



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR –
MESTRADO PROFISSIONAL (PPGSTEH)

RENATA SEIXAS MACHADO

***PROJETO ARTICULADOR – protocolo de
atendimento psicoeducativo em manejo de dor
baseado em Hipnose Ericksoniana e Visualização
Guiada***

RENATA SEIXAS MACHADO

***PROJETO ARTICULADOR – protocolo de atendimento
psicoeducativo em manejo de dor baseado em Hipnose
Ericksoniana e Visualização Guiada.***

Relatório de Qualificação apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, para a obtenção do título de mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar.

Orientador: Alexandre Sousa da Silva

Rio de Janeiro
2021

FICHA CATALOGRÁFICA

M149	<p>Machado, Renata Seixas</p> <p>PROJETO ARTICULADOR: protocolo de atendimento psicoeducativo em manejo de dor baseado em Hipnose Ericksoniana e Visualização Guiada / Renata Seixas Machado. -- Rio de Janeiro, 2021. 155 p.</p> <p>Orientador: Alexandre Sousa da Silva. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, 2021.</p> <p>1. Hipnose. 2. Visualização. 3. Manejo de dor. 4. Educação em Saúde. 5. Protocolo Assistencial. I. Silva, Alexandre Sousa da, orient. II. Título.</p>
------	--

*PROJETO ARTICULADOR – protocolo de atendimento
psicoeducativo em manejo de dor baseado em Hipnose
Ericksoniana e Visualização Guiada*

RENATA SEIXAS MACHADO

APRESENTADO EM: 7 de maio de 2021

BANCA EXAMINADORA:



Alexandre Sousa da Silva
Presidente / Orientador
UNIRIO

Célia Caldeira Kestenberg - UERJ
1ª Examinador

Karinne Cristinne da Silva Cunha - UNIRIO
2ª Examinador

Frances Valéria Costa e Silva - UERJ
Suplente

Nébia Maria Almeida de Figueiredo – UNIRIO
Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este projeto a todos os meus familiares e amigos que me encorajaram a persistir apesar das adversidades. A todos que acreditaram em meu potencial e incentivaram este processo com carinho, paciência e sugestões. A todos que me brindaram com seus abraços, confiança e compreensão. Este projeto é para e por vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao altíssimo Deus do universo, por sua infinita paciência e prontidão ao receber os meus apelos (foram inúmeros).

Agradeço aos meus pais e aos meus amigos que me incentivaram a prosseguir a diante e além.

Agradeço ao meu orientador, Alexandre Sousa da Silva, por aceitar a empreitada em assumir uma orientanda após seis meses de início de mestrado. Espero que esteja orgulhoso deste trabalho e guarde consigo a sensação de que valeu à pena me “adotar”.

Agradeço a Josi, por essa parceria infinita e agridoce repleta de suor, lágrimas e uma boa dose de gargalhadas. Por tudo que somos e por tudo que construímos juntas.

Agradeço à Fátima da Silva Alves por aceitar ser minha primeira orientadora de pesquisa clínica, quando o piloto deste projeto era apenas um embrião. Gratidão por ter gestado esse projeto comigo.

Agradeço a Patrícia Mendes Campos que abraçou a realização desse sonho, trazer o trabalho com as práticas integrativas dentro da instituição hospitalar.

Agradeço aos profissionais do INTO que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento enquanto pesquisadora clínica.

Minha sincera gratidão.

RESUMO

Introdução: A dor é uma experiência essencialmente subjetiva e multifatorial cujo manejo e o tratamento devem considerar os aspectos afetivos, sensoriais, autonômicos e comportamentais associados. Nessa perspectiva, a Área de Controle e Tratamento da Dor (ARDOR) do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Andrade (INTO) identificou a necessidade de atualizar seu modus operandi mediante ao esgotamento do modelo assistencial vigente frente aos desafios da contemporaneidade. No rastro dessa mudança, os psicólogos atuantes na ARDOR são convidados a reinventar seu próprio modo de intervenção, articulando novas técnicas, processos e ações. **Objetivos:** O objetivo desta pesquisa é propor um novo protocolo assistencial em Saúde Mental na Clínica da Dor baseado na hipnose ericksoniana e na visualização guiada, associadas a práticas grupais e ações estratégicas de gerenciamento. O novo protocolo de atendimento está centrado em grupos psicoeducativos fechados, focais e breves, orientados para o manejo e enfrentamento da dor. **Método:** Buscou-se averiguar as evidências de eficácia da hipnose quanto ao manejo de dor através da elaboração de uma revisão sistemática da literatura e análise dos resultados obtidos de um estudo piloto com pacientes da clínica da dor. Ambos os estudos – teórico e prático – corroboraram para a elaboração do protocolo. **Resultados:** As evidências obtidas tanto na revisão sistemática quanto análise dos resultados do ensaio piloto apontaram a hipnose como sendo eficaz em pelo menos um aspecto no manejo da dor (redução da interferência, qualidade ou intensidade da dor). A catastrofização mostrou-se uma variável interveniente com um expressivo viés em alguns resultados, por isso foi incluída no protocolo. **Conclusão:** Enquanto práticas integrativas, a hipnose e a visualização guiada são técnicas eficazes no manejo da dor, sendo de fácil aplicação, podendo ser aprendida e transmitida adiante pelos pacientes. Este protocolo é passível de ser reproduzido em outras instituições. Recomenda-se que seja utilizado por profissional de saúde treinado e com experiência no trabalho com práticas integrativas.

Descritores: Hipnose. Visualização. Manejo da dor. Educação em saúde. Modelo de assistência. Protocolo assistencial.

ABSTRACT

Introduction: Pain is an essentially subjective and multifactorial experience whose management and treatment must consider the associated affective, sensory, autonomic and behavioral aspects. In this perspective, the Pain Control and Treatment Area (ARDOR) of National Institute of Traumatology and Orthopedics Jamil Andrade (INTO) identified the need to update its modus operandi by exhausting the current care model in the face of contemporary challenges. In the wake of this change, the psychologists working at ARDOR are invited to reinvent their own way of intervention, articulating new techniques, processes and actions. **Objectives:** The objective of this research is to propose a new mental health care protocol at Clínica da Dor based on Ericksonian hypnosis and guided visualization, associated with group practices and strategic management actions. The new care protocol is centered on closed, focal and brief psychoeducational groups, oriented to the management and coping of pain. **Method:** We sought to investigate the evidence of the effectiveness of hypnosis in pain management through the development of a systematic review of the literature and analysis of the results obtained from a pilot study with patients in the pain clinic. Both studies - theoretical and practical - supported the preparation of the protocol. **Results:** The evidence obtained both in the systematic review and analysis of the results of the pilot project pointed out hypnosis as being effective in at least one aspect in pain management (reduction of interference, quality or intensity of pain). Catastrophization proved to be an intervening variable with a significant bias in some results, so it was included in the protocol. **Conclusion:** As an integrative practice, hypnosis and guided visualization are effective techniques for pain management, being easy to apply and can be learned and transmitted by patients. This protocol is capable of being reproduced in other institutions. It is recommended to be used by a trained health professional with experience working with integrative practices.

Descriptors: Hypnosis. Visualization. Pain management. Health education. Assistance model. Assistance protocol.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Fluxo dos estudos através da revisão.	49
Figura 02 – Análise do risco de viés segundo a ferramenta Cochrane.	55
Figura 03 - Gráfico de risco de viés segundo a ferramenta Cochrane: julgamentos dos autores da revisão sobre cada domínio de risco de viés em porcentagens para cada estudo incluído.	56
Figura anexo I – Manual de Grupo de Crescimento de Teresa Robles	136
Figura anexo V – Mapa da dor de Rodrigo Rizzo	150

LISTA DE QUADROS**Artigo 01**

Quadro 01 – Tabela 1: Características dos estudos incluídos	50
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- **CAPES:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- **CEP:** Comitê de Ética em Pesquisa
- **CONEP:** Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- **EUA:** Estados Unidos da América
- **FAPERJ:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
- **TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- **UNIRIO:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
- **INTO:** Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad
- **ARDOR:** Área de estudo da Dor
- **PICs:** Práticas Integrativas e Complementares na Saúde
- **PNPICs:** Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na Saúde
- **BPI:** Brief Pain Inventory
- **SF-36:** Short Form quality of life questionnaire
- **OMS:** Organização Mundial da Saúde
- **SUS:** Sistema Único de Saúde
- **IASP:** Associação Internacional de Estudos da Dor
- **SBED:** Sociedade Brasileira de Estudos da Dor
- **PNL:** Programação Neurolinguística

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Contextualização e Problematização	16
1.2 Conceitualização	18
1.3 Objetivos	33
1.4 Justificativa e Relevância	33
2. ABORDAGEM METODOLOGIA	37
2.1 Etapas da Pesquisa	37
2.2 Aspectos Éticos	40
2.3 Produtos da Pesquisa	40
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	41
3.1 Produto 1. Artigo - Eficácia do uso da hipnose no manejo da dor não-procedimental: uma revisão sistemática da literatura.	41
3.2 Produto 2. Artigo – Construção de um protocolo de atendimento em grupos psicoeducativos para manejo de dor	62
3.3 Produto 3. Produção técnica (Intervenção) - Protocolo de atendimento psicoeducativo em grupos de manejo de dor	77
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
5. PERSPECTIVAS FUTURAS	113
6. REFERÊNCIAS	114
7. APÊNDICE 1 – Modelo de entrevista semi-dirigida	124
8. APÊNDICE 2 – Modelo de TCLE para pesquisadores	127
9. ANEXO I – Manual do grupo de crescimento de Teresa Robles	135
10. ANEXO II – Inventário Breve de Dor (BPI)	137
11. ANEXO III - Questionário de qualidade de vida SF-36	140
12. ANEXO IV – Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD)	147
13. ANEXO V – Mapa da dor de Rodrigo Rizzo	149
14. ANEXO VI – Conto dos dois vasos	151
15. ANEXO VII - Parecer aprovado do CEP para o projeto ARDOR	153

GLOSSÁRIO

Angel Vianna: Maria Ângela Abas Vianna – Angel Vianna – nascida em 1928, é uma bailarina, professora e coreógrafa brasileira que foi uma das pioneiras da dança contemporânea no Brasil. Aos 15 anos conheceu Klauss Vianna e mais tarde criaram o movimento de *dança-terapia e expressão corporal*.

Catastrofização: é uma distorção da realidade em que a pessoa é pessimista e negativa em relação a uma situação que aconteceu ou que vai acontecer, sem ter em consideração outros possíveis desfechos.

Cerca: conceito elaborado por Teresa Robles que implica uma representação metafórica de uma rede de proteção em volta de si mesmo, como uma membrana celular que protege e delimita o ser de toda interferência externa negativa, permitindo que entre apenas o que nos traz bem-estar.

Contrato de convivência: O contrato de convivência é um instrumento construído coletivamente representando a colaboração efetiva entre coordenadores e integrantes de um grupo na delimitação de regras de convívio a serem seguidas por todos os membros, levando em consideração as necessidades subjetivas de cada integrante assim como a meta coletiva a ser alcançada.

Dor: Experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial. Sendo considerada *aguda* – quando acontece de forma disruptiva, intensa e por período inferior a três meses – e *crônica* – quando persiste por mais de três meses sem responder aos tratamentos padrão.

Estado da arte: é uma referência ao estado atual de conhecimento sobre um determinado tópico que está sendo objeto de análise ou estudo. De forma geral, o estado da arte representa o nível mais alto de evidência de um processo de desenvolvimento, seja de um aparelho, de uma técnica ou de uma área científica, alcançado até um determinado momento.

Grupos de Crescimento: metodologia criada por Tereza Robles que implica na formação de grupos que utilizam a hipnose ericksoniana e a visualização guiada e trabalham temáticas como: uso da respiração, parte sábia e crescimento saudável, trabalhando com limites (técnica da “cerca”), dificuldades nas relações interpessoais, “feridas” abertas e herdadas, medo de estar completamente bem, e responsabilidade com o próprio bem-estar.

Hipnose: estado alterado de consciência ampliada, em que o sujeito permanece desperto todo o tempo, experimentando sensações, sentimentos, imagens, regressões, anestesia, analgesia e outros fenômenos hipnóticos.

Imposição de mãos: Prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença.

Intensidade da dor: estimativa quantitativa do nível de dor realizada através de uma escala numérica gradativa crescente, geralmente de 0 a 10 pontos.

Interferência da dor: É a medida do quanto uma determinada dor interfere nas atividades cotidianas de uma pessoa.

Lugar seguro: conceito de Teresa Robles que implica na criação de um espaço imagético para onde o cliente pode se transportar e realizar, protegidamente, o processo desencadeado pela indução.

Meditação: Prática mental individual milenar, descrita por diferentes culturas tradicionais, que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior. A meditação amplia a capacidade de observação, atenção, concentração e a regulação do corpo-mente-emoções; desenvolve habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos que emergem à consciência; facilita o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação; e aprimora as interrelações – pessoal, social, ambiental – incorporando a promoção da saúde à sua eficiência.

Milton Erickson: Milton Hyland Erickson foi um psiquiatra estadunidense especialista em terapia familiar sistêmica e uma das autoridades mundiais nas técnicas de hipnose aplicadas à psicoterapia. Foi fundador e presidente da Sociedade Americana de Hipnose Clínica, membro da Associação Americana de Psiquiatria, Associação Americana de Psicologia e da Associação Americana de Psicopatologia.

Mindfulness: Técnica meditativa criada por Jon Kabat-Zinn que é referida como um conjunto de técnicas práticas, possíveis e cientificamente comprovadas cuja proposta é ajudar o praticante a focar no momento presente, sem permitir a interferência do passado ou do futuro, tornando a mente mais desperta e saudável.

PICs: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Plasticidade neuronal: é a capacidade do cérebro em desenvolver novas conexões sinápticas entre os neurônios a partir da experiência e do comportamento do indivíduo. A partir de determinados estímulos, mudanças na organização e na localização dos processos de informação podem ocorrer. Através da plasticidade, novos comportamentos são aprendidos e o desenvolvimento humano torna-se um ato contínuo. Esse fenômeno parte do princípio de que o cérebro não é imutável, uma vez que a plasticidade neural permite que uma determinada função do Sistema Nervoso Central (SNC) possa ser desenvolvida em outro local do cérebro como resultado da aprendizagem e do treinamento.

Psicoeducação: é uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre seu tratamento. Assim, é possível desenvolver um trabalho de prevenção e de conscientização em saúde.

Qualidade da dor: O que caracteriza diferentes tipos de dor, como persistência, forma em que se apresenta (pontada, queimação, fisgada) etc.

Qualidade de vida: é a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.

Reestruturação cognitiva: é um processo psicoterapêutico de aprender a identificar e contestar pensamentos irracionais ou não-adaptativos conhecidos como distorções cognitivas, tais como clivagem, pensamento mágico, filtragem, excesso de generalização, magnificação e raciocínio emocional, que são comumente associados com muitos distúrbios de saúde mental.

Reiki: Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental. Busca fortalecer os locais onde se encontram bloqueios – “nós energéticos” – eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, e restabelecendo o fluxo de energia vital – Qi. A prática do Reiki responde perfeitamente aos novos paradigmas de atenção em saúde, que incluem dimensões da consciência, do corpo e das emoções.

Sabedoria Universal: outro conceito criado por Teresa Robles que se refere a todo o conteúdo do Universo que está presente no interior de cada pessoa e em cada parte do Universo simultaneamente.

Tecnologia em saúde: aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida.

Teresa Robles: Teresa Robles Uribe é uma psicoterapeuta e hipnoterapeuta mexicana, fundadora e diretora-presidente do Centro Ericksoniano de México e criadora da metodologia dos grupos de crescimento.

Visualização guiada: é uma prática que aparece no roll da PNPICs como uma submodalidade ou prática associada ao relaxamento ou meditação que implica no ato de transformar em imagens mentais conceitos e situações abstratas de modo que estas atuem como uma simulação da realidade.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização e Problematização: A necessidade de mudança e a busca pelas práticas integrativas como inovação tecnológica no manejo da dor

Segundo Bonica e Loeser (2001) a dor "é a mais frequente causa de sofrimento e incapacidade que compromete seriamente a qualidade de vida de milhões de pessoas ao redor do mundo".

Anualmente a OMS divulga uma relação das dez doenças mais recorrentes no mundo. Desde 2003, a dor passou a ser reconhecida como um problema de saúde pública, por ser um fator recorrente em todas as patologias elencadas.

Em reconhecimento a estas especificidades, a Clínica da Dor do Instituto de Traumatologia e Ortopedia (INTO) procurou estabelecer uma parceria com a Área de Saúde Mental. Assim surge em 2008 o grupo de atendimento ao paciente com dor crônica.

Trata-se de um hospital de traumatologia e ortopedia que realiza cirurgias eletivas. Ele é composto por Centros de Atenção Especializada formados por equipes multiprofissionais que atuam interdisciplinarmente, focados em uma especialidade ortopédica específica, porém com aprofundamento de um olhar integral para aquele paciente.

Em 2012 há uma mudança de sede, o hospital torna-se muito maior, e as exigências de aumentar a capacidade de atendimento começam a ser amplamente discutidas pela gestão.

Em 2017, diante de uma nova e crescente demanda, a equipe identifica a necessidade de modificar os modos de atendimento. Para isso, era preciso redesenhar os processos, redimensionar o público-alvo, analisar as falhas nos processos atuais para poder implementar as mudanças necessárias. Várias reuniões foram realizadas com o intuito de criar um novo fluxo de atendimento e assim novos modelos de atendimento. Alguns projetos de pesquisa começaram a surgir no intuito de realizar experimentos que garantissem possibilidades viáveis e válidas para acolher a nova demanda da instituição conciliando com o atendimento de qualidade aos nossos pacientes. Médicos, enfermeiros, secretários iniciaram uma autoanálise de seus processos, o que motivou a área de saúde mental a seguir o mesmo caminho. Reuniões foram realizadas com antigos coordenadores do grupo de dor crônica – psicólogos que estavam atualmente em outra função ou haviam deixado a instituição. Apenas uma psicóloga permaneceu na equipe atual, e foi com ela que iniciei o processo de análise para a mudança. Recolhemos dados dos antigos grupos, como pacientes contemplados, periodicidade, rotatividade, objetivos alcançados, satisfação obtida etc.

De acordo com dados dos últimos grupos, estes eram de formato aberto, aconteciam semanalmente, abarcavam em torno de 15 participantes, e os objetivos eram aliar educação em saúde e psicoterapia.

Entretanto com o decorrer do tempo, o grupo cresceu demasiadamente a ponto de não dar conta da demanda, inviabilizando um atendimento adequado ao objetivo proposto. Para além do crescimento desmedido, observou-se um movimento dentro do próprio grupo e que diz respeito à dinâmica dele. Aos poucos se percebeu que a condução do grupo, aos moldes que vinha sendo realizada, favorecia a repetição de papéis, de falas e de temáticas. Verificamos que os mesmos pacientes de sempre se mantinham no grupo, de modo que não havia muitas oportunidades para o ingresso de novos. Da proposta inicial de um grupo psicoeducativo, o que de fato se consolidou foi um grupo de convivência, os discursos se cristalizaram, repetindo-se continuamente. Concluímos então que de algum modo o grupo de dor crônica *se cronificou*.

Fez-se necessário então repensar o modelo de intervenção vigente que pudesse superar os problemas atuais como: o prolongamento indefinível do acompanhamento, a formação de filas de espera para atendimento, o posicionamento passivo dos pacientes frente ao próprio adoecimento, a dependência de diferentes tecnologias e abordagens que não conversam entre si, dentre outras.

Paralelamente ocorria um movimento nacional de valorização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs). A discussão sobre as PICs começou a ocupar as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde a partir da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001; da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003, e da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004. Mas é apenas em 2015 que é apresentada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS – PNPIC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). O ano de 2017 foi crucial para esse movimento, com a organização do Primeiro Congresso Nacional de PICs. Temos então um boom de pesquisas voltadas para validar essas práticas que alcançam o status de uma política nacional de cuidado. Sendo consideradas em sua maioria de baixo custo, boa receptividade e eficácia como coadjuvantes no tratamento da dor, iniciando uma crescente visibilidade. Congressos específicos passam a acontecer reforçando a importância dessas experiências exitosas no âmbito do SUS. E surgem movimentos locais com o objetivo de capacitar a própria população para utilizar esses recursos.

Este movimento junto a um desejo pessoal nosso enquanto psicólogas, fez com que procurássemos formações pessoais individualmente. Enquanto a hipnose foi o caminho que escolhi - através do Instituto Milton Erickson de Petrópolis e da Santa Casa de Misericórdia -, o

Mindfulness junto à visualização guiada foi o que despertou o interesse de minha companheira de trabalho – através de contato com a equipe do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Juntas idealizamos um grupo que pudesse ser fechado (até dez participantes, com sessões pré-definidas, com previsão de início e fim) e que pudesse oferecer recursos aos pacientes para que se incluíssem na responsabilização do manejo de sua própria dor, e também pudessem auxiliar outras pessoas de seu meio transmitindo o que foi aprendido. Uma forma de que o grupo não se limitasse às paredes do hospital, mas pudesse ter braços na comunidade.

Surgiu a partir disso a necessidade de criar e experimentar esse novo formato de grupo. Nasce então o projeto Ardor, um ensaio piloto com 7 participantes cujo objetivo era identificar o quanto os pacientes poderiam se utilizar das técnicas oferecidas no manejo de sua dor e consequentemente em sua qualidade de vida.

A busca pelo mestrado profissional foi motivada pela necessidade de poder recolher e analisar os resultados de todas essas experiências anteriores, assim como novas evidências obtidas por meio do rigor e da validação científicos. Objetiva-se que da associação entre a experiência clínica e a pesquisa científica um novo protocolo de atendimento possa surgir como produto que se adeque melhor tanto à nova realidade institucional quanto às demandas subjetivas de nossos clientes. Por se tratar de uma instituição de referência em políticas públicas, tal protocolo poderá servir de modelo e ser reproduzido em outras unidades, respeitando suas particularidades clínicas sem descaracterizar a proposta.

1.2 Conceitualização

1.2.1 Sobre a dor

De acordo com a definição revisada pela International Association for the Study of Pain (IASP) em 2020, a dor é descrita como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores. Desse modo, a dor possui um caráter multimodal. Pessoas diferentes podem apresentar reações diferentes aos mesmos estímulos dolorosos, bem como aos mesmos tratamentos. Portanto, mesmo em um ambiente controlado, uma dor jamais será idêntica à outra, assim como os indivíduos que as portam (BONICA, LOESER, 2001).

Em um primeiro momento, em seu aspecto agudo, a dor funciona como um sinal de alerta, um mecanismo de proteção. Porém, com a passagem do tempo, sua função de alerta se perde e

assim seu valor biológico.

Sua persistência associada a uma série de tentativas frustradas de tratamento e manejo, visitas constantes a diferentes especialidades clínicas e a dificuldade de diagnosticar as causas, frequentemente gera sentimentos de impotência e desesperança, gerando mudanças comportamentais inadaptativas e comorbidades como: ansiedade, depressão, automedicação exacerbada com inclinações ao abuso de substâncias. Nesse ponto a dor torna-se uma *doença em si* (BONICA e LOESER, 2001).

O conceito de dor crônica como doença em si foi implementado em 2001 através da Declaração da Federação Europeia dos Capítulos da IASP (EFIC), ao Parlamento Europeu, durante a Semana Europeia Contra a Dor (NIV e DEVOR, 2004).

Evidências de ordem funcional, anatômica e neuroquímica sustentam esse direcionamento na mudança de paradigma, porém essas alterações, atualmente, são perceptíveis somente após a transição para o estado de cronificação da dor (NEUBERN, 2009).

1.2.2 Sobre o cérebro, a consciência e a parte sábia.

Gilligan (2016) propõe uma esquematização conceitual de consciência que a subdivide em três mundos: 1) consciência pura (a mente originária, consciência universal); 2) o mundo quântico (inconsciente criativo); 3) o mundo clássico (o da mente consciente).

Segundo o autor, “a criatividade requer estabelecer um fluxo entre estes três mundos de luz criativa, imaginação infinita e realidades práticas” (GILLIGAN, 2016, p.35, tradução livre). Quando há um bloqueio neuromuscular, a consciência mostra-se arraigada a uma realidade fixa, enrijecida, dando origem a uma série de problemas e sofrimento.

Uma forma subjacente de se caracterizar a consciência está no conceito chave da Gestalt-terapia de *awareness*. Segundo Ginger (1993) *awareness* se caracteriza pela consciência de si e a consciência perceptiva; é a tomada de consciência global no momento presente, a atenção ao conjunto da percepção pessoal, corporal e emocional, interior e ambiental.

Desenvolver *awareness* implica em estabelecer contato, que é o ponto em que o sujeito experiencia o eu em relação ao não-eu. É nessa relação dialógica entre eu x não-eu que repousa a experiência de contato, que vem a garantir o enriquecimento da consciência (*awareness*) através do mundo. “O funcionamento adequado da *awareness* é o campo da psicologia normal; qualquer perturbação será o campo da psicopatologia” (PERLS, HEFFERLINE & GOODMAN, 1997).

Sir John Eccles – neurofisiologista do prêmio Nobel de medicina – propõe um esquema

que descreve o cérebro segundo suas respectivas lateralidades: Hemisfério dominante esquerdo que tem como características estar ligado à consciência; ser verbal, linguístico, ideacional, estabelecer similaridades conceituais, ser analítico, fragmentador, aritmético/como computador. E o hemisfério não dominante direito descrito como não ligado à consciência, quase não verbal, musical, pictórico, estabelece similaridades visuais, sintético, holístico-imagens, geométrico-espacial.

No entanto, compreende-se que o cérebro funciona como um todo, de uma maneira holística, em que ambos os hemisférios, o esquerdo linguístico-analítico e o direito intuitivo-sintético atuam sincronizados. Uma pesquisa de Nitamo Federico Montecucco no *Cyber Holistic Research* entre 1990-1994 evidenciou que “elevados índices de sincronização estão significativamente correlacionados com estados de saúde e bem-estar, enquanto baixos índices estão associados a estados de depressão psicofísica (apud Di Biase, 2010)”.

Em sua própria pesquisa de campo, Di Biase – através da avaliação sistemática de eletroencefalogramas digitais com mapeamento cerebral computadorizado (brain mapping) em pacientes portadores de distúrbios psicossomáticos e neurológicos – identificou que nos pacientes portadores de ansiedade, depressão, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos conversivos e síndrome do stress havia um grau elevado de dessincronização inter-hemisférica, no mapeamento cerebral, o que melhorava significativamente após o aprendizado de técnicas como meditação, cujos resultados são semelhantes aos da auto hipnose. “Portanto, através dos estados alterados de consciência, o desequilíbrio homeostático, a „desordem“, o stress, poderia ser transformado em estados mais coerentes e mais harmonizados” (DI BIASE, 2010 p. 44).

Os estados de transcendência, relatados pelos meditantes, desencadeiam efeitos a longo prazo, com alterações metabólicas e eletrofisiológicas que poderiam estar relacionadas a um processo progressivo de reorganização neurofisiológica. Keterson sugere que, conforme o indivíduo progride para estados mais elevados de consciência, estes efeitos se tornariam mais e mais pronunciados, desenvolvendo-se estilos novos de funcionamento neuronal (DI BIASE, 2010 p. 50).

Ainda segundo o autor é através da interação entre os neurônios e o DNA que se desenvolve o fenômeno da plasticidade cerebral, a criação de novas redes neurais e assim a criatividade.

Quando nosso cérebro entra em contato com novidades ambientais, a imaginação, as visualizações, as lembranças significativas que vivenciamos, assim como psicoterapias, terapias mente-corpo, a reabilitação, a meditação, a oração e mesmo o exercício físico, estimulam a liberação de mensageiros

químicos (hormônios) que atuam no processo de expressão genética do DNA, através do RNA mensageiro, na síntese de proteínas nos ribossomos das células em geral, e notadamente nos neurônios. Essas proteínas sintetizadas constituem a base molecular da plasticidade cerebral e irão estruturar sinapses e novas redes neurais. (DI BIASE, 2011)

Para Erickson, a criatividade reside no inconsciente ao qual ele identifica como uma parte sábia, sugerindo que processos autônomos pudessem trazer recursos que poderiam atuar em nosso favor (Erickson e Rossi, 1979). Na perspectiva Ericksoniana, tanto a consciência – como metáfora de uma estrutura mecânica e prática baseada em uma realidade vigil – quanto o inconsciente – como um desconhecido obscuro e temerário – são desconstruídos. O autor busca ressaltar o papel – nem positivo, nem negativo – do inconsciente, como um lugar protegido que guarda uma série de recursos potenciais disponíveis para serem acessados e utilizados terapêuticamente (PEREIRA, 2015).

1.2.3 Sobre a hipnose e a abordagem ericksoniana

O conceito de hipnose surge derivado do termo “hipnotismo” criado por James Braid em 1842 uma vez que havia a crença por parte do autor de que o transe era uma espécie de sono induzido. Contudo, o próprio Braid concluiu posteriormente que a associação com o estado de sono era errônea. Porém não havia possibilidade de modificar o termo, uma vez que ele já estava popularizado (Jensen et al, 2011).

Em 1870, o interesse na hipnose enquanto técnica cresceu consideravelmente, principalmente a partir dos estudos sobre a histeria. Inicialmente conduzidos pelos neurologistas franceses Charcot e Berheim, e posteriormente ampliados por Breuer e Freud. Apesar da desistência de Freud frente ao uso da hipnose no tratamento da histeria, os demais pesquisadores continuaram a explorar esta abordagem (JENSEN, 2011).

Segundo Jensen (2011) é em 1930, através dos experimentos de Hull, que a hipnose passou a ser considerada uma importante ferramenta no manejo de dor. Posteriormente, dois autores são exaltados no meio científico, por suas contribuições ao desenvolvimento do conhecimento sobre a hipnose como tratamento de doenças, em especial, no manejo da dor. David Elman – com a hipnose clássica – e Milton Erickson – com a hipnose natural.

David Elman iniciou seu trabalho como hipnotista de palco e tornou-se o fundador da hipnose médica conhecida como hipnose clínica - onde o protagonista é o hipnoterapeuta que fornece sugestões diretas ao cliente com o intuito de minimizar ou mesmo extinguir os sintomas.

A hipnose clássica é ainda utilizada atualmente, principalmente em seu aspecto analgésico e anestésico, em procedimentos invasivos como cirurgias e troca de curativos (Jensen, 2011).

Porém, assim como com Freud, a hipnose clássica sofreu um processo de rejeição por muitos pesquisadores, atravessando um período tomado pelo ostracismo. Junto ao desenvolvimento de anestésicos e analgésicos químicos no séc. XIX, a hipnose foi relegada a segundo plano (NEUBERN, 2009a).

É através do trabalho de Erickson, que o interesse sobre a hipnoterapia é retomado, abandonando a visão reducionista da hipnose como uma simples ferramenta técnica, e elevando-a ao status de abordagem relacional singular (PEREIRA, 2015).

Erickson era reconhecidamente “a-teórico, por ter tido certo desprezo por teorias consolidadas, muitas vezes, dogmáticas, que deveriam ser mantidas em nome de uma escola de pensamento” (PEREIRA, 2015). Sua clínica foi desenvolvida em espaços alternativos ao meio acadêmico, e suas produções escritas foram elaboradas de modo semelhante às histórias que relatava aos seus pacientes: de forma simples e informal, sempre agregando informações oriundas tanto de sua vida pessoal quanto de sua experiência clínica.

Neubern (2013b) defende a perspectiva de que para a abordagem ericksoniana é imprescindível que o terapeuta abandone o lugar de “neutralidade”, de modo que sua própria subjetividade constitua uma fonte de recursos para compor o contexto terapêutico relacional construído de modo personalizado para cada cliente.

O termo abordagem “ericksoniana” só foi concebido anos depois, por um de seus alunos, Jeffrey Zeig.

A dita *hipnose ericksoniana* é descrita por Zeig (1983) como “terapia cortada sob medida”, uma vez que é adaptada à realidade e necessidade singular de cada cliente. O terapeuta ericksoniano é responsável por criar o ambiente propício à indução do estado de transe, permitindo que seja a vontade do cliente, através da manifestação de sua sabedoria interior, que direcione a forma como o processo acontecerá. Desse modo, o indivíduo em estado alterado de consciência, independentemente do nível acessado, pode chegar a níveis mais profundos de autoconhecimento e aprendizagem, proporcionando quebra de padrões que interferem no desenvolvimento pessoal, e alcançando mudanças em sensações, percepções, pensamentos e comportamentos.

Hipnose é essencialmente uma comunicação de ideias e entendimentos para um paciente de tal forma que ele estará mais receptivo às ideias apresentadas e conseqüentemente motivado para explorar seus próprios potenciais corporais para o controle de suas respostas e comportamentos psicológicos e fisiológicos. (ERICKSON, 1967, p. 83, tradução nossa).

