



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO GONÇALO MONIZ**

Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**EFICÁCIA DA HIPNOSE EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA ASSOCIADA À
FIBROMIALGIA (HYP-FIBRO)**

DANIELA CAPUTO DORTA

Salvador - Bahia

2023

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO GONÇALO MONIZ**

Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa

**EFICÁCIA DA HIPNOSE EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA ASSOCIADA À
FIBROMIALGIA (HYP-FIBRO)**

DANIELA CAPUTO DORTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa para a obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Flora Villarreal

**Salvador - Bahia
2023**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca do
Instituto Gonçalo Moniz/ FIOCRUZ – Bahia - Salvador

D719e Dorta, Daniela Caputo.

Eficácia da hipnose em pacientes com dor crônica associada à
fibromialgia / Daniela Caputo Dorta. _ Salvador, 2023.

137 f.: il.: 30 cm

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Flora Villarreal

Dissertação (Mestrado em Biotecnologia em Saúde e Medicina
Investigativa) – Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz,
Salvador, 2023.

1. Terapia. 2. Hipnose. 3. Fibromialgia. 4. Dor Crônica I. Título.

CDU 616-002.773

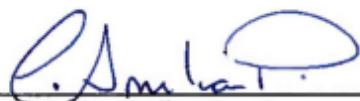
EFICÁCIA DA HIPNOSE EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA ASSOCIADA À FIBROMIALGIA (HYP-FIBRO)

DANIELA CAPUTO DORTA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Salvador, 02 de maio de 2023.

COMISSÃO EXAMINADORA



Dr. Carlos Amílcar Parada
Professor Associado
UNICAMP



Dr. Túlio César Azevedo Alves
Professor Auxiliar,
UNEB



Dr. Vitor Rosa Ramos de Mendonça
Médico
Clínica SALVA'DOR

FONTES DE FINANCIAMENTO

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001."

Dedico este trabalho ao meu querido e amado
Eddie e às nossas pacientes com fibromialgia.

AGRADECIMENTOS

Ao Eddie, que não estará comigo fisicamente na realização deste sonho, mas que foi meu pacote diário de amor, afeto e alegria me dando força todos os dias nessa caminhada.

Ao meu companheiro Rodrigo por ser meu maior incentivador e admirador.

À minha família, em especial a minha avó Nilda, por ser o meu maior exemplo de força, perseverança e resiliência.

À Dra. Cristiane Flora Villarreal, inspiração como professora, pesquisadora e ser humano, por acreditar em mim e no nosso projeto desde o primeiro momento. Uma orientadora exigente, sempre disposta a ajudar e estimular a busca diária pelo conhecimento.

Ao Dr. Paulo Colavolpe, grande médico, hipnólogo e ser humano incrível, pelo tempo dedicado, parceria, suporte, apoio e por ter transmitido um pouco do seu vasto conhecimento e experiência com hipnose e dor, e sem os quais este projeto não seria possível.

Às minhas queridas amigas Renata Fonsêca e Vitória Cezar, coordenadora de estudo e sub-investigadora, por apoiarem este projeto de pesquisa como seus, com tanto amor e cuidado, cujo apoio na execução deste estudo foram fundamentais para que ele tenha sido realizado.

À ANFIBRO e ao grupo de apoio FIBS (Fibromiálgicos de Salvador), em especial a sua líder voluntária Néia Oliveira, que se disponibilizou para nos auxiliar de forma voluntária desde o primeiro contato e cujo apoio foi essencial no recrutamento dos participantes de pesquisa.

Às queridas, Ana Flávia Figueiredo e Rafaela Fonseca, por toda contribuição e ajuda neste trabalho e pelo acolhimento nos momentos de desespero.

À Carolina Thé Macedo, amiga de todas as horas, sempre generosa no compartilhamento de conhecimento, por toda ajuda, sugestão e apoio neste meu retorno ao mundo acadêmico.

Aos queridos amigos do Laboratório de Farmacologia e Terapêutica Experimental (LAFTE) que compartilharam ao longo destes mais de dois anos seus conhecimentos, angústias e alegrias, por me receberem tão abertamente e por sempre estarem disponíveis a ajudar. Meu agradecimento especial à Alyne Lima, pelo apoio e orações.

Aos nossos queridos participantes de pesquisa, que com muito amor e confiança nos permitiram realizar este trabalho.

Ao Instituto Gonçalo Moniz da Fundação Oswaldo Cruz pela qualidade das suas pós-graduações, disseminando a cultura e a importância da pesquisa para o crescimento do país.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana”

Carl G. Jung

DORTA, Daniela Caputo. **Eficácia da Hipnose em pacientes com dor crônica associada à fibromialgia**. 2023. 137 f. il. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa) – Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, 2023.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa crônica, que acarreta com frequência o afastamento do trabalho, incapacidade e distúrbios psicossociais, afetando a qualidade de vida dos pacientes. Apesar da variedade de opções terapêuticas disponíveis, uma baixa porcentagem dos pacientes tratados apresenta melhora significativa dos sintomas. Deste modo, novas opções terapêuticas eficazes para a FM, incluindo abordagens não farmacológicas como a hipnose, podem trazer benefícios para essa condição. Alguns estudos clínicos já foram conduzidos para avaliar a eficácia da hipnose no contexto da FM, entretanto, conclusões definitivas são dificultadas por falhas no delineamento experimental, como falta de controle e amostra reduzida, e ausência de estudos com a população brasileira. **OBJETIVO:** O presente trabalho objetivou investigar a eficácia da hipnose como adjuvante no controle da dor crônica em pacientes com FM. **MÉTODOS:** Estudo prospectivo, randomizado, cego para o avaliador, comparativo, realizado no Ambulatório de Dor da Clínica COT e aprovado pelo CEP do Hospital Ana Nery. Foram incluídos 49 participantes portadores de FM distribuídos aleatoriamente em dois grupos: o grupo intervenção (n=24) recebeu tratamento farmacológico padrão, acompanhamento clínico e 8 sessões semanais de hipnose com uma hora de duração cada; o grupo controle (n=25) recebeu o tratamento farmacológico padrão, acompanhamento clínico e 8 encontros semanais com o hipnólogo do estudo sem hipnose. O desfecho primário de eficácia foi a alteração da intensidade da dor mensurada pela escala numérica de dor (END). Os desfechos secundários foram estabelecidos como mudanças nos escores do questionário *McGill Pain Questionnaire* (SF-MGQ), do questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREVE), da Escala de Catastrofismo Associado a Dor (B-PCS), do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR), da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) e do Questionário de Impacto de Fibromialgia (QIF). Estes parâmetros foram avaliados no baseline (antes do tratamento), no pós-tratamento (até uma semana após o fim do tratamento), e no *follow-up* (após 3 meses do final de tratamento). **RESULTADOS:** A maioria dos participantes era do sexo feminino, com idade média de 45 anos e com FM há mais de 24 meses. Nas medidas de baseline, não foram observadas diferenças estatísticas entre os grupos. No grupo de intervenção (GI), mas não no grupo controle (GC), os valores de END foram estatisticamente menores no pós-tratamento e no *follow-up* em relação ao baseline (redução de 51,4%). O GI, mas não o GC, também apresentou melhora significativa em relação ao baseline nas escalas HADS (redução de 41,3%), no QIF (redução total de 24,93%, 44% no domínio físico e 66% no domínio psicológico), na escala B-PCS (redução de 62%), no questionário WHOQOL-BREVE (melhora de 64,5%) e no índice PSQI-BR (melhora de 43%) tanto no pós-tratamento quanto no *follow-up*. **CONCLUSÃO:** A hipnose diminuiu a intensidade da dor, melhorando componentes afetivos e sensoriais da dor, e melhorou outros parâmetros, como qualidade do sono, qualidade de vida e sintomas de ansiedade e depressão dos pacientes com FM. É possível propor que a hipnose associada ao tratamento padrão pode ser uma alternativa eficaz e econômica na redução dos sintomas relacionados a FM.

Palavras-chave: Fibromialgia. Dor crônica. Hipnose.

DORTA, Daniela Caputo. Efficacy of Hypnosis in patients with chronic pain associated with fibromyalgia, Brazil. 2023. 137 f. il. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa) – Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, 2023.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Fibromyalgia (FM) is a chronic pain syndrome, which often leads to withdrawal from work, disability, and psychosocial disorders, affecting the quality life of the patients. Despite the variety of therapeutic options available, a low percentage of treated patients experience significant improvement in symptoms. Thus, new effective therapeutic options for FM, including non-pharmacological approaches such as hypnosis may benefit this condition. Although some clinical studies have already been conducted to assess its efficacy in the context of FM, problems with the experimental design, such as lack of control and small sample, and the absence of a study with a Brazilian population, justify this clinical trial. **OBJECTIVE:** The present trial aimed to investigate the effectiveness of hypnosis as an adjunct in the control of chronic pain in patients with FM. **METHODS:** Prospective, randomized, blinded to the evaluator, comparative trial, carried out at the Pain Outpatient Clinic at COT and approved by LEC of the Hospital Ana Nery. 49 patients with FM were randomly distributed into two groups: the interventional group (n=24) received standard pharmacological treatment, clinical follow-up and 8 weekly hypnosis sessions taking one hour each session; the control group (n=25) received standard pharmacological treatment, clinical follow-up and 8 weekly meetings with hypnologist without hypnosis. The primary efficacy endpoint was the change in the Numeric Range Scale (NRS). The secondary endpoints were defined as the changes in the McGill Pain Questionnaire (MPQ), the Quality-of-Life Questionnaire (WHOQL-BREF), the Pain Catastrophizing Scale (B-PCS), the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-BR), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). These parameters were evaluated at baseline (before treatment), at post-treatment (up to one week after the end of treatment, and follow-up (3 months after the end of treatment. **RESULTS:** Most participants were female with a mean age of 45 years and with FM for more than 24 months. In the baseline measurements, no statistical differences were observed between the groups. In the intervention group (IG), but not in the control group (CG), END values were statistically lower at post-treatment and follow-up compared to baseline (51.4% reduction). The GI, but not the CG, also presented a significant improvement from baseline in the HADS scales (41.3% reduction), in the FIQ (total reduction of 24.93%, 44% in the physical domain and 66% in the psychological domain), the B-PCS scale (62% reduction), the WHOQOL-BRIEF questionnaire (64.5% improvement) and the PSQI-BR index (43% improvement) both at post-treatment and follow-up. **CONCLUSION:** The hypnosis decreased pain intensity, improving affective and sensory pain components, and improved other parameters, such as sleep quality, quality of life, and anxiety and depression symptoms in patients with FM. It is possible to propose that hypnosis associated with standard treatment may be an effective and economical alternative in reducing FM-related symptoms.

Keywords: Fibromyalgia. Chronic pain. Hypnosis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Localização dos 18 tender points estabelecidos pela American College of Rheumatology (ACR) em 1990 para Fo diagnóstico de fibromialgia.....	24
Figura 2 Fluxo do protocolo do estudo.....	59
Figura 3 Principais medicamentos utilizados pelos participantes do estudo.....	66
Figura 4 Pontuações na escala numérica de dor (END) dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental	67
Figura 5 Pontuações na escala HADS de ansiedade e depressão dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental.	69
Figura 6 Pontuações na subescala de depressão da escala HADS dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental	70
Figura 7 Pontuações na subescala de ansiedade da escala HADS dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental	71
Figura 8 Pontuações de qualidade de vida geral dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental	72
Figura 9 Escala de catastrofismo da dor (B-PCS) dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental.....	74
Figura 10 Índice da qualidade de sono (PSQI-BR) dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental.....	76
Figura 11 Escala numérica da desagradabilidade da dor (ENDD) dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental.....	77
Figura 12 Pontuações do questionário de impacto da fibromialgia (QIF) dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características sociodemográfica e de condições de saúde dos participantes do estudo, incluídos no grupo controle e grupo ativo.....	61
Tabela 2 Características dos participantes do grupo controle e ativo quanto ao impacto da fibromialgia nas atividades de vida	63
Tabela 3 Escores de dor no questionário McGill dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental	68
Tabela 4 Pontuações nos diferentes domínios do questionário WHOQOL-BREVE de qualidade de vida do grupo intervenção e controle ao longo do estudo.....	73
Tabela 5 Descrição do B-PCS dos participantes do estudo ao longo do tempo	74
Tabela 6 Descrição do END e ENDD dos participantes do estudo ao longo do tempo	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	American College of Rheumatologists
ANFIBRO	Associação Nacional de Fibromiálgicos
ATM	Articulação Temporomandibular
CCA	Córtex Cingulado Anterior
EEG	Eletroencefalograma
FDA	Food and Drug Administration
FIBS	Grupo de apoio de Fibromiálgicos de Salvador
FM	Fibromialgia
fMRI	Ressonância Magnética funcional
FSH	Hormônio folículo-estimulante
ISRSNs	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina
LH	Hormônio Luteinizante
MAO-A	Monoaminoxidase A ativa
PET-SCAN	Tomografia por Emissão de Pósitrons
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	FIBROMIALGIA	18
2.1.1	Aspectos gerais	18
2.1.2	Etiologia e Fisiopatologia	19
2.1.3	Diagnóstico	23
2.1.4	Tratamento	25
2.1.4.1	Tratamento farmacológico	26
2.1.4.2	Tratamento não farmacológico	29
2.2	HIPNOSE	31
2.2.1	Conceito e história da hipnose	31
2.2.2	Mitos, princípios e aplicações	33
2.2.3	Hipnose no controle da dor crônica	35
2.2.4	Aspectos neuropsicofisiológicos da hipnose no controle da dor	39
2.2.5	Hipnose na fibromialgia	43
3	OBJETIVOS	47
3.1	OBJETIVO GERAL.....	47
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
3.3	HIPÓTESES	47
4	MATERIAL E MÉTODOS	48
4.1	DESENHO DO ESTUDO	48
4.2	POPULAÇÃO	48
4.2.1	Critérios de inclusão.....	48
4.2.2	Critérios de exclusão	49
4.2.3	Tamanho de amostra.....	49
4.3	PROCEDIMENTOS DO ESTUDO	49
4.3.1	Caracterização clínica e instrumentos de avaliação	50
4.3.1.1	Escala numérica de dor (END).....	51
4.3.1.2	Escala numérica de desagradabilidade da dor (ENDD)	51
4.3.1.3	Short form McGill Pain Questionnaire (SF-MGQ)	51
4.3.1.4	Escala de Catastrofismo Associado à Dor (B-PCS)	52
4.3.1.5	Questionário WHOQOL- BREVE	52

4.3.1.6	Questionário de impacto de fibromialgia (QIF)	53
4.3.1.7	Índice de qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI-BR)	53
4.3.1.8	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)	53
4.3.1.9	Suscetibilidade hipnótica.....	54
4.3.2	Método de tratamento	54
4.3.2.1	Procedimento para o grupo controle.....	54
4.3.2.2	Procedimento para o grupo intervenção: hipnose.....	55
5	PROPOSTA DE ANÁLISE DE DADOS	57
5.1	MÉTODO DE ANÁLISE.....	57
5.2	DADOS DEMOGRÁFICOS E DADOS CLÍNICOS DE BASE.....	57
5.3	AVALIAÇÃO DO DESFECHO PRIMÁRIO	57
5.4	AVALIAÇÃO DOS DESFECHOS SECUNDÁRIOS	58
5.5	AVALIAÇÃO DE SEGURANÇA.....	58
6	RESULTADOS	59
6.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PARTICIPANTES	60
6.2	DESFECHO PRIMÁRIO DA EFICÁCIA: INTENSIDADE DE DOR NA ESCALA NUMÉRICA.....	67
6.3	DESFECHO SECUNDÁRIO DA EFICÁCIA: SCORES DE DOR PELO QUESTIONÁRIO MCGILL	68
6.4	DESFECHO SECUNDÁRIO DE EFICÁCIA: ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS).....	69
6.5	DESFECHO SECUNDÁRIO DE EFICÁCIA: QUALIDADE DE VIDA	72
6.6	DESFECHO SECUNDÁRIO DE EFICÁCIA: CATASTROFISMO DA DOR (B-PCS)	74
6.7	DESFECHO SECUNDÁRIO DE EFICÁCIA: ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH (PSQI-BR)	76
6.8	DESFECHO SECUNDÁRIO DE EFICÁCIA: DESAGRADABILIDADE DA DOR (ENDD)	77
6.9	DESFECHO SECUNDÁRIO DE EFICÁCIA: IMPACTO DA FIBROMIALGIA (QIF).....	79
6.10	ANÁLISES DE CORRELAÇÃO	80
7	DISCUSSÃO	81
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	89
9	CONCLUSÕES	90

REFERÊNCIAS	91
ANEXOS.....	104

1 INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa crônica, não inflamatória, caracterizada pela presença de dor à palpação em locais específicos chamados de pontos dolorosos (*tender points*), e geralmente associada a fadiga, distúrbios do sono, sintomas cognitivos e distúrbios psíquicos (ELKINS; JENSEN; PATTERSON, 2007; PICARD *et al.*, 2013). A sua prevalência global é de aproximadamente 2% na população geral e no Brasil a prevalência da fibromialgia é estimada em 2,5% da população (PROVENZA *et al.*, 2004; HEYMANN *et al.*, 2017).

