome do túnel do carpo
- 9 ( ) síndrome do cólon irritável
- 10 ( ) fenômeno de Raynaud
- 11 ( ) outros, quais: \_\_\_\_\_

23. Toma algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não

24. Quais:

- ( ) Antibiótico
- ( ) Insulina
- ( ) Analgésicos
- ( ) Antidepressivo
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_
- ( ) Betabloqueador
- ( ) Relaxante muscular
- ( ) Antiinflamatório
- ( ) Ansiolítico

26. Assinale o(s) tratamento(s) que você utiliza para amenizar seus sintomas:

- 1 ( ) Psicoterapia
- 2 ( ) fisioterapia
- 3 ( ) Acupuntura
- 4 ( ) yoga
- 5 ( ) Massagem
- 6 ( ) terapias alternativas
- 7 ( ) Nenhum
- 8 ( ) terapias medicamentosas
- 9 ( ) Outros: \_\_\_\_\_

### Anexo 3



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS -CEP PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 107/07

### I – Identificação:

- **Título do Projeto:** EFEITOS DA HIPNOSE NA PERCEPÇÃO DE DOR EM MULHERES COM SÍNDROME DA FIBROMALGIA
- **Pesquisador Responsável:** Roberto Moraes Cruz
- **Pesquisador Principal:** Evanea Joana Scopel
- **Data Coleta dados:** 08/07 a 09/08
- **Local onde a pesquisa será conduzida:** Instituto Milton Erickson – Florianópolis SC.

### II - Objetivos:

Objetivo Geral:

Verificar os efeitos da hipnose na percepção de dor em mulheres com síndrome da Fibromalgia (SFM)

Objetivos Específicos:

- Verificar a percepção da sensação dolorosa em mulheres com SFM antes e depois da intervenção hipnótica;
- Verificar as alterações dos estudos dos estados emocionais “depressão e ansiedade” em mulheres com SFM antes e depois da intervenção hipnótica;
- Verificar as variações na pressão arterial em mulheres com SFM antes e depois da intervenção hipnótica;
- Comparar a percepção da sensação dolorosa, a depressão, a ansiedade e a pressão arterial em mulheres fibromiálgicas que participaram do procedimento hipnótico e do grupo de controle, antes e depois da intervenção.

### III - Sumário do Projeto

Projeto de pesquisa para mestrado em Psicologia como foco no uso da hipnose como forma de tratamento em mulheres fibromiálgicas. Será realizado com a avaliação de mulheres acima de 18 anos com diagnóstico clínico de SFM e queixa de dor, por meio de instrumentos adequados que mensurem: percepção da sensação dolorosa, depressão, ansiedade e alterações na pressão arterial.

Farão parte da análise um grupo experimental (que sofrerá intervenção da hipnose) e um grupo de controle (que não será submetido a hipnose) de igual tamanho fazendo o total de 20 mulheres, que durante 5 sessões semanais serão analisadas. Tanto as intervenções quanto a aplicação dos instrumentos de medida serão realizadas em uma sala de atendimento psicológico do Instituto Catarinense Milton H. Erickson de Florianópolis.



As técnicas desenvolvidas nessa pesquisa são baseadas nos pressupostos ericksonianos.

Espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para comprovar que a hipnose consegue diminuir: percepção da sensação de dor, depressão, ansiedade e pressão arterial em mulheres com SFM, proporcionando, dessa forma, melhora na qualidade de vida dessas mulheres. Todas as participantes serão voluntárias e terão garantia de sigilo quanto à identificação.

#### IV - Comentário

A pesquisa apresenta tema atual e relevante, o projeto está bem redigido e fundamentado, os pesquisadores envolvidos estão capacitados ao seu desenvolvimento, os locais da amostra são relevantes para o resultado esperado e o protocolo contém todos os documentos necessários para a análise, porém não fica muito claro no projeto qual a ação da hipnose no processo e que tipo de intervenção hipnótica deverá ser realizada.

O TCLE está adequado e aplicado no momento correto da pesquisa. A confidencialidade das informações está garantida e a estrutura contempla todas as necessidades para a aprovação de um projeto nesse conselho.

#### V – Parecer CEP:

- aprovado
- aprovado ad- referendum
- não aprovado
- com pendência** – Seguir as recomendações do comentário
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP

**Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade ou maioria, em reunião deste Comitê na data de 28 de maio de 2007.**

**As pendências foram atendidas, assim sendo, o projeto foi aprovado “ad referendum” na data de 10 de setembro de 2007.**



*Prof. Washington Portela de Souza*

Coordenador do CEP

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.