Erickson (1958) compreendia o transe como um fenômeno natural presente no cotidiano singular de cada sujeito, razão pela qual nomeou sua técnica como *Hipnose Natural*. Desse modo descartava que haveria uma medida para a sugestionabilidade à indução hipnótica – o que muitos autores denominavam *hipnotizabilidade* – compreendendo que a relação estabelecida com cada paciente era sempre singular, assim como o modo que cada um experimenta o transe, é único. “Torna-se evidente que, ao valorizar a qualidade da relação e o „como“, ou seja, *a forma* da experiência, é colocado em relevo o universo subjetivo daquela pessoa, aspectos únicos de cada um que são utilizados no contexto terapêutico de indução ao transe” (PEREIRA, 2015).

A autora ainda descreve três técnicas que, em conjunto, representam a essência da hipnose ericksoniana: a *utilização*, a *linguagem indireta* e a *expectativa positiva*.

A *utilização* pode ser compreendida como “a aceitação das expressões e produções do sujeito, e a disponibilidade para reconhecê-las como recursos que podem ser usados a favor do sujeito na terapia” (PEREIRA, 2015).

Quanto ao uso da *linguagem indireta*, Erickson valoriza o uso de metáforas e de linguagem dissociativa. Esse tipo de linguagem se configura como um acesso privilegiado ao inconsciente constituindo um espaço aberto para a produção subjetiva, uma vez que a linguagem metafórica, analógica e dramática utilizada nas induções mimetiza a linguagem utilizada pelo inconsciente (MORIN, 2011). A linguagem indireta possibilita ao terapeuta utilizar conteúdos relacionados ao construto simbólico do sujeito sem que haja confrontação, minimizando possíveis resistências partindo da premissa que o cliente é o protagonista do próprio tratamento, pois possui, em seu inconsciente, todos os recursos necessários para a resolução de seus sintomas (NEUBERN, 2012).

No que diz respeito à *expectativa positiva*, Erickson direcionava sua clínica em busca do processo de mudança terapêutica, abrindo mão das costumeiras associações e racionalizações trazidas pelos pacientes, para sustentar junto a eles um verdadeiro olhar positivo sobre a relação com a vida e consigo próprios.

Erickson-Klein (2019, l. 2076) – filha e pupila de Erickson – ressaltou outras técnicas amplamente utilizadas pelo pai: a distração e a distorção/pseudo-orientação do tempo. A distração é citada pela autora como “um modo comum de direcionar a atenção no tempo quando o foco nos sinais desconfortáveis não é útil”. Ela fornece um meio no qual a sugestão é capaz de oferecer novos estímulos que atendam às maiores necessidades do sujeito. Já os fenômenos de distorção e pseudo-orientação do tempo correspondem a elaboração de uma visualização voltada para o futuro, a partir de um estado dissociado onde o paciente é induzido a experimentar, no presente, a sensação de já ter conquistado suas metas. As conquistas são produtos da esperança e da expectativa positiva (ERICKSON-KLEIN, 2019, l. 2076).

A partir dessas observações, é possível apontar como benefícios da hipnose: o favorecimento do processo de mudança; a estimulação da plasticidade neuronal; a comunicação mais efetiva; a melhoria nos relacionamentos/conexões; a ampliação de sensações, percepções, pensamentos e comportamentos; a quebra de crenças limitantes; e aprendizagem através do acesso ao inconsciente.

Atualmente, a definição de hipnose mais difundida no contexto brasileiro, é o descrito por Bauer (2015, p.17), em que a hipnose pode ser considerada “um estado alternativo de consciência ampliada, onde o sujeito permanece acordado todo o tempo, experimentando sensações, sentimentos, talvez tendo imagens, regressões, anestesia, analgesias e outros fenômenos hipnóticos enquanto está neste estado”. Ainda segundo a autora:

Os fenômenos hipnóticos são: *rapport*, catalepsia, amnésia, anestesia, analgesia, regressão, progressão, alucinações positivas, alucinações negativas. A sugestão faz parte do transe. A autossugestão também. A sugestão seria uma comunicação associada a uma influência que assim provocaria a absorção da mente consciente, que fica focalizada em algum tipo de absorção sensorial e ideativa. Desta maneira ocorre a oportunidade de a mente inconsciente se manifestar, em diversos níveis, por meio dos fenômenos hipnóticos. Estabelecida a confiança, o *rapport*, há o acesso ao inconsciente e ocorre algum tipo de *mudança*. (BAUER, 2015, p. 18)

No que diz respeito ao manejo da dor, Ericson-Klein (2019) traz uma análise pessoal de alguns relatos de caso de Erickson em que a dor atua como um motivador que promove o realinhamento de percepções a fim de facilitar o prazer de viver.

Erickson (1963) ressalta os seguintes hipnóticos no controle da dor: 1) sugestão hipnótica direta para supressão total da dor; 2) permissão hipnótica indireta para supressão da dor; 3) amnésia hipnótica; 4) analgesia e anestesia; 5) substituição de sintoma e sensação, 6) distorção do tempo e reenquadre; 7) anestesia hipnótica indireta via dissociação.

Para o autor, a maioria das pessoas é inconsciente das capacidades de realização que seus corpos adquiriram ao longo de anos de condicionamento. Para o senso comum, a dor é uma experiência subjetiva imediata, e impossível de controlar. Entretanto, uma mostra significativa de que a dor é passível de autocontrole, é a quantidade de relatos médicos em que pacientes em situações limite ou de perigo iminente, são capazes de superar a dor, focando em outras fontes de maior estresse.

Com esse tipo de experiências ao longo de uma vida, sendo elas maiores ou menores, o corpo aprende uma série de associações e condicionamentos psicológicos, emocionais, neurológicos e fisiológicos. Esse aprendizado inconsciente reforçado repetidamente por experiências de vida adicionais constituem

a fonte de potenciais que podem ser empregues pela hipnose para controlar a dor intencionalmente sem a utilização de drogas. (ERICKSON, 1967, p. 83-84, tradução nossa).

Em sua produção bibliográfica Ericksoniana traz inúmeros relatos clínicos revelando uma resolutividade significativa, principalmente ao abordar os aspectos emocionais e comportamentais do adoecimento, demonstrando o quanto a hipnose pode ser um recurso valioso no tratamento da dor.

1.2.4) Sobre a Visualização Guiada

A visualização guiada é uma prática que aparece no *roll* da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como uma submodalidade ou prática associada ao relaxamento ou meditação. Contudo, identifica-se uma complexidade na conceituação dessa prática, que assume, não apenas inúmeras definições, como também diferentes orientações teóricas e práticas.

Etimologicamente, a *visualização* é definida como “um ato ou efeito de visualizar; imagem formada na mente ou a que resulta desse processo; ato de transformar em imagem mental conceitos abstratos; percepção nítida de algo” (MICHAELIS, 2020).

Alguns autores conceituam a visualização de forma indiferenciada do que se compreende como imaginação guiada. Para Charalambous et al (2016) a imaginação guiada pode ser descrita como um tipo de visualização mental onde o pensamento assume qualidades sensoriais sendo utilizada para melhorar o humor, promover relaxamento, reduzir o estresse, aliviar a dor, estimular o sistema imunológico e conseqüentemente elevar a sensação de bem-estar do paciente. Desse modo o uso de imagens mentais pode representar uma poderosa estratégia psicológica no desenvolvimento de habilidades de enfrentamento. Achterberg (1985) descreve a imaginação guiada como “o mecanismo de comunicação entre percepção, emoção e mudança corporal”.

a habilidade de compreender e de se comunicar na linguagem das imagens provavelmente precede a habilidade de se comunicar com palavras. O processo de nos tornarmos conscientes da linguagem das imagens só requer, essencialmente, que voltemos nossa atenção a ela (EPSTEIN, 2009).

Outros autores como Pert (2009) situam a visualização como apenas uma modalidade de técnica mente-corpo presente dentro do conjunto maior que compõe a imaginação guiada. Existem outras técnicas mente-corpo descritas na imaginação guiada, como: a sugestão direta utilizando imagens, a metáfora, a imaginação ativa e a interpretação de sonhos.

Segundo Cabete et al (2003) há autores que buscam salientar a diferença entre visualização – como processo mental que recorre a imaginação – e a prática mental – que requer a repetição mental de uma tarefa com foco na aprendizagem. A diferença primordial entre os dois processos residiria na necessidade de que seja incluída na tarefa presente, a projeção de sucesso no futuro, para que então pudesse ser caracterizada como visualização (SUINN, 1983).

Weinberg & Gould (1995), dentro de sua perspectiva da psicologia do esporte, ressaltam a importância de recriar emoções e sentimentos vividos durante o processo de imaginação visual, com o intuito de desenvolver o controle sobre eles. No mesmo ano, Cayrol e Saint-Paul trazem a contribuição da Programação Neurolinguística (PNL) para a compreensão do conceito de ancoragem:

que consiste em transportar o indivíduo de um estado atual não desejado (angústia, ansiedade) para um estado desejado (bem-estar) através do recurso a memórias associadas a imagens e sentimentos agradáveis, por meio de um processo de imaginação guiada (apud CABET et al, 2003).

De modo similar a hipnose, a imaginação guiada atravessou um período de ostracismo até que retornou ao escrutínio científico na década de 1960 como técnica associada a práticas de saúde (HOLT, 1964).

Concomitantemente a expansão da psicanálise freudiana pela Europa e Estados Unidos, a utilização da imaginação guiada ficou restrita a clínicos independentes entre a França, Alemanha e Itália. Entre os mais reconhecidos colaboradores para a ratificação do uso da visualização no tratamento de doenças emocionais estão: Carl Jung – com a imaginação ativa –, Robert Desoille – e o sonho acordado dirigido –, Hanscarl Leuner – e as imagens efetivas direcionadas – e Robert Assagioli – e sua psicossíntese (EPSTEIN, 2009). O trabalho destes autores contribuiu significativamente para que a visualização guiada pudesse ampliar seu foco de atuação do campo emocional para o campo das doenças físicas.

1.2.5) Sobre a psicoeducação

Lemes e Neto (2017) descrevem a psicoeducação como:

uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre seu tratamento. Assim, é possível desenvolver um trabalho de prevenção e de conscientização em saúde.

Segundo Cole & Lacefield (1982) a psicoeducação recebeu influências teóricas da educação, medicina, filosofia e da psicologia, com destaque para a psicologia experimental e a psicologia educacional – com ênfase nas teorias de aprendizagem, desenvolvimento, motivação e psicometria.

Embora o design psicoeducacional seja uma tecnologia poderosa, seu foco é frequentemente muito estreito e frequentemente espera-se que ele resolva problemas que não podem ceder a soluções tecnológicas. Se for para ser usada com sabedoria, esta nova tecnologia deve ser baseada na compreensão de seu propósito e significado histórico, social e filosófico (COLE & LACEFIELD, 1982, tradução nossa)

Nesse sentido, é possível identificar uma dimensão terapêutica da psicoeducação, que não reside no processo de cura em si, e nem possui a pretensão de atuar como uma psicoterapia *ipsis litteris*. O aspecto curativo se refere a qualidade da aproximação entre o paciente (e seu familiar) com o seu adoecimento, trazendo através de uma compreensão holística da origem e da evolução de sua enfermidade, modos de apropriação e enfrentamento da mesma (CUEVAS-CANCINO, MORENO-PEREZ, 2017).

Uma vez estabelecida como uma atividade em grupo, a psicoeducação pode promover o intercâmbio de experiências entre pacientes em situações similares, proporcionando uma rede informal de apoio social pois proporciona um cenário sociocultural para a construção do conhecimento, favorecendo a formação de uma aliança terapêutica ente o paciente, a família e a sociedade e, conseqüentemente, atuando na promoção da saúde coletiva (CUEVAS-CANCINO et al, 2019).

Ao considerar o papel das experiências subjetivas e o modo como cada um vivencia sua realidade, convoca-se o paciente a ser cocriador do conhecimento, reconhecendo-se que não há um saber absoluto sobre uma doença, e sim um saber que só existe a posteriori, construído a partir da complexa relação entre o psicoeducador, o paciente e o adoecer. Ultrapassa-se dessa forma a fronteira entre a aprendizagem e a psicoeducação.

Ao invés de levarmos a teoria sobre uma determinada doença, tentando encaixar a realidade do paciente nos parâmetros gerais, escutamos os pontos particulares que constituem o próprio modo de ser de cada indivíduo e estabelecemos junto, um caminho para o entendimento desse processo de adoecimento específico (MAGNELI, 2018).

Loduca et al (2018) ao relatar sua experiência em um programa psicoeducativo indica que além do conteúdo programático previsto, buscou-se trabalhar demandas trazidas pelo próprio

grupo. Ao considerar os relatos dos pacientes, há um reconhecimento da subjetividade de cada integrante, que possibilita questionamentos e reflexões sobre os pontos fracos e fortes de cada membro, conscientizando-os a nível singular o significado da dor e estimulando a mudança de atitude.

Dentro dessa perspectiva, procura-se identificar o quanto o paciente sente que a sua identidade foi prejudicada pela dor, observando o padrão de convívio com o sintoma e a expectativa em relação ao tratamento que pode ser traduzida pelos estágios de mudança (LODUCA et al, 2018).

Salveti et al (2012) ao descrever um programa psicoeducativo no controle da dor crônica relata como temáticas abordadas: diferenciação entre dor crônica e dor aguda; fisiologia básica da dor; identificação de modificação de crenças limitantes, técnicas de resolução de problemas; relaxamento; o uso do ritmo no manejo da dor; alimentação saudável; postura e funcionalidade. “Os participantes aprenderam estratégias que facilitam o controle da dor, além de trabalhar com as emoções e pensamentos, que afetam e são afetados pela dor” (SALVETTI et al, 2012).

1.2.6) Sobre o trabalho com grupos de crescimento

O ser humano é um ser relacional que está inserido em um grupo desde o seu nascimento. A partir das relações estabelecidas ao longo da vida vai aprendendo e elaborando diferentes formas de colocar-se no mundo, de entrar em contato consigo mesmo e com outras pessoas, ou seja, se constrói através das relações, adoce nas relações, mas também recupera sua saúde através destas (TELLEGEN, 1984).

O grupo terapêutico reúne pessoas diferentes, cada uma com seus potenciais e limitações, facilidades e dificuldades, surgindo como um espaço onde o paciente pode experimentar formas saudáveis ou não de relacionamento, evidenciando seu jeito de agir no mundo. O trabalho em grupo é uma oportunidade de experimentar novos modos de ser e se relacionar, capaz de promover mudanças importantes no comportamento, facilitando o surgimento de novas percepções e contribuindo para modificações de velhos padrões.

Para Kurt Lewin (1973 p. 88), o grupo é uma realidade maior e diferente da soma dos indivíduos que o compõem, e tem como característica essencial a interdependência dinâmica entre seus membros, ou seja, qualquer mudança ocorrida em uma de suas subpartes modifica o estado de todas as outras subpartes.

Segundo Ribeiro (1994, p.71), “[...] sendo o grupo um corpo, também ele deve ser visto como um todo, como algo que age como um todo e deve ser tratado como um todo”. Graças a essa possibilidade de ver o grupo como um todo, é possível tratá-lo como um organismo, que

apresenta as mesmas características de qualquer outro organismo. Pode-se dizer que o grupo vai buscar sua totalidade e sua autorregulação.

Para Erickson, uma forma de contornar a resistência e auxiliar o paciente a entrar em transe a partir da indução hipnótica, é permiti-lo observar outra pessoa em transe, para que ele possa, protegidamente, compreender como o transe funciona e assim desmistificar suas próprias crenças a respeito da hipnose (Zeig, 1983).

Um outro ponto que pode apontar para uma especificidade do uso da abordagem ericksoniana em grupos terapêuticos é o papel da linguagem metafórica (ROBLES, 2001).

Em sua atuação, Erickson criava personagens, histórias, exemplos de outros pacientes (ainda que fictícios), da sua própria história de vida ou de pessoas comuns, que envolviam o enredo simbólico vivido pelos sujeitos em terapia [...] Nos grupos há uma série de compartilhamentos de estratégias, exemplos e histórias, naturais desse contexto, que circunscrevem um mesmo enredo simbólico dos participantes, contadas por pessoas que de fato as viveram, sendo, pois, carregadas de sinceridade e dramaticidade. (PEREIRA, 2015, p. 17).

Erickson-Klein (2015, l. 114) entrevê um paralelo entre o trabalho de Teresa Robles e de Erickson quando ela “comparte preocupações e problemas universais e soluções que estão dentro das „histórias“ que se relacionam tanto com o estudante como com o mestre.” Ambos os autores buscam utilizar em sua técnica de conversa hipnótica, conteúdos pessoais ao criar suas histórias, através de uma conversa casual que flui naturalmente como um prelúdio para o trabalho inicial (ERICKSON-KLEIN, 2015, l. 143). Robles, porém, vai além, estimulando os participantes a contribuir compartilhando “sentimentos, imagens, cores, sensações, palavras, expressões e ideias que mostram a capacidade de adaptação que cada um de nós leva dentro de si” (ERICKSON-KLEIN, 2015, l.127). Ela busca recolher o máximo de detalhes das respostas, de modo a utilizar todo esse conteúdo ao tecer conexões, adaptações e descobrimentos. (ERICKSON-KLEIN, 2015, l. 143)

Para Robles estar em grupo é uma oportunidade para crescer juntos. Por isso nomeia sua abordagem grupal como *grupos de crescimento*. A autora utiliza essa terminologia com o intuito de não recair no que caracterizaria um grupo terapêutico no qual a ênfase encontra-se nos problemas pessoais de cada participante. Seu objetivo é naturalizar as situações que emergem a partir da experiência grupal, assinalando que “isto nos passa a todos” e assim poder trabalhar, de forma indireta, “situações vergonhosas, dolorosas ou que causem medo” (ROBLES, 2015, l. 330).

Uma razão para que o trabalho seja realizado em grupo é que ele amplia o potencial dos estados ampliados de consciência.

Quando se faz um exercício de transe hipnótico sobre um tema em grupo, os símbolos que aparecem representam a forma particular em que esse tema tem lugar em cada pessoa. Os participantes descrevem ao grupo o que imaginaram (ROBLES, 2015, l. 342)

A forma com um participante encadeia sua fala e as metáforas que utiliza imageticamente para descrever sua experiência, permite que esta visualização mental seja repartida com todo o grupo, que passam a colorir esta visualização com suas próprias experiências. Do mesmo modo, ao utilizar o recurso como o da respiração para modificar a experiência visualizada, a solução imagética vivenciada pelo narrador também é compartilhada com todo o grupo, de modo que “as imagens dos demais nos ajudam a resolver outras matizes que provavelmente em um trabalho individual tardariam a aparecer unicamente porque nós e nossa mente inconsciente teria outra prioridade” (Robles, l. 346).

A partir de suas experiências clínicas, Robles elabora um manual de instruções para colaboradores que desejam trabalhar com os grupos de crescimento. Nele, ela aborda temas universais que julga necessários serem trabalhados com o intuito de “desatar nós que estorvam nosso crescimento. Através do grupo de crescimento, é possível desfazer estes nós reconhecendo essas aprendizagens, questionando-as e transformando-as através de exercícios com estados ampliados de consciência” (ROBLES, 2015, l. 181).

a terapia é parte da vida e a transferência, um matiz mais nas relações humanas. [...] apesar de que cada pessoa e cada vida é única, todos, pelo fato de ser humanos e compartilhar as mesmas experiências básicas, somos muito parecidos no fundo. E pelo fato, de que crescemos na mesma sociedade e cultura, somos todos, todavia mais parecidos. Isto nos permite trabalhar nos grupos, temas universais como são as feridas, os disfarces que nos põe etc. (ROBLES, 2015, l. 148).

Alguns conceitos são essenciais para a compreensão do trabalho de Robles em seus grupos de crescimento. Um deles é o conceito de *Sabedoria Universal* que se refere a todo o conteúdo do Universo que está presente no interior de cada pessoa e em cada parte do Universo. “Aprender a confiar em algo maior do que o que nos rodeia no presente é o que precipita a expectativa de ser capazes de encontrar possibilidade e equilíbrio e esse é o começo da cura” (ROBLES, 2015, l. 255)

Outro conceito adotado por Robles é o de *lugar seguro* – uma sugestão de Betty Alice

Erickson que consiste na criação de um espaço imagético para onde o cliente pode se transportar e realizar, protegidamente, o processo desencadeado pela indução (ERICKSON-KLEIN, 2015, 1.26).

Complementarmente, Robles utiliza o conceito de *cerca*, de modo a incentivar o paciente a criar metaforicamente uma rede de proteção em volta de si mesmo, como uma membrana celular que protege e delimita o ser de toda interferência externa negativa, permitindo que entre apenas o que nos traz bem-estar. A cerca permite criar uma delimitação entre o que “pertence ao meu campo, com minhas crenças, meus desejos, meus sonhos e minhas dificuldades e onde começam as do outro” (ROBLES, l. 165). Segundo a autora o grupo funciona como um mundo intermediário onde o paciente pode mudar e viver as mudanças, protegidamente, antes de ter de experimentá-las no mundo exterior (ROBLES, l. 318)

Outro trabalho significativamente relevante dentro dos grupos de crescimento é o que envolve o conceito de feridas herdadas e adquiridas. Para Robles existe uma máxima que sempre utiliza em seus grupos ao introduzir esse conceito: “Todos nós fazemos feridas ao longo da vida, e todas as feridas cicatrizam se a deixamos cicatrizar”. (ROBLES, 2015, l. 747 grifo nosso)

A partir desta máxima, podemos criar uma metáfora que contenha uma visualização inicial comum sobre feridas que podem ser utilizadas por todos do grupo. Esta visualização comum, que é gerada estrategicamente de forma vaga e indireta é o que permitirá que cada participante utilize essa matriz para criar a sua própria visualização e assim oferecer sua própria tonalidade a partir de seus conteúdos pessoais. Cada visualização singular, uma vez exposta a Sabedoria universal e a respiração permitem que o participante possa modificar sua experiência (ou não). De qualquer modo, é imprescindível que – qualquer que seja o resultado – seja garantido que esta expressão é o melhor para o participante, assegurando sempre um estado de conforto após o processo. Quando é chegado o momento em repartir as experiências pessoais com todo o grupo, mais uma vez é possível revisitá-las e modificá-las agora em grupo através da sabedoria universal e da respiração (ROBLES, 2015, l. 747).

Também é de suma importância que sejam trabalhadas ao longo dos encontros as crenças limitantes dos participantes. Para a autora, essas crenças se referem a todas as ideias que absorvemos como esponjas na infância, e que “ficam gravadas e nos fazem reacionar automaticamente, influenciando sobre nossas atitudes, valores e comportamentos, sendo conhecidas como crenças limitantes” (ROBLES, 2015, l. 1380). É preciso ressignificar crenças de que só há espaço para um vencedor, que a vida é só sofrimento e que o bem custa a chegar. Que o normal pode significar estar bem, e que todos temos os recursos para encontrar essa sensação de bem-estar (ROBLES, 2015, l. 1649).

1.2.7) Sobre a tecnologia e a inovação tecnológica em saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) tecnologia em saúde é a “aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida”.

Inicialmente, a tecnologia em saúde era considerada como sinônimo de tecnologia médica. Apenas no final do século XX é que o conceito de tecnologia em saúde extrapola as fronteiras da medicina, incluindo em seu escopo “o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (MENDES GONÇALVES, 1994, p. 32).

Em destaque, observa-se a teoria das valises tecnológicas de Merhi, que subdivide as tecnologias em três categorias: 1) a valise de mão (tecnologias duras) que são os recursos materiais, ferramentas tecnológicas. 2) a valise dentro da cabeça (tecnologias leve-duras) que são os saberes estruturados, as teorias tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, etc. 3) a valise do espaço relacional trabalhador-usuário (tecnologias leves) que se refere ao espaço “no qual nós, profissionais de saúde, estamos mais imediatamente colocados frente ao outro da relação terapêutica”. (SILVA JR et al., 2003)

Quanto à inovação tecnológica, salienta-se a inclusão de saberes e possibilidades emergentes da criação do novo dentro da tecnologia.

Pensar em inovação tecnológica é, a priori, imaginar um novo programa, aplicativo etc. (tecnologia dura) ou mesmo uma nova teoria ou método (tecnologia leve-dura). No entanto, em termos de saúde, o que há de mais novo – no novo – é a atualização nos modos de relação interpessoais e inter-práticas (tecnologias leves). Como exemplo, as diversas elaborações em torno da noção de integralidade, com as consequentes „tecnologias de integração“ das práticas de saúde.

As primeiras Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foram implementadas em 2006 quando houve interesse governamental em garantir a manutenção da saúde da população em geral. Sofrendo incrementações em 2017 e agora em 2018, elas visam obter em longo prazo, melhor qualidade de vida para todos.

A hipnose está no rol das práticas mais recentemente reconhecidas em 2018. Interessante – e de certo modo curioso – uma vez que as PICS podem ser consideradas inovações tecnológicas, quando a hipnose é datada de 1842.

Cada vez mais, o homem – enquanto produtor de tecnologia – revisita o passado com o intuito de inovar para o futuro.

1.3) Objetivos

Geral: Propor um protocolo de atendimento psicoeducativo para pacientes com dor aguda ou crônica baseado na hipnose ericksoniana e na visualização guiada.

Específicos:

- Identificar o estado da arte sobre a eficácia da hipnose e da visualização guiada aplicada ao manejo da dor não procedimental.
- Analisar dados obtidos do ensaio piloto de grupo psicoeducativo para pacientes com dor crônica realizado no instituto em 2018;

1.4) Justificativa e Relevância

John Bonica, na década de 70, funda a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), dedicando-se à defesa da dor como valioso campo de estudo, e incitando inúmeras pesquisas que vieram ratificar sua posição. Para o autor a dor “é a mais frequente causa de sofrimento e incapacidade que compromete seriamente a qualidade de vida de milhões de pessoas ao redor do mundo” (Bonica e Loeser, 2001). Estudos realizados nos EUA indicam que 25-30% da população norte-americana apresenta dor crônica (IBID). Estudos brasileiros apontam para estatísticas semelhantes – 42% na amostra de Moraes Vieira et al (2012) para dor crônica em geral e 25,6 % para dor na articulação temporomandibular (GONÇALVES et al, 2010).

Em 2003, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou uma relação das dez doenças mais comuns que afligem a população mundial, enfatizando a dor como denominador comum de todas essas patologias. A partir de 1996, iniciou-se uma campanha para considerar a dor como o quinto sinal vital, o que já foi incorporado por algumas instituições brasileiras, sendo um dos critérios indispensáveis ao processo de Acreditação Hospitalar cancelado pela maior agência acreditadora norte-americana - a Joint Commission Accreditation Healthcare Organization (DAHL; GORDON; 2002).

Medidas como estas demonstram o impacto que a dor exerce no sistema público de saúde, tendo um custo social elevado que vai muito além do financeiro. Nesse sentido, os tratamentos com foco em práticas integrativas como a psicoeducação, a visualização guiada e a hipnose

aparecem como um poderoso aparato complementar aos tratamentos padrão.

Lemes e Neto (2017) trazem uma compilação de estudos que sugerem a eficácia de programas psicoeducativos na promoção de saúde (Alcântara et al., 2013; Andretta & Oliveira, 2011; Gomes & Pergher, 2010; Oliveira, 2011; Gonçalves-Pereira & Sampaio, 2011; Tabeleão et al., 2014). Segundo Loduca et al (2018) este tipo de programa tem por objetivos principais:

ajudar os pacientes a compreenderem melhor a dor e suas interações com os pensamentos, sentimentos, comportamentos e o ambiente próximo; modificar crenças disfuncionais, expectativas exageradas e fortalecer habilidades de enfrentamento; desfocar o doente da dor e permitir que se concentre na melhora de suas habilidades físicas e cognitivas, reduzindo a dependência ou uso irregular/abusivo de fármacos [...] Dentre os benefícios aponta-se que há: 1) redução da ansiedade e depressão dos doentes; 2) diminuição da intensidade de dor e da sua expressão; 3) redução de pensamentos catastróficos; 4) modificações no estágio de mudança, implicando em posturas mais ativas.

Posadzki et al (2012) elaborou uma revisão sistemática de ensaios clínicos com o objetivo de reunir evidências dos efeitos do uso da visualização guiada no tratamento da dor não-musculoesquelética (dor pélvica, dor pós-cirúrgica, dor em câncer, entre outras) com resultados promissores.

Outro estudo relata uma diminuição significativa da intensidade da dor em pacientes com osteoartrite (BAIRD et al, 2010)

Miller e Cohen (2001) chegaram a incluir em uma metanálise, estudos em que a visualização guiada aparece como uma submodalidade da hipnose ao discutir os efeitos das imagens guiadas no sistema imunológico. Em um deles, Rider e Achterberg (1989, p. 248) identifica a visualização como um mecanismo implícito na hipnose. No âmbito da abordagem ericksoniana, o trabalho de Teresa Robles destaca a relevância do uso de imagens guiadas na construção do processo de indução.

Muitos estudos de hipnose têm demonstrado mais diretamente o impacto do mental no físico. Pesquisadores descobriram, por exemplo, que indivíduos sob hipnose podem se autoadministrar veneno ou se recusar a tomá-lo; podem induzir queimaduras e remover verrugas (EPSTEIN, 2009). Ainda segundo o autor, embora os estudos sobre eficácia do tratamento através da visualização guiada estejam focados em relatos de caso ou ensaios com poucos pacientes, tais resultados não podem ser desprezados. Epstein (2009) cita dois grandes periódicos dedicados à pesquisa sobre o uso terapêutico das imagens: *The Journal of Mental Imagery*, da Marquette University, e *Imagination, Cognition and Personality*, da Yale University.

Quanto à hipnose, até o momento, não há nenhuma regulamentação oficial no Brasil, ficando a cargo dos conselhos federais regulamentarem sua prática dentro de seu próprio âmbito de atuação. Quatro Conselhos Federais já contam com regulamentação específica. O Conselho Federal de Odontologia foi o primeiro órgão representativo de uma categoria profissional a reconhecer a hipnose como ferramenta clínica. Seguido pelo Conselho Federal de Medicina que apresenta seu parecer no qual a hipnose “é reconhecida como valiosa prática médica, subsidiária de diagnóstico ou de tratamento, devendo ser exercida por profissionais devidamente qualificados e sob rigorosos critérios éticos.” (parecer de nº 42/1999).

Em 2000, o Conselho Federal de Psicologia aprova a hipnose como recurso auxiliar para o psicólogo tendo em vista “o valor histórico da utilização da Hipnose como técnica de recurso auxiliar no trabalho do psicólogo” reconhecendo a Hipnose na área de saúde, como “um recurso técnico capaz de contribuir nas resoluções de problemas físicos e psicológicos”, citando inclusive a escola Ericksoniana como exemplo de avanço da hipnose no campo psicológico de aplicação prática e de valor científico. (Resolução CFP-013/00).

No rastro de Elman e Erickson, inúmeros pesquisadores contribuíram para expandir as evidências clínicas da eficácia da hipnose no manejo da dor.

Uma pesquisa alemã liderada pelo Dr. P. Zeig no University Hospital Schleswig, afirma que a hipnose médica pode ser uma alternativa nos tratamentos sob sedação farmacológica em pacientes submetidos a cirurgias orais e maxilofaciais, sendo utilizadas com o intuito de redução de ansiedade, relaxamento, sedação e analgesia. Neste estudo em 94,3% das cirurgias realizadas, os critérios de sucesso para pacientes e cirurgiões foram atendidos. (HERMES et al, 2005)

Iserson (1999) realiza um estudo na sessão de emergência médica da University of Arizona College of Medicine, onde destaca o trabalho com quatro crianças com fraturas no antebraço angulados que não tinham acesso possível a outras formas de analgesia durante a redução, e na qual a hipnose foi utilizada com sucesso.

Neubern (2009) afirma que o uso da hipnose como intervenção clínica para aliviar dores decorrentes de diversos tipos de problemas não é recente e cita Jensen & Patterson, como pesquisadores responsáveis por várias pesquisas contemporâneas que comprovam sua eficácia.

Em uma revisão sistemática, Ilana Eli enumera vários estudos controlados que demonstram que a hipnose pode ser benéfica para pacientes com dor crônica, como Tan et al na dor crônica lombar, Vanhauzenhuyse et al com a auto hipnose em pacientes de um centro de dor de alta-complexidade, Abrahamsen et al e a dor orofacial. (ELI, 2016)

Adachi et al. (2014) em um estudo meta-analítico identificou pelo menos seis estudos que comprovam que a hipnose apresenta efeito superior moderado em comparação a outras

intervenções psicológicas aplicadas em diferentes tipos de dor crônica. Em estudos mais recentes, Bernardy et al (2016) relata que a aplicação de sessões de hipnose e visualização guiada reduziram o nível de dor em 95% da amostra, em comparação com o grupo controle.

Ardigo et al. (2016) concluiu que a hipnose representa um tratamento seguro e válido no manejo da dor crônica de idosos hospitalizados, com resultados mais substanciais do que a aplicação de massagem terapêutica. O Brief Pain Inventory foi escolhido como escala de avaliação da dor, com importante decréscimo do score ao longo de cada sessão. No que diz respeito aos escores de depressão, uma mudança realmente significativa foi comprovada apenas no grupo que utilizou a hipnose.