A dor crônica decorrente da fibromialgia acarreta com frequência afastamento das atividades laborais, incapacidade, além de distúrbios de natureza psicossocial (JUNIOR *et al.*, 2012). Desse modo, seu adequado tratamento é fundamental para melhorar a qualidade de vida, reduzir o sofrimento psicológico e seus impactos nas atividades habituais do paciente. O tratamento medicamentoso atual da fibromialgia inclui classes farmacológicas com eficácia comprovada em outros tipos de dor crônica, como analgésicos, opioides fracos, antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina e gabapentinoides (CLAUW, 2014; TZADOK; ABLIN, 2020). A ciclobenzaprina, um relaxante muscular, também pode reduzir a dor e melhorar a capacidade funcional na fibromialgia. Entretanto, apesar da variedade de opções terapêuticas disponíveis, uma baixa porcentagem dos pacientes tratados apresenta melhora significativa dos sintomas (PODOLECKI; PODOLECKI; HRYCEK, 2009), o que pode refletir as lacunas na compreensão da fisiopatologia da fibromialgia, assim como o caráter multifatorial dessa síndrome dolorosa. De fato, entre as síndromes de dor crônica, a FM é uma das mais associadas a componentes psicológicos e afetivos da dor (BESSET *et al.*, 2010). Esse panorama salienta a grande demanda por novas opções terapêuticas eficazes para a FM, e reforça que abordagens não farmacológicas podem trazer benefícios adicionais para essa condição.

Atualmente, as terapias não farmacológicas mais estudadas para a FM, com fortes evidências de eficácia, são: educação, terapia cognitivo-comportamental e exercício, sendo a resposta a essas terapias geralmente maior que ao tratamento medicamentoso (CLAUW, 2014). A hipnose, apesar de ainda pouco utilizada na rotina clínica para o manejo da dor associada à FM, tem demonstrado ser efetiva no controle de alguns estados de dor crônica (ELKINS *et al.*, 2007; PICARD *et al.*, 2013).

Alguns estudos clínicos já foram conduzidos para avaliar a eficácia da hipnose no contexto da FM (HAANEN *et al.*, 1991; CASTEL *et al.*, 2007, 2009, 2012; PICARD *et al.*, 2013; ZECH *et al.*, 2017; ARAVENA *et al.*, 2020). Entretanto, embora eles mostrem, de um

modo geral, resultados positivos, problemas com o delineamento experimental, como falta de controle e amostra reduzida, dificultam as conclusões sobre os reais benefícios da hipnose para o controle da dor na FM. Em adição, até o presente momento, nenhum estudo clínico com amostra significativa e um delineamento experimental adequado foi conduzido na população brasileira para investigar tal questão. Dessa forma, o presente estudo foi delineado para investigar a eficácia da hipnose como adjuvante no controle da dor crônica em pacientes com fibromialgia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FIBROMIALGIA

2.1.1 Aspectos gerais

De acordo com a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2022), a fibromialgia é uma condição caracterizada por dor muscular crônica generalizada, presente há mais de três meses, sem evidência de inflamação nos locais de dor, e que geralmente é acompanhada por sintomas como sono não reparador e cansaço, podendo levar a distúrbios de humor, como ansiedade e depressão, e alterações de memória e concentração.

É considerada o segundo distúrbio reumatológico mais encontrado na prática clínica, sendo menos prevalente apenas que a osteoartrite, e é também uma das principais causas de consultas médicas relacionadas ao sistema musculoesquelético (JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012). A sua prevalência global é de aproximadamente 2% na população geral, sendo responsável por aproximadamente 15% das consultas em ambulatórios de reumatologia, e 5% a 10% nos ambulatórios de clínica geral (PROVENZA *et al.*, 2004). A sua prevalência na população americana é estimada em 3,4% nas mulheres e 0,5% nos homens. Além disso, a frequência aumenta com a idade e estima-se que 7,4% das mulheres com mais de 70 anos de idade sofrem desta doença (CLAUW, 2014). No Brasil a prevalência da fibromialgia é estimada em 2,5% da população, acometendo especialmente mulheres entre 35 e 44 anos (HEYMANN *et al.*, 2017), podendo, entretanto, surgir em qualquer idade, até mesmo na infância (CLAUW, 2014).

O *American College of Rheumatology* (ACR) publicou em 1990 pela primeira vez os critérios de avaliação da fibromialgia, critérios estes que foram validados para a população brasileira em 1999 (ATALLAH-HAUN; FERRAZ; POLLAK, 1999). Dentre os critérios, destaca-se uma sensibilidade dolorosa em sítios anatômicos preestabelecidos, denominados *tender points*. O número de *tender points* relaciona-se com avaliação global da gravidade das manifestações clínicas, fadiga, distúrbio do sono, depressão e ansiedade (PROVENZA *et al.*, 2004). De acordo com Neto *et al.* (2009), além da dor muscular crônica generalizada de intensidade moderada a intensa, a fibromialgia está associada a cefaleia crônica em mais de 40% dos casos, fadiga generalizada em 85% dos casos, parestesias em 50 a 85% dos casos, sintomas intestinais em 60% dos casos, intolerância ao frio em 30% dos casos, dentre outros sinais e sintomas menos frequentes.

A alteração do sono afeta mais de 90% dos pacientes com fibromialgia, com redução nas ondas lentas durante o sono, o que justifica o sintoma comum de sono não reparador nos doentes. Neste cenário, o sono restrito é um fator importante no desenvolvimento de sintomas somáticos, devendo ser devidamente avaliado na prática clínica para um melhor manejo destes pacientes (RODRÍGUEZ; MENDONZA, 2020).

Além dos sintomas já relatados, Clauw (2014) reforça que pacientes com fibromialgia apresentam maior propensão para dismenorreia, distúrbio da articulação temporomandibular, síndrome do intestino irritável e outros distúrbios gastrointestinais como cistite intersticial (síndrome da bexiga dolorosa), endometriose e síndromes dolorosas regionais, como dores nas costas e pescoço.

2.1.2 Etiologia e Fisiopatologia

Há uma série de hipóteses na tentativa de explicar o mecanismo fisiopatológico da fibromialgia, no entanto, não existe um conceito que forneça uma explicação completa da patogênese da doença. A doença é considerada multifatorial e desenvolve-se principalmente em indivíduos predispostos (PODOLECKI; PODOLECKI; HRYCEK, 2009). Alguns fatores são identificados como relacionados a fibromialgia, como os fatores genéticos, ambientais, neurais, hormonais e imunológicos, bem como certas infecções como vírus de Epstein-Barr, parvovírus, brucelose e doença de Lyme. Entretanto, nenhuma causa específica é identificada na grande maioria dos pacientes (RODRIGUEZ; MENDONZA, 2020).

De acordo com Rodriguez e Mendonza (2020), familiares de primeiro grau de pacientes com FM têm oito vezes mais chances de desenvolver fibromialgia do que familiares sem a doença. Fatores genéticos podem explicar a forte predisposição familiar à fibromialgia e outras condições de dor crônica. Genes associados ao aumento ou diminuição da frequência de dor crônica e com a sensibilidade à dor, por regularem neurotransmissores moduladores da dor e vias inflamatórias, estão relacionados a predisposição à fibromialgia (CLAUW, 2014).

Uma análise do genoma evidenciou que, comparados aos controles, os pacientes com FM têm diferenças na expressão de 421 genes, muitos dos quais são importantes no processamento da dor (CLAUW, 2014). De acordo com Merino e Simon (2022), polimorfismos em genes relacionados a neurotransmissores e outros componentes que participam dos processos de sensibilização das vias de processamento e transmissão da dor, como a serotonina, norepinefrina, dopamina, entre outros, são frequentemente encontrados em estudos de associação genética com a FM (LEE *et al.*, 2012; ABLIN; BUSKILA, 2014; ZORINA-

LICHTENWALTER *et al.*, 2016). Um estudo com gêmeos sugere que aproximadamente 50% do risco de desenvolver fibromialgia e condições relacionadas, como a síndrome do intestino irritável e dor de cabeça, é genético e 50% é ambiental (KATO *et al.*, 2009). Nesse sentido, os portadores do alelo responsável pela formação de monoaminoxidase A ativa (MAO-A), enzima que degrada monoaminas, sobretudo a serotonina, tem maior risco de apresentar fibromialgia. Além disso, os portadores deste alelo apresentam sintomas mais intensos da doença, sugerindo o papel da deficiência de serotonina no desenvolvimento da fibromialgia (PODOLECKI; PODOLECKI; HRYCEK, 2009).

Os fatores ambientais que podem estar envolvidos na fisiopatologia da fibromialgia incluem fatores “estressores” como traumas ou lesões mecânicas/físicas e estressores psicossociais. Os traumas físicos comumente relatados incluem: doenças agudas, lesões físicas, cirurgias e acidentes com veículos automotores. Os fatores psicossociais comumente relatados incluem: estresse crônico, trauma emocional e abuso emocional, físico ou sexual. Os efeitos dos estressores psicossociais podem ser especialmente generalizados porque, além de estarem associados ao início da dor crônica generalizada, eles também podem contribuir para aumentar respostas à dor por meio do envolvimento do sistema neuroendócrino (BRADLEY, 2009).

De acordo com Clauw (2014), os fatores psicológicos, comportamentais e sociais que são influenciados pelos estressores do ambiente podem complicar a resposta ao tratamento da fibromialgia. Por outro lado, estes fatores respondem bem ao tratamento com terapia cognitivo-comportamental, sendo este um dos tratamentos não farmacológicos com eficácia para pacientes com FM. Em consonância, o mesmo autor aponta que estes fatores também justificam a eficácia de intervenções simples que promovam redução do estresse, melhora dos padrões do sono e aumento da atividade e exercício físico na melhora do quadro geral de pacientes com esta patologia.

Em relação aos fatores neurais relacionados a fibromialgia, sabemos que indivíduos com a doença exibem anormalidades no processamento da dor, que podem decorrer do excesso de neurotransmissores excitatórios como a substância P (com níveis de 2 a 3 vezes maiores no líquido cefalorraquidiano) e o glutamato nas vias de dor; de baixos níveis de neurotransmissores das vias descendentes inibitórias, como serotonina e norepinefrina; de alterações nos opioides endógenos em algumas regiões do encéfalo que participam da modulação da dor; e de desregulação da dopamina (RODRÍGUEZ; MENDONZA, 2020). Já foi demonstrado que pessoas com FM apresentam menores limiares de dor, assim como também são menores os limiares para outros estímulos sensoriais como calor, ruído e odores fortes, gerando um estado de maior sensibilidade aos estímulos do meio ambiente (RODRÍGUEZ; MENDONZA, 2020).

Ainda em relação aos fatores neurais, tem sido descrito que há um fenômeno de sensibilização central durante a fibromialgia. Assim sendo, neste cenário foi demonstrado que ao se aplicar um estímulo de dor idêntico em pessoas com ou sem FM, os portadores dessa síndrome apresentaram aumento de atividade neural levando a uma sensação de dor mais intensa do que os indivíduos sem FM (PODOLECKI; PODOLECKI; HRYCEK, 2009). Isto significa que estes pacientes sentem mais dor do que o normalmente esperado com base no grau de entrada nociceptiva, ou seja, sentem uma dor desproporcionalmente maior do que o estímulo doloroso (CLAUW, 2014). Esse fenômeno pode justificar porque portadores de fibromialgia apresentam maior propensão para desenvolver outros estados de dor, como dismenorreia, síndrome da bexiga dolorosa, lombalgias entre outros (CLAUW, 2014).

Em relação aos fatores hormonais, de acordo com Tanwar, Hungund e Dodani (2016), a maior prevalência de fibromialgia em mulheres pode indicar que os hormônios sexuais exercem importância na expressão da doença, uma vez que pesquisas relatam níveis alterados destes hormônios (FILLINGIM; NESS, 2000; CRAFT; MOGLIL; ALOISI, 2004; ALOISI; BONIFAZI, 2006; MARTIN, 2009; FILLINGIM *et al.*, 2009; MANSON, 2010). Neste caminho, muitos estudos vêm investigando se os hormônios sexuais interagem com respostas álgicas a estímulos nocivos, já que a hiperalgesia é uma das características principais da fibromialgia (TANWAR; HUNGUND; DODANI, 2016).

Neste contexto, Gur e colaboradores (2004) investigaram se existem anormalidades do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal e concentrações de cortisol em mulheres jovens com fibromialgia primária, e avaliaram ainda se depressão, fadiga e distúrbios do sono afetam esses hormônios. O estudo mostrou que os níveis de cortisol foram significativamente mais baixos em pacientes com fibromialgia do que no grupo controle (participantes saudáveis). Não houve diferença nos níveis de hormônio folículo-estimulante (FSH), hormônio luteinizante (LH), estradiol, prolactina e progesterona entre os pacientes com FM e indivíduos saudáveis. Entretanto, o estudo mostrou que os níveis de LH foram significativamente maiores em pacientes com escores baixos para depressão quando comparados aos pacientes com escores altos para depressão. Em pacientes com distúrbio de sono, os níveis de LH foram significativamente maiores que em participantes sem fibromialgia. Assim sendo, seus achados sugerem que há correlação entre depressão e distúrbios do sono e os níveis de LH durante a FM.

Korszun (2000) também investigou as mulheres com fibromialgia e síndrome de fadiga crônica manifestam anormalidades no eixo hormonal hipotálamo-hipófise-gonadal. Dessa forma, foram avaliadas as características secretoras através de dosagem sanguínea de estradiol,

progesterona, FSH e LH, em mulheres na pré-menopausa com fibromialgia (n= 9), síndrome de fadiga crônica (n=8) e mulheres saudáveis. Os resultados não indicaram diferenças significativas nos níveis de FSH, progesterona, estradiol e LH nas pacientes com fibromialgia e síndrome da fadiga crônica em relação ao grupo de mulheres voluntárias sadias. Do mesmo modo, o estudo de Okifuji e Turk (2006) demonstrou que não há diferença significativa dos níveis hormonais sexuais entre mulheres sadias que menstruam regularmente e mulheres com FM que menstruam regularmente. Os resultados corroboram com estudos anteriores com avaliação monofásica de hormônios sexuais, o que sugere que a maior prevalência de fibromialgia em mulheres provavelmente não é atribuída a níveis anormais de hormônios sexuais (CARETTE; DESSUREAULT; BELANGER, 1992; AKKUS; DELIBAS; TAMER, 2000; GUR *et al.*, 2004).

Embora estudos já tenham apresentado alguma evidência da relação entre progesterona e testosterona com fibromialgia (WHITE *et al.*, 2015; TANWAR *et al.*, 2016), a contribuição de hormônios sexuais para a fibromialgia permanece controversa, necessitando maiores investigações. Em contrapartida, em relação aos fatores imunológicos, pesquisas demonstram que distúrbios imunológicos também podem causar fibromialgia. Níveis mais elevados de interleucina-10, interleucina-8 e fator de necrose tumoral α foram observados nos pacientes com a doença crônica, o que sugere uma contribuição da resposta inflamatória para a patogênese desta doença. Em linha com essa hipótese, há correlação entre os níveis de citocinas e a intensidade dos sintomas clínicos de fibromialgia, particularmente as queixas de dor (PODOLECKI; PODOLECKI; HRYCEK, 2009).

Além disso, as características de personalidade, como mudança rápida de humor e distúrbios cognitivos, têm impacto na patogênese da fibromialgia. Estudos mostram que distúrbios cognitivos leves ou moderados ocorrem em 83% dos indivíduos com fibromialgia e 80% destes apresentam humor depressivo. Além disso, estes indivíduos apresentam frequentemente aumento da sensibilidade à ansiedade e características de responsabilidade emocional de nível variável (PODOLECKI; PODOLECKI; HRYCEK, 2009).

Há evidências de alta prevalência de comorbidades psiquiátricas na fibromialgia, principalmente depressão, ansiedade, personalidade *borderline*, personalidade obsessiva-compulsiva e transtorno de estresse pós-traumático, que estão associadas a um pior quadro clínico do paciente. Há evidências também de altos níveis de negatividade, neuroticismo, perfeccionismo, estresse e raiva nestes pacientes. Alta evitação de danos, baixa cooperação e baixa autodireção são características comumente relatadas em pacientes com fibromialgia, o que impacta a adesão aos tratamentos, que é justamente um dos desafios do tratamento destes

pacientes. Além disso, os pacientes com fibromialgia tendem a ter uma autoimagem e percepção da imagem corporal negativas, bem como baixa autoestima e autoeficácia percebida. A doença reduz o funcionamento nas esferas física, psicológica e social, e também tem um impacto negativo no desempenho cognitivo, nas relações pessoais (incluindo sexualidade e parentalidade), no trabalho e nas atividades da vida diária. Em alguns casos, os pacientes com fibromialgia apresentam idealização suicida, tentativas de suicídio e suicídio consumado. Os pacientes com fibromialgia percebem a doença como um distúrbio estigmatizado e invisível e essa percepção negativa dificulta sua capacidade de adaptação à doença. Dessa forma, terapias psicológicas podem constituir um importante complemento aos tratamentos farmacológicos para melhorar os sintomas clínicos e reduzir o impacto da fibromialgia na qualidade de vida relacionada à saúde (GIESECKE *et al.*, 2003; FINAN; ZAUTRA; DAVIS, 2009; KURTH; SCHER, 2015; SORIANO-MALDONADO *et al.*, 2015; UÇAR *et al.*, 2015; GALVEZ-SÁNCHEZ; DUSCHEK; REYES DEL PASO, 2019).

Diante do exposto acima, fica evidente que não existe uma explicação única e completa para a patogênese da fibromialgia, que provavelmente tem origem em um contexto multifatorial. Essa realidade evidencia a necessidade de novos estudos que continuem elucidando e trazendo informações adicionais sobre a fisiopatologia da doença. Por outro lado, os fatores já conhecidos da doença devem ser sempre considerados para um melhor manejo terapêutico dos pacientes.

2.1.3 Diagnóstico

O diagnóstico da fibromialgia ainda é baseado nos relatos dos pacientes e na avaliação clínica, porque, como descrito acima, a patogênese da doença não é bem compreendida, mas sobretudo pela falta de biomarcadores confiáveis da doença (ATZENI *et al.*, 2019). Em 1990, o *American College of Rheumatology* (ACR) propôs os primeiros critérios oficiais para diagnóstico da fibromialgia, conforme apresentado na Figura 1. Foi estipulado que deveriam estar presentes: dor crônica generalizada acometendo o esqueleto axial e as regiões acima e abaixo da cintura, com duração igual ou superior a três meses, presença de pelo menos 11 dos 18 pontos dolorosos (*tender points*) em regiões anatômicas específicas, e que estes pontos dolorosos deveriam ser sensíveis à pressão digital com intensidade da força equivalente a 4 kg/cm (PODOLECKI; PODOLECKI; HRYCEK, 2009).



Figura 1 – Localização dos 18 tender points estabelecidos pela American College of Rheumatology em 1990 para o diagnóstico de fibromialgia

Fonte: (GÁLVEZ-SÁNCHEZ; REYES DEL PASO, 2020).

Entretanto, o critério diagnóstico proposto pelo *American College of Rheumatology* foi duramente criticado, por sua limitação no que diz respeito à dor clínica. As dificuldades de aplicação e padronização da algometria de pressão na atenção primária a saúde, torna a contagem de *tender points* impraticável na prática clínica. Outra crítica aos critérios propostos consiste em não considerar sintomas importantes, como dificuldade para dormir e fadiga, além da conceituação da fibromialgia como um transtorno regular em vez de contínuo (GALVEZ-SÁNCHEZ; REYES DEL PASO, 2020). Além disso, muitos indivíduos com fibromialgia não apresentam dor em todo o corpo ou podem não apresentar os 11 pontos dolorosos. Ademais, como os sintomas de dor e sensibilidade são comuns, é mais difícil a identificação se os sintomas são isolados ou fazem parte de uma doença indutora de dor como a FM (CLAUW, 2014). Outro ponto negativo em relação aos critérios propostos pelo *American College of Rheumatology* é que não consideravam de forma adequada os pacientes com resposta positiva ao tratamento e com sintomas estáveis e isto se aplicaria a cerca de 30% dos pacientes previamente diagnosticados com fibromialgia. Portanto, os critérios inicialmente propostos não atendiam as necessidades de médicos, pesquisadores e pacientes (GALVEZ-SÁNCHEZ; REYES DEL PASO, 2020).

Devido as críticas, em 2010, o *American College of Rheumatology* propôs novos critérios de diagnóstico que eliminaram a relevância clínica de contabilizar pontos dolorosos e introduziu a avaliação quantitativa da dor generalizada, pelo uso do índice de dor generalizada que incorpora sintomas-chave na avaliação, no qual existe a possibilidade de assinalar a presença de dor em 19 regiões anatômicas não articulares dolorosas, e numa escala de gravidade de sintomas: fadiga, sono não reparador, cognição e sintomas somáticos. Uma revisão adicional

ocorrida em 2016 acrescentou o critério de dor generalizada (dor em pelo menos quatro das cinco regiões), sintomas somáticos específicos, incluindo dor de cabeça, cólicas abdominais e depressão, salientando ainda que o diagnóstico de fibromialgia não exclui a presença de outros diagnósticos (ALCIATI *et al.*, 2021). Recentemente, a *American Pain Society* introduziu novos critérios como foco: 1) seis ou mais locais de dor de um total de nove; 2) problemas de sono moderados a graves ou fadiga; 3) dor em vários locais mais fadiga ou problemas de sono, presente por pelo menos três meses (ALCIATI *et al.*, 2021).

As queixas, em grande parte subjetivas em indivíduos com fibromialgia, são difíceis de serem verificadas por um médico e, portanto, dificultam a avaliação objetiva da atividade clínica da doença. Os questionários de Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh e o Questionário de Impacto da Fibromialgia, que avalia o efeito da fibromialgia na vida cotidiana, são ferramentas úteis para determinar o estágio da doença e a eficácia do tratamento, apesar de passíveis de muitos erros, que resultam da avaliação subjetiva do paciente (PODOLECKI; PODOLECKI; HRYCEK, 2009).

Diante do exposto, é possível inferir que o diagnóstico da fibromialgia continua sendo clínico e um desafio para os médicos, geralmente por exclusões de diagnósticos, associada a avaliação clínica dos sintomas, uma vez que não existem marcadores e exames que comprovem a fibromialgia. Apesar das dificuldades, a fibromialgia pode ser diagnosticada e tratada no ambiente de atenção primária a saúde. O encaminhamento a um especialista é necessário apenas para pacientes com diagnóstico incerto (reumatologistas ou neurologistas, dependendo dos sintomas), para pacientes refratários à terapia (especialista da clínica de dor) ou pacientes com problemas psiquiátricos significativos (psiquiatra ou psicólogo) (ALCIATI *et al.*, 2021).

2.1.4 Tratamento

Além das dificuldades de diagnóstico, a terapêutica da fibromialgia é um grande desafio. Por ser uma síndrome crônica, sem procedimentos curativos disponíveis até o momento, seu tratamento é baseado no controle dos sintomas de forma multidirecional, envolvendo vários métodos. Assim sendo, de acordo com Clauw (2014), a melhor abordagem para o tratamento da fibromialgia é a integração de tratamento farmacológicos e não farmacológicos, com a participação ativa dos pacientes no processo. Ainda segundo o autor, o desenvolvimento de equipes multidisciplinares de tratamento se mostra útil e devem incluir médico com experiência em educação do paciente, profissionais ou enfermeiros educadores, fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais e psicólogos capacitados em terapia cognitivo-comportamental.

2.1.4.1 Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico existente atualmente para fibromialgia inclui os três medicamentos aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA) para esta condição: a pregabalina, gabapentinoide que atua por bloqueio dos canais de cálcio; a duloxetina e o milnaciprano, ambos inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina; e outros tipos de antidepressivos, utilizados em várias síndromes de dor crônica incluindo a FM (TZADOK; ABLIN, 2020). Os antidepressivos tricíclicos (ADTs) agem inibindo a recaptção da serotonina e a noradrenalina, promovendo analgesia pela potencialização do efeito analgésico dos opioides endógenos. De acordo com Moraczewski e Aedma (2022), embora os ADTs sejam uma possibilidade, raramente são prescritos como tratamento de primeira linha devido ao seu perfil de efeitos adversos desfavoráveis, ou seja, efeitos anticolinérgicos, anti-histamínicos e antiadrenérgicos.

Embora diferentes ADTs sejam utilizados no tratamento da dor crônica, a amitriptilina é o fármaco que reúne mais informação na literatura sobre evidência em seu uso na FM, pois ela inibe a recaptção tanto de noradrenalina como de serotonina, o que em sistemas moduladores descendentes gera analgesia central (TZADOK; ABLIN, 2020; SILVA *et al.*, 2022). Seu nível de recomendação entre diretrizes é elevado, com tendência a se orientar doses abaixo de 50mg/dia com melhora não somente da dor, como de fadiga e sono. O perfil de efeitos adversos, incluindo ganho de peso, sonolência exagerada e possíveis alterações de conteúdo de consciência - sobretudo em idosos, tende a ser o maior obstáculo ao uso regular da amitriptilina, uma vez que possui baixo custo e posologia cômoda. Além da analgesia, os tricíclicos aumentam a duração da fase 4 do sono n-REM, melhorando os distúrbios de sono e diminuindo as alterações de humor de pacientes com fibromialgia. Assim sendo, a amitriptilina induz melhora na fadiga, no quadro doloroso e no sono destes pacientes (SILVA *et al.*, 2022).

Segundo Hennemann-Krause e Sredni (2016), os gabapentínoídes, pregabalina e gabapentina, atuam como ligantes à subunidade alfa-2-delta dos canais de cálcio voltagem-dependentes pré-sinápticos. Dessa maneira, esses fármacos regulam a entrada de cálcio no neurônio pré-sináptico diminuindo a liberação de neurotransmissores excitatórios na fenda sináptica. Como apontam as autoras, ambos são bem tolerados e têm poucas interações farmacológicas, pois não fazem metabolização hepática, são excretados via renal, necessitando de ajuste de dose em nefropatas.

Os gabapentinoides geralmente são bem tolerados, sendo os efeitos adversos mais relatados: tontura, sonolência e ganho de peso. A eficácia da gabapentina e da pregabalina no tratamento da fibromialgia foi evidenciada num estudo de metanálise realizado por Hauser e colaboradores (2009). Nesse estudo foram analisados ensaios clínicos randomizados sobre o tratamento da fibromialgia com gabapentina e pregabalina. Seis ensaios clínicos randomizados que estudaram 2.422 indivíduos em tratamento com gabapentina (um estudo) ou pregabalina (cinco estudos) e 1.056 indivíduos com placebo foram incluídos na revisão sistemática. Os resultados demonstraram fortes evidências de redução da dor, melhora do sono e da qualidade de vida relacionada à saúde pelos tratamentos, mas sem redução substancial da fadiga e da ansiedade (HAUSER *et al.*, 2009). A pregabalina possui absorção três a quatro vezes mais rápida, maior biodisponibilidade que a gabapentina e a administração é mais fácil, pois pode ocorrer em intervalos maiores de tempo. O efeito analgésico da pregabalina é também mais intenso que da gabapentina e seus efeitos adversos menores (OLIVEIRA JUNIOR; ALMEIDA, 2018). Devido aos níveis de evidência científica, a pregabalina foi o primeiro fármaco aprovado para o tratamento dos portadores de fibromialgia pelo FDA nos Estados Unidos (BOOMERSHINE, 2010).

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSNs) são uma classe de fármacos antidepressivos que inibem a recaptação de serotonina e noradrenalina, aumentando suas concentrações no sistema nervoso central. Tem sido proposto que, assim como para os tricíclicos, esse efeito potencializa as vias endógenas de analgesia. Welsch e colaboradores (2018) realizaram uma revisão sistemática com 18 estudos com um total de 7903 participantes para avaliar a eficácia de ISRSNs em pacientes com fibromialgia. Os diferentes estudos tiveram uma duração total que variou entre 4 e 27 semanas e compararam os efeitos da desvenlafaxina, duloxetina e milnaciprano com um placebo. A duloxetina e o milnaciprano mostraram-se superiores ao placebo na redução do nível de dor em pelo menos 50%, bem como na melhoria global do bem-estar, também se mostraram superiores ao placebo na melhoria dos índices de qualidade de vida associada à saúde, bem como na redução da fadiga (WELSCH *et al.*, 2018). Não houve resultados significativos na redução das alterações do sono em relação ao placebo. A duloxetina, o milnaciprano e o placebo não mostraram diferença no que concerne à frequência da ocorrência de eventos adversos graves, entretanto os grupos de duloxetina e milnaciprano reportaram mais eventos adversos como náusea e sonolência. Uma metanálise que revisou cinco estudos diferentes sobre a duloxetina e cinco estudos diferentes sobre o milnaciprano mostrou que essas drogas tiveram efeitos positivos na dor e na melhora clínica percebida pelo paciente (HAUSER *et al.*, 2018; TZADOK; ABLIN, 2020). Os ISRSNs,

principalmente a duloxetine, são considerados uma das classes de medicamentos mais segura e com maior evidência de eficácia no tratamento da fibromialgia (PODOLECKI; PODOLECKI; HRYCEK, 2009; TZADOK; ABLIN, 2020).

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) são uma classe de antidepressivos que agem inibindo a recaptação da serotonina, o que leva ao aumento dos níveis de serotonina entre os neurônios e produz uma regulação à queda dos receptores 5HT1A, levando ao aumento dos níveis de serotonina no espaço intersináptico. A serotonina é um neurotransmissor que regula o humor, portanto, este aumento levaria a melhora do humor do paciente. Como a depressão é associada aos baixos níveis de serotonina e noradrenalina, os ISRSs e ISRSNs promovem o aumento e manutenção destes neurotransmissores em níveis elevados. Os medicamentos da classe investigados para o tratamento da fibromialgia são citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina e sertralina. Apesar da suposição teórica de que a inibição combinada de serotonina e noradrenalina é mais eficaz do que o aumento seletivo de serotonina em relação à inibição da dor e os medicamentos desta classe não serem aprovados especificamente para o tratamento de FM, o uso dessa classe de drogas é recomendado em diretrizes práticas. De acordo com os resultados de uma metanálise, os ISRS melhoram a dor, a depressão e a qualidade de vida geral, mas em pequena escala. O tamanho do efeito para melhora nos distúrbios do sono foi considerado não substancial (HAUSER *et al.*, 2018; TZADOK; ABLIN, 2020).