No Brasil, o hospital das clínicas de São Paulo se utiliza das técnicas de hipnose desde 1995 com o intuito de auxiliar no tratamento de pacientes com ansiedade, dores crônicas, parturientes, e em casos de sedação para cirurgias de pequeno a grande porte.

Criado em maio de 1999 pelo Dr. Osmar Ribeiro Colás, o Grupo de Estudos de Hipnose (GEH) da UNIFESP é uma entidade cujo objetivo principal é ser um espaço para troca de experiências e reflexões entre profissionais da área da saúde e afins, acerca de conhecimento, pesquisas e práticas terapêuticas que envolvem recursos de hipnose e outros estados modificados de consciência. A partir de 2015 passou a estar filiado à Associação Brasileira de Hipnose (ASBH).

A hipnose em destaque, tem sido comprovadamente uma abordagem terapêutica descrita como de simples aplicação, baixo custo, com boa receptividade e efetividade, além de ser uma técnica multiplicadora e auto aplicada (ADACHI et al., 2014; BERNARDY et al., 2016; ARDIGO et al., 2016; SOUZA, 2018).

Entretanto, um problema a se considerar é a raridade de pesquisas e publicações no contexto brasileiro cujo objeto de estudo é o uso aplicado da hipnose ericksoniana no manejo da dor. Segundo Neubern (2004) a hipnose foi ao longo do tempo constantemente submetida à marginalidade do meio acadêmico da Psicologia sofrendo preconceitos não apenas difundidos pela mídia, mas também pela própria classe profissional. “Contudo, justamente por ser subversiva, a hipnose mostra um tipo de realidade “inconveniente” ao modelo hegemônico de ciência, levantando importantes reflexões que caminham em direção à epistemologia da complexidade discutida no item anterior (PEREIRA, 2015)”.

Segundo Neubern (2010) a hipnose é abordada na maioria das pesquisas como:

uma técnica unilateral (na qual o especialista prescreve sugestões diretas) e voltada para a eliminação pontual de sintomas. A construção da mudança, em termos processuais, o nível de alcance da técnica, sua capacidade de contemplação das necessidades do paciente, assim como a formação do vínculo e do

contexto são temas que, apesar da importância fundamental, em nada parecem despertar o interesse de tais pesquisadores. Nesse sentido, é possível conceber que a visão restrita de tais perspectivas, que excluiu importantes zonas de sentido do campo de pesquisa, contribuam para uma compreensão empobrecida do mesmo e ainda para uma abordagem insuficiente das necessidades vivenciadas pelos pacientes acometidos por dores crônicas.

Uma análise prévia dos bancos de dados: PUBMED, BVS-Saúde, e IASP utilizando os descritores hypnosis e pain pode comprovar as observações de Neubern. Uma parte considerável dos artigos produzidos se refere à hipnose como hipnose médica. Seu foco é prioritariamente no aspecto analgésico com destaque para o uso do relaxamento.

O que a hipnose pode desencadear na experiência de tais pessoas, em que níveis de sua organização subjetiva e corporal ela atua em termos de dores crônicas, como as mudanças por ela proporcionadas ocorrem e se mantêm são questões de grande relevância clínica que ocorrem cotidianamente aos profissionais e pesquisadores da área que, no entanto, não são abordadas pelas pesquisas atuais (NEUBERN,2010).

São negligenciados os aspectos sociais, culturais, e a importância do trabalho com os sistemas de crenças e a com as submodalidades. Isso confere uma padronização dos trabalhos que lhes confere um caráter mecanicista.

A dor como uma experiência essencialmente subjetiva, deve ser investigada em seu aspecto multimodal. Nesse sentido, é necessário que haja pesquisas em que se evidencie a experiência clínica, o aspecto relacional, e o ganho pessoal do paciente atendido. Nessa direção, o campo da psicologia pode fornecer um olhar mais amplo e condizente com a proposta inclusiva e multidisciplinar de Bonica. A proposta da pesquisa amplia a própria visão dentro da psicologia, que pouco tem explorado as contribuições da hipnose, embora esta técnica tenha sido amplamente utilizada no passado, sendo inclusive precursora de correntes teóricas de pensamento como a psicanálise.

2. ABORDAGEM METODOLÓGICA

- **Etapas da Pesquisa**

2.1.1 Contextualização histórica

Foi possível realizar uma contextualização histórica através da observação e registros dos temas abordados nas reuniões de equipe desde 2017 (sempre registradas em atas). Esta análise foi

o que permitiu compreender quais as demandas institucionais que impulsionaram o processo de mudança empreendido pelo setor. O resultado dessa investigação foi apresentado na introdução desta dissertação.

2.2.2 Identificar o estado da arte sobre a eficácia da hipnose e da visualização guiada aplicada ao manejo da dor não procedimental.

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura para investigar a eficácia da hipnose e da visualização guiada como técnica no manejo da dor não-procedimental, devido ao que o público da clínica da dor do INTO está voltado para pacientes pós-operatórios ou com dor crônica. O resultado desta revisão sistemática está no apêndice 1 como artigo 1.

2.2.3 Análise do ensaio piloto Ardor

O projeto “ARDOR: Hipnose Ericksoniana e visualização guiada aplicada ao tratamento e manejo da dor crônica” trata-se de um ensaio piloto cujo objetivo foi verificar se o uso da hipnose ericksoniana associada às técnicas de visualização guiada podem auxiliar no tratamento e manejo da dor crônica no contexto de um hospital de referência em Traumatologia e Ortopedia. O projeto ocorreu entre janeiro de 2017 e março de 2018.

A amostra foi obtida por conveniência através de indicação da equipe da clínica da dor. Uma entrevista inicial semidirigida recolheu a história clínica dos pacientes e verificou se eles atendiam os seguintes critérios de inclusão:

- Adultos portadores de dor crônica;
- Já ter realizado intervenção cirúrgica condizente com o tratamento da lesão associada à origem da dor;
- Não ter como proposta de tratamento da dor, uma nova intervenção cirúrgica;
- Estar em acompanhamento contínuo pela equipe da ARDOR;
- Ter indicação clínica da equipe da ARDOR para intervenção psicológica em grupo;
- Ter disponibilidade para frequentar os encontros semanais.

No momento desta entrevista inicial¹, orientações sobre o programa são apresentadas junto a um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)². Após a aquiescência do paciente, dados como idade, sexo, patologia, entre outros, foram recolhidos com intuito de determinar a inclusão ou não do participante no grupo.

O atendimento foi realizado através de um grupo fechado, focal e breve com oito sessões. Técnicas de dinâmicas de grupo, hipnose ericksoniana, visualização guiada, metodologias corporais, psicoeducação sobre dor e grupos de crescimento de Tereza Robles³ fizeram parte do experimento, compondo uma sistematização das sessões da seguinte forma: 1º) dinâmica de reconhecimento; 2º) técnica de relaxamento; 3º) indução hipnótica; 4º) visualização guiada; 5º) dinâmica de reflexão.

Contudo a ordem das dinâmicas mostrou-se puramente didática, ou seja, os momentos precisaram ser intercambiados e combinados conforme a necessidade do grupo.

Por se tratar de uma abordagem altamente subjetiva e que privilegia o aqui e agora – o momento presente – as dinâmicas e induções tiveram que ser escolhidas e adaptadas a partir das informações e sensações trazidas pelo grupo no momento do atendimento. Uma vez que estão relacionadas ao conteúdo trazido pelos integrantes no momento presente, não houve modo de que obedecessem sempre a uma pré-programação específica. Isto se justifica pelo fato de que um dos diferenciais da abordagem proposta é a intervenção terapêutica “cortada sob medida” para cada cliente ou grupo. Uma aposta de que a experiência pode atuar como gerador de mudança justamente no ponto em que é ainda pessoal, mesmo que compartilhada num coletivo. Cada cliente é afetado de forma diferente ao longo do processo de intervenção, construindo uma experiência única, singular e intransferível. Por isso é de suma importância que a abordagem construa sua intervenção utilizando o material trazido pelo paciente ao longo das sessões. E isso só é possível na e a partir da atuação.

Sete pacientes realizaram o acompanhamento em grupo até o final.

O Inventário Breve de dor (BPI)⁴ e o Questionário de Qualidade de Vida (SF-12)⁵ foram aplicados no primeiro e no último encontro. Foi utilizada estatística descritiva para realizar o tratamento dos dados. No BPI, obteve-se uma redução clinicamente significativa dos escores intensidade da dor (média da dor de 7,1 para 5,5) e interferência da dor (média da dor de 6,9 para

¹ A entrevista encontra-se no apêndice 3.

² O TCLE encontra-se no apêndice 4.

³ 1 Grupos que utilizam a hipnose ericksoniana e a visualização guiada e trabalham temáticas como: uso da respiração, parte sábia e crescimento saudável, trabalhando com limites (técnica da “cerca”), dificuldades nas relações interpessoais, “feridas” abertas e herdadas, medo de estar completamente bem, e responsabilidade com o próprio bem-estar.

⁴ O BPI encontra-se no Anexo II.

⁵ Para o protocolo optou-se pelo uso da versão completa do questionário de vida (SF-36), em substituição a versão curta (SF-12) por ser o questionário padrão adotado pela ARDOR. O SF-36 encontra-se no Anexo III.

5,6). Quanto à qualidade de vida houve uma melhora clinicamente significativa do aspecto emocional (média de 34,6 para 47,5) embora ainda esteja abaixo da linha de corte do teste que é de 50. Ao analisar a variável qualidade de vida, verificou-se a existência de uma variável interveniente importante: a *catastrofização*. Percebe-se que pacientes com índices maiores de pensamentos catastróficos apresentam uma tendência a ter scores menores na avaliação da qualidade de vida. Uma das hipóteses levantadas é que o pensamento catastrófico tem um papel crucial na percepção do que é qualidade de vida para cada paciente. Desse modo, uma percepção catastrófica de realidade estimularia uma desvalorização dos aspectos cotidianos, gerando uma percepção de qualidade de vida deficitária, mesmo que haja uma redução da dor. Essa descoberta esclareceu um importante aspecto: mesmo que seja possível diminuir a intensidade da dor do paciente, isso não necessariamente interfere na percepção de qualidade de vida do mesmo. Isso motivou a inclusão do inventário de pensamentos catastróficos sobre dor e de temáticas de debate sobre catastrofização e autoeficácia no protocolo para próximos grupos. Este achado corrobora com resultados encontrados por outras pesquisas que buscaram investigar o impacto da variável catastrofização no manejo da dor e na qualidade de vida (JENSEN, 2011)

Tratando-se de um grupo piloto, a abordagem psicoeducativa com uso da hipnose e visualização guiada mostrou-se como uma intervenção promissora no manejo da dor crônica.

- **Aspectos éticos**

Quanto aos aspectos éticos o projeto-piloto ARDOR foi realizado no INTO, e devidamente cadastrado na Plataforma Brasil, com parecer favorável do CEP nº 1.946.019⁶

Quanto à revisão sistemática, pelo método de estudo, não é necessária submissão ao CEP.

- **Produtos da Pesquisa**

Os produtos elaborados a partir da análise dos dados obtidos serão três, destes, dois serão sistematizados em forma de artigo e uma produção técnica.

➔ **Produto 01: Artigo intitulado** – Eficácia do uso da hipnose no manejo da dor não-procedimental: uma revisão sistemática da literatura.

➔ **Produto 02: Artigo intitulado** – Protocolo de atendimento em grupos psicoeducativos orientado para manejo de dor.

➔ **Produto 03: Produção Técnica** – Protocolo de atendimento psicoeducativo em grupo de manejo de dor.

⁶ O parecer favorável do CEP do INTO está disponível no Anexo VII.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

- **Produto 01. Artigo** – *Eficácia do uso da hipnose no manejo da dor não-procedimental: uma revisão sistemática da literatura.*

A revisão sistemática da literatura encontrou 18 artigos que se adequaram aos critérios de inclusão/exclusão e passaram pela avaliação de pares para compor a análise qualitativa. Todos os estudos apontaram para a eficácia da hipnose em pelo menos um aspecto do manejo da dor (intensidade, qualidade ou interferência).

ARTIGO 1

Código de fluxo 237

ARTIGO DE REVISÃO

Eficácia do uso da hipnose no manejo da dor não procedimental: revisão sistemática

Efficacy of using hypnosis in managing non-procedural pain: systematic review

Renata Seixas Machado¹, Josinete Cabral da-Silva¹, Alexandre Sousa da-Silva¹

1. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Renata Seixas Machado – <https://orcid.org/0000-0002-0915-6955>;

Josinete Cabral da-Silva – <https://orcid.org/0000-0001-9653-192X>;

Alexandre Sousa da-Silva – <https://orcid.org/0000-0002-5573-4111>.

Apresentado em 13 de novembro de 2020.

Aceito para publicação em

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

cep: 20735-180 Rua Magalhães Couto, 433 – Meier – Rio de Janeiro - RJ

E-mail: renata.seixas27@gmail.com renata.seixas27@gmail.com.br

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor tem um amplo impacto na saúde pública, apresentando um custo social que extrapola o financeiro. A hipnose mostra-se como recurso focal, breve e de baixo custo, com possibilidades efetivas de mudança no manejo da dor. O objetivo deste estudo foi verificar a eficácia da hipnose no manejo da dor não procedimental.

CONTEÚDO: Trata-se de uma revisão sistemática da literatura realizada em fevereiro de 2020. As buscas foram realizadas nas plataformas Pubmed, Cochrane, LILACS, Scielo e PsycInfo, utilizando-se os descritores: "ensaio clínico", "hipnose", "manejo de dor", "intensidade de dor" e "qualidade de vida", totalizando 18 estudos após a avaliação de pares. A maioria dos estudos era randomizado; controlado por comparação da hipnose com tratamento padrão ou outra prática integrativa, e centrava-se principalmente nos

aspectos de intensidade, qualidade e interferência da dor como variável desfecho. Seis estudos fazem menção à qualidade de vida e apenas dois se referem à catastrofização como variável interveniente importante.

CONCLUSÃO: A hipnose é uma técnica eficaz no manejo da dor, considerando que houve melhora no manejo da dor a partir da melhora em pelo menos um aspecto, seja intensidade, interferência ou qualidade da dor. No entanto, é preciso ressaltar importantes limitações dos estudos como o tamanho reduzido das amostras e a complexidade de sistematização das técnicas subjetivas, o que evidencia a necessidade de realizar mais ensaios clínicos, inclusive multicêntricos, de modo a garantir amostras maiores.

Descritores: Dor não procedimental, Hipnose, Manejo da dor procedimental

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain has great impact on the public health and presents a social cost which exceeds the financial one. Hypnosis appears as a focal, quick and low cost resource with effective change possibilities in pain management. The objective of this study is to identify evidences of the efficiency of hypnosis in pain management.

CONTENTS: This study consists on a systematic literary review held in February 2020. Research was carried out in the Pubmed, Cochrane, LILACS, Scielo and PsycInfo platforms, using the keywords "clinical trials", "hypnosis", "pain management", "pain intensity", and "quality of life", totalizing 18 references after peer review. Most articles are randomized, controlled by comparing hypnosis to standard treatment or other integrative practices, and focus mainly on the aspects of intensity, quality and interference of pain as an outcome variable. Six studies mention quality of life and only two refer catastrophization as an important intervening variable.

CONCLUSION: Hypnosis is an effective technique for pain management, considering that there was an improvement in pain management from the improvement of at least one aspect, be it intensity, interference or quality of pain. However, it is necessary to highlight important limitations of the studies, such as the small sample size and the complexity of systematizing subjective techniques, which shows the need of the realization of more clinical trials, including multicenter studies, so that larger samples can be obtained.

Keywords: Hypnosis, Pain management, Not-procedural pain.

INTRODUÇÃO

A dor é atualmente considerada uma doença propriamente dita sendo a causa mais frequente de sofrimento e incapacidade, que compromete drasticamente a qualidade de vida (QV) de milhões de pessoas mundialmente¹. Estudos norte-americanos apresentam evidências de que 25 a 30% da população dos Estados Unidos da América sofrem com dor crônica¹. Estudos brasileiros encontraram resultados semelhantes, com 42% da amostra afetada por dor crônica em geral² e 25,6% por dor na articulação temporomandibular³.

Por ser reconhecida como uma experiência essencialmente subjetiva e multifatorial, a dor deve ser avaliada tanto em seus aspectos físicos, quanto nos emocionais e comportamentais a ela associados. O que é corroborado pela tendência atual de priorizar – em termos de inovação tecnológica em saúde centrada no manejo de dor – técnicas em que se privilegia a atualização nos modos de relações interpessoais e no fortalecimento dos processos transdisciplinares na produção de conhecimento entre os profissionais de saúde. Nesta perspectiva é possível destacar as diversas elaborações em torno da noção de integralidade, com as consequentes “tecnologias de integração” das práticas de saúde⁴. As primeiras Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foram implementadas em 2006, com uma proposta de melhorar, em longo prazo, a QV da população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A hipnose é reconhecida como uma prática integrativa pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS) em 2018.

Uma das definições mais reconhecidas no meio acadêmico descreve a hipnose como um estado alterado de consciência ampliada, em que o sujeito permanece desperto todo o tempo, experimentando sensações, sentimentos, imagens, regressões, anestesia, analgesia e outros fenômenos hipnóticos⁵.

Entre os efeitos esperados da hipnose no âmbito individual estão: o favorecimento do processo de mudança; a estimulação da plasticidade neuronal; a comunicação mais efetiva; a melhoria nos relacionamentos/conexões; a ampliação de sensações, percepções, pensamentos e comportamentos; a quebra de crenças limitantes e a aprendizagem através do acesso ao inconsciente. A partir dessas premissas, a técnica da hipnose pode ser ensinada e auto aplicada, contribuindo para que o usuário esteja implicado efetivamente em seu tratamento, podendo, inclusive, tornar-se um multiplicador em sua comunidade⁵.

No âmbito coletivo, há evidências de que a hipnose é uma abordagem terapêutica de simples aplicação, baixo custo, boa receptividade e efetividade, que utilizada na Atenção Básica em Saúde, pode reduzir as internações hospitalares, restringir a prescrição abusiva de medicamentos e de pedidos de exames complementares, modificando a morbidade hospitalar⁶.

Dentre os procedimentos hipnóticos utilizados no manejo da dor destacam-se: 1) sugestão

hipnótica direta para supressão total da dor; 2) permissão hipnótica indireta para supressão da dor; 3) amnésia hipnótica; 4) analgesia e anestesia; 5) substituição de sintoma e sensação; 6) distorção do tempo e reenquadre; 7) anestesia hipnótica indireta via dissociação⁵.

Observa-se que a indução hipnótica não está restrita apenas ao aspecto analgésico, tendo, inclusive, superioridade comprovada em alguns estudos quando comparada com outras práticas, devido ao seu significativo fator de impacto na redução de ansiedade, depressão e estresse associados à dor^{7,8}. Em metanálise foram identificados pelo menos seis estudos em que a hipnose apresentou resultado superior no manejo de diferentes tipos de dor crônica⁹ em comparação a outras intervenções psicológicas.

Como contribuição para a difusão da hipnose como prática clínica no contexto da saúde pública brasileira, é necessário ressaltar duas experiências em Universidades de São Paulo. Primeiramente, há a do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) que utiliza as técnicas de hipnose desde 1995 com o intuito de auxiliar no tratamento de pacientes com ansiedade e dores crônicas, parturientes, e em casos de sedação para cirurgias de pequeno e grande porte. Posteriormente, há a criação em 1999 do Grupo de Estudos de Hipnose da Universidade Federal de São Paulo (GEH-UNIFESP), uma entidade cujo objetivo principal é fornecer um espaço para troca de conhecimentos, reflexões, pesquisas e práticas terapêuticas entre profissionais da área da saúde e afins, sobre a hipnose e outros estados modificados de consciência.

Contudo, apesar da existência de uma considerável produção acadêmica que retrata as evidências desta prática clínica, a produção científica sobre a hipnose no Brasil tem privilegiado a elaboração de dissertações teóricas ou estudos observacionais, deixando o campo dos estudos experimentais ainda pouco explorado. O que justifica a necessidade de recorrer a produções estrangeiras com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a hipnose nesse campo específico.

Uma análise inicial desse material demonstrou que nas revisões e meta-análises pesquisadas há uma inclusão indiferenciada de estudos em que a hipnose é aplicada tanto em situações em que a manifestação dolorosa ocorre de forma espontânea quanto nas que a dor é decorrente de um procedimento (cirurgias ou troca de curativos) ou é induzida artificialmente (dor induzida por pressão, choques ou exposição ao frio).

Diante da compreensão de que a dor é um processo altamente subjetivo, influenciado tanto por fatores biológicos como psicossociais, surge a necessidade de investigar o quanto a técnica hipnótica é eficaz especificamente no manejo da dor espontânea, nomeada, para efeitos desta pesquisa, como dor não procedimental.

No intuito de contribuir com a retomada da produção de conhecimento sobre o tema, esta revisão sistemática buscou recolher, em ensaios clínicos realizados, evidências que

apontassem a eficácia da hipnose no alívio da dor, a fim de fortalecer as práticas integrativas por meio da inserção da pesquisa clínica no padrão-ouro de qualidade de evidências.

CONTEÚDO

Para delineamento do estudo, utilizou-se a estratégia PICO, em que foram selecionados ensaios clínicos controlados conforme três tipos de controle: 1) tomada de várias medidas do mesmo grupo ao longo de uma intervenção (estudos de antes e depois); 2) grupos placebo (quando uma abordagem neutra é aplicada) e 3) comparados com outras terapias – sempre associados a um tratamento padrão – no qual a hipnose é avaliada quanto à sua eficácia no manejo da dor. Foram incluídos nesta pesquisa apenas ensaios clínicos em que um dos desfechos principais fosse intensidade/interferência/qualidade da dor e/ou QV.

Os critérios de exclusão foram estudos publicados antes de 2000, bem como artigos duplicados e estudos que não disponibilizaram acesso ao seu conteúdo na íntegra. Artigos de revisão e meta-análise também foram descartados. Por ter sido avaliado como uma importante fonte de viés para esta pesquisa, também foram excluídos artigos em que o estímulo doloroso foi provocado artificialmente – não sendo uma resposta natural a uma condição clínica anterior – assim como estudos em que a dor estava restrita a uma intervenção procedimental.

As variáveis intensidade, interferência e qualidade da dor foram definidas como desfecho primário. Para fins desta revisão, considerou-se que uma melhora em pelo menos um escore dessas variáveis, seria classificado como uma melhora na qualidade do manejo da dor. Alguns estudos usaram escalas de dor específicas para o tipo de patologia analisada, como o *Multidimensional Haemophilia Pain Questionnaire* (MHPQ)¹⁰. Entretanto, alguns instrumentos foram utilizados recorrentemente como: autorrelato da dor, escala analógica visual (EAV), *Numerical Rating Scale* (NRS), *The Brief Pain Inventory* (BPI) e *The McGill Pain Questionnaire*. A variável QV também figurou como desfecho secundário importante; e embora muitos artigos lhe façam referência, poucos de fato a incluíram em sua análise final. Contudo, quando inserida, aplicaram os instrumentos *Health-Related Quality of Life* (HRQOL), o questionário de QV SF-36 em suas duas versões foram aplicados além de questionários desenvolvidos especificamente para determinadas doenças.

Estratégia de busca

Utilizou-se como base o manual “Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados”, do Ministério da Saúde¹¹, que utiliza os *checklists* da Cochrane, da Consort, e o sistema GRADE como referências para estabelecer os filtros de pesquisa para ensaios clínicos, assim como as orientações para a coleta de dados. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: Pubmed, Cochrane Library, LILACS, Scielo e PsycInfo. A busca foi efetuada em fevereiro de

2020 com as seguintes combinações de descritores: (((((((randomized controlled trial [pt] OR controlled clinical trial [pt] OR randomized controlled trials [mh] OR random allocation [mh] OR double-blind method [mh] OR single-blind method [mh] OR clinical trial [pt] OR clinical trials[mh] OR ("clinical trial"[tw]) OR ((singl*[tw] OR doubl*[tw] OR trebl*[tw] OR tripl*[tw]) AND (mask*[tw] OR blind*[tw])) OR (placebos [mh] OR placebo* [tw] OR random* [tw] OR research design [mh:noexp] OR comparative study [pt] OR evaluation studies as topic [mh] OR follow-up studies [mh] OR prospective studies [mh] OR control* [tw] OR prospective* [tw] OR volunteer* [tw]) NOT (animals [mh] NOT humans [mh])))))))) AND (((((((("hypnoses") OR "hypnose") OR "hypnosetherapie") OR "hypnosuggestion") OR "hypnosis") OR "hypnotherapie") OR "hypnotherapy")))) AND "pain management") AND (((((((("pain intensity") OR "pain intensity/interference") OR "pain quantity")))) OR (((("quality of life") OR "life stile") OR "value of life")))).

Foi realizada uma segunda busca em novembro de 2020 com o intuito de verificar a existência de novas publicações entre fevereiro e novembro de 2020. Contudo, todos os estudos que foram publicados nesse período foram excluídos ou por estarem ainda em andamento ou por não terem relatos completos acessíveis. As referências dos artigos primários foram examinadas e incluídas ao final da análise preliminar, respeitando os critérios de inclusão/exclusão. As revisões sistemáticas e meta-análises encontradas na busca inicial tiveram suas referências analisadas e incluídas.

Seleção/extração de dados e qualidade de evidências

Todas as referências foram submetidas à análise de dois avaliadores independentes, conforme o protocolo de inclusão/exclusão, seguida de reunião de conciliação com posterior submissão a um terceiro avaliador quando necessário desempate. Em seguida, foi criado um banco de dados no Excel para registro, organização e sintetização das informações essenciais ao estudo e para facilitar posterior análise. Foram coletadas e registradas as seguintes variáveis: autor, título, revista ou periódico de publicação, ano de publicação, patologia associada ao quadro de dor, tipo de controle (placebo, tratamento padrão ou outra intervenção integrativa), número de participantes, variável desfecho primária intensidade/interferência da dor, variável desfecho secundária QV, instrumentos utilizados para aferição do desfecho, resultados/conclusões dos estudos.

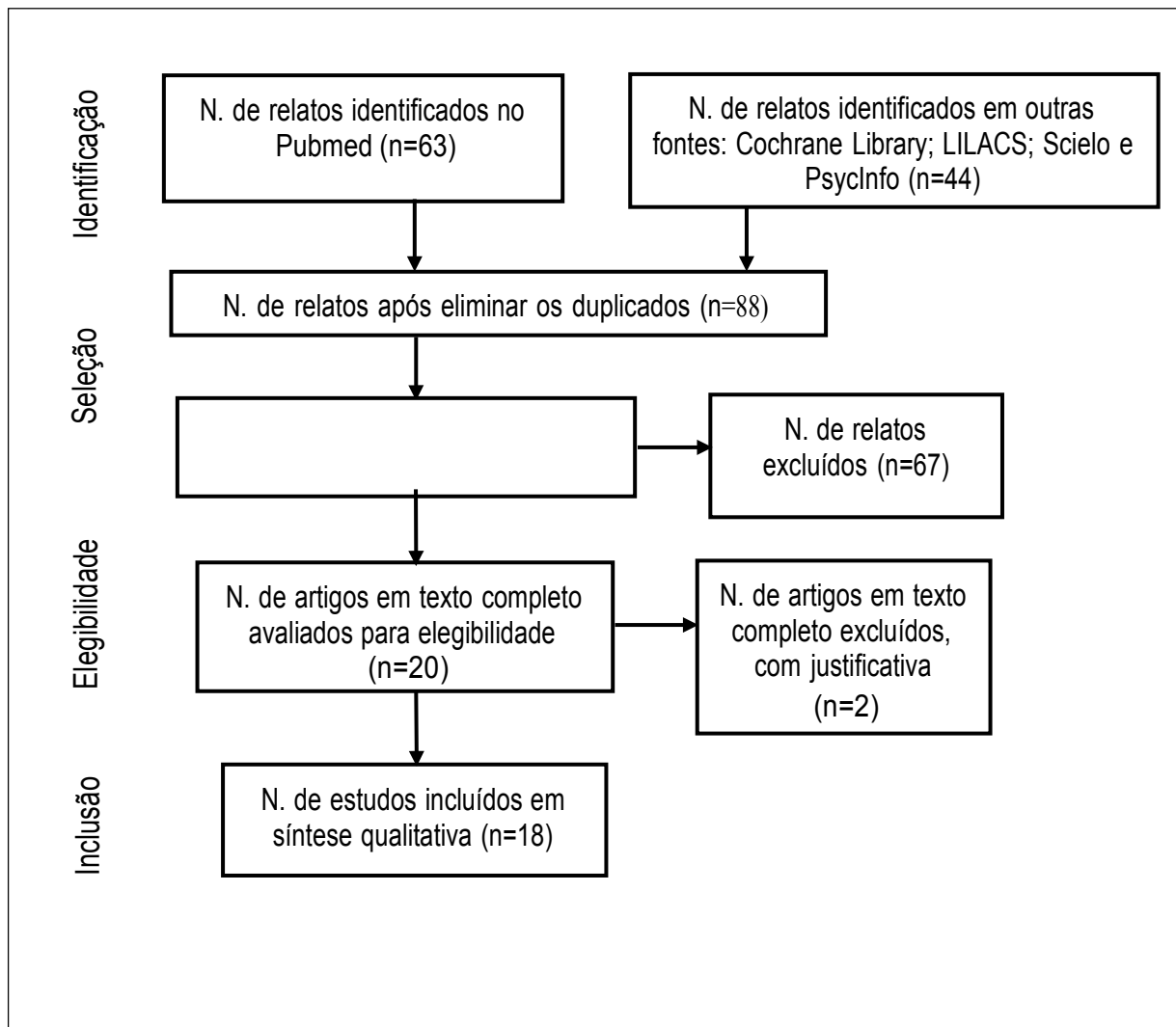
Quanto à avaliação do risco de viés, elegeu-se como norteadora a ferramenta de colaboração Cochrane¹², que estipula seis domínios para avaliação subjetiva: 1) viés de seleção, subdividido em geração de sequência aleatória (randomização) e ocultação de alocação; 2) viés de desempenho (cegamento dos participantes e profissionais); 3) viés de detecção (cegamento de avaliadores de desfecho); 4) viés de atrito (desfechos incompletos); 5) viés de relato (relato de desfechos seletivos) e 6) outros vieses. Cada um desses domínios obteve uma avaliação relativa às categorias de baixo risco, alto risco ou risco

incerto. Por conta da complexidade e como preconizado na ferramenta Cochrane, os domínios 4, 5 e 6 – por serem mais complexos subjetivamente – foram avaliados por dois avaliadores independentes.

Estudos incluídos

A pesquisa efetuada nos bancos de dados virtuais indicou um total de 107 estudos potenciais: Pubmed (63); *Cochrane Library* (27); LILACS (2); Scielo (0) e PsycInfo (15). Depois de eliminados os estudos duplicados, foram contabilizados 88 registros. Destes, um artigo não apresentou relato completo e por isso foi excluído. Vinte artigos foram selecionados para avaliação de relato na íntegra, porém apenas 18 atenderam aos requisitos de inclusão/exclusão para submissão à análise qualitativa. A figura 1 exibe o fluxograma do processo de busca e seleção realizado para esta revisão.

Figura 1. Fluxograma de busca e seleção dos estudos para a revisão



Fonte: Elaborado pelos autores.

A amostra total obtida dos 18 estudos selecionados foi de 1426 pacientes, variando de 8 a 527 participantes por estudo. A idade média dos participantes foi de aproximadamente 48 anos. As doenças associadas ao quadro algico foram: três estudos sobre esclerose múltipla¹³⁻¹⁵; três, sobre câncer¹⁶⁻¹⁸; um, hemofilia¹⁰; um, queimaduras¹⁹; um, fibromialgia²⁰; um, lesão de plexo braquial²¹; um, dor crônica em idosos⁸; um, dor intolerável²²; um, deficiência²³; um, lesão pós-traumática²⁴; um, lesão medular²⁵; um, dor muscular²⁶; um, pacientes em cuidado paliativo²⁷; e um, dor lombar crônica²⁸. A tabela 1 mostra o resumo das principais características dos estudos incluídos.