Outros fármacos também podem ser utilizados para tratar os sintomas da fibromialgia, incluindo relaxantes musculares, antagonista de receptores 5-HT₂, antagonistas de NMDA, canabinoides, anti-inflamatórios e analgésicos opioides, embora tenham menor nível de evidência para eficácia (MEASE; DUNDON; SARZI-PUTTINI, 2011). Entre eles, merece destaque o tramadol, um opioide fraco cuja eficácia analgésica é mediada pela ação dual, como agonista de receptores opioides e inibidor de recaptação da serotonina. Uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados avaliando a eficácia do tramadol sozinho e em combinação com antidepressivo ou analgésico para os sintomas de fibromialgia foi publicada em 2020 (ALCIATI *et al.*, 2021). Essa revisão demonstrou, utilizando a escala VAS de dor, que três dos quatro estudos clínicos analisados demonstraram redução da dor pelo tramadol. Além disso, o tramadol combinado com o paracetamol foi associado a melhora da qualidade de vida em comparação ao placebo, enquanto o tramadol sozinho não demonstrou o mesmo benefício em relação ao placebo (ALCIATI *et al.*, 2021).

Apesar da variedade de opções terapêuticas disponíveis para o tratamento da fibromialgia, uma baixa porcentagem dos pacientes tratados apresenta melhora significativa

dos sintomas (PODOLECKI; PODOLECKI; HRYCEK, 2009), o que pode refletir as lacunas na compreensão da fisiopatologia da FM, assim como o caráter multifatorial dessa síndrome dolorosa. De fato, entre as síndromes de dor crônica, a FM é uma das mais associadas a componentes psicológicos e afetivos da dor (BESSET *et al.*, 2010). Esse panorama salienta a grande demanda por novas opções terapêuticas eficazes para a FM e reforça que abordagens não farmacológicas podem trazer benefícios para essa condição (PODOLECKI; PODOLECKI; HRYCEK, 2009).

2.1.4.2 Tratamento não farmacológico

O caráter multifatorial da FM, assim como seu perfil crônico e refratário ao tratamento farmacológico disponível, demanda abordagens terapêuticas adicionais. As três terapias não farmacológicas mais estudadas e com forte evidência (nível 1A) para eficácia na fibromialgia são: educação ao paciente, terapia cognitiva-comportamental e prática de atividades físicas. A resposta à estas terapias geralmente excede a resposta aos produtos farmacêuticos (CLAUW, 2014). O maior benefício é observado para a melhora do funcionamento geral e redução de sintomas, que deve ser o principal objetivo do tratamento para FM. Estes tratamentos podem resultar em melhorias sustentadas por mais de um ano (BENNETT, 2006; BURCKHARDT, 2006; HAUSER *et al.*, 2009; HAUSER *et al.*, 2010; BERNARDY *et al.*, 2010). Por outro lado, o acesso, a aderência e a adesão ao tratamento são as limitações mais importantes na tentativa de implementá-los na rotina da prática clínica (CLAUW, 2014).

A educação ao paciente é definida como qualquer conjunto de atividades educacionais planejadas por profissionais qualificados para informar e reestruturar as percepções sobre a doença, com o objetivo de melhorar os comportamentos de saúde do paciente e/ou estado de saúde (LORIG, 2001). Nesse contexto dos tratamentos não farmacológicos, destacam-se também as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), uma abordagem da psicoterapia baseada na combinação de conceitos do behaviorismo radical (investigação psicológica que procura examinar do modo mais objetivo o comportamento humano e dos animais, com ênfase nos fatos objetivos, estímulos e reações, sem fazer recurso à introspecção) com teorias cognitivas. Essa abordagem é bastante específica, clara e direta, sendo utilizada para tratar diversos transtornos mentais e seu objetivo principal é identificar padrões de comportamento, pensamento, crenças e hábitos que estão na origem dos problemas, indicando, a partir disso, técnicas para alterar essas percepções de forma positiva. A TCC visa reduzir as tentativas mal adaptadas de prevenir e controlar a dor, fazendo isto através da formação e

reforço do envolvimento em comportamentos que estejam de acordo com os valores de vida do indivíduo, utilizando métodos que visam o melhor aceitação da dor (MIYAZAKI, 2018). Desta forma, a TCC também é vista como uma possível abordagem para trabalhar a FM, já que tem como enfoque ajudar o indivíduo na construção de pensamentos e comportamentos mais saudáveis, também a refletir sobre pessoas e situações e a maneira com que se comporta (BECK, 2013).

Uma revisão sistemática realizada em 2015 por um grupo multidisciplinar de 12 países avaliou as evidências relacionadas ao manejo farmacológico e não farmacológico da fibromialgia com foco nas revisões sistemáticas e metanálises existentes. Com base nas metanálises, o exercício físico é a primeira escolha entre as terapias complementares na abordagem terapêutica do paciente com FM, seguida pela terapia cognitivo-comportamental (MACFARLANE *et al.*, 2016). Para avaliação dos efeitos da terapia cognitivo-comportamental foram analisadas cinco revisões que incluíram até 30 ensaios clínicos e pelo menos 2031 pacientes com FM. A TCC foi eficaz na redução da dor e incapacidade no final do tratamento quando comparada ao grupo controle, e seus resultados foram sustentados por mais de 1 ano. Para analisar os impactos dos exercícios físicos foram avaliadas vinte revisões que incluíram 34 ensaios clínicos e pelo menos 2494 pacientes com FM. O exercício aeróbico foi associado a melhorias na dor e na função física. Cinco ensaios clínicos com 219 pacientes avaliaram treinamento de resistência e tiveram resultado de melhora significativa na dor, bem como no funcionamento diário quando comparado ao controle. Não foi possível estabelecer superioridade entre os tipos de exercícios (aeróbico e fortalecimento) devido evidências insuficientes. Abordagens em educação do paciente não foram avaliadas nesta revisão (MACFARLANE *et al.*, 2016).

Além de estratégias individuais, as terapias não farmacológicas são com frequência combinadas em tratamentos multidisciplinares para portadores de fibromialgia. Hauser e colaboradores (2009) realizaram uma metanálise para avaliar a eficácia do tratamento multicomponente para FM, sendo considerado tratamento multicomponente aqueles que associam pelo menos uma terapia educacional ou psicológica a pelo menos uma terapia de exercícios. Foram incluídos 9 estudos randomizados, com 1119 pacientes, que confirmaram que o tratamento multicomponente com a educação dos pacientes reduz a dor, a fadiga, os sintomas depressivos e as limitações de qualidade de vida relacionada a saúde, além de melhorar a autopercepção da dor (HAUSER *et al.*, 2009).

Areso-Bóveda e colaboradores (2022) realizaram um estudo clínico pragmático, não randomizado, com 53 mulheres com fibromialgia, que avaliou o uso de uma intervenção de

educação em neurociência da dor associada a exercícios físicos no tratamento da fibromialgia. O tratamento reduziu o impacto da FM na vida diária, catastrofismo, ansiedade e depressão, gravidade e impacto da dor no desempenho pessoal diário e na capacidade funcional. Os autores do estudo sugeriram que essa intervenção associada a exercícios pode ser usada como adjuvante no tratamento de pacientes com fibromialgia por ser um tratamento viável, barato e com evidências de eficácia, fácil de ser implementado no cuidado primário.

Apesar das evidências já existentes sobre os tratamentos não farmacológicos disponíveis para a fibromialgia, o tamanho do efeito para muitos tratamentos ainda é relativamente modesto. Isso evidencia a necessidade de novas pesquisas que foquem em como certas intervenções podem ser melhoradas, seu uso em combinação considerando o perfil dos pacientes e a organização dos sistemas de saúde para ampliar o uso e otimizar os resultados (MACFARLANE *et al.*, 2016).

Entre as abordagens não farmacológicas para o tratamento da fibromialgia, a hipnose terapêutica vem sendo considerada para o controle da dor. Estudos com hipnoterapia já demonstraram alguma eficácia dessa abordagem no controle da dor nos pacientes com fibromialgia. Em estudo comparado com fisioterapia, oito sessões de hipnoterapia promoveram significativa melhora da dor de pacientes resistentes a outros tratamentos (HAANEN *et al.*, 1991). Entretanto, mais evidências dos benefícios da hipnose para a fibromialgia são ainda necessárias.

2.2 HIPNOSE

2.2.1 Conceito e história da hipnose

De acordo com Elkins *et al.* (2015), a hipnose é definida como um estado de consciência que envolve atenção focada e redução da consciência periférica, caracterizada por um aumento da capacidade de responder às sugestões. A hipnose é um estado diferenciado de outros estados de consciência, como a vigília normal, sono, relaxamento profundo ou meditação, e esta diferenciação pode ser percebida pelo padrão de uma eletroencefalografia e outras modalidades de exames de imagem (HÄUSER *et al.*, 2016). Com o desenvolvimento e utilização das técnicas de imageamento cerebral e eletroencefalografia, já se sabe que a hipnose é um estado de consciência diferente do sono e mais semelhante ao de um relaxamento profundo, onde há redução da atenção aos estímulos externos e maior concentração nos processos mentais (FERREIRA, 2003). Durante a hipnose uma série de reações fisiológicas e mentais podem

acontecer, como: percepção alterada do tempo, amnésia seletiva, regressão a uma idade mais jovem recuperando memórias ou experiências anteriores, um foco interno marcado e sugestionabilidade elevada, ou seja, uma reação mais forte às sugestões (HÄUSER *et al.*, 2016). De acordo com Bauer (2018) e Ferreira (2011), toda comunicação seria uma hipnose, pois em todos os momentos em que nossa atenção está tão focada – como quando nos emocionamos com cenas de novelas, filmes ou livros, quando estamos dirigindo, quando assistimos a uma aula que nos interessa e o professor é habilidoso – nosso estado de consciência se apresenta alterado.

A hipnose pode ser encontrada na história desde os seus primórdios. Existem relatos de hipnose que remetem ao primeiro manuscrito da medicina egípcia XXX a.C. Na China no século XVIII a.C. induzia-se um transe hipnótico para se buscar a aproximação entre pacientes e seus antepassados e na mitologia grega se referiam a um sono especial que curava as pessoas (BAUER, 2018). O médico Franz Mesmer (1734-1815) é considerado o criador da era moderna do hipnotismo e foi quem inaugurou a fase científica da hipnose, utilizando magnetos curava dores e doenças naquela época, pela aplicação de tais ímãs na frente da pessoa (BAUER, 2018). James Braid, em 1842, utilizou pela primeira vez o termo hipnose, derivada da palavra grega “hypnos”, que significa “sono”. Em um de seus trabalhos estudou se a anestesia obtida sob hipnose era devida a uma inibição de uma parte do cérebro do paciente, investigando desde aquela época a ação da hipnose na dor (FERREIRA, 2011).

Durante os séculos XIX e XX, a hipnose continuou sendo proposta e utilizada e Freud, em 1918, defendeu o uso da hipnose associada a psicanálise no tratamento dos pacientes (BAUER, 2018). Após a Segunda Guerra Mundial, a hipnose começou a retomar força no tratamento dos traumas pós-guerra (BAUER, 2018). Na década de 1960, coube a Milton Erikson - médico, psicólogo e hipnoterapeuta internacionalmente conhecido - resgatar de forma original e criativa as possibilidades do olhar hipnótico terapêutico constituindo, sua obra, em uma legítima quebra de paradigma dentro da psicoterapia e do pensar psicológico (NEUBERN, 2009).

Os benefícios terapêuticos da hipnose, incluindo para o alívio da dor e tratamento de doenças, foram reconhecidos apenas em 1955 pela British Medical Association, que aceitou oficialmente em 1958 a utilização da hipnose como forma de terapia (STREETER, 2004). No Brasil, a prática de hipnose foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina em 1999 (CFM RES. 42/1999). O Conselho Federal de Medicina (CFM) em seu parecer reconheceu que a hipnose é uma valiosa prática médica, subsidiária de diagnóstico ou de tratamento, devendo ser exercida por profissionais devidamente qualificados e sob rigorosos critérios éticos.

2.2.2 Mitos, princípios e aplicações

Alguns mitos que envolvem a hipnose comprometem o conhecimento e a aceitação desta como um recurso adjuvante ao tratamento de problemas físicos e psicológicos. Durante muito tempo a técnica hipnótica foi utilizada de forma errônea por hipnotizadores de palco e, por isso, é imprescindível desmitificá-la antes de iniciar o processo de tratamento (KRASNER, 1990; ANSARI, 1991; BAUER, 2018).

O primeiro mito é de que a hipnose é sono. A hipnose não é sono, ela seria um estágio anterior, e os aspectos fisiológicos e psicológicos do sono e da hipnose são diferentes. Na indução hipnótica, o indivíduo ouve a voz do terapeuta e responde às instruções, diferentemente do que ocorre no sono. Do ponto de vista físico (atividade diminuída, relaxamento muscular, respiração suave, entre outros), o sono e o transe hipnótico podem ser parecidos, entretanto do ponto de vista mental são completamente diferentes, pois na hipnose a pessoa está relaxada, mas de forma alerta - diferente do sono (BAUER, 2018). Os batimentos cardíacos e ritmo respiratório durante o transe hipnótico estão mais próximos do estado de alerta do que o sono (BAUER, 2018).

Um segundo mito envolvendo a hipnose é de quem pode ou não ser hipnotizado. De acordo com Bauer (2018), todos podem ser hipnotizados. Indivíduos com mais facilidade de entrar em transe são os que possuem motivação e habilidade de concentração (ANSARI, 1991). Outros mitos existentes falam a respeito de perda de controle. No transe hipnótico, o sujeito não está sob o domínio da vontade do terapeuta. O hipnotizador não controla o desejo do paciente, ou seja, o paciente está completamente ciente do ambiente e totalmente capaz de tomar decisões por conta própria, não apresentando dessa forma nenhum comportamento que possa ir contra os seus valores (KRASNER, 1990; ANSARI, 1991; BAUER, 2018). Dessa forma, desmistificar a hipnose e inseri-la dentro do contexto da neurociência é um passo fundamental para o sucesso e avanço da hipnoterapia.

O tratamento com a hipnose geralmente envolve duas etapas. A primeira consiste na indução hipnótica, quando os sujeitos são convidados a focar sua atenção em um objeto, como por exemplo um ponto na parede; ou em uma experiência como sua respiração, sensações de relaxamento ou a experiência de estar no seu lugar favorito. Essa etapa tem por objetivo induzir o transe hipnótico, que é um estado no qual as limitações conscientes do paciente são parcialmente suspensas, de modo que o indivíduo passa a ser receptivo a associações e meios de funcionamento mental que são facilitadores na solução de problemas (MATHEWS, 1993).

O transe hipnótico pode acontecer em diferentes níveis e apresentar características distintas, sendo estes níveis leve, médio e profundo (BAUER, 2018). Durante o transe leve percebe-se sinais como: relaxamento, sensação de catalepsia, diminuição dos movimentos, respiração e pulso lentos, sensação de peso no corpo. Neste nível gera-se habilidade para sugestões pós-hipnóticas simples. No transe médio, a catalepsia é acentuada, os músculos da face ficam soltos, o movimento de deglutição fica diminuído, movimentos oculares e respiração lenta. Neste nível pode ocorrer amnésia parcial e gera-se habilidades para sugestões pós-hipnóticas mais difíceis. O transe profundo é similar ao estágio anterior ao sono, podendo ocorrer movimento rápido dos olhos; pode-se falar ou andar, numa atividade semelhante ao sonambulismo (FERREIRA, 2003; BAUER, 2018). Para a hipnoterapia, o transe médio é considerado o melhor, por ter maior eficácia quanto à sugestão. Em transe leve, a consciência está muito presente e, com ela, a crítica e as resistências; enquanto no transe profundo ocorre amnésia, que por vezes é prejudicial aos resultados terapêuticos (BAUER, 2018).

A segunda etapa da hipnose inclui as sugestões, que são projetadas para resultar em mudanças na experiência subjetiva, alterações na percepção, sensação, emoção, pensamento ou comportamento (JENSEN et al., 2015). Sugestão é um tipo de comunicação que provoca uma resposta involuntária que reflete o conteúdo ideacional da comunicação (BAUER, 2018). A resposta do paciente depende da sua sugestibilidade (capacidade de responder às sugestões) e reflete sua abertura para aceitar novas ideias ou novas informações. À medida que esta informação vai sendo adquirida, dependendo do seu valor subjetivo, ela pode alterar a experiência da pessoa de alguma maneira. A escolha de aceitar ou não a sugestão proposta vai depender da própria pessoa acreditar que isso possa levar a mudança que ela deseja (BAUER, 2018).