Tabela 1. Características dos estudos incluídos por ordem cronológica decrescente

Referências	Doença de base	Controle utilizado	Resultados/Conclusões
10	Hemofilia	Padrão	O GE (n=8) apresentou redução maior na interferência da dor que o GC (n=10) (d=-0,267). Uma melhora maior na HRQoL (índice EQ-5D: d=0,334; EQ-5D EAV: d=1,437) e uma tendência para uma melhor QV relacionada à hemofilia também foram evidentes no GE.
21	Lesão plexo braquial	Acupuntura	Houve melhora estatisticamente significativa na intensidade média da dor do pré-tratamento para a pontuação pós-tratamento em ambos os grupos. A intensidade da dor aumentou quatro meses depois; no entanto, ainda foi significativamente reduzida em comparação com os escores de pré-tratamento.
16	Pós-operatório de câncer de mama	Padrão	Entre T1 e T4, houve diferenças significativas entre os grupos, nos resultados relatados pelos pacientes, segundo o PROMIS favorecendo o grupo SCT em comparação com o tratamento padrão (p=0,005, p=0,023 e p=0,021, respectivamente). Os resultados sugerem que o uso da SCT no período Peri operatório diminuiu a percepção da dor, fadiga e secreção inflamatória de citocinas.
19	Homens adultos com queimaduras	Placebo	Não houve diferença significativa entre os grupos na redução da intensidade de dor de fundo, mas sim na qualidade da dor de fundo e ansiedade de dor no grupo de intervenção durante as quatro sessões de hipnose.
22	Adultos com dor intolerável	<i>Mindfulness</i> / Psicoeducação	Grupo de intervenções mente-corpo apresentou no pós-intervenção intensidade de dor significativamente menor do que no grupo de psicoeducação (p<0,001, redução percentual da dor: atenção plena = 23%, sugestão = 29%, educação = 9%).
13	Mulheres com esclerose múltipla	Padrão	A análise de medidas repetidas mostrou diferença significativa entre os grupos; a dor foi menor no grupo de auto hipnose, mas não se manteve após quatro semanas.

17	Pacientes com câncer ou sobreviventes de câncer	Intervenção educacional	Houve melhora significativa da intensidade/interferência da dor após o tratamento ativo em comparação com a condição de controle em todas as medidas de resultado. Os ganhos do tratamento foram mantidos em três meses de <i>follow-up</i> Entretanto, é necessário que os achados sejam replicados em amostras maiores de sobreviventes de câncer.
8	Idosos com dor crônica	Massagem	Dor média medida apresentou a maior diminuição no grupo de hipnose do que em relação ao grupo de massagem durante a internação, confirmado pela medida de intensidade da dor antes de cada sessão que diminuiu apenas no grupo de hipnose ao longo do tempo ($p=0,008$). Não houve efeito em nenhum dos três meses pós-alta hospitalar.
27	Dor crônica em cuidado paliativo	Fisioterapia/ Psicoeducação/ Fisioterapia + Psicoeducação/ Padrão	Os resultados mais proeminentes foram obtidos para os pacientes alocados no grupo auto hipnose/autocuidado. Esses pacientes apresentaram benefícios significativos nas áreas de intensidade da dor, interferência da dor, ansiedade, depressão e QV, além de um benefício econômico efetivo maior desse tratamento em comparação com as outras intervenções.
28	Veteranos com dor lombar crônica	<i>Biofeedback</i>	Os GE combinados relataram significativamente maior redução da intensidade da dor do que o GC. Não houve diferença significativa entre as três condições de hipnose. Mais da metade dos participantes que receberam hipnose relatou reduções clinicamente significativas ($\geq 30\%$) na intensidade da dor e manteve esses benefícios por pelo menos seis meses após o tratamento.
18	Mulheres com câncer	Desfechos antes e depois	As análises revelaram (a) diminuições significativas pré-tratamento e pós-tratamento na intensidade da dor, fadiga e problemas de sono e (b) que a intensidade da dor continuou a diminuir do pós-tratamento para o acompanhamento de seis meses.
14	Esclerose múltipla	Intervenção educacional/ Reestruturação cognitiva	A pior intensidade da dor e a interferência da dor foram menores após o HYP do que antes do tratamento ou após CONT ou CR. Essas diferenças atingiram significância estatística quando comparamos HYP com CONT e HYP antes do tratamento para pior intensidade de dor e quando comparamos HYP com CONT para interferência na dor.
24	Lesão pós-traumática	Padrão	O padrão dos achados, conforme indicado pelo efeito da interação Tempo \times Condição de Tratamento foi estatisticamente significativo para as classificações de menor intensidade de dor, mas não para as classificações médias de dor.
25	Lesão medular	<i>Biofeedback</i>	Os participantes das duas condições de tratamento relataram diminuições substanciais na intensidade da dor, antes e depois das sessões de tratamento. Entretanto, apenas HYP relataram reduções estatisticamente significativas na dor média diária pré e pós-tratamento, sendo mantidas em três meses de acompanhamento.

15	Esclerose múltipla	Relaxamento progressivo	Os participantes da condição HYP relataram uma diminuição significativamente maior na pré e pós-sessão, bem como diminuições pré e pós-tratamento na dor e na interferência da dor do que os participantes da condição PMR, e os ganhos foram mantidos no seguimento de três meses.
26	Dor muscular	Padrão	O GE melhorou de seus sintomas (alteração de 62,5 para 55,4), enquanto o GC se deteriorou (alteração de 37,2 para 45,1), ($p=0,045$). Os 12 pacientes apresentaram uma melhora média de 51,5 para 41,6 ($p=0,046$). Um ano depois, o resultado correspondente foi de 41,3, indicando uma melhora persistente.
20	Fibromialgia	Relaxamento	A hipnose focada com sugestões de analgesia tem um efeito maior na intensidade da dor do que a hipnose focada com sugestões de relaxamento ou no relaxamento em si.
23	Deficiência	Desfechos antes e depois	As análises mostraram mudanças significativas antes e depois do tratamento na intensidade média da dor, que foram mantidas no acompanhamento de três meses. Mudanças significativas também foram encontradas na sensação desagradável da dor e na percepção do controle sobre a dor, mas não na interferência da dor ou nos sintomas depressivos. A hipnotizabilidade, a concentração do tratamento (por exemplo, diária <i>versus</i> semanal) e a resposta inicial ao tratamento não foram significativamente associadas ao resultado do tratamento.

CONT = *An education control condition*; CR = Reestruturação cognitiva; ECR = Ensaio Clínico Controlado; EAV = Escala Visual Analógica; GC = Grupo Controle; GE = Grupo experimental; GRSs = *0–10 Graphic Rating Scales*; HRQoL = *Health Related Quality of Life Questionnaire*; HYP = Treino de auto-hipnose; MHPQ = *Multidimensional Haemophilia Pain Questionnaire*; PDI = *The Pain Disability Index*; PMR = Progressive muscle relaxation; PROMIS = *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System*; PROs = *Privately completed A Brief Self-Report Assessment of Patient-Reported Outcomes*; SCT = Self-care toolkit; SF36 v2 = *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey Questionnaire*; SOPA = *Survey of Pain Attitudes*; T = Tempo;

Fonte: Elaborado pelos autores.

Variáveis primárias

Dor

Dos ensaios clínicos selecionados, há diferentes nomenclaturas para a variável desfecho referente a “quantidade de dor”. Alguns instrumentos usam o termo “intensidade da dor” para medir o nível de dor propriamente dito; e “interferência da dor” para medir o nível de impacto que a dor acarreta à vida cotidiana do participante. Para fins desta pesquisa, considerou-se como um manejo positivo da dor a redução significativa de pelo menos uma dessas variáveis.

A maioria dos estudos empregou mais de um descritor da dor como desfecho. Quinze estudos utilizaram a “intensidade da dor” e sete contemplaram a “interferência da dor”. Apenas um estudo incluiu a categoria “qualidade da dor”, sem, no entanto, definir o termo. Três estudos avaliaram a intensidade da dor por meio da EAV^{19,20,27} e sete utilizaram a NRS^{13-15,17,18,24,25}. Quatro estudos fizeram uso do *McGill Pain Questionnaire* para mensurar a dor^{8,13,19,20} e seis utilizaram o BPI^{8,14,15,21,23,28}. No estudo 1 foi aplicado um questionário próprio para a hemofilia, o MHPQ, para avaliar a intensidade da dor associada. O estudo 1 também utilizou o *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS) e o estudo 5 recorreu ao *Privately Completed A Brief Self-Report Assessment of Patient-Reported Outcomes* (PROs). O estudo 9 utilizou o *The Pain Disability Index* (PDI), enquanto o estudo 16 usou um questionário de própria autoria. Dos 18 estudos escolhidos, 16 identificaram uma redução significativa da intensidade ou interferência da dor. Apenas um estudo não encontrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à intensidade da dor, embora relatem a ocorrência de uma redução significativa na qualidade da dor¹⁹. Em um dos estudos não foi possível identificar a resolução da variável desfecho²⁶.

Variáveis secundárias

Qualidade de vida

Seis estudos mencionam a QV como uma variável desfecho secundária^{10,13,16,21,26,27}, porém dois deles não relatam o desfecho dessas variáveis ao longo do artigo^{13,26}. Três apontam para uma melhoria significativa da QV^{10,21,27} e um não encontrou diferença significativa entre os grupos¹⁶.

Os instrumentos adotados foram: um *Haemophilia-Related Quality-of-life* (A36-Hemofilia QoL)¹⁰, um *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30* (EORTC QLQC30)¹⁶, um *General Health Questionnaire-28*¹³, dois estudos utilizaram uma das versões do *Short Form Health Survey* (SF36)^{21,27} e um estudo utilizou questionário próprio²⁶.

Outras variáveis

Catastrofização

Alguns estudos avaliaram ansiedade e depressão. Porém, uma variável que tem se destacado como interferência significativa na percepção da dor é a catastrofização. Sabe-se que o estudo do papel da catastrofização é relativamente recente na literatura cinzenta; por esta razão, apenas um dos estudos mais recentes apresenta esta variável como um dos desfechos primários.

Risco de viés

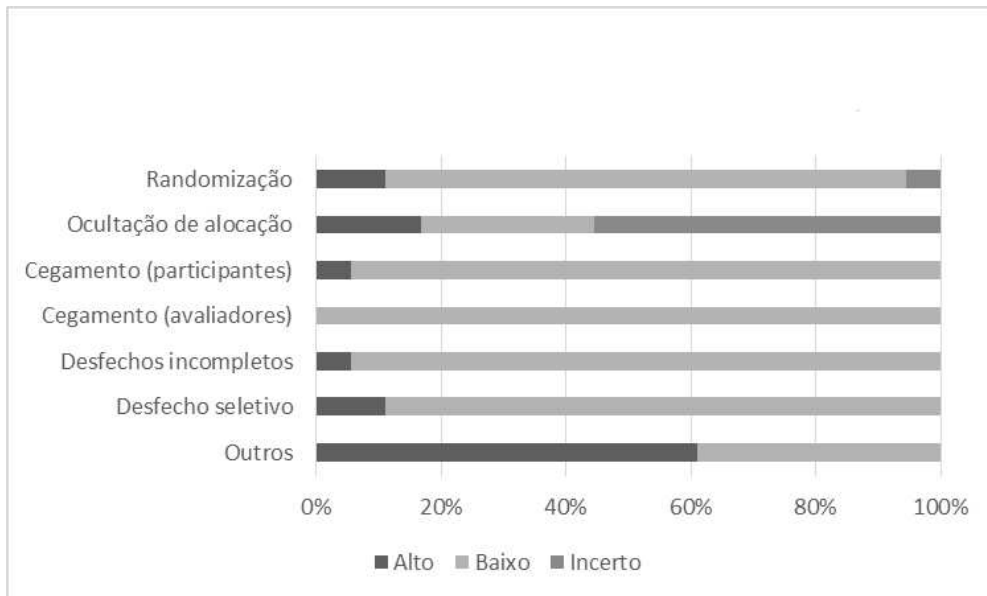
Para avaliar os artigos quanto ao risco de viés (baixo, alto ou incerto), utilizou-se a ferramenta de colaboração Cochrane, que subdivide os riscos em sete domínios diferentes. A figura 2 apresenta um resumo dos riscos por domínio para cada estudo, ao passo que a figura 3 exibe as porcentagens referentes ao julgamento dos revisores para cada domínio. Vale frisar as diferenças práticas e metodológicas entre ensaios clínicos farmacológicos e não farmacológicos. Grupos como o Consort já possuem *checklists* específicos para atender às especificidades de ensaios não farmacológicos. Muitas práticas integrativas, devido à sua complexidade clínica, dificultam o processo de cegamento dos participantes e profissionais, o que não necessariamente compromete a qualidade da evidência. Nesta revisão, um ensaio¹³ mostrou-se com viés alto de cegamento, comprometendo a qualidade dos resultados. Observou-se durante a análise um ponto em comum nos artigos: a ausência de descrição do processo de ocultação da alocação, o que justifica que 55,5% dos estudos tenham sido classificadas como risco incerto quanto a este domínio. Apenas um dos estudos¹⁶ apresentou classificação de baixo risco de viés em todos os domínios. Entretanto, pode-se dizer que, de modo geral, os estudos tiveram, quanto à qualidade metodológica, um baixo risco de viés.

Figura 2. Análise do risco de viés segundo a ferramenta Cochrane por ordem cronológica descendente

	randomização	ocultação de alocação	cegamento (participantes)	cegamento (avaliadores)	desfechos incompletos	desfecho seletivo	outros
Paredes et al ¹⁰	+	-	+	+	+	+	+
Razak et al ²¹	+	?	+	+	+	+	+
Stoerkel et al ¹⁶	+	+	+	+	+	+	+
Jafarizadeh et al ¹⁹	+	?	+	+	+	+	+
Garland et al ²²	+	?	+	+	+	+	+
Hosseinzadegan et al ¹³	+	?	-	+	+	+	-
Mendoza et al ¹⁷	+	?	+	+	+	+	-
Ardigo et al ⁷	+	+	+	+	+	+	+
Vanhaudenhuyse et al ²⁷	-	-	+	+	+	+	-
Tan et al ²⁸	+	?	+	+	+	+	+
Jensen et al ¹⁸	+	+	+	+	+	+	-
Jensen et al ¹⁴	?	+	+	+	+	+	-
Patterson et al ²⁴	+	?	+	+	-	-	-
Jensen et al ²⁵	+	?	+	+	+	+	-
Jensen et al ¹⁵	-	-	+	+	+	+	-
Grøndahl et al ²⁶	+	?	+	+	+	-	-
Castel et al ²⁰	+	?	+	+	+	+	-
Jensen et al ²³	+	+	+	+	+	+	-

⊕ = baixo risco de viés; ? = risco de viés incerto; ⊖ = alto risco de viés.

Figura 3. Gráfico de porcentagens de risco de viés para cada domínio segundo a ferramenta Cochrane.



DISCUSSÃO

A técnica da hipnose pode ser utilizada em diferentes abordagens, incluindo em seu escopo: técnicas de distração; uso de metáforas; visualização guiada; induções para anestesia/analgesia; uso de submodalidades; auto hipnose. Alguns estudos compararam diferentes abordagens hipnóticas, porém todas elas demonstraram resultados similares quanto ao manejo da dor. Um estudo, no entanto, comparou uma intervenção realizada com um *kit* de mídia e outra intervenção em que o profissional aplicou ou ensinou a técnica presencialmente, revelando uma superioridade da intervenção presencial e uma eficácia ainda maior quando as duas abordagens são combinadas.

Nota-se, portanto, que o uso de *kits* de mídia como ferramenta de abordagem hipnótica possibilita a ampliação do número de participantes dos estudos, apresentando resultados positivos, porém não substitui a orientação direta de um profissional habilitado.

Foram identificados três tipos de estudo referentes a ensaios clínicos com a utilização da hipnose: estudos sequenciais (cujo controle é o próprio grupo de intervenção, com comparações entre as medidas ao longo do decorrer do estudo), *crossover* (nos quais os grupos de intervenção e controle são trocados de lugar em um determinado momento do estudo) e paralelos (em que se utilizam um ou mais controles para uma determinada intervenção). Estudos sequenciais e *crossover* têm as limitações da variável tempo, porém

possibilitam que se visualize a manutenção do efeito da intervenção em médio e longo prazo. Já os estudos paralelos permitem a análise da superioridade do tratamento da hipnose em relação a outras abordagens.

Os controles encontrados nestes estudos foram: acupuntura, *mindfulness*, abordagens educacionais, relaxamento, massagem, fisioterapia, reestruturação cognitiva, placebo e tratamento padrão.

Diferente da abordagem medicamentosa, o uso de práticas integrativas – por seu caráter altamente subjetivo – apresenta dificuldades quanto ao cegamento dos participantes. No entanto, nos estudos avaliados nesta revisão, concluiu-se que o cegamento foi um viés de baixo risco para a interpretação dos resultados obtidos.

Quanto aos desfechos primários, é possível verificar, por meio da análise dos estudos incluídos, que a hipnose tem mostrado boa eficácia no manejo da dor quando associada ao tratamento padrão (normalmente farmacológico). Cabe ressaltar que esta prática integrativa não se propõe a substituir o tratamento farmacológico, podendo, todavia, interferir na dosagem requerida, uma vez que atua na redução da intensidade da dor. Mesmo quando comparada a outras abordagens integrativas, a hipnose apresenta uma superioridade em termos de eficácia na redução da intensidade/interferência da dor.

Em relação aos desfechos secundários, alguns estudos demonstraram uma melhora na QV concomitante à redução da intensidade/interferência da dor. Entretanto, um estudo indicou uma ausência de diferença significativa da QV entre os dois grupos, mesmo havendo redução da dor.

Isso pode ser explicado por aquilo que estudos mais recentes têm identificado como uma importante fonte de viés nos achados de QV: a variável catastrofização. Tal variável tem impacto significativo na percepção de QV dos participantes. Índices altos nas escalas de pensamento catastrófico costumam aparecer relacionados a baixos índices de QV, principalmente nos segmentos dos questionários dedicados aos aspectos emocionais e sociais.

Uma tendência dos estudos atuais é incluir em seus protocolos o controle desta variável, assim como o controle das variáveis ansiedade e depressão, razão pela qual o uso de questionários e escalas que meçam essas variáveis, tem sido cada vez mais utilizado nas pesquisas, mesmo quando não são considerados como desfecho.

Muitos especialistas acreditam que a hipnotizabilidade (capacidade de um indivíduo responder à sugestão hipnótica) é uma variável importante, mas não foram observadas correlações significativas com o manejo da dor.

Quanto a efeitos colaterais, nenhum estudo selecionado identificou riscos potenciais do uso de hipnose nem consecutivos efeitos adversos para os usuários.

Algumas limitações presentes nesta revisão sistemática impedem a realização de uma

metanálise. Apesar de muitos dos estudos possuírem baixo risco de viés, há uma heterogeneidade significativa entre os tipos de controle utilizados, assim como as modalidades de hipnose descritas, o que inviabiliza a comparação.

Optou-se por privilegiar artigos publicados a partir do ano 2000 em virtude do maior rigor apresentado nos delineamentos de estudo e à melhora na qualidade das evidências observadas a partir deste corte. Contudo, um fator observado representou um importante viés: uma parte considerável dos estudos avaliados está limitada ao mesmo círculo de pesquisadores e periódicos específicos. Alguns estudos se aproveitaram de bancos amostrais levantados em estudos progressos (participantes que já haviam participado de estudos semelhantes). Verificou-se que os estudos mais antigos apresentaram maior disponibilidade de compartilhamento de dados, enquanto os estudos mais recentes aderem com menor frequência à política de dados abertos. Constatou-se uma retomada do interesse da comunidade científica em estudar o tema, dado o aumento das produções escritas após um período de estagnação. A inclusão em 2018 da hipnose como prática integrativa da política assistencial no SUS é um considerável incentivo para que os especialistas no Brasil se comprometam com a pesquisa clínica de qualidade e contribuam cada vez mais com a ampliação do conhecimento científico desta técnica que sobrevive há mais de um século e que vem modernizando-se para manter sua eficácia e baixo custo na promoção de saúde e QV da população.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos nesta revisão, a hipnose parece ser uma técnica eficaz no manejo da dor não procedimental, apresentando superioridade clínica nos resultados tanto em comparação ao uso isolado do tratamento padrão quanto em comparação a outra prática integrativa.

Em suas diversas modalidades, a hipnose mostrou-se uma técnica factível, segura e de baixo custo, com bons índices de satisfação entre os usuários.

Contudo, futuros ensaios clínicos devem ser empreendidos com intuito de investigar a real interferência da variável catastrofização, assim como possíveis formas de controle dela.

Mais estudos de custo e efetividade são necessários para compreender o impacto de práticas integrativas como a hipnose no fortalecimento dos princípios do SUS da humanização e da integralidade.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Renata Seixas Machado

Análise estatística, Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição

Josinete Cabral da-Silva

Metodologia, Redação - Revisão e Edição

Alexandre Sousa da-Silva

Análise estatística, Gerenciamento do Projeto, Metodologia, Redação - Revisão e Edição

REFERÊNCIAS

1. Bonica JJ, Loeser JD. History of pain concepts and therapies. In: Loeser JD, Butler SH CC, Turk DC. Bonica's management of pain. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. 3-16p.
2. Vieira EB, Garcia JB, Silva AA, Mualem Araújo RL, Jansen RC. Prevalence, characteristics, and factors associated with chronic pain with and without neuropathic characteristics in São Luís, Brazil. *J Pain Symptom Manage*. 2012;44(2):239-51.
3. Gonçalves DA, Dal Fabbro AL, Campos JA, Bigal ME, Speciali JG. Symptoms of temporomandibular disorders in the population: an epidemiological study. *J Orofac Pain*. 2010;24(3):270-8.
4. Silva JA, Ribeiro-Filho NP. A dor como um problema psicofísico. *Rev Dor*. 2011;12:138-51.
5. Bauer S. Manual de hipnoterapia ericksoniana. 3^a ed. Rio de Janeiro: WAK Editora; 2010.
6. Souza JMC. Hipnose clínica: uma alternativa resolutiva e de qualidade para o programa saúde da família. *Rev Bras Hipnose*. 2018;29(1):21-9
7. Ardigo S, Herrmann FR, Moret V, Déramé L, Giannelli S, Gold G, et al. Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study. *BMC Geriatr*. 2016;16(1):14.
8. Eli I. Hypnosis as a treatment modality for chronic pain management: level of evidence. *J Oral Facial Pain Headache*. 2016;30(2):85-6.
9. Adachi T, Fujino H, Nakae A, Mashimo T, Sasaki J. A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: a comparison between hypnosis, standard care, and other psychological interventions. *Int J Clin and Exp Hyp*. 2014;62(1):1-28.
10. Paredes AC, Costa P, Fernandes S, Lopes M, Carvalho M, Almeida A, et al. Effectiveness of hypnosis for pain management and promotion of health-related quality-of-life among people with haemophilia: a randomised controlled pilot trial. *Sci Rep*. 2019;9(1):13399.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. 1^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Carvalho APVD, Silva V, Grande AJ. Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. *Diagn Tratamento*. 2013:38-44.

13. Hosseinzadegan F, Radfar M, Shafiee-Kandjani AR, Sheikh N. Efficacy of self-hypnosis in pain management in female patients with multiple sclerosis. *Int J Clin Exp Hypn.* 2017;65(1):86-97.
14. Jensen MP, Ehde DM, Gertz KJ, Stoelb BL, Dillworth TM, Hirsh AT, et al. Effects of self-hypnosis training and cognitive restructuring on daily pain intensity and catastrophizing in individuals with multiple sclerosis and chronic pain. *Int J Clin Exp Hypn.* 2011;59(1):45-63.
15. Jensen MP, Barber J, Romano JM, Molton IR, Raichle KA, Osborne TL, et al. A comparison of self-hypnosis versus progressive muscle relaxation in patients with multiple sclerosis and chronic pain. *Int J Clin Exp Hypn.* 2009;57(2):198-221.
16. Stoerkel E, Bellanti D, Paat C, Peacock K, Aden J, Setlik R, et al. Effectiveness of a self-care toolkit for surgical breast cancer patients in a military treatment facility. *The J Altern Complement Med.* 2018;24(9-10):916-25.
17. Mendoza ME, Capafons A, Gralow JR, Syrjala KL, Suárez-Rodríguez JM, Fann JR, et al. Randomized controlled trial of the Valencia model of waking hypnosis plus CBT for pain, fatigue, and sleep management in patients with cancer and cancer survivors. *Psychooncology.* 2017;26(11):1832-8.
18. Jensen MP, Gralow JR, Braden A, Gertz KJ, Fann JR, Syrjala KL. Hypnosis for symptom management in women with breast cancer: a pilot study. *Int J Clin Exp Hypn.* 2012;60(2):135-59.
19. Jafarizadeh H, Lotfi M, Ajoudani F, Kiani A, Alinejad V. Hypnosis for reduction of background pain and pain anxiety in men with burns: a blinded, randomised, placebo-controlled study. *Burns.* 2018;44(1):108-17.
20. Castel A, Pérez M, Sala J, Padrol A, Rull M. Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. *Eur J Pain.* 2007;11(4):463-8.
21. Razak I, Chung TY, Ahmad TS. A comparative study of two modalities in pain management of patients presenting with chronic brachial neuralgia. *J Altern Complement Med.* 2019;25(8):861-7.
22. Garland EL, Baker AK, Larsen P, Riquino MR, Priddy SE, Thomas E, et al. Randomized controlled trial of brief mindfulness training and hypnotic suggestion for acute pain relief in the hospital setting. *J Gen Intern Med.* 2017;32(10):1106-13.
23. Jensen MP, Hanley MA, Engel JM, Romano JM, Barber J, Cardenas DD, et al. Hypnotic analgesia for chronic pain in persons with disabilities: a case series. *Int J Clin Exp Hypn.* 2005;53(2):198-228.
24. Patterson DR, Jensen MP, Wiechman SA, Sharar SR. Virtual reality hypnosis for pain associated with recovery from physical trauma. *Int J Clin Exp Hypn.* 2010;58(3):288-300.
25. Jensen MP, Barber J, Romano JM, Hanley MA, Raichle KA, Molton IR, et al. Effects of self-hypnosis training and EMG biofeedback relaxation training on chronic pain in persons

with spinal-cord injury. *Int J Clin Exp Hypn.* 2009;57(3):239-68.

26. Grøndahl JR, Rosvold EO. Hypnosis as a treatment of chronic widespread pain in general practice: a randomized controlled pilot trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2008;9(1):124.

27. Vanhauzenhuysse A, Gillet A, Malaise N, Salamun I, Barsics C, Grosdent S, et al. Efficacy and cost-effectiveness: a study of different treatment approaches in a tertiary pain centre. *Eur J Pain.* 2015;19(10):1437-46.

28. Tan G, Rintala DH, Jensen MP, Fukui T, Smith D, Williams W. A randomized controlled trial of hypnosis compared with biofeedback for adults with chronic low back pain. *Eur J Pain.* 2015;19(2):271-80.

- **Produto 02 Artigo** *Protocolo de atendimento em grupos psicoeducativos orientado para manejo de dor*

Trata-se de um artigo original que busca relatar a experiência na confecção do produto final dessa dissertação: o protocolo de atendimento.

O artigo traz descrito as etapas necessárias a elaboração do protocolo assim como os três eixos nos quais ele se subdivide: I) Apresentação e orientação aos profissionais; II) Instrumentos de avaliação e estrutura necessária; III) Dinâmica das sessões.

ARTIGO 2

Protocolo de atendimento em grupos psicoeducativos orientado para manejo de dor

RESUMO

Protocolos clínicos são tecnologias leves que dão suporte para a gestão do cuidado em saúde. Neste artigo, o objetivo é apresentar um protocolo assistencial, direcionado para grupos psicoeducativos e focado no manejo da dor. Para tanto, serão utilizadas a hipnose e a visualização guiada como técnicas. Na construção do protocolo foram consideradas as seguintes etapas: 1) Contextualização histórica; 2) Levantamento do estado da arte; 3) Análise dos resultados de um estudo-piloto quase-experimental; 4) confecção do protocolo. Evidências sugerem a hipnose e a visualização guiada como eficazes em ao menos um aspecto da dor (intensidade ou interferência). Além disso, a catastrofização foi identificada como variável interveniente importante e por isso incluída no protocolo final. Este artigo propõe uma tecnologia de baixo custo, podendo ser reproduzido por profissionais de saúde mental com formação em práticas integrativas.

Descritores: Hipnose. Visualização. Manejo da dor. Educação em saúde. Protocolo assistencial.

INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde evoluiu nas últimas décadas graças ao impacto das inovações tecnológicas. O século XX foi representado pelo amplo desenvolvimento dos ditos equipamentos tecnológicos – máquinas e estruturas materiais descritas por Merhy (2014) como tecnologias duras. Em contraste, com a transição para o século XXI, observa-se um deslocamento do foco tecnológico para os modos de relação interpessoal. Nesse cenário, Merhy traz o conceito de tecnologia leve, em que destaca as tecnologias de cuidado e seus aspectos relacionais como o diferencial na qualidade de assistência em saúde. O próprio fenômeno do adoecer é modificado através do tempo pela influência destas inovações. As afecções agudas que eram a causa principal de morte e incapacidade nos anos 90, foram progressivamente substituídas pelo adoecimento crônico, conforme dados do Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (IHME) sobre a carga Global de Doenças, Lesões e Fatores de risco em 2019 – onde lombalgia, cefaleia e depressão estão entre as dez maiores causas de incapacidade atualmente.

Desde 2003, a OMS divulga anualmente uma relação das dez doenças com maior taxa de mortalidade no mundo (WHO, 2020). Atualmente a dor é reconhecidamente um problema de saúde pública, por ser um sintoma recorrente em todas as patologias elencadas.

Nesse sentido, a dor – como um processo subjetivo complexo e multifatorial – é considerada atualmente como uma doença em si mesma, e seu campo de estudo é um convite à construção de um saber efetivamente transdisciplinar (BONICA; LOESER, 2001). Ao trazer o olhar que singulariza as experiências de dor em seus aspectos psicoafetivos, os profissionais de psicologia têm uma significativa contribuição a oferecer na construção desse

conhecimento.

A partir da criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC) em 2015, técnicas baseadas em filosofias milenares foram revisitadas e disponibilizadas na assistência em saúde, alçando o status de inovação tecnológica no cuidado de uma série de doenças crônicas, entre elas, a dor. Essas práticas são em sua maioria de baixo custo, apresentam boa receptividade dos usuários, além de serem eficazes como tratamento coadjuvante (SOUZA, 2018). No âmbito do SUS, encontros e congressos específicos passam a acontecer, a fim de divulgar experiências exitosas e unir profissionais que atuam com essas práticas. Assim, surgiram movimentos locais com o objetivo de capacitar a própria população para utilizar esses recursos e abrindo um campo profícuo de atuação profissional.

No campo da psicologia, a assistência a pacientes com dor aguda e crônica vem se tornando uma nova especialidade, na qual a hipnose mostra-se como uma técnica estratégica a ser revisitada, uma vez que é a única prática integrativa, além da acupuntura, reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia (Resolução CFP nº 013/00 de 20 de dezembro de 2000).

A hipnose pode ser conceituada como um “estado alterado de consciência ampliada, em que o sujeito permanece desperto todo o tempo, experimentando sensações, sentimentos, imagens, regressões, anestesia, analgesia e outros fenômenos hipnóticos” (BAUER, 2019). Desenvolvida por Milton Erickson, a hipnose natural é uma técnica que trabalha com a premissa de que todo paciente tem responsabilidade direta na sua cura, ou seja, trata-se de um tratamento personalizado, focado na individualização do mesmo.

Teresa Robles foi uma propulsora dedicada das técnicas ericksonianas desenvolvendo seu próprio estilo de condução clínica, onde criou uma metodologia de atendimento o qual nomeou como Grupos de Crescimento – grupos que utilizam a hipnose ericksoniana e a visualização guiada e trabalham temáticas como: uso da respiração, parte sábia e crescimento saudável, trabalhando com limites (técnica da “cerca”), dificuldades nas relações interpessoais, “feridas” abertas e herdadas, medo de estar completamente bem, e responsabilidade com o próprio bem-estar (ROBLES, 2015).

Na clínica de manejo da dor um outro recurso tem se mostrado promissor: a psicoeducação. Esta técnica relaciona instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre seu tratamento. Assim, é possível desenvolver um trabalho de prevenção e de conscientização em saúde, agora voltado especificamente para o manejo de dor.

Atuar dentro da perspectiva das PICS é um campo relativamente recente e pouco

explorado pela Psicologia, razão pelo qual um protocolo que atue como um norteador dessa prática se mostre tão relevante, e assim estimule a categoria a desenvolver novas pesquisas nesse setor.

Segundo a definição da Classificação de Produção Técnica da CAPES de 2019: protocolo é um “Conjunto das informações, decisões, normas e regras que se aplica a determinada atividade, que encerra os conhecimentos básicos de uma ciência, uma técnica, um ofício, ou procedimento. Pode ser um guia de instruções que serve para o uso de um dispositivo, para correção de problemas ou para o estabelecimento de procedimentos de trabalho”. Logo, um protocolo funcionaria como um norteador da prática.

O objetivo deste artigo é apresentar um protocolo assistencial para grupos psicoeducativos em manejo de dor a partir dos referenciais teóricos da hipnose naturalista de Milton H. Erickson e dos grupos de crescimento de Teresa Robles, proporcionando aos profissionais psicólogos subsídios para realizar o acolhimento, avaliação, educação em saúde e manejo da dor.

MÉTODO

A partir dos referenciais teóricos da hipnose naturalista de Milton H. Erickson e dos grupos de crescimento de Teresa Robles, buscou-se elaborar um modelo de atendimento em grupo fechado, focal e breve para pacientes de uma clínica de dor em um hospital ortopédico.

Cenário e Contextualização

Trata-se de um hospital de traumatologia e ortopedia que realiza cirurgias eletivas de média e alta complexidade. Ele é composto por Centros de Atenção Especializada formados por equipes multiprofissionais que atuam interdisciplinarmente, focados em uma especialidade ortopédica (joelho, quadril, microcirurgia, etc.) porém com aprofundamento de um olhar integral para cada paciente.

Em 2012 há uma mudança de sede, o hospital torna-se espacialmente maior, e as exigências de aumentar a capacidade de atendimento começam a ser amplamente discutidas pela gestão. Em 2017, diante de uma nova e crescente demanda, a equipe da clínica da dor identifica a necessidade de modificar os modos de atendimento. Para isso, era preciso redesenhar os processos, redimensionar o público-alvo, analisar as falhas nos processos atuais e assim poder implementar as mudanças necessárias, o que impulsionou a equipe de saúde mental atuante na clínica da dor a buscar novas soluções e repensar seu modelo de atuação.

Procedimentos

Este protocolo foi confeccionado através das seguintes etapas: I) Identificação de demandas; II) Levantamento do estado da arte; III) Análise dos resultados de um estudo-piloto quase-experimental; IV) confecção do protocolo.

I) Identificação das demandas

Foi possível realizar uma contextualização histórica através da observação e registros dos temas abordados nas reuniões de equipe desde 2017 (sempre registradas em atas). Esta análise foi o que permitiu compreender quais as demandas institucionais que impulsionaram o processo de mudança empreendido pelo setor. A mudança de sede em 2012 junto a elevação da meta assistencial para 9.000 cirurgias/ano foi o fator identificado como precipitador para o movimento de rediscussão dos modelos de atuação. Neste levantamento observou-se algumas ações efetuadas coletivamente pela equipe da clínica da dor em resposta ao aumento da demanda: 1) sistematização das reuniões de equipe com o enfoque na revisão de processos e na criação de um novo fluxo de atendimento; 2) proposta de projetos de pesquisa por diferentes categorias profissionais que atuavam na clínica da dor com o intuito de realizar experimentos que garantissem possibilidades viáveis e válidas para acolher a nova demanda da instituição e conciliar com a manutenção do atendimento de qualidade aos pacientes. 3) mudança no público-alvo de atendimento da clínica da dor, especializando o cuidado com enfoque na prevenção, ou seja, ao invés de atuar apenas junto a pacientes já portadores de dores crônicas, a clínica da dor reorientou-se para intervir precocemente, no pós-operatório imediato, identificando pacientes com dor aguda que não respondessem ao tratamento padrão, e assim minimizar o impacto da dor de modo que esta não cronifique; 4) proposta de um programa-piloto interdisciplinar de acolhimento/tratamento ao paciente liderado pela equipe de enfermagem do setor; 5) proposta de grupo-piloto de manejo da dor com práticas integrativas liderado pela equipe de saúde mental (Projeto-Ardor).

Para desenvolver o projeto-piloto ARDOR foram recolhidos dados dos antigos grupos oferecidos pelos profissionais de psicologia, como pacientes contemplados, periodicidade, rotatividade, objetivos alcançados, satisfação obtida, etc.

Através das observações recolhidas concluiu-se que o modelo de atendimento em grupos vigente até então tornou-se obsoleto. O chamado grupo de dor crônica sofreu o desgaste do tempo e se cronificou. Fez-se necessário então repensar o modelo de intervenção com o objetivo de superar os problemas identificados como: o prolongamento indefinível do acompanhamento, a formação de filas de espera para atendimento, o posicionamento passivo

dos pacientes frente ao próprio adoecimento e a dependência de diferentes tecnologias e abordagens que não conversavam entre si. Logo idealizou-se um grupo que pudesse ser fechado (até dez participantes, com sessões pré-definidas, com previsão de início e fim) e que pudesse oferecer recursos aos pacientes para que se incluíssem na responsabilização do manejo de sua própria dor, e também pudessem auxiliar outras pessoas de seu meio social transmitindo o que foi aprendido. Uma forma de que o grupo não se limitasse as paredes do hospital, mas pudesse ter braços na comunidade. Surgiu a partir disso a necessidade de criar e experimentar esse novo formato de grupo. Nasce então o projeto Ardor, um estudo piloto quase-experimental com 7 participantes cujo objetivo era identificar o quanto estes pacientes poderiam se utilizar das técnicas de práticas integrativas oferecidas no manejo de sua dor e consequentemente em sua qualidade de vida.

II) Levantamento do estado da arte

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura para investigar as evidências de eficácia da hipnose e da visualização guiada como técnicas no manejo da dor não-procedimental, devido ao que o público da clínica da dor do hospital está voltado para pacientes pós-operatórios ou com dor crônica. As buscas foram realizadas em fevereiro de 2020 nas plataformas PubMed, Cochrane, LILACS, SciELO e PsycInfo, utilizando-se os descritores: "ensaio clínico", "hipnose", "manejo de dor", "intensidade de dor" e "qualidade de vida". Foram analisados apenas artigos publicados após o ano 2000, excluindo-se todos cujo o estímulo doloroso fora provocado artificialmente, totalizando 18 artigos que se adequaram aos critérios de inclusão/exclusão e passaram pela avaliação de pares para compor a análise qualitativa. A maioria dos estudos é randomizado, controlado por comparação da hipnose com tratamento padrão ou outra prática integrativa, e centra-se principalmente nos aspectos de intensidade, qualidade e interferência da dor como variável desfecho. Seis estudos fazem menção à qualidade de vida e apenas dois se referem à catastrofização como variável interveniente importante.

Todos os estudos sugeriram evidências da eficácia da hipnose em pelo menos um aspecto do manejo da dor (intensidade, qualidade ou interferência).

Verificou-se que a hipnose nunca foi apontada como um tratamento substitutivo do tratamento padrão medicamentoso, mas sim um tratamento coadjuvante com resultados promissores superiores quando comparados a outras práticas integrativas, principalmente em relação à intensidade da dor.

III) Análise do estudo piloto

O projeto “ARDOR: Hipnose Ericksoniana e visualização guiada aplicada ao tratamento e manejo da dor crônica” trata-se de um estudo piloto quase-experimental cujo objetivo foi verificar se o uso da hipnose ericksoniana associada às técnicas de visualização guiada podem auxiliar no tratamento e manejo da dor crônica no contexto de um hospital de referência em Traumatologia e Ortopedia. Este estudo ocorreu entre janeiro de 2017 e março de 2018.

A amostra foi obtida por conveniência através de indicação da equipe da clínica da dor. Uma entrevista inicial semidirigida recolheu a história clínica dos pacientes e verificou se os mesmos atendiam os seguintes critérios de inclusão: Adultos portadores de dor crônica; Já ter realizado intervenção cirúrgica condizente com o tratamento da lesão associada à origem da dor; Não ter como proposta de tratamento da dor, uma nova intervenção cirúrgica; Estar em acompanhamento contínuo pela equipe da ARDOR; Ter indicação clínica da equipe da ARDOR para intervenção psicológica em grupo; Ter disponibilidade para frequentar os encontros semanais. No momento desta entrevista inicial, orientações sobre o programa foram apresentadas junto a um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a aquiescência do paciente, dados como idade, sexo, patologia, entre outros, foram recolhidos com intuito de determinar a inclusão ou não do participante no grupo.

O atendimento foi realizado através de um grupo fechado, focal e breve com oito sessões. Técnicas de dinâmicas de grupo, hipnose ericksoniana, visualização guiada, metodologias corporais, psicoeducação sobre dor e grupos de crescimento de Tereza Robles fizeram parte do experimento, compondo uma sistematização das sessões da seguinte forma: 1º) dinâmica de reconhecimento; 2º) técnica de relaxamento; 3º) indução hipnótica; 4º) visualização guiada; 5º) dinâmica de reflexão.

Sete pacientes realizaram o acompanhamento em grupo até o final.

O Inventário Breve de dor (BPI) e o Questionário de Qualidade de Vida (SF-12) foram aplicados no primeiro e no último encontro. Foi utilizada estatística descritiva para realizar a análise dos dados. No BPI, obteve-se uma redução clinicamente significativa dos escores intensidade da dor (média da dor de 7,1 para 5,5) e interferência da dor (média da dor de 6,9 para 5,6). Quanto à qualidade de vida houve uma melhora clinicamente significativa do aspecto emocional (média de 34,6 para 47,5) embora ainda esteja abaixo da linha de corte do teste que é de 50. Ao analisar a variável qualidade de vida, verificou-se a existência de uma variável interveniente importante: a catastrofização, (distorção da realidade em que se destaca uma visão pessimista ou negativista sobre uma dada situação, desconsiderando outros

possíveis desfechos). Embora esta variável não tenha sido medida inicialmente, percebeu-se através da observação clínica que pacientes com índices maiores de pensamentos catastróficos apresentam uma tendência a ter scores menores na avaliação da qualidade de vida. Uma das hipóteses levantadas é que o pensamento catastrófico tem um papel crucial na percepção do que é qualidade de vida para cada paciente. Desse modo, uma percepção catastrófica de realidade estimularia uma desvalorização dos aspectos cotidianos, gerando uma percepção de qualidade de vida deficitária, mesmo que haja uma redução da dor. Essa descoberta esclareceu um importante aspecto: mesmo que seja possível diminuir a intensidade da dor do paciente, isso não necessariamente interfere na percepção de qualidade de vida do mesmo. Isso motivou a inclusão do inventário de pensamentos catastróficos sobre dor e de temáticas de debate sobre catastrofização e autoeficácia no protocolo para os próximos grupos. Este achado corrobora achados semelhantes de outros pesquisadores que buscaram investigar o impacto da variável catastrofização no manejo da dor e na qualidade de vida, ensaios esses contemplados na revisão sistemática (ARDIGO et al, 2016; JENSEN et al, 2011).

Tratando-se de um grupo piloto, a abordagem psicoeducativa com uso da hipnose e visualização guiada mostrou-se como uma intervenção promissora no manejo da dor crônica.

Este ensaio recebeu a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição que o sediou, através do parecer nº 1.946.019.

IV) Confeção do protocolo

Para a confeção do protocolo efetuou-se uma pesquisa bibliográfica de outros modelos de protocolos de atendimento elaborados por profissionais de saúde mental em diferentes níveis de assistência em saúde como na atenção básica à pacientes com transtornos psiquiátricos; experiências em setores hospitalares como tratamento de HIV, câncer, pediatria, etc. Também foi elaborada uma compilação de dinâmicas e metáforas indicadas para a realização das sessões, envolvendo temáticas de apresentação, estigmas, pensamentos catastróficos e uso da metodologia nuvens de palavras. Em um segundo momento, através da análise dos resultados da revisão sistemática e do estudo piloto elencou-se os principais instrumentos validados a serem utilizados na avaliação da dor, qualidade de vida e catastrofização. Os seguintes instrumentos foram escolhidos:

→ Inventário Breve de Dor forma reduzida (Brief Pain Inventory - BPI): instrumento multidimensional, que faz uso de uma escala de 0-10 para graduar os seguintes itens: intensidade, interferência da dor na habilidade para caminhar, atividades diárias do paciente, no trabalho, atividades sociais, humor e sono. A dor avaliada pelo paciente é aquela presenciada no momento do questionário e também a mais intensa, a menos intensa e a média da dor das últimas 24 horas, podendo ser adaptado para a última semana (MARTINEZ, GRASSI e MARQUES, 2011).

→ Short Form Health Survey 36 (SF-36): ferramenta de significativa relevância para avaliação da qualidade de vida, e a abrangência do seu uso em inquéritos populacionais e em estudos avaliativos de políticas públicas e do status de saúde de pacientes pode ser verificada pelo quantitativo de referências disponíveis nas bases de dados bibliográficas e o número crescente de estudos de validação em diferentes países e contextos culturais. O propósito desse instrumento é detectar diferenças clínicas e socialmente relevantes no status de saúde tanto da população geral quanto de pessoas acometidas por alguma enfermidade, assim como as mudanças na saúde ao longo do tempo, por meio de um número reduzido de dimensões estatisticamente eficientes (LAGUARDIA et al, 2013) .

→ Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD): escala desenvolvida para avaliar o grau de catastrofização sobre dor. O instrumento é composto por nove itens, escalonados em uma escala Likert que varia de 0 (quase nunca) a 5 pontos (quase sempre). O questionário é autoaplicável e o tempo aproximado para resposta do questionário é de quatro minutos. O escore total é a soma dos itens, dividida pelo número de itens respondidos, com escore variando de 0 a 5. Quanto maior o escore, maior indicativo de pensamentos catastróficos (SARDÁ et al, 2008).

RESULTADOS

Tanto o estudo piloto quanto a revisão sistemática apresentaram resultados que sugerem que a hipnose e a visualização são: 1) técnicas eficazes no manejo de dor; 2) podem ser aplicadas de diferentes modo como individualmente ou em grupo; 3) podem ser associadas ao tratamento medicamentoso padrão ou a outra prática integrativa; 4) podem ocorrer através de orientação presencial ou através de distribuição de mídias com técnicas audiovisuais; 5) podem ser administradas através da orientação de um hipnólogo ou autoaplicáveis

O protocolo foi elaborado em três grandes eixos: I) Apresentação e orientação aos profissionais; II) Instrumentos de avaliação e estrutura necessária; III) Dinâmica das sessões.

Protocolo

Orientações aos profissionais

Este protocolo tem por objetivo fornecer a profissionais de saúde, que atuem com práticas integrativas, um aporte teórico e metodológico para coordenar grupos psicoeducativos cujo enfoque seja o manejo da dor.

O público alvo deste protocolo são os profissionais de saúde que realizam atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde, vinculados às equipes de clínica da dor em unidades hospitalares de referência.

A população alvo corresponde aos pacientes que apresentam sintomas dolorosos permanentes e que não apresentaram respostas significativas ao tratamento padrão (medicação, fisioterapia etc.)

Contrato de convivência

O contrato de convivência é um instrumento construído coletivamente representando a colaboração efetiva entre coordenadores e integrantes de um grupo na delimitação de regras de convívio a serem seguidas por todos os membros, levando em consideração as necessidades subjetivas de cada integrante assim como a meta coletiva a ser alcançada (ICE, 2009).

Uma alternativa interessante para a construção do contrato de convivência é o método nuvens de palavras (também conhecida como nuvem de tags ou texto), sendo uma representação visual da frequência e do valor das palavras. Neste protocolo ela é construída de forma interativa a partir da temática Bom Convívio através da compilação de várias palavras trazidas pelos participantes como por exemplo: respeito, confiança, pontualidade etc. Uma ferramenta digital analisa a frequência e simboliza o valor das palavras visualmente, conferindo cores e tamanhos diferenciados de acordo com a frequência que aparecem.

Aplicação de testes

Os seguintes instrumentos foram indicados a partir dos resultados obtidos no levantamento de estado da arte e na experiência do Projeto ARDOR, devendo ser aplicados no primeiro e último encontro. Diferente do estudo-piloto inicial, optou-se pelo questionário de qualidade de vida SF-36 por ser mais completo e ter sido adotado como padrão de avaliação da clínica da dor em 2019. Optou-se por manter o BPI por ser de aplicação simples e mais objetivo. E acrescentou-se o uso da escala EPCD para avaliar a catastrofização, pois também se tornou um padrão adotado pelo setor.

Somando-se a esses recursos utilizou-se os dados obtidos no projeto-piloto e na

revisão sistemática para compor a estrutura do protocolo em que cada encontro foi desenhado individualmente seguindo a grade proposta: Apresentação; Psicoeducação; Prática integrativa; Fechamento, configurando um total de 9 encontros.

Dinâmica das sessões

1) Apresentação

Esta etapa constitui-se de dinâmicas livres que possibilitem a integração entre os participantes do grupo e dos coordenadores como um sistema em que não há posições hierárquicas, mas cada um exerce um papel que pode ser intercambiável. Estimulou-se inicialmente o contato entre os participantes através do uso de etiquetas com as principais características/impressões. Nos encontros posteriores, buscou-se realizar no momento da apresentação uma retomada das vivências pessoais dos participantes em relação a temática trabalhada anteriormente.

2) Psicoeducação

Momento em que são incluídos conteúdos de caráter educativo, porém com compreensão dos fenômenos grupais e papéis exercidos dentro do grupo como um sistema complexo. Utilizam-se metodologias ativas para que haja uma construção coletiva do conhecimento e não apenas uma transmissão unilateral. Conceitos como dor e suas manifestações, catastrofização, responsabilidade pelo bem-estar, qualidade de vida e autonomia são trabalhados de forma lúdica neste momento.

3) Prática integrativa (indução hipnótica e visualização guiada)

Etapa em que uma técnica é apresentada ao grupo de modo que eles possam aprender a praticar e a se auto aplicar. A hipnose foi escolhida por ser a formação inicial e de preferência do condutor da pesquisa. Porém neste contexto outras práticas integrativas podem ser utilizadas enquanto ferramentas de manejo da dor como a reestruturação cognitiva, meditação, mindfulness, visualização guiada etc. Em algumas instituições públicas já estão sendo oferecidos espaços de cuidado onde tanto profissionais quanto pacientes são iniciados em técnicas de Reik e imposição de mãos. A formação oferecida é completa de modo que o iniciado não apenas aprenda a se auto aplicar, mas possa aprender a aplicar em outras pessoas e posteriormente também iniciá-las como novos adeptos da técnica. Privilegiou-se induções e visualizações que trabalhassem conteúdos como o Eu sou, a Parte Sábia, a Cerca, O lugar seguro e as feridas herdadas e adquiridas, temáticas trazidas por Robles em seu Manual de grupos de crescimento (2015). Contos como “os dois jarros” e metáforas como “a árvore e suas cicatrizes” são exemplos do material usado.

4) Fechamento

Momento em que há uma síntese do que foi experienciado e seu intuito, sendo aberto um espaço de fala aos participantes para que elaborem suas vivências. Os participantes são convidados a construir um sentido pessoal acerca de sua própria dor, como ela se manifesta, como ele se define a partir dela e como construir um senso de existência possível apesar dessa condição.

CONCLUSÃO

Compreende-se que existem controvérsias dentro do campo de estudo da Psicologia em relação à confecção de protocolos de atendimento. A criação de um protocolo representa – a princípio – o estabelecimento de diretrizes de atuação cujo uso pode representar dois destinos distintos: funcionar como um norteador das práticas para profissionais psicólogos que desejem embarcar nesse novo campo de atuação, mas também representar um cerceamento/enrijecimento do fazer clínico. O grande desafio deste projeto foi criar uma ferramenta que pudesse nortear os primeiros passos no campo das práticas integrativas e no manejo da dor – territórios ainda pouco explorados por psicólogos – e ainda sim promover um espaço de atuação aberto e singular. A resposta a esta questão foi encontrada dentro da própria abordagem Ericksoniana. Por se tratar de uma abordagem altamente subjetiva e que privilegia o aqui e agora – o momento presente – as dinâmicas e induções tiveram que ser escolhidas e adaptadas a partir das informações e sensações trazidas pelo grupo no momento do atendimento. Uma vez que estão relacionadas ao conteúdo trazido pelos integrantes no momento presente, não houve modo de que obedecessem sempre a uma pré-programação específica. Isto se justifica pelo fato de que um dos diferenciais da abordagem proposta é a intervenção terapêutica cortada sob medida para cada cliente ou grupo. Uma aposta de que a experiência pode atuar como gerador de mudança justamente no ponto em que é ainda pessoal, mesmo que compartilhada num coletivo. Cada cliente é afetado de forma diferente ao longo do processo de intervenção, construindo uma experiência única, singular e intransferível. Por isso é de suma importância que a abordagem construa sua intervenção utilizando o material trazido pelo paciente ao longo das sessões tanto quanto a estrutura pré-existente. E isso só é possível na e a partir da atuação.

O protocolo nesse sentido, atua como um norteador, um caminho a ser percorrido, com sua trilhas, histórias, metáforas e dinâmicas propostas que funcionam como uma bagagem potencial a ser usada pelo coordenador do grupo, cujo norteador principal será sua própria experiência. Desse modo, apesar de uma trilha pré-existente, a jornada ainda é

singular e não é possível ser traçada a priori. O desenrolar de cada grupo é uma experiência pessoal e intransferível que acontece a partir do contato entre os coordenadores e os participantes.

REFERÊNCIAS

- Ardigo, S. et al (2016). Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study. *BMC Geriatric*, 16 (14). <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0180-y>
- Bauer, S. (2019). *Manual de hipnoterapia ericksoniana*. Rio de Janeiro, RJ: WAK Editora.
- Bonica J. J & Loeser J. D. (2001). History of pain concepts and therapies. In Loeser J. D, Butler, S. H. & Turk, D. C. *Bonica's management of pain*. (pp. 3-16) Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2000). *Resolução CFP nº 013/00 de 20 de dezembro de 2000*. Aprova e regulamenta o uso da Hipnose como recurso auxiliar de trabalho do Psicólogo. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_13.pdf.
- Cuevas-Cancino, J. J. & Moreno-Perez, N. E. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería universitaria*, 14 (3), 207-218. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
- Erickson, M. H (2016). An experimental investigation of the possible antisocial use of hypnosis. *Psychiatry*, 2 (3), 391-414. <https://doi.org/10.1080/00332747.1939.11022253>
- Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME] (2020). GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396 (10258), 1204-1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9).
- Instituto de Corresponsabilidade pela Educação [ICE] (2010). *Manual Operacional Protagonismo Juvenil: Suas práticas e vivências*. Recife, PE: ICE.
- Jensen, M et al. (2011). Effects of self-hypnosis training and cognitive restructuring on daily pain intensity and catastrophizing in individuals with multiple sclerosis and chronic pain. *Int J Clin Exp Hypn*. 59(1):45-63. <https://doi.org/10.1080/00207144.2011.522892>.
- Merhy, E. E. (2014). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Robles, T. (2015). *Manual del grupo de crecimiento*. Ciudad de Mexico, ME: Alom Editores.

- Sardá, J. J. et al (2008). Validation of the Pain-Related Catastrophizing Thoughts Scale. *Acta Fisiatr.* 15(1), 31-36. <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102905/101195>
- Souza, J. M. C. (2018). Hipnose Clínica: uma alternativa resolutiva e de qualidade para o Programa Saúde da Família. *Rev. Bras. de Hipnose*, 29(1), 21-29. https://revistabrasileiradehipnose.com.br/wp-content/uploads/2020/07/RBH_Vol-291-pp.21-29_CampanatiSouza-M.pdf.
- World Health Organization [WHO] (2020) *The top 10 causes of death*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

- **Produto 3 Produção Técnica – Intervenção**

Nome do produto: PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPOS DE MANEJO DE DOR

Nome dos autores: Renata Seixas Machado¹,

1Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional (PPGSTEH). Rio de Janeiro–RJ, Brasil.

Resumo da Produção Técnica

Objetivo: Elaborar um protocolo de atendimento psicoeducativo em grupos de manejo de dor utilizando as técnicas de hipnose e visualização guiada como foco.

Tipologia/Estratificação da produção técnica segundo a Classificação de Produção

Técnica da CAPES de 2019: A intervenção está inserida no eixo de produção técnica do tipo desenvolvimento de produto – subtipologia: Manual/Protocolo. Trata-se de um

Protocolo Tecnológico Experimental classificado com a estratificação T1. **Descrição**

segundo a Classificação de Produção Técnica da CAPES de 2019: O eixo se refere à

“produção de rotinas, normas, protocolos, procedimentos, *guidelines*, consensos, modelos, tecnologias de gestão, educação e assistência à saúde”.

Definição segundo a Classificação de Produção Técnica da CAPES de 2019: “Conjunto

das informações, decisões, normas e regras que se aplica a determinada atividade, que

encerra os conhecimentos básicos de uma ciência, uma técnica, um ofício, ou

procedimento. Pode ser um guia de instruções que serve para o uso de um dispositivo, para

correção de problemas ou para o estabelecimento de procedimentos de trabalho. No

formato de compêndio, livro/guia pequeno ou um documento/normativa, impresso ou

digital, que estabelece como se deve atuar em certos procedimentos”. **Método:** Foram

utilizados como base teórica de construção do protocolo - as técnicas de Hipnose

Ericksoniana; os grupos de crescimento de Tereza Robles; o Mapa da Dor elaborado por

Rodrigo Rizzo; técnicas de conscientização pelo movimento de Angel Vianna;

visualizações guiadas dentro da perspectiva da Gestalt Terapia; técnicas de dinâmicas de

grupo de diferentes autores e estudos diversos sobre catastrofização. A eficácia das técnicas

de hipnose e visualização foram comprovadas através dos resultados de uma revisão



sistemática da literatura e da análise de um projeto-piloto. **Resultados:** Tanto o ensaio piloto quanto a revisão sistemática apresentaram resultados que corroboram que a hipnose e a visualização são: 1) técnicas eficazes no manejo de dor; 2) podem ser aplicadas de diferentes modo como individualmente ou em grupo; 3) podem ser associadas ao tratamento medicamentoso padrão ou a outra prática integrativa; 4) podem ocorrer através de orientação presencial ou através de distribuição de mídias com técnicas audiovisuais; 5) podem ser administradas através da orientação de um hipnólogo ou autoaplicáveis.

Inovação e Tecnologia: Atualmente tanto a clínica da dor quanto o campo das práticas integrativas são umas das poucas áreas de conhecimento reconhecidamente *transdisciplinar*. O que significa que para além da combinação de conhecimentos pré-existentes, identifica-se a produção de conhecimento inteiramente novo, que *transcende* as fronteiras disciplinares pré-estabelecidas. Por ser um campo de conhecimento inteiramente novo, não é possível determinar a abrangência específica da contribuição de cada arcabouço teórico em sua criação. Existe um impulso para que os profissionais revisitem os limites de sua formação e passem a se inserir em novas categorias onde os papéis não são estanques, se deslizem: passam a surgir categorias profissionais de clínica da dor e práticas integrativas. As atividades de educação em saúde, a aplicação de técnicas de manejo, e o próprio diagnóstico são construções colaborativas, que não permanecem mais fragmentadas como na visão biomédica tradicional. Nesse sentido, elaborar um instrumento que possa facilitar a apropriação de diferentes profissionais desse conhecimento que transcende os limites de sua própria formação, pode ser considerado uma produção com alto valor inovativo. Uma tecnologia com potencial de se tornar uma tecnologia social.

Conclusão, aplicabilidade e impacto: Um protocolo que utilize a técnica hipnótica como base do manejo da dor implica na disponibilização de um recurso de alta qualidade e de baixo custo pois é possível de ser aplicada prescindindo de recursos materiais complexos. É uma técnica que não apresenta riscos importantes para o usuário, salvo as interveniências do próprio contato social com o hipnólogo e os riscos comuns ao trânsito em unidades hospitalares. Embora o protocolo tenha sido pensado para pacientes de uma clínica de dor, as técnicas não possuem restrições significativas de idade, estrutura social e histórico de comorbidades (salvo casos de transtorno mental grave), podendo ser estendido à comunidade de uma forma ampla. Nesse sentido, o usuário que receber o treinamento em auto hipnose durante o projeto pode atuar como um multiplicador em sua comunidade O protocolo pode ser adaptado à plataforma virtual, podendo abranger pessoas com dificuldade de deslocamento ou em situações especiais como o isolamento social

preconizado durante a pandemia do corona vírus 19. As técnicas utilizadas para treinamento em auto hipnose podem ser disponibilizadas através de acesso aberto de modo que os áudios e outros materiais podem ser distribuídos na comunidade do usuário trazendo: 1) impacto educacional – pois serve como um guia inovador para outros profissionais de saúde utilizarem em seus projetos de educação em saúde, remodelando essa prática de ensino junto aos usuários; 2) impacto conceitual – pois possibilita ao usuário revisitar o modo como concebe sua própria dor, refletindo sobre o impacto que esta causa em sua vida cotidiana, e redefinindo suas limitações; 3) impacto social: através da educação em manejo de dor capacita-se usuários para serem transmissores das técnicas em sua comunidade, disseminando ferramentas que podem incentivar práticas de autocuidado, assim como na manutenção da qualidade de vida em seu entorno. Neste ponto reside a relevância do produto: a oportunidade para que o usuário final possa ter acesso a uma ferramenta que lhe possibilite se responsabilizar frente ao próprio adoecimento e conseqüentemente sua percepção de saúde gerando autonomia, sentido de utilidade e propósito, autoeficácia, resiliência e protagonismo em seu próprio bem-estar, mesmo quando a dor é uma condição crônica. Pacientes do estudo piloto relataram perceber benefícios a partir do primeiro encontro. O tempo de carência estimado para que este produto esteja disponível ao usuário final é de seis meses, referente aos processos institucionais de aprovação pelas instâncias superiores. Por ser um produto adaptável e abrangente não possui um ciclo de vida pré-determinado, podendo ser revisto em caso de futuras inovações. **Palavras-Chave:** Hipnose. Práticas integrativas. Protocolo assistencial. Grupos. Manejo da dor.

PROTOCOLLO

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN- XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
		Assistencial		<i>N.º</i> 01	<i>MÊS/ANO</i> JAN/21

<i>RESUMO DE REVISÕES</i>		
<i>DATA</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>DATA PRÓX. REV.</i>
JAN/21	Emissão Inicial	JUL/23
JUL/23	Primeira revisão	MAI/25

Protocolo de atendimento psicoeducativo em grupo de manejo de dor

Apresentação



Este protocolo constitui-se como uma valiosa ferramenta no atendimento a usuários referenciados ao Instituto de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO) cujo foco de atenção é o manejo da dor.

A partir dos referenciais teóricos da hipnose naturalista de Milton H. Erickson e dos grupos de crescimento de Teresa Robles, buscou-se elaborar um modelo de atendimento em grupo fechado, focal e breve para pacientes da Área de controle da dor (ARDOR).

O objetivo deste protocolo é proporcionar aos profissionais de saúde subsídios para realizar o acolhimento, avaliação, educação em saúde e manejo da dor na forma de grupos psicoeducativos.

A construção deste protocolo se delineou a partir da investigação do estado da arte em manejo de dor e práticas integrativas e das experiências obtidas no ensaio piloto intitulado “Projeto Ardor: Hipnose Ericksoniana e visualização guiada aplicada ao tratamento e manejo da dor crônica” empreendido na instituição entre os anos de 2017 e 2018.

<i>ELABORADO/REVISADO POR</i>	<i>VERIFICADO POR</i>		<i>APROVADO POR</i>
RENATA SEIXAS MACHADO PATRICIA MENDES CAMPOS ALEXANDRE SOUZA DA SILVA	WALESKA DE CASTRO SAMPAIO- ARDOR ÁGATA CRISTINIER CASTANHEDA DA SILVA -ARMEN	CLAUDIO FEITOSA- DIMEA	DIREG

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN -XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
		Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>
			01	JAN/21	

Sua expectativa principal é que o protocolo seja incorporado progressivamente à rotina da Área de controle da dor, sendo testado e aprimorado num esforço coletivo da equipe interdisciplinar, podendo servir de inspiração para outros setores e unidades, uma vez que o Ministério de Saúde é um balizador do Sistema único de Saúde.

1) Introdução

1.1) Protocolo de grupo psicoeducativo

O conceito de dor crônica como doença em si foi implementado em 2001 através da Declaração da Federação Europeia dos Capítulos da IASP (EFIC). Estima-se que entre 10% a 55% da população mundial apresente dor crônica. A abordagem psicoeducativa atua de modo a proporcionar aos pacientes informações e estratégias de manejo dos sintomas que possibilitem aos pacientes terem autonomia e se apropriarem do próprio tratamento.



1.2) Linhas teóricas norteadoras

1.2.1) Hipnose Ericksoniana

Uma das definições mais reconhecidas no meio acadêmico descreve a hipnose como “um estado alterado de consciência ampliada, em que o sujeito permanece desperto todo o tempo, experimentando sensações, sentimentos, imagens, regressões, anestesia, analgesia e outros fenômenos hipnóticos” (BAUER, 2015).

Para Erickson (1967, p. 83, tradução nossa) a hipnose é:

essencialmente uma comunicação de ideias e entendimentos para um paciente de tal forma que ele estará mais receptivo às ideias apresentadas e conseqüentemente motivado para explorar seus próprios potenciais corporais para o controle de suas respostas e comportamentos psicológicos e fisiológicos.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN -XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>		3 / 29
		01	JAN/21		



Erickson (1958) compreendia o transe como um fenômeno natural presente no cotidiano singular de cada sujeito, razão pela qual nomeou sua técnica como Hipnose Natural.

O terapeuta ericksoniano é responsável por criar o ambiente propício à indução do estado de transe, permitindo que seja a vontade do cliente, através da manifestação de sua sabedoria interior, que direcione a forma como o processo acontecerá. Desse modo, o indivíduo em estado alterado de consciência, independentemente do nível acessado, pode chegar a níveis mais profundos de autoconhecimento e aprendizagem, proporcionando quebra de padrões que interferem no desenvolvimento pessoal, e alcançando mudanças em sensações, percepções, pensamentos e comportamentos.