Além da sugestibilidade, outro fator que pode influenciar os níveis de responsividade para a hipnose é a suscetibilidade hipnótica, que diz respeito ao grau que o indivíduo é hipnotizável, ou seja, sua capacidade de experimentar alterações sugeridas na fisiologia, sensações, emoções, pensamentos ou comportamento durante a hipnose (ELKINS et al., 2015). A suscetibilidade hipnótica está relacionada ao transe hipnótico, ou seja, quanto maior suscetibilidade mais facilmente é atingido o transe hipnótico (BAUER, 2018). A suscetibilidade hipnótica é mensurável por meio de escalas, sendo a mais utilizada pela facilidade de aplicação, confiabilidade e validação, a *Waterloo-Stanford Group C Scale of Hypnotic Susceptibility - WSGC:C* (BOWERS, 1998; BOWERS, 1993; KIRSCH; MILLING; BURGESS, 1998). Entretanto, embora a determinação da suscetibilidade hipnótica dos pacientes possa representar uma variável moderadora do efeito, sabe-se que a porcentagem de pacientes que se beneficia

com a hipnose é muito excedente à de pacientes com escores altos nas escalas de suscetibilidade hipnótica (BAUER, 2018).

Nas últimas cinco décadas vários estudos clínicos randomizados corroboram a eficácia da hipnose para o tratamento de pacientes com diferentes condições clínicas como: dor aguda (KIRSCH, 2000; PATTERSON; JENSEN, 2003; LANDOLT; MILLING, 2011; TOMÉ-PIRES; MIRÓ, 2012; MADDEN et al., 2016), dor crônica (MONTGOMERY et al., 2000; PATTERSON; JENSEN, 2003; JENSEN; PATTERSON, 2006; ELKINS; JENSEN; PATTERSON, 2007; JENSEN, 2009; TOMÉ-PIRES; MIRÓ, 2012), em cirurgias médicas e odontológicas (LAMBERT, 1996; MAUER et al., 1999), na lombalgia e na fibromialgia (ALVAREZ-NEMEGYEI, 2007; TAN et al., 2010; BERNARDY et al., 2011; CASTEL et al., 2012; ZECH et al., 2017; ARAVENA et al., 2020), em dores de cabeça tensionais (VANDYCK et al., 1991) em dores crônicas de uma maneira geral (LANG, 2000; SANDRINI, 2000; CASTEL, 2006; SHARAV, 2006), na área de lesão esportiva (BECKER; SAMULSKI, 1998); para controle da dor na odontologia (STAM; MCCRATH; BROOKE, 1984); em afecções dermatológicas (STEWART; THOMAS, 1995; BILKIS; MARK, 1998), em claustrofobia (SIMON, 1999), em pacientes com esclerose múltipla (STUCHER, 1997), em distúrbios intestinais (FARRUGIA; CAMILLERI; WHITEHEAD, 1996), na síndrome do intestino irritável (TAN; HAMMOND; JOSEPH, 2005; RUTTEN et al., 2013), na disfunção sexual masculina (CRASILNECK, 1992; AYDIN et al., 1996); no controle da náusea e vômito em crianças com câncer sob quimioterapia (JACKNOW; TSCHANN; LINK; BOYCE, 1994), na dor oncológica (EATON et al., 2022), na depressão (ALLADIN, 2012) e ansiedade (GOLDEN, 2012; HAMMOND, 2010). A hipnose também vem demonstrando eficácia quando combinada com intervenções cognitivo-comportamentais, nas perturbações depressivas, da ansiedade, do sono, condições psicossomáticas, tabagismo, obesidade, controle da dor, entre outras (KIRSCH; LYNN; RHUE, 1997; LYNN et al., 2000; MCINTYRE, 2001). Esse panorama ilustra as inúmeras e variadas condições para as quais a hipnose pode trazer benefícios terapêuticos, mas merece destaque seu potencial para as síndromes de dor crônica.

2.2.3 Hipnose no controle da dor crônica

Nas mais diversas civilizações são encontrados relatos de tentativas de controle da dor com a utilização da hipnose (CARVALHO; LODUCCA; PORTNOI, 2003). Nas últimas décadas, a hipnose tem sido aplicada a uma variedade de condições de dor crônica, incluindo câncer (ELKINS *et al.*, 2004; SPIEGEL; BLOOM, 1983), lombalgias (MCCAULEY *et al.*,

1983; SPINHOVEN; LINSSEN, 1989), artrite (GAY; PHILIPPOT; LUMINET, 2002), doença falciforme (DINGES et al., 1997), condições temporomandibulares (SIMON; LEWIS, 2000; WINOCUR et al., 2000), fibromialgia (HAANEN et al., 1991; PICARD et al., 2013), incapacidade física (JENSEN et al., 2005) e etiologias mistas (MELZACK; PERRY, 1975; EDELSON; FITZPATRICK, 1989; APPEL; BLEIBERG, 2005–2006).

De acordo com Dillworth, Mendoza e Jensen (2012), a hipnose tem sido considerada como um tratamento eficaz para a dor crônica em várias condições. Estudos demonstraram que cerca de 70% dos indivíduos com dor crônica são capazes de experimentar uma redução a curto prazo na dor durante uma sessão de tratamento ou prática de hipnose e entre 20% e 30% conseguem reduções mais permanentes na dor diária.

Um dos primeiros estudos que demonstrou a eficácia da hipnose na dor crônica foi o de Anderson e colaboradores (1975). Esses autores realizaram um estudo clínico com 47 pacientes com enxaqueca que foram aleatoriamente designados para receber seis ou mais sessões de hipnose durante 12 meses (com instruções para praticar auto-hipnose diariamente) ou para o manejo medicamentoso (Stemetil, proclorperazina, 5 mg, quatro vezes ao dia no primeiro mês e duas vezes ao dia nos 11 meses restantes do estudo). Uma análise de resposta indicou que a “remissão completa” das dores de cabeça durante os últimos três meses de tratamento foi alcançada por 44% dos participantes na condição de hipnose e 13% dos participantes na condição de medicamento.

Simon e Lewis (2000) realizaram um estudo clínico para investigar a eficácia da hipnose na disfunção temporomandibular em 28 pacientes. Essa disfunção pode estar associada à dor crônica relacionada à disfunção da musculatura mastigatória, da articulação temporomandibular ou de ambas. As medidas dos sintomas de dor (intensidade, duração e frequência da dor) foram avaliadas em quatro ocasiões distintas: durante a lista de espera, antes do tratamento, após o tratamento e no seguimento de 6 meses. A intervenção hipnótica consistiu em educação sobre hipnose e cinco sessões que envolveram indução e sugestões de analgesia hipnótica, anestesia e relaxamento muscular. Os pacientes também foram instruídos a praticar auto-hipnose diariamente com gravações de áudio do tratamento hipnótico. Os resultados indicaram uma diminuição significativa na frequência da dor, na duração da dor e um aumento no funcionamento diário. As análises também sugeriram que os ganhos do tratamento foram mantidos por até 6 meses após o tratamento.

Gay e colaboradores (2002) compararam a eficácia da hipnose e relaxamento para a redução da dor da osteoartrite. Trinta e seis pacientes com dor de osteoartrite foram aleatoriamente designados para uma das três condições: hipnose, treinamento de relaxamento

e cuidado padrão. Os pacientes no tratamento com hipnose mostraram diminuição na intensidade da dor após 4 semanas de tratamento, que se manteve durante 3 e 6 meses de acompanhamento.

Já Elkins e colaboradores (2004) conduziram um estudo prospectivo e randomizado com 39 pacientes com câncer em estágio avançado com doença óssea maligna. Os pacientes foram randomizados para receber sessões semanais de acolhimento ou intervenção de hipnose. Os pacientes designados para a intervenção de hipnose receberam pelo menos quatro sessões semanais nas quais uma indução hipnótica era realizada seguindo uma transcrição padrão. A transcrição incluía sugestões para relaxamento, conforto, imagens mentais para dissociação e controle da dor e instruções para prática auto-hipnose em casa. Os resultados demonstraram que o grupo intervenção que recebeu hipnose teve uma diminuição geral significativa da dor.

Ainda nessa abordagem da hipnose, Appel e Bleiberg (2005) investigaram a associação entre susceptibilidade hipnótica medida pela *Stanford Clinical Hypnotic Scale* e hipnose no tratamento da dor crônica. Vinte e sete pacientes com uma variedade de problemas de dor crônica (15 dores lombares, 7 dores reumatológicas, 3 dores cervicais, 1 neuropatia periférica e 1 dor ginecológica) receberam sessões de tratamento de hipnose direcionadas para “ensinar a autorregulação do afeto e componentes sensoriais da dor”. Os resultados indicaram uma redução significativa nas classificações de dor, comparando medidas de pré e pós-tratamento. As mudanças nas classificações de dor foram significativamente correlacionadas com a susceptibilidade hipnótica, entretanto medidas de relaxamento e redução do sofrimento não foram relacionadas a susceptibilidade hipnótica.

Jensen e colaboradores (2005) avaliaram os efeitos de 10 sessões de tratamento de analgesia hipnótica padronizada (guiada por *script*) na intensidade da dor, desconforto da dor, depressão e controle percebido sobre a dor em 33 pacientes com dor crônica secundária a uma condição clínica incapacitante (lesão medular n=13, esclerose múltipla n=10, amputação n=7, paralisia cerebral n=1, síndrome pós-pólio n=1 e doença de Charcot-Marie-Tooth n=1). A intervenção hipnótica consistiu em uma indução hipnótica seguida de cinco sugestões específicas para alteração da dor: diminuição da dor, relaxamento, analgesia imaginada, diminuição do desconforto da dor e substituição da dor por outras sensações não dolorosas. As análises indicaram melhora significativa na intensidade da dor, desconforto da dor e controle percebido sobre a dor comparando medidas de pré e pós-tratamento. A melhora foi mantida no acompanhamento de 3 meses.

O controle da dor crônica continua sendo um dos maiores desafios nos cuidados de saúde e a hipnose vem sendo considerada uma intervenção promissora. Os estudos clínicos

descritos acima apontam que a hipnose é eficaz para reduzir a intensidade da dor crônica, mas também há uma variação individual substancial no resultado. A maioria dos pacientes relata efeitos positivos da hipnose para dor crônica, como uma sensação de melhoria de bem-estar, maior sensação de controle da dor, reduções na dor, sono melhorado e maior satisfação com a vida, além de poucos efeitos colaterais negativos (JENSEN; PATTERSON, 2014). Entretanto, apesar dos inúmeros resultados positivos encontrados com o uso da hipnose para dor crônica, há falta de padronização na indução e nas intervenções hipnóticas, dificultando a comparação entre os estudos. Maior padronização nos protocolos de pesquisa de hipnose para dor crônica permitiria maior especificidade de tratamento e identificação mais clara de inovações no desenvolvimento de intervenções hipnóticas particularmente eficazes (JENSEN; PATTERSON, 2014). A grande variação de protocolos utilizados na pesquisa clínica dificulta ainda a diferenciação entre a hipnose e outras intervenções “semelhantes a hipnose”, como o treinamento de relaxamento. Em seus estudos, Castel (2006) demonstrou que a analgesia sugerida por meio da hipnose apresenta efeito tanto na diminuição da percepção quanto da intensidade de dor se comparados aos grupos de hipnose com “sugestão de relaxamento” e apenas “relaxamento”, que não apresentaram diferenças entre si. Este resultado corrobora com a teoria de que a hipnose tem mecanismo de ação e eficácia diferente do relaxamento no tratamento da dor, embora esse tema ainda requeira mais investigação. Além disso, ainda é preciso esclarecer se o mecanismo de ação e efeito das diferentes técnicas de hipnose são semelhantes ou não, pois isso pode auxiliar na escolha das melhores abordagens para a hipnose terapêutica.

Já mais recentemente, Thompson e colaboradores (2019) realizaram uma metanálise com o objetivo de quantificar a eficácia da hipnose na redução da dor e identificar fatores que influenciam a eficácia. Oitenta e cinco estudos elegíveis foram identificados, consistindo em 3.632 participantes. Como resultado desta revisão foram encontrados efeitos analgésicos da hipnose para todos os desfechos de dor. A eficácia foi fortemente influenciada pela sugestionabilidade hipnótica e pelo uso de sugestão analgésica direta. Especificamente, o alívio ideal da dor foi obtido para hipnose com sugestão analgésica direta administrada a pacientes classificados como níveis altos e médios de sugestionabilidade. Para esse perfil houve reduções clinicamente significantes na dor, com melhora de 42% nos participantes com alta sugestionabilidade e 29% nos participantes com média sugestionabilidade. Esses achados sugerem que a intervenção hipnótica pode proporcionar alívio significativo da dor para a maioria das pessoas e, portanto, pode ser uma alternativa eficaz e segura à intervenção farmacológica (THOMPSON et al., 2019).

2.2.4 Aspectos neuropsicofisiológicos da hipnose no controle da dor

As estratégias primárias usadas para investigar a base neurofisiológica da hipnose avaliaram a atividade cerebral em áreas específicas utilizando inicialmente a tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-SCAN), depois a ressonância magnética funcional (FmRI), e ocasionalmente a magnetoencefalografia. A estrutura cerebral foi avaliada geralmente utilizando a ressonância magnética estrutural e os estados cerebrais avaliados por eletroencefalografia (JENSEN et al., 2015). Mais recentemente, tecnologias como Brain Mapping e Potências Evocados passaram também a ser utilizados a fim de contribuir para uma melhor compreensão dos mecanismos neuropsicofisiológicos da hipnose (JENSEN et al., 2015). Estudos experimentais em pessoas hipnotizadas submetidas ao exame de PET-SCAN indicaram que os pacientes que apresentam anestesia hipnótica têm aumento de serotonina em áreas do encéfalo responsáveis pela percepção consciente da sensação dolorosa e diminuição dos níveis de cortisol, indicativo de estresse, no sangue (FERREIRA, 2006).

Derbyshire e colaboradores (2009) demonstraram que a hipnose está envolvida na ativação de estruturas cerebrais como o mesencéfalo, cerebelo, tálamo e córtex mediano, sensorial primário e secundário, parietal inferior, insula e córtex pré-frontal, sendo esta ativação correlacionada com mudanças relatadas na percepção da dor com sugestão hipnótica e não hipnótica (DERBYSHIRE et al., 2009). Como estas mesmas estruturas cerebrais estão envolvidas em sintomas relacionados a depressão, ansiedade e memória (GUYTON; HALL, 1998), essa modulação pode explicar os efeitos da hipnose sobre esses outros sintomas que acompanham a dor crônica.

Schulz-Stübner (2004) conduziu um estudo clínico para identificar por meio de ressonância magnética funcional as áreas cerebrais que são ativadas durante o transe hipnótico. Analisou também o que acontece quando um estímulo térmico doloroso é aplicado em indivíduos hipnotizados e não hipnotizados, na tentativa de compreender como a hipnose pode atuar no controle e diminuição da dor. Para isso, 12 voluntários sadios formaram dois grupos, um grupo foi submetido à hipnose e o outro não, e sofreram estimulação térmico-dolorosa, sendo então avaliados por FmRI. Os resultados demonstraram que os indivíduos com hipnose apresentaram menos ativação no córtex sensorial primário, no giro do cíngulo médio e no córtex visual, enquanto uma ativação aumentada foi vista no gânglio basal anterior e no córtex cíngulo anterior (CCA). Estes resultados corroboram a hipótese de que a hipnose pode impedir que as entradas nociceptivas alcancem as estruturas corticais mais elevadas responsáveis pela percepção da dor no cérebro. Os resultados indicam também que fatores

emocionais estão relacionados aos mecanismos da hipnose na dor, uma vez que o CCA está associado às funções cerebrais de regulação das emoções e níveis de ansiedade (LEEuw; 2005), o que explicaria a eficácia da hipnose nos componentes afetivos da dor e na ansiedade.