Entre os efeitos esperados da hipnose no âmbito individual estão: o favorecimento do processo de mudança; a estimulação da plasticidade neuronal; a comunicação mais efetiva; a melhoria nos relacionamentos/conexões; a ampliação de sensações, percepções pensamentos e comportamentos; a quebra de crenças limitantes e a aprendizagem através do acesso ao inconsciente. A partir dessas premissas, a técnica da hipnose pode ser ensinada e auto aplicada, contribuindo para que o usuário esteja implicado efetivamente em seu tratamento, podendo, inclusive, tornar-se um multiplicador em sua comunidade (BAUER, 2015).

No âmbito coletivo, há evidências de que a hipnose é uma abordagem terapêutica de simples aplicação, baixo custo, boa receptividade e efetividade, que utilizada na Atenção Básica em Saúde, pode reduzir as internações hospitalares, restringir a prescrição abusiva de medicamentos e de pedidos de exames complementares, modificando a morbidade hospitalar (SOUZA, 2018).

Dentre os procedimentos hipnóticos utilizados no manejo da dor destacam-se: 1) sugestão hipnótica direta para supressão total da dor; 2) permissão hipnótica indireta para supressão da dor; 3) amnésia hipnótica; 4) analgesia e anestesia; 5) substituição de sintoma e sensação; 6) distorção do tempo e reenquadre; 7) anestesia hipnótica indireta via dissociação (ERICKSON, 1963).



 <p style="text-align: center;"> MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD </p> 	ARDOR/ARMEN -XX						
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i> Assistencial	<i>REVISÃO</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><i>N.º</i></td> <td style="text-align: center;"><i>MÊS/ANO</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">JAN/21</td> </tr> </table>	<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>	01	JAN/21
<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>						
01	JAN/21						

Observa-se que a indução hipnótica não está restrita apenas ao aspecto analgésico, tendo, inclusive, superioridade comprovada em alguns estudos quando comparada com outras práticas, devido ao seu significativo fator de impacto na redução de ansiedade, depressão e estresse associados à dor (ARDIGO, 2016 e ELI, 2016). Em uma meta-análise, foram identificados pelo menos seis estudos em que a hipnose apresentou resultado superior no manejo de diferentes tipos de dor crônica em comparação a outras intervenções psicológicas (ADACHI, 2014).

Até o momento, não há nenhuma regulamentação oficial no Brasil, ficando a cargo dos conselhos federais regulamentarem sua prática dentro de seu próprio âmbito de atuação. Quatro Conselhos Federais já contam com regulamentação específica. O Conselho Federal de Odontologia foi o primeiro órgão representativo de uma categoria profissional a reconhecer a hipnose como ferramenta clínica. Seguido pelo Conselho Federal de Medicina que apresenta seu parecer no qual a hipnose “é reconhecida como valiosa prática médica, subsidiária de diagnóstico ou de tratamento, devendo ser exercida por profissionais devidamente qualificados e sob rigorosos critérios éticos.” (parecer de nº 42/1999).

Em 2000, o Conselho Federal de Psicologia aprova a hipnose como recurso auxiliar para o psicólogo tendo em vista “o valor histórico da utilização da Hipnose como técnica de recurso auxiliar no trabalho do psicólogo” reconhecendo a Hipnose na área de saúde, como “um recurso técnico capaz de contribuir nas resoluções de problemas físicos e psicológicos”, citando inclusive a escola Ericksoniana como exemplo de avanço da hipnose no campo psicológico de aplicação prática e de valor científico. (Resolução CFP-013/00).

Em 2018, a hipnose é integrada ao *roll* das Práticas Integrativas e Complementares do SUS tornando-se uma técnica acessível à comunidade em geral, utilizada como recurso de tratamento de vários sintomas como ansiedade, depressão, e manejo de dor.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN -XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>		5 / 29
		01	JAN/21		

1.2.2) Visualização Guiada

A visualização guiada é uma prática que aparece no *roll* da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como uma submodalidade ou prática associada ao relaxamento ou meditação. Contudo, identifica-se uma complexidade na conceituação dessa técnica, que assume, não apenas inúmeras definições, como também diferentes orientações teóricas e práticas.



Etimologicamente, a visualização é definida como “um ato ou efeito de visualizar; imagem formada na mente ou a que resulta desse processo; ato de transformar em imagem mental conceitos abstratos; percepção nítida de algo” (MICHAELIS, 2020).

De modo similar a hipnose, a imaginação guiada atravessou um período de ostracismo até que retornou ao escrutínio científico na década de 1960 como técnica associada a práticas de saúde (HOLT, 1964).

Concomitantemente a expansão da psicanálise freudiana pela Europa e Estados Unidos, a utilização da imaginação guiada ficou restrita a clínicos independentes entre a França, Alemanha e Itália. Entre os mais reconhecidos colaboradores para a ratificação do uso da visualização no tratamento de doenças emocionais estão: Carl Jung – com a imaginação ativa –, Robert Desoille – e o sonho acordado dirigido –, Hanscarl Leuner – e as imagens efetivas direcionadas – e Robert Assagioli – e sua psicossíntese (EPSTEIN, 1990). O trabalho destes autores contribuiu significativamente para que a visualização guiada pudesse ampliar seu foco de atuação do campo emocional para o campo das doenças físicas.

1.2.3) Grupos de crescimento

Para Teresa Robles estar em grupo é uma oportunidade para crescer juntos. Por isso nomeia sua abordagem grupal como grupos de crescimento. A autora utiliza essa terminologia com o intuito de não recair no que caracterizaria um grupo terapêutico no qual a ênfase encontra-se nos problemas pessoais de cada participante.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN -XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>	6 / 29	
		01	JAN/21		



Seu objetivo é naturalizar as situações que emergem a partir da experiência grupal, assinalando que “isto nos passa a todos” e assim poder trabalhar, de forma indireta, “situações vergonhosas, dolorosas ou que causem medo” (ROBLES, 2015, l. 330).

Uma razão para que o trabalho seja realizado em grupo é que ele amplia o potencial dos estados ampliados de consciência.

Quando se faz um exercício de transe hipnótico sobre um tema em grupo, os símbolos que aparecem representam a forma particular em que esse tema tem lugar em cada pessoa. Os participantes descrevem ao grupo o que imaginaram (ROBLES, 2015, l. 342)

A forma como um participante encadeia sua fala e as metáforas que utiliza imageticamente para descrever sua experiência, permite que esta visualização mental seja repartida com todo o grupo, que passam a colorir esta visualização com suas próprias experiências. Do mesmo modo, ao utilizar o recurso como o da respiração para modificar a experiência visualizada, a solução imagética vivenciada pelo narrador também é compartilhada com todo o grupo, de modo que “as imagens dos demais nos ajudam a resolver outras matizes que provavelmente em um trabalho individual tardariam a aparecer unicamente porque nós e nossa mente inconsciente teria outra prioridade” (Robles, 2015, l. 346).

A partir de suas experiências clínicas, Robles elabora um manual de instruções para colaboradores que desejam trabalhar com os grupos de crescimento (2015). No anexo 1 está inserida a referência de capa do manual que pode ser adquirido através do próprio site do Centro Ericksoniano do México (<https://grupocem.edu.mx/editorial-alom/>). Nele, ela aborda temas universais que julga necessários serem trabalhados com o intuito de “desatar nós que estorvam nosso crescimento. Através do grupo de crescimento, é possível desfazer estes nós reconhecendo essas aprendizagens, questionando-as e transformando-as através de exercícios com estados ampliados de consciência” (ROBLES, 2015, l. 181).

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN -XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>	7 / 29	
	01	JAN/21			

Alguns conceitos são essenciais para a compreensão do trabalho de Robles em seus grupos de crescimento. Um deles é o conceito de *Sabedoria Universal* que se refere a todo o conteúdo do Universo que está presente no interior de cada pessoa e em cada parte do Universo. “Aprender a confiar em algo maior do que o que nos rodeia no presente é o que precipita a expectativa de ser capazes de encontrar possibilidade e equilíbrio e esse é o começo da cura” (ROBLES, 2015, 1.26).



Outro conceito adotado pela autora é o de *lugar seguro* – uma sugestão de Betty Alice Erickson – que consiste na criação de um espaço imagético para onde o cliente pode se transportar e realizar, protegidamente, o processo desencadeado pela indução (ROBLES, 2015, 1. 26).

Complementarmente, Robles utiliza o conceito de *cerca*, de modo a incentivar o paciente a criar metaforicamente uma rede de proteção em volta de si mesmo, como uma membrana celular que protege e delimita o ser de toda interferência externa negativa, permitindo que entre no campo apenas o que nos traz bem-estar. A cerca permite criar uma delimitação entre o que “pertence ao meu campo, com minhas crenças, meus desejos, meus sonhos e minhas dificuldades e onde começam as do outro” (ROBLES, 2015, 1. 165).

Segundo a autora o grupo de crescimento funciona como um mundo intermediário onde o paciente pode mudar e viver as mudanças, protegidamente, antes de ter que experimentá-las no mundo exterior (ROBLES, 2015, 1. 318).

Outro trabalho significativamente relevante dentro dos grupos de crescimento é o que envolve o conceito de *feridas herdadas e adquiridas*. Robles sempre utiliza uma máxima em seus grupos ao introduzir esse conceito: “Todos nós fazemos feridas ao longo da vida, e todas as feridas *cicatrizam se a deixamos cicatrizar*”. (ROBLES, 2015, 1. 747 grifo nosso)

A partir desta máxima, podemos criar uma metáfora que contenha uma visualização inicial comum sobre feridas que podem ser utilizadas por todos do grupo. Esta visualização comum, que é gerada estrategicamente de forma vaga e indireta, é o que permitirá que cada participante utilize essa matriz para criar a sua própria visualização e assim oferecer sua própria tonalidade a partir de seus conteúdos pessoais.

 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD		 ARDOR/ARMEN -XX			
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
	Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>	8 / 29
			01	JAN/21	



Cada visualização singular, uma vez exposta a Sabedoria universal e a respiração permitem que o participante possa modificar sua experiência (ou não, nunca sendo uma imposição).

De qualquer modo, é imprescindível que – qualquer que seja o resultado – seja garantido que esta expressão é o melhor para o participante, assegurando sempre um estado de conforto após o processo. Quando é chegado o momento em repartir as experiências pessoais com todo o grupo, mais uma vez é possível revisitá-las e modificá-las agora através da sabedoria universal e da respiração ROBLES, 2015, l. 747).

Também é de suma importância que sejam trabalhadas ao longo dos encontros as crenças limitantes dos participantes. Para a autora, essas crenças se referem a todas as ideias que absorvemos como esponjas na infância, e que “ficam gravadas e nos fazem reacionar automaticamente, influenciando sobre nossas atitudes, valores e comportamentos” (ROBLES, 2015, l. 1380).

Robles (2015, l. 358) incentiva aos coordenadores de grupos de crescimento a adotar as seguintes recomendações:

- 1) Dar a devida atenção a conversa hipnótica proposta para a introdução de cada tema, imbuindo-a de seus próprios conteúdos anedóticos.
- 2) Evitar responsabilizar A pessoa pela mudança durante o exercício, propondo que coloque a solução nas mãos de sua respiração e de sua sabedoria universal, observando o que acontece
- 3) Evitar colocar ênfase nos problemas e sim traga o foco para as soluções
- 4) Encontre as aprendizagens dos maus momentos ao que já foram superados.
- 5) Naturalize as situações que apareceram situando-as no contexto em que se deram e num contexto social maior que permita entender que outra pessoa em essa situação poderia ter tido reação de maneira similar
- 6) Detecte as crenças limitantes que os participantes têm como postulados inquestionáveis

 <p style="text-align: center;"> MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD </p> 	ARDOR/ARMEN -XX			
	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	Assistencial	<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>	9 / 29
		01	JAN/21	



- 7) Utiliza a linguagem metafórica que for mais cômoda, rica e imaginativa e abra a porta ao estado amplificado de consciência,
- 8) Fale de você mesmo, traga conteúdos de sua própria história pessoal
- 9) Respeite o silêncio de quem não quer comentar. Recorde-se que este não é um grupo terapêutico, porém assegure-se de que todos se sintam bem
- 10) Passe o que passe ao longo do exercício, havendo imagens ou não, mudanças ou não, sugira que isto também está bem. O sinal de que o processo está indo por um bom caminho é uma sensação de bem estar ou a aparição de uma sensação agradável
- 11) Se alguém se sente mal em um exercício, pede ao resto do grupo que imagine o que sucede a essa pessoa, o resolva com sua respiração e entregue à Sabedoria Universal, comentando depois as soluções encontradas pelo grupo.
- 12) Converta tudo o que foi trabalhado em grupo em pequenos exercícios os quais os participantes podem repetir quando necessitem.

1.2.4) Metodologia Angel Vianna

Maria Ângela Abas Vianna – Angel Vianna – nascida em 1928, é uma bailarina, professora e coreógrafa brasileira que foi uma das pioneiras da dança contemporânea no Brasil. Aos 15 anos conheceu Klauss Vianna e mais tarde criaram o movimento de *dança-terapia e expressão corporal*.

Estimulada por esta parceria, Angel Vianna buscou nas artes cênicas, no estudo da filosofia e da anatomia, referenciais para desenvolver uma prática corporal autoral e inovadora a qual mais tarde nomeou de Conscientização pelo Movimento.

Segundo Resende (2008, p.10) seu objetivo era proporcionar aos alunos um ensino que levasse em consideração a singularidade e a complexidade anatômica e cinética de cada um.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN -XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>	10 / 29	
		01	JAN/21		

Desde a década de setenta, a técnica dos Vianna já assumia uma posição revolucionária frente às demais técnicas corporais e as metodologias de dança ortodoxas, contrapondo seu caráter uniformizante.



No entanto, em consonância com sua pesquisa empreendida, Angel teve contato com terapias corporais e técnicas de educação somática que trouxeram valiosas contribuições a sua metodologia, a citar as técnicas de Alexander, Feldenkrais e a Eutonia.

Tais técnicas, uma vez assimiladas enquanto experiência, virão compor o arcabouço da técnica de Angel no que diz respeito a formar “*um corpo que se permite entrar em contato com suas sensações e seu funcionamento para ampliar suas possibilidades de expressão e movimento.*” Em suma, um corpo que através do contato consigo seja passível de transformação (RESENDE, 2008, p. 59).

As escutas dos corpos associadas à pesquisa do movimento promovem a construção de um conhecimento calcado na experiência viva. À consciência corporal – obtida através das terapias corporais e da educação somática – se soma o lúdico e o expressivo proporcionado pelo movimento livre dançado, produzindo um feixe de infinitas possibilidades exploratórias.

O trabalho de Angel sempre partiu da experimentação. Seu trabalho de transformação pela consciência corporal é um processo, muito mais que uma técnica propriamente dita. E também um recurso para focar, ativar, aprimorar esse corpo que nós carregamos e que muitas vezes deixamos abandonado. [...]É um método de vivências únicas, atualizadas, que prioriza a constante renovação nos modos de agir, pensar, sentir, ou seja, um método que só existe se a dinâmica for viva. (TEIXEIRA, 2009, p. 41)

Neste princípio-método, busca-se um educar o corpo pelo movimento. Um educar despreendido do caráter ortopédico dos métodos vigentes. Um educar fluido, singular, que permita a apropriação de um autoconhecimento enquanto ser movente. Educar no sentido de empreender um conhecimento fundamentalmente experiencial a partir da pesquisa do movimento-livre, que promova uma expansão da concepção de si mesmo, e um afrouxamento das fronteiras impostas pelos limites sociais.

 <p style="text-align: center;"> MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD </p>	 <p style="text-align: center;"> INTO <small>INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA</small> </p>	ARDOR/ARMEN -XX		
		PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>
Assistencial	<i>N.º</i>		<i>MÊS/ANO</i>	11 / 29
	01	JAN/21		

Ainda em Teixeira (2008b) podemos evidenciar o que seria o tripé que serve de base a Metodologia Angel Vianna de conscientização pelo movimento:

- **O ter um corpo** (capacidade de incluir o corpo em sua concepção de si mesmo, de um modo não dissociado/contraposto/subjugado a uma entidade mente).
- **O sentir o corpo** (capacidade de se permitir afetar pelo corpo que se tem, sobrepujando-se ao anestesiamento perpétuo proposto pela sociedade do espetáculo em que vivemos).
- **O saber que se tem e sente um corpo** (que é a consciência de um estar presente no próprio corpo, sendo movido pelas forças intensivas que o permeiam, e o fazem sentir-se vivo e em consonância com sua própria essência, que é mutável)

Teixeira (2009, p.47) em seu artigo ainda ressalta três itens fundamentais que compõem a metodologia Angel Vianna:

- **Observação, visualização e interação do eu consigo, com o outro e com o ambiente** (marcado pelo despertar do conhecimento anatômico e cinestésico);
- **O reconhecimento e a aceitação de si buscando o prazer pelo movimento e sua renovação no dia a dia;**
- **A consciência da estrutura esquelética, das dobras (articulações) e do invólucro (pele) para a exploração do mundo interno** (sensibilização para a projeção com o mundo exterior).

Dentro desses três itens se investe na percepção detalhada do corpo:

No desbloqueio das tensões (também pelo toque).

A descoberta das articulações (dobradiças do corpo).



No afinamento da propriocepção (é a noção que o sujeito tem do seu corpo no espaço).

No contato na observação (o eu, o outro, o ambiente).

Sem esforço / com leveza.

Na tridimensionalidade corporal.

Na improvisação/corporal.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN -XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>	12 / 29	
		01	JAN/21		

Descoberta de um saber próprio do corpo.
 Apurar os sentidos.
 Os apoios.
 Ritmo e movimento próprio.
 Conscientização corporal (descoberta do saber próprio, intransferível do corpo). (TEIXEIRA, 2009 p, 48).

Quanto à compreensão metodológica do trabalho de Angel, Resende (2008) apresenta importantes contribuições ao subdividir o esqueleto da metodologia em três processos que ocorrem num *continuum*⁷:



1º Sensibilização – que consiste no processo de conscientização em si no que se refere ao despertar do corpo. Neste processo há uma quebra dos padrões sensório-motores com uma consequente disponibilização do corpo para sua abertura.

Miller (2007) indica sete aspectos corporais trabalhados nesta fase de maneira inter-relacionada: *presença; articulações; peso; apoios; resistência; oposições; eixo global*. “Entrar em contato com o corpo pela sensibilização é (re)conhecê-lo na sua existência; passamos por um exercício gradual de sair de uma ausência para uma presença corporal”(RESENDE, 2008, p.149).

Os movimentos da consciência impregnam o corpo inteiro com sua própria energia, concentrando-se e agudizando os seus próprios processos: a consciência torna-se consciência do corpo.

2º Expressão – processo no qual se exercita a ampliação e o aprofundamento dos modos de investimento de energia no movimento. Ressalta-se o trabalho através dos vetores de força que visa uma maior organização do corpo na expressão do movimento.

⁷ A subdivisão aqui apresentada refere-se apenas a uma maior facilidade de compreensão didática. Tais processos ocorrem num contínuo do tempo, não sendo fragmentados ou dissociados um do outro de modo estanque.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD				ARDOR/ARMEN -XX
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>	13 / 29	
		01	JAN/21		

Miller (2007) enumera oito vetores de força distribuídos ao longo do corpo: *metatarsos; calcâneos; púbis; sacro; escápulas; cotovelos; metacarpos e sétima vértebra cervical.*

“A consciência torna-se corpo de consciência, transmitindo os seus movimentos uns aos outros com a fluidez dos movimentos corporais” (RESENDE, 2008, p.114).

3º Criação – que consiste no processo pedagógico-terapêutico onde as aquisições obtidas nos dois processos anteriores são conjugadas em prol do uso criativo do corpo.



O corpo vai gradativa e continuamente tornando-se mais disponível para as atividades diárias, num processo que amplia a sensopercepção – com o refinamento das sensações interoceptivas, proprioceptivas e exteroceptivas –, o sentido cinestésico e os cinco sentidos integrados entre si, numa sinestesia das sensações, que nos permite criar novas possibilidades de relação com o nosso corpo, com o outro e com o mundo que nos cerca (RESENDE, 2008 p. 155).

Todo este processo amplifica e intensifica tanto os movimentos da consciência quanto os movimentos do corpo.

A Conscientização do Movimento pode promover uma impregnação recíproca do corpo e dos movimentos pela consciência. Passamos a funcionar numa outra escala perceptiva: a das micro percepções. Nesse modo somos capazes de apreender o infinitamente pequeno e o infinitamente grande.

Ao focarmos o movimento em seu percurso no espaço e no tempo, somos capazes de perceber o que há entre o início e o término do movimento, sem a preocupação em finalizá-los. “É uma indicação para podermos manter continuamente o movimento em uma rota livre e interior”. (TEIXEIRA, 2008a, p.46-47)

Teixeira (2008a, p. 49) ressalta em sua tese três tópicos retirados de um pensamento de Angel para o Jornal O Globo:

 <p style="text-align: center;"> MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD </p> 	ARDOR/ARMEN -XX			
	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>		<i>FOLHA</i>
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	Assistencial	<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>	14 / 29
		01	JAN/21	

- Nós não ensinamos um corpo a se movimentar;
- Nós já nascemos sabendo;
- O que fazemos é orientar a pessoa para que ela relembre o que está guardado dentro de si.

O fundamental na prática corporal de Angel é a crença no potencial humano como condição de desenvolvimento; buscando incorporar à vida, ao dia a dia, o trabalhado em aula. (TEIXEIRA, 2009, p, 41)

2) Objetivo

Este protocolo tem por objetivo fornecer a profissionais de saúde, que atuam com práticas integrativas, um aporte teórico e metodológico para coordenar grupos psicoeducativos cujo enfoque seja o manejo da dor.



Ao longo do texto encontra-se o referencial teórico introdutório das técnicas utilizadas, seguido de um passo a passo para desenvolver cada sessão.

3) Público alvo

O público alvo deste protocolo são os profissionais de saúde que realizam atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde, vinculados às equipes de clínica da dor em unidades hospitalares de referência.

4) População alvo

A população alvo corresponde aos pacientes que apresentam sintomas dolorosos permanentes e que não apresentaram respostas significativas ao tratamento padrão (medicação, fisioterapia, etc.)

 <p style="text-align: center;"> MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD </p>	 <p style="text-align: center;"> INFO <small>INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA</small> </p>	ARDOR/ARMEN -XX		
		PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>
Assistencial	<i>N.º</i>		<i>MÊS/ANO</i>	15 / 29
	01	JAN/21		

5) Epidemiologia da dor

De acordo com a nova definição atualizada em 2020 pela Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP), a dor é considerada uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”.

A categorização mais elementar é a que diferencia dor aguda e dor crônica.

A dor aguda é uma dor repentina e intensa que geralmente está associada a um trauma, acidente ou em decorrência de alguns procedimentos cirúrgicos. Pode representar um alerta sendo decorrente de um mal súbito.

Ainda segundo a IASP (2010) as condições mais comuns que podem gerar dor aguda são: acidentes/traumatismos, queimaduras, mucosite oral em radioterapia e quimioterapia, parto, dor de cabeça, cólica menstrual e dor de dente.



Um dos principais desafios a serem enfrentados por portadores de dor aguda é o subtratamento. 50% dos pacientes com dor pós-operatória sofrem desnecessariamente, enquanto entre 10% e 50% desses evoluem para dor crônica (SIQUEIRA, 2014).

A dor crônica é caracterizada como uma dor que persiste por um intervalo mínimo de três meses, e não responde efetivamente aos tratamentos-padrão.

Em um relatório de 2003, a OMS elencou as dez doenças que mais matam no mundo, e um fator em comum entre elas, é a presença da dor como sintoma muitas vezes incapacitante e de amplo impacto na qualidade de vida da população.

Holmes (2016) estipula que quase 100 milhões de norte-americanos sejam afetados por dor crônica anualmente. Os gastos com tratamento superam todas as outras patologias, sendo aproximadamente o dobro do que é gasto com cardiopatias, que são o segundo maior custo do sistema de saúde nos EUA.

Entre os tipos mais recorrentes de dor crônica destacam-se: a osteoartrite – dentro da categoria de dores articulares – as lombalgias, as dores provenientes de doenças degenerativas

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN -XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>		17 / 29
		01	JAN/21		



e as dores miofasciais – no grupo de dores musculoesqueléticas – e as neuropatias diabéticas dolorosas, neuropatias de fibras finas, neuropatias hansênicas e neuralgias pós-herpéticas – no grupo das dores neuropáticas (SIQUEIRA, 2014).

Complicações da mobilidade, distúrbios de sono, redução do apetite, depressão do sistema imune, dependência de medicação, isolamento social, afecções psiquiátricas como depressão, ansiedade, pânico e suicídio, além da sobrecarga do sistema de saúde, são consequências do processo de cronificação da dor (SIQUEIRA, 2014).

Em uma edição especial do *The Lancet* em 2020, o Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (IHME) publicou um estudo multicêntrico sobre a carga Global de Doenças, Lesões e Fatores de risco (GBD) referente ao ano de 2019 identificando a incidência, prevalência e mortalidade de 359 doenças e lesões, em 23 grupos de idade, em ambos os gêneros, compilando dados de 204 países e territórios, abrangendo todos os países da OMS.

Nesse estudo foram identificadas as dez causas principais de incapacidade por faixa etária, sendo que cinco delas aparecem em comum entre as faixas de 10 a 49 anos: lesões nas estradas (1º), HIV/AIDS (2º), lombalgia (4º), transtornos de dor de cabeça (5º) e depressão (6º). Observa-se que a dor aparece duas vezes no ranking de causas de incapacidade na população, considerando como um fenômeno isolado. Contudo, é possível entrever o impacto que os sintomas dolorosos podem ter uma vez associados secundariamente às outras causas de incapacidade.

Até o momento, não existem estudos epidemiológicos em dor que retratem a realidade brasileira como um todo. O que há disponível são estudos que retratam a realidade de amostras localizadas em algumas cidades no Brasil. Sá et al (2008) em um estudo transversal com 2297 pacientes em Salvador (BA) relata uma prevalência de 41,4% de dor crônica, em que as mulheres foram as mais afetadas. Moraes Vieira et al (2012) em outro estudo transversal com 1597 pacientes em São Luís (MA) apontam para prevalência de 42% de dor crônica, dos quais 10% estão associados com características neuropáticas. Meucci (2013) traz a comparação entre dois estudos transversais em Pelotas (RS) com um total de

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN -XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>		18 / 29
		01	JAN/21		



3182 pacientes na primeira fase e 2732 pacientes na segunda fase. Estudou-se a prevalência de lombalgia na população local que subiu de 4,2% em 2002 para 9,6% em 2010.

Um estudo de Souza et al – publicado em 2017 pela SBED – reuniu dados coletados através de entrevistas realizadas com voluntários das cinco regiões do Brasil, sendo um estudo pioneiro na tentativa de estabelecer uma epidemiologia nacional da dor, dada a complexidade territorial e cultural do país. 723 participantes responderam à pesquisa, com uma média de idade de 41 anos e uma prevalência de 39% de dor crônica, uma taxa superior à média mundial. Os achados dos estudos realizados no Brasil corroboram dados internacionais como os do GBD, em que há uma maior incidência de dor crônica no gênero feminino (56%), com a lombalgia e a dor de cabeça como as maiores causas de incapacidade. A prevalência de dor crônica foi maior na Região Sul e Sudeste com 43% e 40% respectivamente. Ainda segundo Souza et al (2017) as principais especialidades aos quais os participantes recorriam para tratamento da dor eram: ortopedia (25%), clínica da dor (14%), reumatologia (12%), neurologia (10%) e outras especialidades (9%).

Carvalho et al (2018) obteve resultados semelhantes com um achado significativo: o uso indiscriminado de analgésicos anti-inflamatórios decorrentes da automedicação e do fácil acesso a essas drogas no mercado brasileiro, podendo gerar comprometimentos gástricos e aumentar os riscos cardiovasculares. Mais campanhas devem ser elaboradas no sentido de alertar a população para os riscos da automedicação e incentivar a busca por profissionais de saúde para o tratamento e manejo da dor.

6) Quando utilizar esse recurso?

Este protocolo pode ser utilizado em atendimentos ambulatoriais para pacientes que apresentem quadros dolorosos persistentes após intervenções cirúrgicas ou como consequência de síndromes que acometam o sistema musculoesquelético. É indicado após o paciente ser submetido ao tratamento padrão (cirúrgico, medicamentoso ou fisioterápico) sem obter uma resposta positiva no manejo da dor.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN -XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>		19 / 29
		01	JAN/21		

7) Quem pode ser incluído?

Pacientes com mais de 18 anos; portadores de quadros dolorosos persistentes, que já tenham sido submetidos ao tratamento padrão sem sucesso; que estejam inseridos em algum programa de manejo de dor; que tenham indicação clínica para receber a abordagem em grupos (não apresentar comorbidades psiquiátricas graves ou déficits cognitivos de amplo aspecto, tendo disponibilidade para frequentar os encontros semanais).

8) Entrevista inicial

A entrevista inicial é uma ferramenta valiosa no estabelecimento do vínculo inicial entre o coordenador e o participante do grupo. Nela é apresentado o programa, identificadas as demandas e expectativas do paciente, analisados os critérios para inclusão e exclusão do participante no grupo, desmistificar práticas integrativas e recolher a assinatura dos Termos de Consentimento livre e esclarecido (TCLE) em caso o coordenador optar por tornar a experiência do grupo em uma pesquisa. O modelo de entrevista assim como de TCLE estão disponibilizados consecutivamente nos apêndices 2 e 3.



Nos apêndices encontra-se um modelo de entrevista inicial elaborado pelos autores do protocolo.

9) Contrato de convivência

O contrato de convivência é um instrumento construído coletivamente representando a colaboração efetiva entre coordenadores e integrantes de um grupo na delimitação de regras de convívio a serem seguidas por todos os membros, levando em consideração as necessidades subjetivas de cada integrante assim como a meta coletiva a ser alcançada (ICE, 2009).

Neste contrato são trabalhados os cinco pilares da aprendizagem cooperativa: Interdependência Positiva, Interação Social, Responsabilidade individual, Processamento de Grupo e Processamento de Habilidades (GONÇALVES et al, 2016).

Ao elaborar o contrato este deve ser simples, com um número reduzido de combinados e passível de ser cumprido (LUIS; GASPARIN, 2017).



 <p style="text-align: center;"> MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD </p> 	ARDOR/ARMEN -XX						
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i> Assistencial	<i>REVISÃO</i> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><i>N.º</i></td> <td style="text-align: center;"><i>MÊS/ANO</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: center;">JAN/21</td> </tr> </table>	<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>	01	JAN/21
<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>						
01	JAN/21						

Uma alternativa interessante para a construção do contrato de convivência é o método nuvens de palavras (também conhecida como nuvem de tags ou texto), sendo uma representação visual da frequência e do valor das palavras. Ela é construída de forma interativa através da compilação de várias palavras trazidas pelos participantes. Uma ferramenta digital analisa a frequência e simboliza o valor das palavras visualmente, conferindo cor e tamanhos diferenciados de acordo com essas medidas. Nos apêndices encontra-se um exemplo de nuvem de palavras criada a partir do conceito de convívio.

10) Como medir a dor, a qualidade de vida e a catastrofização

Os seguintes instrumentos foram indicados a partir dos resultados obtidos no levantamento de estado da arte e na experiência do Projeto ARDOR, devendo ser aplicados no primeiro e último encontro. Os modelos estão disponíveis consecutivamente nos anexos II, III e IV.



- ➔ Inventário Breve de Dor forma reduzida (Brief Pain Inventory - BPI): instrumento multidimensional, que faz uso de uma escala de 0-10 para graduar os seguintes itens: intensidade, interferência da dor na habilidade para caminhar, atividades diárias do paciente, no trabalho, atividades sociais, humor e sono. A dor avaliada pelo paciente é aquela presenciada no momento do questionário além da mais intensa, a menos intensa e a média da dor das últimas 24 horas, podendo ser adaptado para a última semana (MARTINEZ, GRASSI E MARQUES, 2011).

 <p style="text-align: center;"> MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD </p>	 <p style="text-align: center;"> INTO <small>INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA</small> </p>	ARDOR/ARMEN -XX		
		PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>
Assistencial	<i>N.º</i>		<i>MÊS/ANO</i>	21 / 29
		01	JAN/21	

- Short Form Health Survey 36 (SF-36): ferramenta de significativa relevância para avaliação da qualidade de vida, e a abrangência do seu uso em inquéritos populacionais e em estudos avaliativos de políticas públicas e do status de saúde de pacientes pode ser verificada pelo quantitativo de referências disponíveis nas bases de dados bibliográficas e o número crescente de estudos de validação em diferentes países e contextos culturais. O propósito desse instrumento é detectar diferenças clínicas e socialmente relevantes no status de saúde tanto da população geral quanto de pessoas acometidas por alguma enfermidade, assim como as mudanças na saúde ao longo do tempo, por meio de um número reduzido de dimensões estatisticamente eficientes (LAGUARDIA et al, 2013) .
- Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor (EPCD): escala desenvolvida para avaliar o grau de catastrofização sobre dor. O instrumento é composto por nove itens, escalonados em uma escala Likert que varia de 0 (quase nunca) a 5 pontos (quase sempre). O questionário é autoaplicável e o tempo aproximado para resposta do questionário é de quatro minutos. O escore total é a soma dos itens, dividida pelo número de itens respondidos, com escore variando de 0 a 5. Quanto maior o escore, maior indicativo de pensamentos catastróficos (SARDÁ JUNIOR et al, 2008).

11) Estrutura física necessária

- sala que comporte 12 pessoas sentadas com espaçamento
- retroprojeter e laptop/computador
- materiais de escritório: etiquetas, papel sufti, cartolina, canetas coloridas, massinha ou argila
- Mapa da dor desenvolvido por Rodrigo Rizzo disponível para aquisição no site www.mapadador.com.br

 <p style="text-align: center;"> MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD </p>	 <p style="text-align: center;"> ARDOR/ARMEN -XX </p>			
			<i>PROCESSO</i>	<i>REVISÃO</i>
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	Assistencial	<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>	22 / 29
		01	JAN/21	

12) Plano de atividades por encontro

Dinâmica das sessões

- **Apresentação**

Esta etapa constitui-se de dinâmicas livres que possibilitem a integração entre os participantes do grupo e dos coordenadores como um sistema em que não há posições hierárquicas, mas cada um exerce um papel que pode ser intercambiável.

- **Psicoeducação**



Momento em que são incluídos conteúdos de caráter educativo, porém com compreensão dos fenômenos grupais e papéis exercidos dentro do grupo como um sistema complexo. Utilizam-se metodologias ativas para que haja uma construção coletiva do conhecimento e não apenas uma transmissão unilateral.

- **Prática integrativa (indução hipnótica, visualização guiada ou práticas corporais de Conscientização pelo Movimento)**

Etapa em que uma técnica é apresentada ao grupo de modo que eles possam aprender a praticar e a se auto aplicar. A hipnose foi escolhida por ser a formação inicial e de preferência do condutor da pesquisa. Porém neste contexto outras práticas integrativas podem ser utilizadas enquanto ferramentas de manejo da dor como a reestruturação cognitiva, meditação, mindfulness, visualização guiada etc. Em algumas instituições públicas já estão sendo oferecidos espaços de cuidado onde tanto profissionais quanto pacientes são iniciados em técnicas de Reik e imposição de mãos. A formação oferecida é completa de modo que o iniciado não apenas aprenda a se auto aplicar, mas possa aprender a aplicar em outras pessoas e posteriormente também iniciá-las como novos adeptos da técnica.

- **Fechamento**

Momento em que há uma síntese do que foi experienciado e seu intuito, sendo aberto um espaço de fala aos participantes para que elaborem suas vivências.

 <p style="text-align: center;"> MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD </p>		 <p style="text-align: center;"> ARDOR/ARMEN -XX </p>				
				<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR		Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>	23 / 29
				01	JAN/21	

Encontros

1º encontro

1) Apresentação do programa → Apresentação informal sobre o objetivo do grupo, as principais regras de participação, receios e expectativas dos participantes.



Descrição:

Dinâmica de apresentação dos participantes: Duplas são formadas aleatoriamente. Os participantes são convidados a falar resumidamente suas principais características para sua dupla, havendo espaço para perguntas entre si. Dois minutos são dados para cada participante tentar descobrir o máximo de sua dupla. Encerrado o tempo ficará a cargo de cada participante apresentar a sua dupla para os demais.

2) Aplicação de questionários

3) Elaboração do Contrato de Convivência

Descrição: Dinâmica da Nuvem de palavras – todos os participantes são convidados a sugerir diversas palavras que descrevam sua opinião pessoal sobre o que consideram essencial para um bom convívio. Todas as palavras serão anotadas em uma cartolina ou quadro. Ao final todas as palavras serão alimentadas em um software gerador de nuvens de palavras que estão disponíveis em sites de acesso gratuito como o Wordart (www.wordart.com), o WordCloudas (www.wordclouds.com) e o Word Cloud Generator (ligado diretamente a plataforma do Google docs).

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN -XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>	24 / 29	
		01	JAN/21		

4) **Psicoeducação** → A partir da dinâmica de apresentação estimular a reflexão sobre a importância do trabalho em grupo. Discutir sobre os fenômenos grupais utilizando o que cada participante compreende como grupo.

5) **Prática integrativa** → Visualização guiada em grupo para relaxamento e abertura para novas experiências.



Descrição: Visualizar a si mesmo em uma posição relaxada em um lugar que transmita paz e acolhimento. Imaginar cada pessoa do grupo pedindo permissão para entrar em seu lugar de repouso. Deixar a cargo do participante oferecer ou recusar a permissão salientando que não há certo ou errado. Imaginar que cada participante traz consigo um objeto que representa uma nova oportunidade de experimentar e aprender. Você pode permitir que os outros participantes entrem e entreguem a você esse presente ou pode observá-los de longe, aguardando o momento mais propício para recebê-los

6) **Fechamento** → Cada participante é convidado a resumir em uma frase o que guardou como sensação ou aprendizado sobre o que vivenciou nesse encontro.

2º encontro

1) **Apresentação** → momento reflexivo para que cada participante relate sua experiência ao longo da semana

2) **Psicoeducação** → Trabalhar o conceito de dor: conceitos sobre os diferentes tipos e mecanismos de dor serão trabalhados com os participantes. Recolhendo adjetivos dados por eles mesmos vamos criando um diagrama em que utilizamos as características elencadas para formar subgrupos categóricos até chegar ao que se assemelha às qualidades de dor a serem introduzidas.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN -XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
		Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>
			01	JAN/21	

3) Introdução do Mapa da dor → Técnica criada por Rodrigo Rizzo, mestre em fisioterapia pela UINICID e colaborador por 5 anos do grupo de Dor da FMUSP. Trata-se de um mapa geográfico em que várias ilhas são colocadas como percurso em alusão aos estágios de enfrentamento da dor em que o paciente possa se identificar. Tal material é disponibilizado pelo próprio autor no site <http://www.mapadador.com.br/> sendo autorizada sua utilização por profissionais de saúde em seus respectivos campos de atuação profissional no momento da compra. No anexo V está disponibilizada a ilustração demonstrativa do próprio site.

4) Apresentação do diário da dor → técnica em que o participante é estimulado a criar um diário em que registra suas próprias impressões sobre seus eventos dolorosos em termos de intensidade, duração e qualidade.

5) Prática integrativa → Visualização de como está sua dor hoje.



Descrição: Visualizar a si mesmo em uma posição relaxada em um lugar que transmita paz e acolhimento. Imaginar-se utilizando um óculos especial que possibilite enxergar como se apresenta a sua própria dor hoje como um observador que não é afetado pela experiência. Estimular os participantes a absorver o máximo de detalhes possíveis, protegidamente. Solicitar que os participantes visualizem sua dor esmaecendo até desaparecer. Pedir que retirem os óculos e retornem ao aqui e agora, tranquilamente.

6) Fechamento → Cada participante é convidado a dar cores e formas para sua dor conforme o observado durante a dinâmica de visualização.

3º Encontro

1) Apresentação → momento reflexivo para que cada participante relate sua experiência ao longo da semana agora utilizando cores e formas além das categorias aprendidas sobre dor.

2) Psicoeducação → Conceito de *Hipnose, Parte sábia, Cerca e Lugar seguro*: conceitos chaves para a auto aplicação da técnica de hipnose. Construídos em conjunto com os participantes por meio de um quiz interativo em que são trabalhados mitos e expectativas.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD				ARDOR/ARMEN -XX
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>	26 / 29	
		01	JAN/21		

3) Prática integrativa → Dinâmica coletiva de indução conduzida pelos coordenadores com foco nos conceitos abordados. Teresa Robles traz exemplos de induções detalhadas sobre essas temáticas em seu Manual do Grupo de Crescimento (2015).



4) Fechamento → Participantes são convidados a descrever seus lugares seguros.

4º encontro

1) Apresentação → momento reflexivo para que cada participante relate sua experiência com a auto hipnose na última semana.

2) Psicoeducação → trabalhar os conceitos de *estigmas do eu sou* e *catastrofização* através da dinâmica de como eu me vejo versus como você me vê. Cada participante recebe uma cartela de etiquetas e precisa colar uma em sua frente com uma característica que se refira à forma como se vê, enquanto deve colar nas costas de cada outro participante uma etiqueta que remeta a como ele vê o outro. No final, um voluntário irá ler e entregar para cada participante as etiquetas que estão em suas costas. Logo serão introduzidos os conceitos de estigma e catastrofização a partir das observações dos participantes.

3) Prática integrativa → técnica combinada de indução hipnótica e visualização guiada com foco em enxergar a si mesmo e o mundo no aqui e agora. Utilizar a metáfora dos dois vasos em forma de visualização guiada (disponível no anexo VI). Apresentar em seguida a indução padrão de parte sábia, lugar seguro e cerca. Utilizar a gradação para aprofundar o transe, visualizando do ponto de vista mais genérico (visualizando primeiro o planeta, depois o país, a cidade, sua casa) até o ponto de vista mais subjetivo (visualizar a si mesmo, seu corpo, pele, órgãos e finalmente os ossos). Através da respiração aceitar e então modificar o que vê. Em seguida ampliar essa nova visualização, agora no caminho reverso, do ponto de vista mais subjetivo (ossos) até chegar ao mais genérico (planeta). Realizar então indução pós-hipnótica para que esta nova realidade seja apreendida protegidamente pela parte sábia ao longo da semana.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN -XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
Assistencial		N.º	MÊS/ANO	01	JAN/21

4) Fechamento → cada participante será convidado a expressar uma palavra em agradecimento à vivência experimentada (trabalhando o conceito de que toda experiência – positiva ou negativa – é importante na formação de quem somos).



5º encontro

1) Apresentação → momento reflexivo para que cada participante relate sua experiência quanto o que experimentou como mudança no modo como vê a si mesmo e ao mundo na última semana.

2) Psicoeducação → busca-se trabalhar o conceito de *corpo e suas limitações*: revisitar o conceito do que é corpo enquanto imagem de si, e limitações como algo que são construídas mentalmente e muitas vezes não correspondem à realidade física. Utiliza-se para tanto uma técnica corporal em que se realiza em um primeiro momento um movimento simples de forma física. Em um segundo momento, retoma-se o mesmo movimento só que agora apenas mentalmente – colocando intencionalmente um aumento de amplitude e facilidade na execução do movimento em forma imaginativa. Finalmente busca-se novamente executar o movimento proposto inicialmente e analisa-se se há diferença na execução.

Em um segundo momento, propõe-se utilizar a técnica de sensibilização de Angel Vianna, que consiste em realizar movimentos de escovação por todo corpo, assim como leves batidas ao longo da pele e das articulações, estimular o auto toque, observar a temperatura e o tônus dos músculos, e por fim, experimentar transferência de peso de um pé para outro, buscando “despertar” o corpo e trazer uma consciência maior de si mesmo.

3) Prática integrativa → indução coletiva para trabalhar submodalidades categóricas que estão associadas aos diferentes sentidos na percepção da dor. Submodalidades são propriedades estratificadas usadas para descrever os cinco sentidos. Um exemplo seria conferir cor, temperatura, ou densidade para um determinado cheiro. O mesmo é realizado nesta indução ao solicitar que os participantes identifiquem – através do uso de submodalidades – as principais características de sua dor e de seu corpo.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN -XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
		Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>
			01	JAN/21	

4) Fechamento → cada participante é convidado a descrever como seria um retrato de si mesmo usando as submodalidades.

6º encontro

1) Apresentação → momento reflexivo para que cada participante relate sua experiência ao longo da semana utilizando submodalidades.

2) Psicoeducação → trabalhar a diferença entre feridas/cicatrices físicas versus emocionais através do uso do diagrama de características.



3) Prática integrativa → metáfora de indução da árvore para trabalhar feridas e cicatrizes emocionais. Forma adaptada da indução original denominada “feridas próprias e herdadas” que compõe os grupos de crescimento de Tereza Robles descrita passo a passo em seu manual de grupo de crescimento (2015). Consiste em imaginar-se como uma árvore que possui marcas (cicatrices) adquiridas ao longo do tempo e que estão em diferentes níveis de cicatrização.

4) Fechamento → Cada participante é convidado a descrever como ficou a sua árvore ao final.

7º encontro

1) Apresentação → momento reflexivo para que cada participante relate sobre as mudanças que percebeu em si mesmo e como isso repercutiu no convívio com a família e com a comunidade.

2) Psicoeducação → trabalhar a influência da relação com a família e com o ambiente no modo como atuamos entre os demais. Utilizar material maleável para criar como argila, massa de modelar, jornal etc. Cada participante irá projetar em sua obra o modo como se vê sozinho. Então entregará sua criação para que outro participante modifique. No final irá receber seu produto modificado por todos. Neste momento será introduzida a reflexão do quanto somos modificados pelo contato do outro e como modificamos o outro.

	MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD			ARDOR/ARMEN -XX	
	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOEDUCATIVO EM GRUPO EM MANEJO DA DOR	<i>PROCESSO</i>		<i>REVISÃO</i>	
Assistencial		<i>N.º</i>	<i>MÊS/ANO</i>	28/ 29	
		01	JAN/21		

Uma última orientação será oferecida. Para que cada participante abra o seu produto e olhe o interior. Para que possa perceber que apesar das mudanças sua essência permanece.

3) Prática integrativa → Forma adaptada da indução original denominada “minha dificuldade em minha relação com os demais” também retirada do manual de grupos de crescimento de Tereza Robles (2015).

4) Finalização → Resumir em uma palavra o que experimentou ao se reencontrar consigo mesmo após conhecer tantas pessoas novas no grupo.

8º encontro

1) Apresentação → momento reflexivo para que cada participante relate sua experiência ao longo do projeto.

2) Psicoeducação/Prática integrativa → trabalhar a auto permissão para melhorar e encontrar o lugar de bem estar através do uso de metáforas, induções e técnicas de autoafirmação e permissão através de invocação de afirmações positivas.

3) Finalização → permitir-se um minuto de silêncio.

9º encontro (Encerramento)

1) Apresentação → Eu sou... (dizer seu nome auto e claro olhando para um espelho). Entregar o espelho a outro participante.

2) Aplicação de testes.

3) Prática integrativa → Proposta é de confraternização. Cada participante deve trazer algo feito por ele mesmo. Seja um prato de comida, um verso, uma música, um depoimento, um desenho etc. Algo que simplesmente o afirme em um lugar ativo de quem cria e produz.

4) Fechamento → confraternização

GLOSSÁRIO DO PROTOCOLO

Angel Vianna: Maria Ângela Abas Vianna – Angel Vianna – nascida em 1928, é uma bailarina, professora e coreógrafa brasileira que foi uma das pioneiras da dança contemporânea no Brasil. Aos 15 anos conheceu Klauss Vianna e mais tarde criaram o movimento de *dança-terapia e expressão corporal*.

ARDOR: Área de controle da dor.

Catastrofização: é uma distorção da realidade em que a pessoa é pessimista e negativa em relação a uma situação que aconteceu ou que vai acontecer, sem ter em consideração outros possíveis desfechos.

Cerca: conceito elaborado por Teresa Robles que implica uma representação metafórica de uma rede de proteção em volta de si mesmo, como uma membrana celular que protege e delimita o ser de toda interferência externa negativa, permitindo que entre apenas o que nos traz bem-estar.

Contrato de convivência: O contrato de convivência é um instrumento construído coletivamente representando a colaboração efetiva entre coordenadores e integrantes de um grupo na delimitação de regras de convívio a serem seguidas por todos os membros, levando em consideração as necessidades subjetivas de cada integrante assim como a meta coletiva a ser alcançada.

Dor: Experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial. Sendo considerada *aguda* – quando acontece de forma disruptiva, intensa e por período inferior a três meses – e *crônica* – quando persiste por mais de três meses sem responder aos tratamentos padrão.

Estado da arte: é uma referência ao estado atual de conhecimento sobre um determinado tópico que está sendo objeto de análise ou estudo. De forma geral, o estado da arte representa o nível mais alto de evidência de um processo de desenvolvimento, seja de um aparelho, de uma técnica ou de uma área científica, alcançado até um determinado momento.

Grupos de Crescimento: metodologia criada por Tereza Robles que implica na formação de grupos que utilizam a hipnose ericksoniana e a visualização guiada e trabalham temáticas como: uso da respiração, parte sábia e crescimento saudável, trabalhando com limites (técnica da “cerca”), dificuldades nas relações interpessoais, “feridas” abertas e herdadas, medo de estar completamente bem, e responsabilidade com o próprio bem-estar.

Hipnose: estado alterado de consciência ampliada, em que o sujeito permanece desperto todo o tempo, experimentando sensações, sentimentos, imagens, regressões, anestesia, analgesia e outros fenômenos hipnóticos.

Imposição de mãos: Prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano, auxiliando no processo saúde-doença.

Intensidade da dor: estimativa quantitativa do nível de dor realizada através de uma escala numérica gradativa crescente, geralmente de 0 a 10 pontos.

Interferência da dor: É a medida do quanto uma determinada dor interfere nas atividades cotidianas de uma pessoa.

INTO: Instituto Nacional de Trumatologia e Ortopedia Jamil Hadad filiado ao Ministério da Saúde.

Lugar seguro: conceito de Teresa Robles que implica na criação de um espaço imagético para onde o cliente pode se transportar e realizar, protegidamente, o processo desencadeado pela indução.

Meditação: Prática mental individual milenar, descrita por diferentes culturas tradicionais, que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior. A meditação amplia a capacidade de observação, atenção, concentração e a regulação do corpo-mente-emoções; desenvolve habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos que emergem à consciência; facilita o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação; e aprimora as interrelações – pessoal, social, ambiental – incorporando a promoção da saúde à sua eficiência.

Milton Erickson: Milton Hyland Erickson foi um psiquiatra estadunidense especialista em terapia familiar sistêmica e uma das autoridades mundiais nas técnicas de hipnose aplicadas à psicoterapia. Foi fundador e presidente da Sociedade Americana de Hipnose Clínica, membro da Associação Americana de Psiquiatria, Associação Americana de Psicologia e da Associação Americana de Psicopatologia.

Mindfulness: Técnica meditativa criada por Jon Kabat-Zinn que é referida como um conjunto de técnicas práticas, possíveis e cientificamente comprovadas cuja proposta é ajudar o praticante a focar no momento presente, sem permitir a interferência do passado ou do futuro, tornando a mente mais desperta e saudável.

PICs: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Plasticidade neuronal: é a capacidade do cérebro em desenvolver novas conexões sinápticas entre os neurônios a partir da experiência e do comportamento do indivíduo. A partir de determinados estímulos, mudanças na organização e na localização dos processos de informação podem ocorrer. Através da plasticidade, novos comportamentos são aprendidos e o desenvolvimento humano torna-se um ato contínuo. Esse fenômeno parte do princípio de que o cérebro não é imutável, uma vez que a plasticidade neural permite que uma determinada função do Sistema Nervoso Central (SNC) possa ser desenvolvida em outro local do cérebro como resultado da aprendizagem e do treinamento.

PNPICs: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde implementada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Psicoeducação: é uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre seu tratamento. Assim, é possível desenvolver um trabalho de prevenção e de conscientização em saúde.

Qualidade da dor: O que caracteriza diferentes tipos de dor, como persistência, forma em que se apresenta (pontada, queimação, fígada) etc.

Qualidade de vida: é a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Reestruturação cognitiva: é um processo psicoterapêutico de aprender a identificar e contestar pensamentos irracionais ou não-adaptativos conhecidos como distorções cognitivas, tais como clivagem, pensamento mágico, filtragem, excesso de generalização, magnificação e raciocínio emocional, que são comumente associados com muitos distúrbios de saúde mental.

Reiki: Prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental. Busca fortalecer os locais onde se encontram bloqueios – “nós energéticos” – eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, e restabelecendo o fluxo de energia vital – Qi. A prática do Reiki responde perfeitamente aos novos paradigmas de atenção em saúde, que incluem dimensões da consciência, do corpo e das emoções.

Sabedoria Universal: outro conceito criado por Teresa Robles que se refere a todo o conteúdo do Universo que está presente no interior de cada pessoa e em cada parte do Universo simultaneamente.

Tecnologia em saúde: aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida.

Teresa Robles: Teresa Robles Uribe é uma psicoterapeuta e hipnoterapeuta mexicana, fundadora e diretora-presidente do Centro Ericksoniano de México e criadora da metodologia dos grupos de crescimento.

Visualização guiada: é uma prática que aparece no roll da PNPICs como uma submodalidade ou prática associada ao relaxamento ou meditação que implica no ato de transformar em imagens mentais conceitos e situações abstratas de modo que estas atuem como uma simulação da realidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação buscou-se apresentar a construção de um protocolo de atendimento psicoeducativo em grupo em manejo de dor através do uso de práticas integrativas como a hipnose e a visualização guiada.

Diversas pesquisas têm sido realizadas no Brasil e no mundo com o intuito de verificar a eficácia das práticas integrativas no cuidado à saúde. A hipnose é uma prática datada de outro século, que vêm sendo resgatada por pesquisadores e terapeutas em diversas áreas de cuidado como o tratamento de transtornos emocionais, alimentares, e o foco principal desta dissertação, que é o manejo da dor.

Em 2018, um grupo-piloto foi empreendido na instituição alvo, e várias questões foram produzidas a partir desta prática como: os principais obstáculos à adesão; as limitações sociais de acesso à tecnologia; variáveis intervenientes importantes que impactavam diretamente nos resultados, como a catastrofização. Um resultado surpreendente e que se tornou o mote desta pesquisa, foi o fato de a variável qualidade de vida não estar diretamente associada à variável intensidade da dor. Embora vários pacientes tenham apresentado reduções importantes na intensidade da dor, o mesmo não se refletia em uma melhora na qualidade de vida. O que evidenciou o papel relevante dos pensamentos catastróficos na percepção de bem-estar.

Este achado motivou a busca pelas descobertas e conclusões de outros pesquisadores. A revisão sistemática é considerada um padrão ouro dentro da pirâmide de evidências científicas. É uma ferramenta potente para tomada de decisão clínica dentro da perspectiva das diretrizes em boas práticas em saúde.

A revisão a que se dedicou este estudo, buscou evidências de eficácia da hipnose no manejo de dor não procedimental em ensaios clínicos.

Era preciso compreender como pacientes que experimentavam uma dor real (não provocada artificialmente) respondiam a técnica da hipnose comparados a outras técnicas.

Verificou-se que a hipnose nunca foi apontada como um tratamento substitutivo do tratamento padrão medicamentoso, mas sim um tratamento coadjuvante eficaz. Seus resultados foram considerados superiores inclusive em comparação a outras práticas integrativas, principalmente em relação à intensidade da dor. Quanto à qualidade da dor, os resultados carecem de uma exploração mais aprofundada. A qualidade de vida é uma variável que vem ganhando destaque nos estudos como desfecho secundário. Porém correlações entre a qualidade de vida e a intensidade da dor ainda são incomuns dentro do

universo da hipnose. Entre os estudos pesquisados, apenas dois fazem menção à catastrofização, e seus resultados corroboram os achados do grupo-piloto de que a intensidade de pensamentos catastróficos influenciam diretamente na percepção da qualidade de vida, o que pode justificar o achado de que um paciente embora sinta menos dor, não necessariamente pode se sentir melhor. A forma como ele processa sua realidade pessoal afeta diretamente sua percepção de bem-estar. Nesta conjuntura a técnica hipnótica mostra-se promissora, uma vez que pode atuar na modificação da percepção da realidade.

Tais descobertas foram determinantes para que um trabalho específico em relação a transformação de pensamentos catastróficos fosse incluído como uma sessão do protocolo.

Sistematizar técnicas eminentemente subjetivas mostrou-se uma tarefa complexa, porém espera-se que a criação de uma sistematização dessas técnicas – através da elaboração de um protocolo – possa incentivar a outros profissionais de saúde a reproduzir a mesma metodologia em seus locais de trabalho.

5. PERSPECTIVAS FUTURAS

A aplicação da hipnose necessita de treinamento prévio, entretanto pessoas – sem uma restrição cognitiva importante – podem aprender a utilizar a auto hipnose e assim ser um multiplicador das técnicas em sua comunidade. Do mesmo modo, a metodologia usada pode ser adaptada ao uso de outras práticas integrativas como: meditação, yoga, mindfulness, musicoterapia, biodança etc. Isso torna o protocolo expansível para outras carreiras profissionais dentro da área da saúde.

Este protocolo será submetido à apreciação do setor de competência referente à inclusão de rotinas e protocolos oficiais da instituição-alvo: o INTO.

Planeja-se a disponibilização do protocolo à comunidade científica através de publicação em revistas de saúde, preferencialmente de acesso aberto, para que qualquer profissional que tenha interesse em trabalhar nas áreas de dor e de práticas integrativas possa ter acesso a tais recursos.

A revisão sistemática da literatura costuma ser o nível mais alto em termos de evidências científicas. No entanto, seria interessante realizar no futuro, um ensaio clínico randomizado que pudesse avaliar o desempenho do protocolo e desse modo permitir que ele pudesse ser continuamente revisado e melhorado.

REFERÊNCIAS

- ACHTERBERG, J. *Imagery in healing: Shamanism and Modern Medicine*. Boston: Shambhala, 1985.
- ADACHI, T. et al. A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: a comparison between hypnosis, standard care, and other psychological interventions. **Int J Clin Exp Hypn**, v. 62, n. 1, p. 1-28, 2014.
Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00207144.2013.841471>. Acesso em: 11 fev. 2021.
- ALCÂNTARA, T. V. et al. Intervenções psicológicas na sala de espera: Estratégias no contexto da oncologia pediátrica. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 103-119, dez. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 fev. 2021.
- ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. A entrevista motivacional em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 218-226, 2011.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 fev. 2021.
- APED. Questionários sobre a dor crônica. **Dor**. v. 15, n. 4, 2007. Disponível em: https://www.aped-dor.org/socios/material_bibliografico/diversos_Questionarios_Dor_Rev_DOR_Volume15-n4-2007.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.
- ARDIGO, S. *et al.* Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study. **BMC Geriatric**, v. 16, n. 14, jan. 2016.
- BAIRD, C. L., MURAWSKI, M. M., & Wu, J. Efficacy of Guided Imagery with Relaxation for Osteoarthritis Symptoms and Medication Intake. **Pain Manag Nurs**, v. 11, n. 1, p. 56–65, 2010.
Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1524904209000514?via%3Dihub>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- BAUER, S. *Manual de hipnoterapia ericksoniana*. Rio de Janeiro: Wak editora, 3ªed, 2010.
- BERNARDY, K. et al. Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome - a systematic review and meta-analysis of controlled trials. **BMC Musculoskelet Disord.**, v. 12, n. 1, p. 133, jun. 2015.
- BONICA, J. J., LOESER, J. D. History of pain concepts and therapies. In.: LOESER, J. D., BUTLER, S. H., CHAPMAN, C. R., TURK, D. C. *Bonica's Management of Pain*. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 3ª ed., p. 3-16, 2001.
- BORGES, H. O trabalho de Angel Vianna como campo do possível. In: SALDANHA, S. (Org.). *Angel Vianna: Sistema, método ou técnica*. Rio de Janeiro: Funarte, 2009, p. 36-38

BOUTRON, I., ALTMAN, D. G., MOHER, D., SCHULZ, K. F., RAVAUD, P.; CONSORT NPT Group. CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. **Ann Intern Med.**, v. 167, n. 1, p. 40-47, 2017. Disponível em: <http://www.consort-statement.org/extensions?ContentWidgetId=558>. Acessado em: 24 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CABETE, D. et al. Visualização: Uma intervenção possível em psicologia da saúde. **Análise Psicológica**, v. 2, n. 21, p.195-200, 2003.

CARVALHO, R. C. *et al.* Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study. **BrJP**, São Paulo , v. 1, n. 4, p. 331-338, dec. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922018000400331&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2021.

CLEELAND, C. S. The brief pain inventory: User guide. 2009. Disponível em: https://www.mdanderson.org/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI_UserGuide.pdf

COLE, H. P., LACEFIELD, W. E. Theories of learning, development, and psychoeducational design: Origins and applications in nonschool settings. **Viewpoints in Teaching and Learning**, v. 58, n. 3, p. 6-16, 1982.

CONSORT TRANSLATIONS. Lista de informações CONSORT 2010 para incluir no relatório de um estudo randomizado. Disponível em: http://www.consort-statement.org/Media/Default/Downloads/Translations/Portuguese_pt/Portuguese%20CONSORT%20Checklist.pdf. Acesso em: 24 set. 2019.

COUTINHO, E. S. F.; HUF, Gisele; BLOCH, Katia Vergetti. Ensaio clínico pragmático: uma opção na construção de evidências em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1189-1193, Aug. 2003.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Set. 2019.

CRESPO, M. E. O., RODRIGUEZ, J. A. C. Evaluación psicológica del dolor. **Clínica y Salud**, v. 19, n. 3, p. 321-341, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer nº 42/1999. Processo-consulta CFM Nº 2.172/97. Relator: Cons. Paulo Eduardo Behrens. Dispõe sobre a regulamentação da hipnose médica.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº 013/00 de 20 de dezembro de 2000. Aprova e regulamenta o uso da Hipnose como recurso auxiliar de trabalho do Psicólogo.

CUEVAS-CANCINO, J.J. et al. Efecto de la psicoeducación en el afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor. **Enferm. univ**, México, v.16, n. 4, p. 390-401, dez. 2019.

Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400390&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 21 Jan. 2021.

CUEVAS-CANCINO, J.J.; MORENO-PEREZ, N.E.. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. **Enferm. univ**, México, v. 14, n. 3, p. 207-218, set. 2017.

Disponível em http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300207&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 21 Jan 2021.

DAHL, J. L., GORDON, D. B. Joint Commission pain standards: a progress report. **American Pain Society Bulletin**, v. 12, n. 1, p. 11–12, nov.–dez. 2002.

DI BIASE, F. *O homem holístico: a unidade mente-natureza*. Petrópolis: Vozes, 4ª ed, 2010.

_____, O Diálogo entre a Consciência e o DNA. 2011. Disponível em: http://www.imhep.com.br/artigos-conteudo.asp?cod_conteudo=9.

ELI, I. Editorial: Hypnosis as a Treatment Modality for Chronic Pain Management: Level of Evidence. **Journal of Oral e Facial Pain and Headache**, v. 30, n. 2, 2016.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, p.129-136, 1977.

EPSTEIN, G. *Imagens que curam: práticas de visualização para a saúde física e mental*. São paulo. Editora Ágora, 2009.

ERICKSON, M. H (1939). An experimental investigation of the possible antisocial use of hypnosis. **Psychiatry**, v. 2, p. 391-414, nov 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00332747.1939.11022253?journalCode=upsy20>. Acesso em: 12 dez. 2020.

_____, (1958). Naturalistic Techniques of Hypnosis. **Am J Clin Hypn**, v. 51, n. 4, p. 333-340, 2009. Disponível em:

<https://www.asch.net/portals/0/journallibrary/articles/ajch-51/51-4/ericksonnaturalistic51-4.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2021.

_____. An introduction to the study and application of hypnosis in pain control. In: Lassner, J. (Ed.) *Hypnosis and Psychosomatic Medicine: Proceedings of the International Congress for Hypnosis and Psychosomatic Medicine*. Berlin: Springer-Verlag, p. 83-90, 1967. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-642-87028-6_11#citeas. Acesso em: 14 out. 2020.

_____. Symptom based approach in mind-body problems. In: M. Erickson (Ed.), *Mind-Body communication in hypnosis*, p. 67-202. New York: Irvington, 1986.

ERICKSON, M. H., KUBIE, L. (1941). The sucessful treatment of a case of acute hysterical depression by a return under hypnosis to a critical phase of childhood. **Psychoanalitic Quarterly**, v. 10 n. 4, p. 583-609, 2016. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21674086.1941.11925476>. Acesso em: 11 jan. 2021.

ERICKSON, M. H., ROSSI, E. *Hypnotherapy: an exploratory casebook*. New York: Irvington, 1979.

_____. *The collected papers of Milton H. Erickson, MD*. New York: Irvington, 1980.

_____. *O homem de fevereiro*. Campinas: Livro Pleno, 2003.

ERICKSON-KLEIN, R. Prólogo de Roxanna Erickson a la cuarta edición. In: ROBLES, T. *Manual del grupo de crecimiento*. Ciudad de México: Alom editores, 2015.