Faymonville e colaboradores (2000) também demonstraram que a atividade do córtex cingulado anterior está relacionada com a redução das respostas afetivas e sensoriais a estímulos dolorosos durante a indução de hipnose. O CCA realiza um papel importante no processamento da dor humana, uma vez que suas funções estão relacionadas a componentes sensorial, cognitivo, emocional e motivacional da dor. O CCA está relacionado principalmente à sensação de sofrimento causada pela dor, uma vez que pacientes que sofreram lobotomia frontal, “cingulotomia”, não perdem a percepção sensorial de dor, mas perdem a percepção de sofrimento causado pela dor (GOLDENBERG, 2002; LENT, 2004; JENSEN et al., 2015).

O CCA, além de participar da regulação do componente afetivo-emocional da experiência dolorosa, é a região cerebral responsável pela manutenção da atenção (COHEN, 1999; LEEuw, 2005). A relação entre dor e capacidade de atenção já é bem estabelecida, uma vez que a dor pode alterar o estado de atenção e vice-versa. De fato, a dor parece interromper o processamento cognitivo da capacidade de prestar atenção (COHEN, 1999; LEEuw, 2005; JENSEN et al., 2015). Já é bem descrito que os pacientes que desviam sua atenção em outras atividades relatam diminuição da sensação de dor (ECCLESTON, 1995; ECCLESTON; CROMBEZ, 1999; PETROVIC, 2000; BUFFINGTON; HANLON; MCKEOWN, 2005), demonstrando a importância da atenção na percepção da dor. Essa relação entre atenção e dor pode representar outro mecanismo da analgesia por hipnose, uma vez que seu processo se baseia em concentração e modificação do foco de atenção (JENSEN et al., 2015).

Faymonville (2003) desenvolveu um estudo que comparou a percepção de dor e o funcionamento cerebral de pessoas em estados hipnóticos, estado de imaginação mental ou de descanso durante a aplicação experimental de estímulo doloroso na mão. O grupo de indivíduos que foi submetido a hipnose apresentou 50% de diminuição da percepção da dor se comparado aos grupos de imaginação mental e de descanso. A análise do PET-SCAN mostrou que o estado hipnótico comparado com estado de vigília normal (descanso e imaginação) aumenta a modulação funcional entre o córtex cingulado médio e uma grande rede englobando ínsula, córtex cingulado anterior, área motora pré-suplementar, córtex pré-frontal, estriado e tálamo (FAYMONVILLE, 2003). Estes achados apontam que o córtex cingulado médio desempenha um importante papel na modulação de uma rede neural cortical e subcortical, interligando a influência nos componentes sensorial, afetivo e cognitivo da dor no contexto específico da hipnose (JENSEN et al., 2015). Os resultados obtidos por Faymonville, Boly e Laureys (2006)

que compararam a percepção de dor e a distribuição sanguínea regional do cérebro durante o estado hipnótico e estado de imaginação corroboraram com estes achados.

Jiang e colaboradores (2017) também realizaram um estudo para avaliar a atividade e conectividade funcional cerebral durante a hipnose. Nesse estudo foram analisados os cérebros de 57 indivíduos saudáveis, onde 36 indivíduos possuíam susceptibilidade hipnótica muito alta e 21 indivíduos com susceptibilidade hipnótica muito baixa. O estudo detectou alterações na atividade e em conexões de partes específicas do cérebro, apenas no grupo com alta susceptibilidade hipnótica e, portanto, esses efeitos foram atribuídos a hipnose. Os resultados evidenciaram redução da atividade no córtex cingulado anterior dorsal, aumento nas conexões entre o córtex pré-frontal dorsolateral e a ínsula, além de conexões reduzidas entre o córtex pré-frontal dorsolateral e a rede neural em modo padrão, que inclui o pré-frontal medial e o giro do cíngulo posterior. Essas mudanças específicas na atividade neural fundamentam a atenção focada, o controle somático e emocional aprimorado e a redução de autoconsciência que caracterizam a hipnose (JIANG et al., 2017). Estudos com PET-SCAN demonstram uma separação das estruturas corticais envolvidas nos componentes neurosensorial, que abrange discriminação de localização, modalidade e intensidade da dor e o componente afetivo-emocional, que diz respeito à sensação de desagrado. Isso indica que as sugestões hipnóticas direcionadas para a intensidade sensorial da dor modulam a atividade de estruturas corticais responsáveis pela percepção de dor, e modulam estruturas associadas à sensação afetivo-motivacional de desagradabilidade. Isto indica que as sugestões hipnóticas mesmo que direcionadas apenas para modular as estruturas envolvidas nos componentes neurosensoriais da dor, acaba também modulando as estruturas dos componentes afetivo-emocional, ou seja, não é possível promover modulações de apenas um dos componentes da dor (RAINVILLE et al., 1997).

Outro fenômeno que também pode estar envolvido no mecanismo de ação da hipnose na dor é a diminuição da ativação nas regiões frontais do cérebro, que ocorre com o aprofundamento do estado hipnótico (MELLO, 1998). Utilizando o mapeamento cerebral por eletroencefalograma digital, observou-se que o traçado no estado hipnótico é bastante semelhante ao estado de vigília, com projeção de ondas alfa não só nas regiões posteriores, mas também para as regiões mais anteriores do cérebro. Ondas alfa representam um crepúsculo intermediário onde existe a calma, mas não o sono, onde há relaxamento e um estado favorável para meditar. Com o aprofundamento da hipnose (transe profundo) é possível detectar uma lentificação progressiva, havendo o surgimento de ondas *theta* (que estão relacionadas com as capacidades imaginativas, reflexão e sono) nas regiões frontais, em

pequena quantidade, intercaladas pelas ondas beta (normais em vigília) (FERREIRA, 2008; JENSEN, 2015). De acordo com Jensen (2015), as ondas *theta* e *alfa* podem ser fundamentais para o alívio da dor, uma vez que para as atividades diárias utilizamos geralmente as ondas beta e gama, que são ondas mais rápidas e são as ondas produzidas quando estamos com dor, ansiosos os estressados. Quando a hipnose desencadeia ondas mais lentas como *theta* e *alfa*, essas ondas podem substituir os padrões mais rápidos e substituir a percepção da dor.

Quando as alterações na atividade cerebral são medidas pelo EEG após hipnose (incluindo analgesia hipnótica), as ondas cerebrais são comparadas em seus níveis altos e baixos, e suas diferenças são quase sempre encontradas. Estas diferenças tendem a ser observadas mais frequentemente nas larguras de banda *theta* e *beta*. Níveis mais elevados de *theta* durante a hipnose, estão associadas a uma maior susceptibilidade e resposta hipnótica, além disso ocorre uma diminuição de ondas beta (consciência alerta, vigília, estresse), o que promove o relaxamento e favorece as sugestões hipnóticas. Estas conclusões gerais são também consistentes com conclusões que mostram diferenças entre níveis altos e baixos de ondas cerebrais, tanto nos padrões de associações entre a atividade da largura de banda avaliada pelo EEG e a experiência fenomenológica de hipnose dos sujeitos, como nas áreas do cérebro (locais de origem) associadas à atividade *theta* e *beta* (JENSEN et al., 2015).

A partir de uma análise geral dos estudos e fenômenos identificados, Jensen e colaboradores (2015) propuseram que as medidas biológicas que parecem estar mais estreitamente associadas à hipnose e à resposta hipnótica incluem níveis mais elevados de atividade de ondas cerebrais *theta* em resposta às induções hipnóticas, e níveis mais elevados de conectividade estrutural entre as áreas frontais dos hemisférios esquerdo e direito e entre as áreas frontais e os córtices cingulado médio e anterior. É possível que as diferenças nestes domínios biológicos em partícula - isto é, a atividade *theta* e a conectividade estrutural - possam facilitar a resposta hipnótica (JENSEN et al., 2015).

Langenfeld, Cipani e Borckardt (2002) identificaram que as pessoas durante o transe hipnótico apresentam um aumento no limiar de dor se comparadas a pessoas que não estão em transe hipnótico, isto significa que as pessoas em transe hipnótico necessitam de uma maior intensidade de estímulo doloroso para percepção de dor, o que demonstra um aumento da tolerância a esta. Esse efeito da hipnose no limiar de dor indica que a hipnose pode alterar a transmissão de impulsos pelas fibras A e C, que são responsáveis pela inibição transmissão da dor (FERREIRA, 2006).

2.2.5 Hipnose na fibromialgia

Os efeitos analgésicos da hipnose são descritos há um bom tempo. Entretanto, o primeiro estudo clínico que investigou os benefícios da hipnose em pacientes com FM foi publicado em 1991 por Haanen e colaboradores. Este estudo controlado foi realizado com 40 pacientes com fibromialgia refratária que foram alocados aleatoriamente para tratamento com hipnoterapia ou fisioterapia por 12 semanas, com acompanhamento de 24 semanas (HAANEN et al., 1991). A intervenção da hipnose incluiu uma indução e sugestões para fortalecimento do ego, relaxamento, melhora do sono e controle da dor muscular. Em comparação com os participantes do grupo de fisioterapia, os do grupo hipnose apresentaram resultados significativamente melhores nas medidas de dor muscular, fadiga, distúrbios do sono, angústia e avaliação geral do resultado pelo paciente. Essas diferenças foram mantidas na avaliação de acompanhamento de 3 meses. A redução percentual média da dor entre os pacientes que receberam hipnose foi de 35%, considerada clinicamente significativa, enquanto a redução percentual nos pacientes que receberam fisioterapia foi de 2% (ELKINS, JENSEN, PATTERSON, 2007). O estudo concluiu que a hipnoterapia pode ser útil no alívio dos sintomas em pacientes com fibromialgia, embora novos estudos que confirmassem estes achados ainda eram necessários.

O segundo estudo clínico realizado para investigar os benefícios da hipnose em pacientes com FM foi realizado por Rucco e colaboradores (1995). Neste estudo controlado, os autores compararam duas técnicas verbais para relaxamento muscular em 53 pacientes com fibromialgia: o treinamento autógeno (técnica de relaxamento baseada na autossugestão) versus técnicas de hipnose. Os sujeitos foram designados aleatoriamente para um dos dois grupos na mesma proporção. No grupo hipnose foram identificadas respostas superiores em relação ao grupo de treinamento autógeno, como maior aderência ao tratamento, efeitos terapêuticos com um número pequeno de sessões, e melhora de todos os parâmetros examinados, que foram intensidade da dor, fadiga, sono, depressão e qualidade de vida. Estes resultados corroboram o potencial terapêutico da hipnose para o tratamento adjuvante da fibromialgia e reforçam que os efeitos da hipnose não se devem somente a etapa de sugestão, sendo a etapa de indução hipnótica fundamental para a resposta terapêutica da hipnose.

Derbyshire e colaboradores (2009) realizaram um estudo clínico que examinou por ressonância magnética as atividades cerebrais de 46 sujeitos com fibromialgia sem hipnose e com hipnose e identificaram que a sugestão hipnótica pode modular prontamente a experiência subjetiva da dor. As sugestões, com ou sem indução hipnótica, resultaram em mudanças

significativas na experiência relatada da dor. Entretanto, os participantes relataram uma redução maior da dor quando hipnotizados, confirmando que apenas as sugestões, sem a indução hipnótica, são inferiores para o tratamento da dor quando comparado à hipnose completa que envolve as fases de indução e sugestão. O estudo corrobora com as evidências de eficácia da hipnose para tratamento da dor crônica em pacientes com fibromialgia.

O primeiro estudo de metanálise que avaliou a eficácia da hipnose foi realizada por Bernardy e colaboradores (2011). Foram analisados 5 estudos clínicos com hipnose com um total de 191 participantes incluídos. Os estudos tinham em média 20 participantes incluídos e o número de sessões realizadas foi de 7 a 12 sessões de hipnose. Todos os estudos realizaram as avaliações no pré e no pós-tratamento, mas apenas três estudos realizaram avaliações de seguimento. As análises demonstraram que a hipnose reduz a dor em comparação com os controles no tratamento final, mas não reduz as limitações relatadas no questionário de qualidade de vida. Os efeitos sobre a fadiga, sono e humor depressivo não foram calculados devido aos dados limitados disponíveis. O efeito significativo sobre a dor no tratamento final foi associado à baixa qualidade metodológica e baixa qualidade de tratamento. O estudo concluiu a necessidade de mais estudos com melhor qualidade de tratamento e qualidade metodológica adequada avaliando todos os domínios-chave da fibromialgia para esclarecer a eficácia da hipnose no seu tratamento (BERNARDY et al., 2011).

Castel e colaboradores (2009 e 2012) compararam a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) sozinha, combinada com hipnose e terapia medicamentosa padrão, para pacientes com fibromialgia. No primeiro estudo de Castel e colaboradores (2009) foram incluídos 47 pacientes e avaliados a intensidade da dor pela escala numérica de dor, a qualidade sensorial e afetiva da dor pelo questionário de dor McGill, além do impacto da fibromialgia pelo questionário FIQ, que avalia o impacto da fibromialgia no funcionamento físico, status de trabalho, depressão, ansiedade, sono, dor, rigidez, fadiga e bem-estar. Já no estudo realizado por Castel e colaboradores em 2012, foram incluídos 123 pacientes e avaliados também catastrofização da dor, ansiedade e depressão pela escala HADS e sono pela escala *Sleep Scale*. Os resultados desses dois estudos indicaram que os pacientes que receberam TCC com ou sem hipnose demonstraram melhora superior dos sintomas em relação aos que receberam tratamento medicamentoso. A hipnose combinada a TCC foi mais eficaz do que a TCC sozinha, sugerindo que a hipnose é terapia complementar útil com a TCC (CASTEL et al., 2009, 2012).

Picard e colaboradores (2013) realizaram um estudo clínico para avaliar a eficácia da hipnose para fibromialgia usando uma série de ferramentas bem validadas e adaptadas. Os autores compararam os efeitos de 5 sessões de hipnose não padronizadas durante 2 meses em

59 mulheres com fibromialgia, as quais foram randomizadas em dois grupos, controle (sem hipnose) e ativo (com hipnose), ambos com tratamento medicamentoso estável. As avaliações incluíram intensidade de dor pela escala numérica de dor, o impacto da fibromialgia pelo questionário FIQ, sono (*MOS-Sleep Scale*), fadiga (inventário de avaliação multidimensional da fadiga MFI), ansiedade e depressão pela escala HADS, catastrofismo pela escala PCS, Questionário de Estratégia Cognitiva e Impressão Global de Mudança pelo paciente, e foram realizadas no baseline, 3 meses e 6 meses após randomização. Os resultados não demonstraram diferença significativa da hipnose nos impactos da fibromialgia. Já em relação a intensidade da dor, o tratamento induziu redução estatisticamente significativa, porém não clinicamente significante, uma vez que a diferença na escala numérica de intensidade da dor foi apenas de 0,5 pontos. Efeitos positivos da hipnose foram encontrados nas variáveis que refletem a qualidade do sono, catastrofização da dor e impressão global de mudança do paciente, e foram maiores no seguimento de 6 meses. Esses resultados sugerem que a hipnose tem um efeito mais positivo no lado cognitivo e/ou afetivo da FM do que na própria dor (PICARD et al., 2013). Esses achados de Picard e colaboradores (2013) variam em consistência com os achados dos estudos realizados anteriormente para investigar os efeitos da hipnose na fibromialgia. Estudos anteriores mostraram eficácia analgésica do tratamento hipnótico em pacientes com FM (HAANEN et al., 1991; CASTEL et al., 2007), o que não corrobora com os resultados de Picard e colaboradores (2013). Essa diferença de resultados pode refletir as diferentes ferramentas de avaliação utilizadas, os tempos de avaliação e a técnica hipnótica utilizada.

Zech e colaboradores (2016) realizaram uma revisão sistemática para avaliar a eficácia, aceitabilidade e segurança da hipnose no tratamento de fibromialgia. Foram incluídos na análise 7 estudos clínicos randomizados com um total de 387 pacientes comparando a hipnose/imaginação guiada com controles. Entre os estudos analisados 5 foram de hipnose, sendo que 3 deles realizaram sessões de hipnose individual, 2 deles utilizaram técnica de hipnose ericksoniana (RUCCO et al., 1995; PICARD et al., 2013) e 1 deles utilizou a hipnose padrão (HAANEN et al., 1991). Os resultados encontrados demonstraram que o tratamento com hipnose induziu mais de 50% de alívio da dor, mais de 20% de melhora na qualidade de vida relacionada à saúde, sofrimento psicológico, incapacidade, aceitabilidade e segurança, nas análises realizadas no final da terapia e com 3 meses de acompanhamento.