ERICKSON-KLEIN, R. Hypnotic approaches of Milton Erickson for the treatment of acute pain. In: JENSEN, M. P. *Hypnosis for Acute and Procedural Pain Management: Favorite Methods of Master Clinicians – Voices of Experience Book 3*. Editora: Denny Creek Press, 2019.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO. *Inventário resumido da dor*. Versão portuguesa do Brief Pain Inventory (Short Form). Disponível em: https://www.aped-dor.org/socios/material_bibliografico/diversos_InventarioResumido_da_Dor-RevistaDor.pdf. Acesso em: 18 fev. 2017.

FARAH, A. B. A. Psicoterapia de grupo: reflexões sobre as mudanças no contato entre os membros do grupo durante o processo terapêutico. **Revista IGT na Rede**, v.6, nº. 11, 2009, Página 313 de 328. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs/>. Acesso em: 16 set. 2020.

FERREIRA, J. C; PATINO, C. M. Randomization: beyond tossing a coin. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 310, out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132016000500310&lng=en&nrm=iso Acesso em: 24 Sept. 2019.

FLÈCHE, C., LÉVY, P. *Descodificación biológica: protocolos de retorno a la salud*. Madri: Gaia Ediciones, 2013.

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet**, v. 396, p. 1204-1222, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930925-9>. Acesso em: 10 jan. 2021.

GILLIGAN, S. *Trance Generativo: Experimenta y desarrolla tu flujo creativo*. Barcelona: Rigden Edit, 2016.

GINGER, S., GINGER, A. *Gestalt: uma terapia do contato*. São Paulo: Summus, 1993.

GOMES, J. A. L., PERGHER, G. K. A TCC no pré e pós-operatório de cirurgia cardiovascular. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 6, n. 1, p. 173-194, 2010.

- GONÇALVES, D. A. G et al. Symptoms of temporo-mandibular disorders in the population: an epidemiological study. **Journal of Orofacial Pain**, v. 24, n. 3, p. 270-279, 2010.
- GONÇALVES-PEREIRA, M., SAMPAIO, D. Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 3-10, jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252011000100002. Acesso em: 20 nov. 2020.
- HERMES et al. Tape recorded hypnosis in oral and maxillofacial surgery: basics and first clinical experience. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**. Luebeck: European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery, v. 33, p. 123–129, jan. 2005.
- HOLMES, D. The pain drain. **Nature**, n. 535, S2-S3, 2016.
- HOLT, R. R. Imagery: The return of the ostracized. **American Psychologist**, v. 19, n. 4, p. 254–264, 1964. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0046316>. Acesso em: 17 jan. 2021.
- IASP/SBED. Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos. Tradução: Gestão SBED 2020-2021. Disponível em: https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020.
- ISERSON, K. V. Hypnosis for pediatric fracture reduction. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 17, n. 1, p. 53–56, 1999.
- JENSEN, M. P. Hypnosis for chronic pain management: A new hope. **Pain**, v. 146, n. 3, p. 235-237, ago. 2009.
- _____. *Hypnosis for Chronic Pain Management: Therapist Guide (Treatments That Work)*. New York: Oxford University Press, 2011.
- _____. The neurophysiology of pain perception and hypnotic analgesia: implications for clinical practice. **The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, v. 63, n. 2, abr. 2015.
- JENSEN, M. P. *et al.* Effects of self-hypnosis training and cognitive restructuring on daily pain intensity and catastrophizing in individuals with multiple sclerosis and chronic pain. **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, v. 59, n. 1, p. 45-63, 2011.
- JENSEN, M. P., PATTERSON, D. Hypnotic treatment of chronic pain. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 29, n.1, p. 95-124, fev. 2006.
- KATZ, H. Método e técnica: faces complementares do aprendizado em dança. In: SALDANHA, S. (Org.). *Angel Vianna: Sistema, método ou técnica*. Rio de Janeiro: Funarte, 2009, p. 26-32.
- LAGUARDIA, J. et al . Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 16, n. 4, p. 889-897, Dec. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400009>. Acesso em: 01 abr. 2021

LEMES, C. B., ONDERE NETO, J. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas psicol.** [online]. vol.25, n.1, p. 17-28. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100002 Acesso em: 20 nov. 2020.

LEWIN, K. (1936). *Princípios de Psicologia topológica*. São Paulo: Cultrix, 1973.

LODUCA, A. et al. Como programas psicoeducativos interdisciplinares de abordagem psicodramática podem ajudar na adesão ao tratamento para dores crônicas. **BrJP**, São Paulo, v.1, n.2, p. 122-126, jun. 2018.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922018000200122&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 fev. 2021

LOESER, J. D., BUTLER, S. H., CHAPMAN, C. R., TURK, D. C. *Bonica's Management of Pain*. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 3ª ed., p. 3-16, 2001.

LUIS, C., GASPARIN, L. Contrato de convivência em sala de aula: o que é? Como fazer? **Mais Educação**, dez. 2017.

Disponível em: <https://www.maiseducacao.blog.br/2017/12/contrato-de-convivencia-em-sala-de-aula.html>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MACHADO, R. S. **E.C.O: Experiência Criativa Objetiva - Conexões e expansões de um corpo cru através da Metodologia Angel Vianna**. Orientadora: Hélia Borges. Monografia de conclusão de Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Metodologia Angel Vianna. Rio de Janeiro: Faculdade de Dança Angel Vianna, 2012, 1º semestre. 46 p.

MAGNELLI, M. Psicoeducação, o caminho para o autoconhecimento e a superação. Enrevista concedida à Revista Holiste. **Holiste**, set. 2018.

MARTINEZ, J. E. et al. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.51, n. 4, p. 299-308, 2011.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MEUCCI, R. D. et al. Increase of chronic low back pain prevalence in a medium-sized city of southern Brazil. **BMC Musculoskeletal Disord**, v. 14, n. 155, 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2474-14-155>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MILLER, J. *A escuta do corpo*. Sistematização da técnica Klaus Vianna. São Paulo: Summus, 2007.

MILLER GE, COHEN S. Psychological interventions and the immune system: a meta-analytic review and critique. **Health Psychol.**, v. 20, n. 1, p. 47-63, jan. 2001. Disponível em: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0278-6133.20.1.47>. Acesso em: 22 dez. 2020.

MORAES VIEIRA, E. B. et al. Prevalence, characteristics, and factors associated with chronic pain with and without neuropathic characteristics in São Luís, Brazil. **Journal of Pain Symptom Management**, v. 44, n. 2, p. 239-251, 2012. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392412002126>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MORIN, E. A noção de sujeito. In: D. Fried-Schnitman (org). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

_____. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2011.

NEUBERN, M. Três obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na psicologia clínica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.14 n.1, p. 241-252, 2001.

_____. *Complexidade e psicologia clínica: Desafios epistemológicos*. Brasília: Plano, 2004.

NEUBERN, M. Hipnose e dor: origem e tradição clínicas. **Estudos de psicologia**, v.14, n. 2, p. 105-111, mai-ago. 2009.

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

_____. *Psicologia, hipnose e subjetividade: revisando a história*. Belo Horizonte: Diamante, 2009b.

_____. Hipnose e dor: proposta de metodologia clínica e qualitativa de estudo. **Psico USF**, v. 14, n. 2, p. 201–209, 2009c.

_____. Psicoterapia, dor e complexidade: construindo o contexto terapêutico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 515– 523, 2010a.

_____. Hipnose, singularidade e dificuldades na amamentação: um estudo clínico. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n.2, p. 305-313, 2010b.

_____. Hipnose e subjetividade: utilização da experiência religiosa em psicoterapia. **Estudos de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 235-245, 2010c.

_____. Drama como proposta de compreensão da clínica de Milton Erickson. **Interação em Psicologia**, v.16, n. 2, p. 307 – 315, 2012a.

_____. Hipnose e sentidos físicos em psicoterapia: sobre a reconstrução da experiência do sujeito. **Psicologia em Revista**, v. 18, n. 1, p. 119-133, 2012b.

_____. Técnicas hipnóticas, dor crônica, e a emergência do sujeito. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 5, n.2, p. 317-333, 2012c.

_____. *Psicoterapia e espiritualidade*. Belo Horizonte: Diamante, 2013a.

_____. Hipnose, Dor Crônica e Técnicas de Ancoragem: A terapia de dentro para fora. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 29, n. 3, p. 297-304, jul-set. 2013b.

_____. Hipnose como proposta psicoterápica para pessoas com dores crônicas. **Psicologia**

Argumento, Curitiba, v. 32, n. 77, p. 159-169, abr-jun. 2014a.

_____. Fenomenologia, Hipnose e Dor Crônica: Passos para Uma Compreensão Clínica. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v.14, n.1, p. 144-167, 2014b.

NOGUEIRA, C. H., LAURETTI, G. R., COSTA, R. M. N. Avaliação duplamente encoberta da hipnose em fibromialgia. **São Paulo Medical Journal**, v. 123. suppl. spe, p. 14, 2005.

NIV, D., DEVOR, M. Chronic pain as a disease in its own right. **Pain Practice**, v. 4, n. 3, p. 179-181, set. 2004.

OLIVEIRA, M. I. S. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: Relato de Caso. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.7, n. 1, p. 30-34, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS; 2003.

PACHECO R. L et al. Guidelines para publicação de estudos científicos. Parte 3: Como Publicar ensaios clínicos. **Diagn. Tratamento**, v. 22, n. 4, p. 169-175, out.-dez. 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875481/rdt_v22n4_169-175.pdf. Acessado em: 24 set. 2019.

PEREIRA, T. S. **Hipnose em grupo para pessoas com fibromialgia: considerações clínicas**. 2015. x, 109 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

PERISSINOTTI, D. M. N., SARDÁ JUNIOR, J. *Psicologia e dor: o que você deve saber*. São Paulo: Editora dos Editores, 2019.

PERLS, F., GOODMAN, P., HEFFERLINE, R. *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1997.

PERT, C. *Conexão mente corpo espírito para o seu bem-estar: uma cientista ousada avalia a medicina alternativa*. Pert C, Marriot N, organizadoras. Traduzido por Júlia Bárány Yaari. São Paulo: Prolíbera Editora; 2009.

POSADZKI, P. et al. Guided Imagery for Non-Musculoskeletal Pain: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 44, n. 1, p. 95–104, 2012. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(12\)00094-2/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(12)00094-2/fulltext). Acesso em: 22 jan. 2021.

RAMOS, E. *Angel Vianna: a pedagogia do corpo*. São Paulo: Summus, 2007.

RESENDE, C. **Saúde e corpo em movimento: Contribuições para uma formalização teórica e prática do método Angel Vianna de Conscientização do Movimento como um instrumento terapêutico**. 2008. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ROBLES, T. *Terapia feita sob medida*. Um seminário com Jeffrey Zeig. Belo Horizonte: Diamante, 2001.

_____. *Concerto para quatro cérebros em psicoterapia*. Belo Horizonte: Ed. Diamante, 3ª

ed., 2008.

_____. *Manual del grupo de crecimiento*. Ciudad de Mexico: Alom Editores, 2015.

SÁ, K. N. *et al.* Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. **Pain**. v. 139, n. 3, p. 498-506, 2008.

SALDANHA, S. (Org.). *Angel Vianna: Sistema, método ou técnica*. Rio de Janeiro: Funarte, 2009, p. 113-120.

SALVETTI, M. de G. *et al.* Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. **Rev Lat Am Enfermagem**. v. 20, n. 5, p. 896-902, 2012.

SARDÁ JR, J. *et al.* Validação da escala de pensamentos catastróficos sobre dor. **Acta Fisiátr**. v.15, n. 1, p. 31-36, 2008.

SILVA, J. P., RIBEIRO-FILHO, N. P. A dor como um problema psicofísico. **Revista Dor**. São Paulo, v. 12, n. 2, abr-jun. 2011.

SILVA JUNIOR, A. G. *et al.* Tecnologias de gestão do cuidado em saúde: refletindo conceitos e usos contemporâneos. DIAS, M. S. A., FROTA, M. A. (Org.). *Promoção da saúde na integralidade do cuidado*. 1 ed. Campinas: Saberes Editora, 2016, v.1, p.250-274.

SIQUEIRA, J. T. T. Dor no Brasil. SBED – Dúvidas frequentes, 2014. Disponível em: <https://sbed.org.br/duvidas-frequentes-2/dor-no-brasil/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SOUZA, J. M. C. Hipnose Clínica: uma alternativa resolutiva e de qualidade para o Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. de Hipnose**, v. 29, n. 1, p. 21-29, 2018.

SOUZA, J. B. *et al.* Prevalence of chronic pain, treatments, perception, and interference on life activities: Brazilian population-based survey. **Pain Res Manag**. v. 2017, set. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5634600/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SUINN, R. Imagery and Sports. In: SHEIKH, A. A. (Ed.): *Imagery: Current Theory research and application*. New York: John Wiley & Sons, p. 507-539, 1983.

TABELEÃO, V. P., TOMASI, E., QUEVEDO, L. A. Sobrecarga de familiares de pessoas com transtorno psíquico: Níveis e fatores associados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 41, n. 3, p. 63-66, 2014.

TEIXEIRA, L. **Inscrito em meu corpo: Uma abordagem reflexiva do trabalho corporal proposto por Angel Vianna**. (2008a). Tese (Mestrado em Teatro) – Centro de Letras e Artes, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

_____. Conscientização do movimento. (2008b) In: CALAZANS, J.; CASTILHO, J. e GOMES, S. (Coord.) *Dança e Educação em movimento*. São Paulo: Cortez, 2008, p. 70-77.

_____. Trago na memória corporal o que Angel me favoreceu. In: SALDANHA, S. (Org.). *Angel Vianna: Sistema, método ou técnica*. Rio de Janeiro: Funarte, 2009, p. 39-48.

TELLEGEN, T.A. *Gestalt e Grupos: uma abordagem sistêmica*, São Paulo: Summus, 1984.

VASCONCELOS, F. H.; ARAUJO, G. C. de. Prevalência de dor crônica no Brasil: estudo descritivo. **BrJP**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 176-179, jun. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2595-31922018000200176&script=sci_arttext&tlng=pt.

Acesso em: 10 jan. 2021.

VISUALIZAÇÃO. In: *Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos, 2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/visualiza%C3%A7%C3%A3o/>. Acesso em: 08 jan. 2021.

WEINBERG, R., GOULD, D. *Foundations of sport and exercise psychology*. Champaign: Human Kinetics, 1995.

ZEIG, J. *Seminário didático com Milton Erickson*. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

APÊNDICE 1

Modelo de entrevista semi-dirigida



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E
ORTOPEDIA JAMIL HADDAD

“PROJETO ARTICULADOR – um modelo psicoeducativo em manejo de dor baseado em Hipnose Ericksoniana e Visualização Guiada”.
Pesquisadora Responsável: Renata Seixas Machado

ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA

Nome do participante (ou código de verificação em caso de estudo cego):

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Estado civil: _____

Prontuário: _____

Patologia: _____

Escolaridade: _____

1) O que você conhece sobre a sua doença? Como você a descreve?

2) Quando começou a sentir dor relacionada a esta doença?

3) Já fez cirurgia? () Sim () Não

Qual? _____

Quando? _____

4) A dor diminuiu/mudou após a cirurgia? () Sim () Não

5) Quais tratamentos já realizou além da cirurgia e das medicações?

6) Tem dificuldade em seguir o tratamento proposto pela clínica da dor?

Sim Não

Descreva.

7) Exerce alguma atividade remunerada? Sim Não

Qual?

8) É aposentado? Sim Não

Desde quando? _____

Pelo quê? _____

9) O que você conhece sobre hipnose? Qual sua impressão?

10) Quais suas expectativas em relação a uma nova abordagem de tratamento?

APÊNDICE 2

Modelo de TCLE para pesquisadores



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
 INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E
 ORTOPEDIA JAMIL HADDAD

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I

(De acordo com as normas da Resolução do CNS nº 466 de 12/12/2012 e da Resolução CNS nº 580 de 22 de março de 2018)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **“PROJETO ARTICULADOR – um modelo psicoeducativo em manejo de dor baseado em Hipnose Ericksoniana e Visualização Guiada”**. Você foi selecionado através de indicação clínica pela equipe da clínica da dor. Sua participação não é obrigatória e você tem garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar seu consentimento, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição.

O objetivo deste estudo é verificar se o uso da hipnose e da visualização guiada é efetivo como coadjuvante no tratamento e no manejo da dor configurando um novo modelo de atendimento em Saúde Mental em Clínica da Dor. Sua participação no primeiro momento da pesquisa consistirá em uma consulta com um profissional da ARDOR onde alguns dados serão recolhidos através de uma entrevista semi-dirigida e da aplicação de alguns questionários. Este primeiro encontro não garante sua participação no projeto e para isso, você terá que preencher os critérios de inclusão. Caso você não obedeça aos critérios e não seja incluído no projeto, você receberá um telefonema de aviso num prazo máximo de dois meses a contar desta data, e uma nova proposta de acompanhamento será oferecida. Caso você seja incluído, um novo contato telefônico será feito avisando da data de início das atividades que contemplam idas programadas ao serviço para avaliações periódicas e participação em grupo psicoeducativo em manejo da dor.

Os riscos relacionados com a sua participação nesta pesquisa são mínimos, considerando-se a possibilidade de um desconforto diante de um profissional de saúde ou de um atendimento em grupo. Nesse caso, se você se sentir invadido ou desconfortável em qualquer momento do atendimento, você poderá informar imediatamente às pesquisadoras sem que haja qualquer prejuízo ao seu atendimento.

Como benefícios você receberá orientações sobre como compreender melhor a sua dor e técnicas que você pode utilizar para controlá-la. Além disso, com a sua participação você contribuirá para o desenvolvimento científico.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Este Termo foi redigido em três vias, sendo uma para o participante, outra para o pesquisador e uma para ser anexada ao prontuário do participante, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP. Você poderá esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento através dos números dos telefones ou endereço de e-mail disponíveis neste Termo.

Esta pesquisa está sendo realizada no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar sendo a aluna Renata Seixas Machado a pesquisadora principal, sob a orientação do Prof. Alexandre Sousa da Silva.

Eu , RG , abaixo assinado(a) concordo de livre e espontânea vontade em participar do estudo “**PROJETO ARTICULADOR – um modelo psicoeducativo em manejo de dor baseado em Hipnose Ericksoniana e Visualização Guiada**”, e declaro que obtive todas as informações necessárias.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Endereço:

Telefone de contato:

Participante da pesquisa
TCLE

Responsável pela aplicação do

Pesquisador responsável: Renata Seixas Machado

Endereço: INTO – Av. Brasil, 500 – São Cristóvão – Rio de Janeiro – RJ. CEP: 20940-070

Telefone: (21) 2134-5000 Ramal:4881 **e-mail:** rseixas@into.saude.gov.br

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do INTO/MS. Endereço: Avenida Brasil nº 500, 9º andar – sala nº 4 – São Cristóvão – RJ CEP: 20940-070. Tel.: (21) 2134-5061.

E-mail: cep.into@into.saude.gov.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
 INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E
 ORTOPEDIA JAMIL HADDAD

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II

(De acordo com as normas da Resolução do CNS nº 466 de 12/12/2012 e da Resolução CNS nº 580 de 22 de março de 2018)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **“PROJETO ARTICULADOR – um modelo psicoeducativo em manejo de dor baseado em Hipnose Ericksoniana e Visualização Guiada”**. Você foi selecionado através de indicação clínica pela equipe da clínica da dor, sua participação não é obrigatória e você tem garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar seu consentimento, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição.

O objetivo deste estudo é verificar se o uso terapêutico da hipnose e da visualização guiada é eficaz como coadjuvante no tratamento e no manejo da dor configurando um novo modelo de atendimento em Saúde Mental em Clínica da Dor.

O projeto contemplará o atendimento a dois grupos com 10 integrantes cada um. Ambos os grupos serão escolhidos aleatoriamente através de sorteio eletrônico.

O primeiro grupo receberá a intervenção (abordagem psicoeducativa para manejo da dor) além do tratamento padrão (consulta com o médico de referência na clínica da dor + fornecimento de medicação).

Já o segundo grupo servirá de controle para o primeiro, recebendo apenas o tratamento padrão.

No final do projeto, caso haja uma resposta positiva desta abordagem junto aos pacientes do primeiro grupo (intervenção), a mesma será oferecida para os demais participantes em caso de interesse dos próprios.

O tratamento psicoeducativo proposto não substituirá o tratamento medicamentoso nem qualquer outra intervenção já estabelecida pela equipe da clínica da dor, devendo ser considerada como uma atividade extra.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista inicial, mais oito encontros – a serem realizados em grupo - além de uma entrevista de devolução. Os encontros serão semanais, com duração de 2:00h na própria instituição, com calendário a ser divulgado no início de 2020. Totalizando 10 encontros.

O término da pesquisa está previsto para o início de 2021.

As vindas ao INTO serão exclusivas para a realização da pesquisa. Desse modo, os custos com o transporte (referente ao deslocamento via transporte público para no máximo duas passagens para o participante e duas para o acompanhante) serão de responsabilidade da pesquisadora caso o participante não possua o Riocard de gratuidade. O ressarcimento ocorrerá encontro a encontro mediante a presença do participante.

A alimentação será fornecida em forma de lanche pelo setor de pesquisa do hospital.

O Projeto em questão não possui nenhum fim lucrativo, e não haverá compensações financeiras para participantes, nem serão feitos encaminhamentos médicos ou clínicos que não estejam relacionados a questões de cunho psicológico. Qualquer questão psicológica que se apresente durante o processo será acolhida inicialmente em grupo ou individualmente conforme a avaliação do pesquisador, e devidamente encaminhada a uma unidade SUS de referência para acompanhamento quando necessário.

Os riscos relacionados com a sua participação nesta pesquisa são mínimos, podendo haver algum tipo de desconforto por ser uma abordagem em grupo. Caso você se sinta invadido ou desconfortável com qualquer abordagem, você pode informar imediatamente às pesquisadoras sem que haja qualquer prejuízo à sua participação. As abordagens propostas não têm contraindicações específicas. Devendo ser consideradas as precauções necessárias ao trânsito em ambiente hospitalar ambulatorial.

Como benefícios você receberá orientações sobre como compreender melhor a sua dor e técnicas que você pode utilizar para controlá-la. Além disso, com a sua participação você contribuirá para o desenvolvimento científico.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados da pesquisa serão divulgados de forma a não possibilitar sua identificação. Apenas os participantes do projeto terão acesso integral às informações obtidas nas sessões. De acordo com o código de Ética do psicólogo, o mesmo deverá compartilhar com a equipe multiprofissional somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade de quem as receberam de preservar o sigilo.

Os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas e descritos em um trabalho acadêmico. Todos os resultados serão referentes ao grupo como um todo. Assim, os participantes também não serão identificados e caso seja necessário, serão utilizados nomes fictícios para garantir o sigilo.

Este Termo foi redigido em três vias, sendo uma para o participante, outra para o pesquisador e uma para ser anexada ao prontuário do participante, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP. Você poderá esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento através dos números dos telefones ou endereço de e-mail disponível neste Termo.

Esta pesquisa está sendo realizada no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar sendo a aluna Renata Seixas Machado a pesquisadora principal, sob a orientação do Prof. Alexandre Sousa da Silva.

Eu , RG , abaixo assinado(a) concordo de livre e espontânea vontade em participar do estudo “**PROJETO ARTICULADOR – um modelo psicoeducativo em manejo de dor baseado em Hipnose Ericksoniana e Visualização Guiada**”, e declaro que obtive todas as informações necessárias.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Endereço:

Telefone de contato:

Participante da pesquisa
TCLE

Responsável pela aplicação do

Pesquisador responsável: Renata Seixas Machado

Endereço: INTO – Av. Brasil, 500 – São Cristóvão – Rio de Janeiro – RJ. CEP: 20940-070

Telefone: (21) 2134-5000 Ramal:4881 **e-mail:** rseixas@into.saude.gov.br

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do INTO/MS. Endereço: Avenida Brasil nº 500, 9º andar – sala nº 4 – São Cristóvão – RJ CEP: 20940-070. Tel.: (21) 2134-5061.

E-mail: cep.into@into.saude.gov.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com.

ANEXO I

Manual de grupo de crescimento de Teresa

Robles



Fonte: <https://www.goodreads.com/book/show/29471405-manual-del-grupo-de-crecimiento>

ANEXO 2

Inventário Breve da Dor

(BPI)



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E
ORTOPEDIA JAMIL HADDAD

ANEXO II – “PROJETO ARTICULADOR – um modelo psicoeducativo em manejo de dor baseado em Hipnose Ericksoniana e Visualização Guiada”.

Pesquisadora Responsável: Renata Seixas Machado

Nome ou Código de alocação do participante:

INVENTÁRIO BREVE DE DOR

1) Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?
1. Sim 2. Não

2) Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa.

Frente

Costas

3) Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

4) Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

5) Circule o número que melhor descreve a média da sua dor.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

6) Circule o número que mostra quanta dor você está sentindo agora (neste momento).

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

7) Quais tratamentos ou medicações você está recebendo para dor?		
Nome	Dose/ Frequência	Data de Início

8) Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando?
 Circule o percentual que melhor representa o alívio que você obteve.

Sem alívio | 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% | alívio completo

9) Circule o número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:

Atividade geral
 Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | interferiu completamente

Humor
 Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | interferiu completamente

Habilidade de caminhar
 Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | interferiu completamente

Trabalho
 Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | interferiu completamente

Relacionamento com outras pessoas
 Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | interferiu completamente

Sono
 Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | interferiu completamente

Habilidade para apreciar a vida
 Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | interferiu completamente

ANEXO III

Questionário de

Qualidade de Vida SF-36



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E
ORTOPEDIA JAMIL HADDAD

“PROJETO ARTICULADOR – um modelo psicoeducativo em manejo de dor baseado em Hipnose Ericksoniana e Visualização Guiada”.
Pesquisadora responsável: Renata Seixas Machado – SF36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase I: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1

07	Se a resposta for 1 2 3 4 5 6	Pontuação 6,0 5,4 4,2 3,1 2,0 1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 6, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 6, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 5, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e, h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c, f, g, i), o valor será mantido o mesmo</p>	
10	Considerar o mesmo valor.	
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>	

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais

- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 – 08	2	10
Estado geral de saúde	01 – 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a – e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 – 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO IV

Escala de Pensamentos
Catastróficos sobre Dor
(EPCD)



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E
ORTOPEDIA JAMIL HADDAD

ANEXO IV: “PROJETO ARTICULADOR – um modelo psicoeducativo em manejo de dor baseado em Hipnose Ericksoniana e Visualização Guiada”.

Pesquisador responsável: Renata Seixas Machado

Nome ou Código de alocação do participante:

Escala de pensamentos catastróficos sobre dor

	Quase nunca			Quase sempre		
	0	1	2	3	4	5
1. Não posso mais suportar esta dor.						
2. Não importa o que fizer minhas dores não mudarão.						
3. Preciso tomar remédios para dor.						
4. Isso nunca vai acabar.						
5. Sou um caso sem esperança.						
6. Quando ficarei pior novamente?						
7. Essa dor esta me matando.						
8. Eu não consigo mais continuar.						
9. Essa dor esta me deixando maluco.						

ANEXO V

Mapa da Dor de Rodrigo

Rizzo



Fonte: www.mapadador.com.br

ANEXO VI

Conto dos dois vasos

Os dois vasos

(Fonte: <https://www.belasmensagens.com.br/reflexao/os-dois-vasos-1140.html>)

Uma velha senhora chinesa possuía dois grandes vasos, cada um suspenso na extremidade de uma vara que ela carregava nas costas.

Um dos vasos era rachado e o outro era perfeito. Este último estava sempre cheio de água ao fim da longa caminhada da fonte até a casa, enquanto aquele rachado chegava meio vazio. Por longo tempo a coisa foi em frente assim, com a senhora que chegava em casa com somente um vaso e meio de água.

Naturalmente o vaso perfeito era muito orgulhoso do próprio resultado e o pobre vaso rachado tinha vergonha do seu defeito, de conseguir fazer só a metade daquilo que deveria fazer. Depois de dois anos, refletindo sobre a própria amarga derrota de ser rachado, o vaso falou com a senhora durante o caminho: Tenho vergonha de mim mesmo, porque esta rachadura que eu tenho me faz perder metade da água durante o caminho até a sua casa...

A velhinha sorriu e respondeu: Você reparou que lindas flores têm somente do teu lado do caminho? Eu sempre soube do teu defeito e, portanto, plantei sementes de flores na beira da estrada do teu lado. E todo dia, enquanto a gente voltava, tu as regavas. Por dois anos pude recolher aquelas belíssimas flores para enfeitar a mesa. Se tu não fosses como és, eu não teria tido aquelas maravilhas na minha casa.

Cada um de nós tem o próprio defeito. Mas o defeito que cada um de nós tem é que faz com que nossa convivência seja interessante e gratificante. É preciso aceitar cada um pelo que é... E descobrir o que tem de bom nele.

ANEXO VII

Parecer Aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa do Projeto ARDOR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROJETO ARDOR - Hipnose Ericksoniana e visualização guiada aplicada ao tratamento e manejo da dor crônica: Uma análise quali-quantitativa no contexto hospitalar público brasileiro.

Pesquisador: RENATA SEIXAS MACHADO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65043317.3.0000.5273

Instituição Proponente: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia / INTO / SAS/ MS - RJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.946.019

Apresentação do Projeto:

Adequada.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral e específicos do protocolo de pesquisa estão de acordo com os objetivos de humanização do instituto, já que o estudo será sobre a dor crônica. Sendo assim os objetivos descritos no protocolo de pesquisa são:

*Objetivo Geral - Verificar o grau de eficácia da hipnose Ericksoniana associada às técnicas de visualização guiada no tratamento e manejo da dor crônica no contexto público brasileiro de um hospital de referência em Traumatologia e Ortopedia.

*Objetivos específicos:

- Avaliar a dor em seu aspecto multimodal (quantitativo e qualitativo);
 - Avaliar o impacto da dor na qualidade de vida da amostra selecionada;
 - Verificar a receptividade das técnicas pelo público-alvo;
 - Avaliar a eficácia das abordagens através de medidas comparativas do pré e pós-intervenção;
 - Verificar se os resultados obtidos internacionalmente quanto à aplicação das técnicas se comprovam tendo como campo o contexto hospitalar público brasileiro.
- Analisar o contexto relacional em que se desenvolverá o grupo.

Endereço: Avenida Brasil, nº 500

Bairro: São Cristóvão

CEP: 20.940-070

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2134-5000

Fax: (21)2134-5228

E-mail: cep.into@into.saude.gov.br



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos relacionados a algum tipo de desconforto por ser uma abordagem em grupo. Caso o participante se sinta invadido ou desconfortável com qualquer procedimento, poderá informar imediatamente às pesquisadoras sem que haja qualquer prejuízo à sua participação. As abordagens propostas não têm contraindicações específicas. Devendo ser consideradas as precauções necessárias ao trânsito em ambiente hospitalar ambulatorial.

Benefícios:

Os benefícios estão relacionados como aquisição de conhecimentos e métodos que auxiliem no tratamento e no manejo da dor crônica, diminuindo o impacto que a dor exerce na qualidade de vida dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão de acordo com a legislação vigente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Senhor pesquisador, de acordo com o constante da Resolução CNS nº 466 de 2012, faz-se necessário apresentar ao CEP/INTO, através da Plataforma Brasil, a cada 06 (seis) meses o relatório de acompanhamento de sua pesquisa. Além disso, após a conclusão da pesquisa, deverá ser submetido na Plataforma Brasil, através da Notificação, o Relatório Final e a pesquisa concluída para apreciação do CEP/INTO.

Informamos que qualquer alteração realizada no protocolo de pesquisa aprovado deverá ser submetida à apreciação do CEP/INTO através do envio de uma emenda utilizando a Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Avenida Brasil, nº 500

Bairro: São Cristóvão

CEP: 20.940-070

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2134-5000

Fax: (21)2134-5228

E-mail: cep.into@into.saude.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E
ORTOPEDIA JAMIL HADDAD -



Continuação do Parecer: 1.946.019

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_867645.pdf	20/02/2017 16:38:44		Aceito
Outros	SF_12.docx	20/02/2017 16:34:20	RENATA SEIXAS MACHADO	Aceito
Outros	BPI.docx	20/02/2017 16:33:29	RENATA SEIXAS MACHADO	Aceito
Outros	Entrevista.docx	20/02/2017 16:32:55	RENATA SEIXAS MACHADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_responsabilidade_pesquisador.pdf	20/02/2017 16:22:55	RENATA SEIXAS MACHADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_pesquisador.pdf	20/02/2017 16:22:29	RENATA SEIXAS MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_participante.doc	20/02/2017 16:20:40	RENATA SEIXAS MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_observador.doc	20/02/2017 16:20:21	RENATA SEIXAS MACHADO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	20/02/2017 16:19:55	RENATA SEIXAS MACHADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ARDOR.doc	20/02/2017 16:18:01	RENATA SEIXAS MACHADO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Fevereiro de 2017

Assinado por:

Eduardo Branco de Sousa (Coordenador)

Endereço: Avenida Brasil, nº 500

Bairro: São Cristóvão

CEP: 20.940-070

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2134-5000

Fax: (21)2134-5228

E-mail: cep.int@into.saude.gov.br