Podemos concluir que nos últimos trinta anos foram conduzidos e publicados dez estudos clínicos (Haanen et al. em 1991; Rucco et al. em 1995; Nogueira, Lauretti e Costa em 2005; Alvarez-Nemegyei et al. em 2007; Grendahl e Rosvold em 2008; Derbyshire et al. em 2009; Castel et al. em 2009 e 2012; Picard et al. em 2013; e Aravena et al. em 2020) para avaliar

a eficácia da hipnose como adjuvante para o tratamento da fibromialgia. Destes estudos, sete foram conduzidos na Europa e dois nos Estados Unidos, sendo encontrado apenas um estudo clínico randomizado conduzido no Brasil com 12 pacientes incluídos (NOGUEIRA; LAURETTI; COSTA, 2005). Apesar dos resultados promissores no uso da hipnose como adjuvante no tratamento da fibromialgia, as evidências foram consideradas de baixa qualidade em função das limitações como: todos os estudos realizados foram unicêntricos, alguns com amostra inferior a 20 pacientes, falta de padronização para escolha de grupo do controle para os estudos de hipnose, uso de ferramentas não validadas, falta de avaliação no seguimento, e ainda mais relevante, falta de padronização dos procedimentos de hipnose.

Este cenário reforça a necessidade de novos estudos que avaliem os efeitos da hipnose como adjuvante no tratamento de da fibromialgia, com mais rigor metodológico, como a realização de estudos multicêntricos, com tamanho amostral maior, padronização de métodos e roteiros de hipnose, padronização do melhor controle para estudos de hipnose, além da necessidade de estudos clínicos que avaliem o efeito da hipnose nos pacientes com fibromialgia na população brasileira.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a eficácia da hipnose combinada ao tratamento farmacológico padrão no controle da dor crônica associada a fibromialgia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a superioridade da eficácia da associação da hipnose ao tratamento farmacológico padrão em relação ao tratamento farmacológico padrão sozinho, no controle da dor associada a fibromialgia;
- Avaliar o efeito analgésico da hipnose a longo prazo na fibromialgia;
- Avaliar o efeito da hipnose sobre o componente afetivo da dor associada a fibromialgia;
- Avaliar os efeitos da hipnose sobre o impacto da fibromialgia na vida diária do participante;
- Avaliar o efeito da hipnose sobre a qualidade do sono de portadores de fibromialgia;
- Avaliar o efeito da hipnose sobre a qualidade de vida de portadores de fibromialgia;
- Avaliar o efeito da hipnose sobre sintomas de ansiedade e depressão em portadores de fibromialgia.

3.3 HIPÓTESES

H0: O tratamento com hipnose associado ao tratamento padrão não reduz a dor em pacientes com fibromialgia.

H1: O tratamento com hipnose associado ao tratamento padrão reduz a dor em pacientes com fibromialgia.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo prospectivo, paralelo, randomizado, controlado, cego para o avaliador, com 50 pacientes dos sexos masculino e feminino, com idade entre 25 e 65 anos, com dor crônica há mais de 6 meses com intensidade moderada a grave (Escala Numérica de Dor: END \geq ou = a 4), com diagnóstico de fibromialgia confirmado de acordo com a classificação do Colégio Americano de Reumatologia de 2010 (ACR, 2010; HEYMANN et al., 2017). Os participantes estavam em uso de tratamento analgésico padrão estável (incluindo analgésicos, antidepressivos, anticonvulsivantes e miorelaxantes conforme prescrição), sem alteração de medicação e dose por mais de 30 dias antes da inclusão no estudo. O tratamento analgésico padrão foi mantido sem alteração para todos os participantes durante a fase de tratamento do estudo (8 semanas) e seguimento (3 meses pós-tratamento). Todos os procedimentos do estudo foram realizados exclusivamente no Ambulatório de Dor da Clínica Ortopédica Traumatológica (COT), localizada no bairro do Canela, Salvador, Bahia, Brasil. A duração total da participação de cada participante de pesquisa foi de 5 meses, sendo 8 semanas de tratamento e mais uma visita de seguimento de 3 meses após a conclusão do tratamento.

4.2 POPULAÇÃO

4.2.1 Critérios de Inclusão

Os participantes tinham todos os critérios listados abaixo:

- a) Diagnóstico de fibromialgia (FM) confirmado segundo critérios do Colégio Americano de Reumatologia de 2010;
- b) Paciente com idade entre 18 e 65 anos;
- c) Paciente com dor crônica de moderada a severa há pelo menos 6 meses com intensidade \geq ou = a 4 na escala numérica de dor (END);
- d) Pacientes em uso de tratamento analgésico estável para o manejo da dor crônica por mais de 1 mês no momento da inclusão no estudo;
- e) Pacientes dispostos a assinar voluntariamente o termo de consentimento informado, e que tiveram compreensão do que foi informado;
- f) Pacientes sem previsão de mudança de cidade e com disponibilidade de participar do

estudo por 5 meses.

4.2.2 Critérios de Exclusão

Os participantes não tinham nenhum critério listado abaixo:

- a) Pacientes incapazes legalmente de assinar o termo de consentimento informado;
- b) Pacientes que já fizeram tratamento com hipnose anteriormente ou estão participando de outro estudo clínico;
- c) Pacientes com impedimento cognitivo de qualquer natureza;
- d) Pacientes com dor crônica causada por outras condições médicas e procedimentos cirúrgicos anteriores que possam afetar as avaliações de eficácia do estudo, de acordo com a avaliação do investigador;
- e) Pacientes com histórico ou atual de psicopatologias graves (depressão severa, esquizofrenia, psicose etc.) ou em tratamento com psicoterapia, de acordo com a avaliação do investigador;
- f) Pacientes em uso de opioides em esquema não estável conforme definição do protocolo;
- g) Pacientes que tenham sido submetidos a qualquer tipo de cirurgia dentro de 6 meses da entrada no estudo.

4.2.3 Tamanho de amostra

O tamanho da amostra foi determinado com base em teste unilateral de diferença de médias de valores de escala de intensidade de dor de estudos anteriores. Para o cálculo foi utilizado o d de Cohen que é um tamanho de efeito apropriado para a comparação entre dois meios. Para detectar um tamanho do efeito ($d = 0.8$), com poder de 80% e nível de significância ($\alpha = 5\%$), no mínimo 21 indivíduos designados para cada tratamento são necessários. Considerando como porcentagem de perda de seguimento e/ou abandono de tratamento definimos como amostra 50 participantes designados para tratamento na proporção de 1:1.

4.3 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram selecionados do próprio ambulatório do COT, referenciados por outros reumatologistas da cidade de Salvador e a partir de associações e grupos de apoio a pacientes com fibromialgia, como a Associação Nacional de Fibromiálgicos

(ANFIBRO) e o grupo de apoio FIBS (Fibromiálgicos de Salvador). Os participantes passaram por consulta clínica e foram encaminhados para o Ambulatório de Dor da Clínica Ortopédica Traumatológica (COT) para confirmação do diagnóstico de fibromialgia de acordo com os critérios estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia em 2010 (ACR, 2010), confirmação do tratamento concomitante para dor crônica e comorbidades, avaliação clínica, sociodemográfica e exame físico. Foram ainda submetidos a avaliação dos critérios de inclusão e exclusão para participação no estudo conforme protocolo de estudo padronizado.

Todos os participantes do estudo foram informados e esclarecidos a respeito deste protocolo de pesquisa e só foram admitidos para o estudo após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Nery/SESAB para o estudo (Anexo A). O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Nery/SESAB, parecer número 4.692.679 (Anexo B). O estudo foi registrado na plataforma virtual de acesso livre para registro de estudos experimentais e não experimentais realizados em seres humanos e conduzidos em território brasileiro, Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC: RBR-54zyxsk; UTN: U1111-1285-1279).

Os participantes da pesquisa foram então randomizados e divididos em dois grupos, de modo aleatório. A randomização foi feita com auxílio de tabela computadorizada de número randômicos, emitida por planilha eletrônica Microsoft Excel. O resultado da randomização foi mantido em envelopes selados e opacos para garantir a ocultação da seleção. Do grupo de intervenção, que recebia tratamento farmacológico padrão, acompanhamento clínico e hipnose, participaram 25 pacientes; no grupo controle que recebia tratamento farmacológico padrão, acompanhamento clínico e acolhimento em vez da hipnose, participaram 25 pacientes.

Os participantes foram submetidos a vários instrumentos de avaliação, que serão descritos a seguir. Estes instrumentos de avaliação foram aplicados nas visitas de baseline (pré-tratamento), pós-tratamento (até 7 dias após o fim do protocolo completo de tratamento) e *follow-up* (após 3 meses do final de tratamento).

4.3.1 Caracterização Clínica e Instrumentos de Avaliação

A anamnese consistiu na coleta de dados clínicos, demográficos e sociais como: idade, sexo, peso, altura, escolaridade, situação profissional, história médica prévia, tempo de diagnóstico de fibromialgia, tempo de dor, intensidade da dor, medicação concomitante e doenças associadas. Foi utilizada ferramenta própria para a coleta destes dados (Anexo C).

O exame físico completo dos participantes e o ACR 2010 (Anexo D) foram aplicados pelo mesmo médico durante todo o estudo.

As avaliações do estudo foram realizadas pelo mesmo avaliador que desconhecia o grupo que o paciente pertencia. Foram realizadas em três diferentes momentos. A primeira avaliação foi anterior ao tratamento (baseline), a segunda pós-tratamento, que ocorreu até 7 dias após o fim dos tratamentos, e a terceira, após 3 meses da conclusão do tratamento. A duração do estudo foi de aproximadamente 5 meses para cada um dos participantes. Os instrumentos de avaliação utilizados no estudo, foram:

4.3.1.1 Escala numérica de dor (END)

Nessa avaliação, o paciente indica a intensidade da sua dor referente as últimas 24 horas em uma escala numérica de 0 (nenhuma dor) a 10 (dor insuportável) (Anexo E). Neste instrumento avalia-se a intensidade da dor de acordo com a percepção do paciente, situando-a no valor numérico indicado pelo paciente entre 0 e 10 (SILVA *et al.*, 2015).

4.3.1.2 Escala numérica de desagradabilidade da dor (ENDD)

Nessa avaliação, o paciente indica o quão desagradável é a sua dor referente as últimas 24 horas em uma escala numérica de 0 (nada ruim) e 10 (o mais desagradável possível para mim) (Anexo F). Neste instrumento avalia-se o quanto a dor é desagradável na percepção do paciente, situando-a no valor entre 0 e 10.

4.3.1.3 *Short form McGill Pain Questionnaire* (SF-MGQ)

O questionário de dor McGill é uma medida multidimensional abrangente que quantifica os domínios neurofisiológicos e psicológicos da dor (NGAMKHAM *et al.*, 2012). Através do questionário *McGill Short form* é possível medir a experiência de dor nas dimensões sensorial e afetiva. Neste estudo utilizamos o questionário *McGill Short Form* validado para o português (COSTA *et al.*, 2011) (Anexo G). Os componentes sensorial e afetivo de dor foram mensurados obtendo-se escores separados para cada subseção do questionário.

4.3.1.4 Escala de Catastrofismo Associado à Dor (B-PCS)

Pensamentos catastróficos são uma fonte de sofrimento que levam a pensamentos negativos, causando incapacidade para lidar com a dor. Neste estudo, a escala de pensamento catastrófico (B-PCS) validada para o português (SEHN *et al.*, 2012) (Anexo H) foi utilizada. É uma escala que permite a identificação de sujeitos com traços psicológicos. O questionário possui 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos relacionados a dor, e o participante indica o grau destes pensamentos e sentimentos no momento que está sentindo a dor. As suas respostas para cada descritor podem variar de ausente (0) a intensa (4), e o escore é obtido pela soma total de todos os descritores (SEHN *et al.*, 2012).

4.3.1.5 Questionário WHOQOL- BREVE

A qualidade de vida dos participantes foi avaliada pelo questionário WHOQOL-BREVE validado para o português (FLECK *et al.*, 2000) (Anexo I), composto por 26 questões. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas. Escores mais altos nesse questionário indicam melhor qualidade de vida do paciente. O escore foi calculado através da ferramenta de Excel proposta por Pedroso e colaboradores (2010) da seguinte maneira:

- Foi verificado se todas as 26 questões foram preenchidas com valores entre 1 e 5;
- Inverteram-se todas as questões cuja escala de respostas foi invertida;
- Os escores dos domínios foram calculados através da soma dos escores da média da “n” questões que compuseram cada domínio. Nos domínios compostos por até sete questões, este foi calculado somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a dois. Nos domínios compostos por mais de sete questões, este foi calculado somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a três. O resultado foi multiplicado por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20;
- Os escores dos domínios foram convertidos para uma escala de 0 a 100;
- Os respondentes que deixaram de preencher ou preencheram incorretamente mais do que seis questões (80% do total de questões do instrumento) foram excluídas da amostra.

4.3.1.6 Questionário de impacto de fibromialgia (QIF)

O impacto da fibromialgia foi avaliado neste estudo pelo QIF validado em português (MARQUES *et al.*, 2006) (Anexo J), que é um instrumento de 10 itens que avalia o impacto da fibromialgia no funcionamento físico, situação de trabalho, depressão, ansiedade, sono, dor, rigidez, fadiga e bem-estar. O teste gera uma pontuação total: quanto maior o escore do QIF, maior o impacto da fibromialgia na vida do paciente. O QIF é amplamente utilizado como medida de resultado para pacientes com fibromialgia, e sua confiabilidade e validade já foram demonstradas previamente (MARQUES *et al.*, 2006).

4.3.1.7 Índice de qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI-BR)

O PSQI-BR adaptado para o português (BERTOLAZI *et al.*, 2011) (Anexo K) foi a ferramenta utilizada para avaliação da qualidade do sono neste estudo. O PSQI avalia a qualidade e perturbações do sono durante o período de um mês e foi desenvolvido por Buysse e colaboradores (1989), sendo um questionário padronizado, simples e bem aceito pelos pacientes. O instrumento é constituído por 19 questões em autorrelato e cinco questões direcionadas ao cônjuge ou acompanhante de quarto. As últimas cinco questões são utilizadas apenas para a prática clínica, não contribuindo para a pontuação total do índice. As 19 questões são categorizadas em sete componentes, graduados em escores de zero (nenhuma dificuldade) a três (dificuldade grave). Os componentes do PSQI são: C1 - qualidade subjetiva do sono, C2 - latência do sono, C3 - duração do sono, C4 - eficiência habitual do sono, C5 - alterações do sono, C6 - uso de medicamentos para dormir e C7 - disfunção diurna do sono. A soma dos valores atribuídos aos sete componentes varia de 0 a 21 no escore total do questionário indicando que quanto maior o número, pior é a qualidade do sono. Um escore total maior que 5 indica que o indivíduo está apresentando grandes disfunções em pelo menos dois componentes ou disfunção moderada em pelo menos três componentes (BERTOLAZI *et al.*, 2011).

4.3.1.8 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

O HADS é uma breve escala de triagem de autorrelato, desenvolvido por Zigmond e Snaith (1983), para investigar a prevalência de angústia emocional entre os pacientes em

clínicas ambulatoriais de medicina geral. Para este estudo utilizamos o HADS adaptado para o português (PAIS-RIBEIRO *et al.*, 2007) (Anexo L), que tem demonstrado confiabilidade e validade adequada. A escala está focada em 2 aspectos da saúde psicológica considerados os mais importantes, i.e., ansiedade e depressão. Para medir estas 2 dimensões, a escala possui 2 subescalas, uma para ansiedade e outra para depressão, cada uma com 7 itens.

4.3.1.9 Suscetibilidade hipnótica

Todos os participantes foram avaliados quanto a sua suscetibilidade hipnótica (Anexo M) antes da randomização para o grupo de tratamento do estudo. A suscetibilidade hipnótica foi avaliada pela escala de avaliação da suscetibilidade hipnótica de Waterloo, Stanford Waterloo-Stanford Group C (WSG:C), validada para português de Portugal (CARVALHO; MAZZONI; KIRSCH; LEAL, 2006). A WSGC:C é constituída por uma indução hipnótica padrão com fechamento dos olhos de cerca de 20 minutos, após a qual são apresentadas as 12 sugestões hipnóticas que constituem os 12 itens. A indução hipnótica não faz parte dos itens da escala. O avaliador avalia as respostas dos participantes de acordo com o autorregistro efetuado pelos participantes no final da experiência hipnótica. Cada item pode ser pontuado como 1 ou 0. Assim a pontuação total da escala pode variar entre 0 (susceptibilidade muito baixa) e 12 (susceptibilidade muito elevada) (CARVALHO; MAZZONI; KIRSCH; LEAL, 2006). No presente estudo, esta avaliação não entrará na análise de desfecho porque não é uma ferramenta validada em português do Brasil.

4.3.2 Método de tratamento

4.3.2.1 Procedimento para o grupo controle

Os participantes do grupo controle receberam o tratamento medicamentoso padrão para fibromialgia, o que incluiu antidepressivos, analgésicos, anticonvulsivantes e miorelaxantes de acordo com a prescrição médica. Os pacientes estavam em tratamento analgésico estável para o manejo da dor crônica por mais de 1 mês antes da admissão no estudo e seu tratamento farmacológico foi mantido estável durante as 08 (oito) semanas de tratamento e até a conclusão do seguimento de acordo com o protocolo padronizado. O grupo controle recebeu acompanhamento médico durante as 8 semanas para avaliação de necessidade de resgate para dor, confirmação se houve alguma alteração de medicações concomitantes em uso,

acompanhamento de outras comorbidades, avaliar se ocorreram eventos clínicos importantes e realização de exame físico simples. Todas as visitas de acompanhamento médico foram realizadas presencialmente e efetuadas pela mesma médica do estudo. As visitas de acompanhamento clínico foram realizadas no consultório médico do Ambulatório de Dor do COT. Além do acompanhamento clínico, os participantes do grupo controle também receberam semanalmente, durante 8 semanas, uma sessão de acolhimento com o mesmo médico que efetuou as hipnoses. As sessões de acolhimento foram realizadas na mesma sala onde as hipnoses aconteciam e baseava-se numa conversa com o médico hipnólogo com a mesma duração da sessão de hipnose, uma hora.

4.3.2.2 Procedimento para o grupo intervenção: hipnose

Os participantes do grupo intervenção receberam tratamento farmacológico padrão e acompanhamento clínico no mesmo esquema do grupo controle e mais 8 sessões individuais de hipnose, uma vez por semana, com duração de 1 hora cada. Foi utilizada a hipnose tradicional e a duração, tempo de tratamento e o roteiro das sessões de hipnose foram definidos de acordo com as recomendações de Jensen (2011). Todas as hipnoses foram realizadas pelo mesmo médico hipnólogo, com formação em hipnose e atuação como hipnólogo há mais de 8 anos. Os procedimentos e script realizados durante o período de tratamento para o grupo intervenção foram estabelecidos conforme a seguir:

Semana 1 (V1): Foi realizado o acompanhamento clínico pela médica responsável e posteriormente os pacientes foram encaminhados para o hipnólogo. A primeira conduta do hipnólogo foi a realização do pré-talk. O pré-talk é o procedimento que antecede a hipnose, é o momento em que o profissional explica para o paciente como será realizado o procedimento e tirar suas dúvidas. A hipnose envolveu duas etapas, a primeira etapa de indução e a segunda de sugestão. Foram utilizados os roteiros de indução hipnótica – Indução rápida de analgesia de Joseph Barber (RIA) (BARBER, 1977) e de sugestão hipnótica – sugestão para pacientes com dor associada ao diagnóstico de fibromialgia (PATTERSON, 2010).

Semana 2 (V2): Foi realizado o acompanhamento clínico pela médica responsável e posteriormente os pacientes foram encaminhados para o hipnólogo. Foram utilizados os mesmos roteiros de indução hipnótica e de sugestão hipnótica descritos acima.

Semanas 3 (V3) e 4 (V4): Foi realizado o acompanhamento clínico pela médica responsável e posteriormente os pacientes foram encaminhados para o hipnólogo. Foram utilizados os roteiros de indução hipnótica – Indução rápida de analgesia de Joseph Barber

(RIA) (BARBER, 1977) e de sugestão hipnótica – Sugestão de águas curativas (BARABASZ, 2010). Além da sessão de hipnose, os participantes foram orientados a realizarem auto-hipnose em casa e treinados de acordo com o roteiro de Capafons (2010).

Semana 5 (V5) e 6 (V6): Foi realizado o acompanhamento clínico pela médica responsável e posteriormente os pacientes foram encaminhados para o hipnólogo. Foram utilizados os roteiros de indução hipnótica – Indução rápida de analgesia de Joseph Barber (RIA) (BARBER, 1977) e de sugestão hipnótica – Parada e Substituição de Pensamentos (BARBER, 1996). Os participantes foram novamente orientados a realizarem auto-hipnose em casa.

Semana 7 (V7) e 8 (V8): Foi realizado o acompanhamento clínico pela médica responsável e posteriormente os pacientes foram encaminhados para o hipnólogo. Foram utilizados os roteiros de indução hipnótica – Indução rápida de analgesia de Joseph Barber (RIA) (BARBER, 1977) e de sugestão hipnótica – Aumento de energia para gerenciamento de fadiga (JENSEN, 2010). Os participantes foram orientados a realizarem auto-hipnose em casa.

Durante todas as visitas de acompanhamento clínico foram monitorados a ocorrência de eventos adversos e medicações concomitante em uso. As sessões de hipnose do estudo foram realizadas sempre na mesma sala, sendo esta apropriada para o procedimento, com poltrona divã, luz baixa e monitoramento das correntes elétricas cerebrais emitidas durante o procedimento através de eletroencefalograma (EEG).

5 PROPOSTA DE ANÁLISE DE DADOS

5.1 MÉTODO DE ANÁLISE

A análise dos dados foi feita utilizando o software R (versão 4.1.2), onde realizou-se, com a finalidade de identificar as características gerais e específicas da amostra estudada, a análise descritiva através da frequência absoluta/relativa, média, desvio padrão, mediana e quartis. Para verificar a normalidade da distribuição dos dados utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov e análise da simetria e achatamento da curva de distribuição.

Com perspectivas de analisar as características sociodemográficas entre os grupos, o teste qui quadrado foi utilizado para as variáveis categóricas, enquanto, o teste *t-student* foi empregado para as variáveis contínuas.

Para identificar a existência de diferenças significativas entre as medidas do questionário McGill, B-PCS, END, ENDD, QIF e HADS, assim como dos escores de qualidade de vida (WHOQL-BREVE) e do sono (PITTSBURG), antes e após a intervenção, foi utilizado o teste *t-student* para amostras emparelhadas e entre os grupos de intervenção. O nível de significância (p) estabelecido para este estudo foi de 5%.

5.2 DADOS DEMOGRÁFICOS E DADOS CLÍNICOS DE BASE

Os dados demográficos, dados clínicos de base e dados sobre o tratamento da fibromialgia foram analisados de forma descritiva. Foram utilizadas para as variáveis numéricas, como idade, a média, o desvio padrão, a mediana, a mínima e a máxima, enquanto foram utilizadas a frequência e porcentagem para as variáveis categóricas, como sexo e raça, entre outras.

5.3 AVALIAÇÃO DO DESFECHO PRIMÁRIO

O desfecho primário de eficácia no presente estudo foi a alteração da intensidade da dor mensurada pela escala numérica de dor (END) registrada na semana da visita de final de tratamento, em relação a intensidade da dor registrada na visita de baseline. A intensidade da dor dos pacientes foi representada como média, o desvio padrão, a mediana, a mínima e a máxima.

5.4 AVALIAÇÃO DOS DESFECHOS SECUNDÁRIOS

Os desfechos secundários foram estabelecidos como mudanças no escore de dor do questionário McGill, no questionário de qualidade de vida WHOQOL- BREVE, na escala de catastrofismo associado à dor, no índice de qualidade de sono de Pittsburgh, na escala de ansiedade e depressão hospitalar e no questionário de impacto de fibromialgia, comparando valores de pré e pós-tratamento. Os escores das escalas e ferramentas de avaliação foram resumidos utilizando-se o desvio padrão, a mediana, a mínima e a máxima.

5.5 AVALIAÇÃO DE SEGURANÇA

Todos os eventos adversos e eventos adversos sérios foram classificados na Classe de Sistema Orgânico (SOC) e Termo Preferencial (TP) conforme a versão mais recente da terminologia MedDRA (*Medical Dictionary for Regulatory Activities*) disponível antes do bloqueio do banco de dados. Para os dados de eventos adversos e eventos adversos sérios, foram resumidos o número de indivíduo e porcentagem com eventos adversos.

6 RESULTADOS

Entre o período de maio 2021 e junho de 2022 foram identificados e pré-triados 80 indivíduos com fibromialgia. Destes, 51 pacientes apresentaram os critérios de inclusão e exclusão do estudo e consentiram para sua participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Dos 51 participantes elegíveis apenas um participante foi excluído, pois tinha uma cirurgia agendada. Foram randomizadas 50 participantes de pesquisa, alocadas 1:1. Houve apenas 1 perda de seguimento/abandono do tratamento durante a condução do estudo. Em continuidade, Figura 2, apresentada a seguir, mostra o fluxo do protocolo deste estudo.

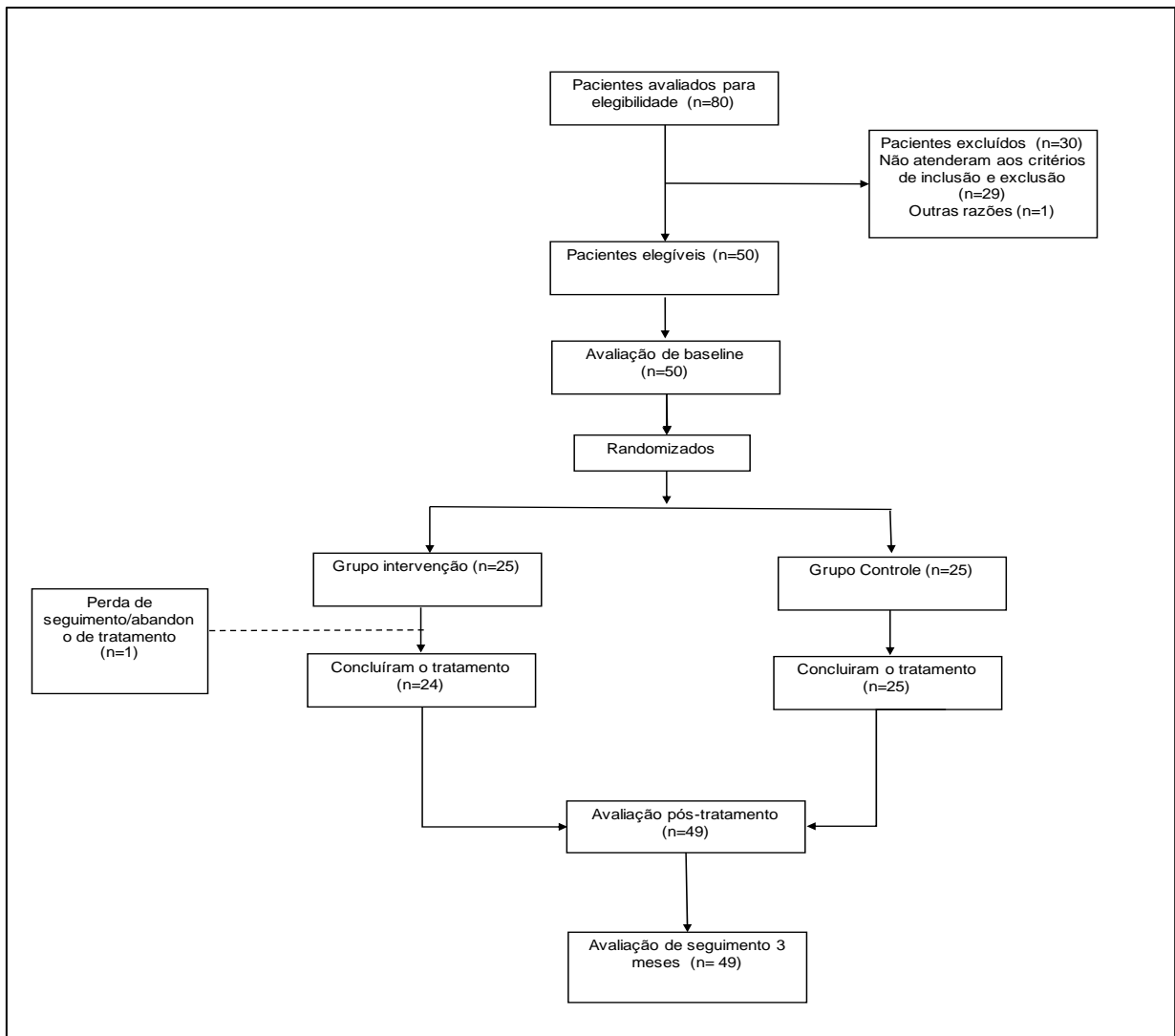


Figura 1 - Fluxo do protocolo do estudo.

Fonte: Elaborado pela autora

Os resultados do estudo foram organizados e analisados em dois blocos. O primeiro é a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes do estudo, obtidas nas avaliações

realizadas no baseline. Estes dados foram comparados entre si, com o objetivo verificar se existem diferenças nas características dos grupos de intervenção e controle. O grupo controle deve ter características similares ao grupo intervenção a fim de permitir que esse grupo sirva como referência (COOLICAN, 2004), por isto, algumas características descritas foram comparadas entre os grupos intervenção e controle visando checar a homogeneidade dos grupos.

No segundo bloco, os resultados foram descritos e com o objetivo de evidenciar se a hipnose teve impacto nos níveis de dor (desfecho primário) e demais variáveis de sintomas relacionados a fibromialgia (desfechos secundários) dados dos participantes no pré-tratamento, pós-tratamento e no seguimento (*follow-up*) foram comparados.

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PARTICIPANTES

As características sociodemográficas e de condições de saúde iniciais do grupo de intervenção e do grupo controle foram avaliadas comparativamente, a fim de eliminar possíveis vieses nos resultados. Conforme apresentado na Tabela 1, não houve diferenças estatísticas significantes nos parâmetros avaliados entre os grupos analisados, uma vez que $p > 0,05$ para todas as variáveis analisadas. Essa análise é importante pois comprova que os grupos eram homogêneos no momento da inclusão no estudo.

Conforme apresentado na Tabela 1, a maioria dos participantes do estudo foi do sexo feminino (95,8% para o grupo intervenção e 100% para o grupo controle), com idade média de aproximadamente 45 anos e faixa etária de 27 a 65 anos. A maioria dos participantes, em ambos os grupos (54,1% do grupo intervenção e 52,0% no grupo controle) tem um companheiro(a) e possuem bom nível de escolaridade, sendo que a maioria apresentava ensino superior completo (70,8% do grupo intervenção e 84% do grupo controle). Uma minoria dos participantes tem apenas o ensino fundamental completo (8,3% do grupo intervenção e 4,0% do grupo controle) ou não tem escolaridade (4,1% do grupo intervenção e 0,0% do grupo controle). Nenhum participante incluído no estudo é analfabeto.

Quanto à situação profissional, a maioria dos participantes desta pesquisa informaram estar trabalhando, ou seja, estavam ativos laboralmente (58,3% dos participantes do grupo intervenção e 52,0% dos participantes do grupo controle), aproximadamente 20,0% dos participantes de ambos os grupos relataram estar desempregados e 8,3% e 24,0% dos participantes, respectivamente nos grupos intervenção e controle, informaram incapacidade de

trabalhar devido a doença. Aposentados representam 12,5% dos participantes do grupo intervenção e 4,0% dos participantes do grupo controle.

Em relação ao tempo médio de doença, a maioria dos participantes apresenta a doença há mais de 24 meses em ambos os grupos (88% do grupo intervenção e 84% do grupo controle), mostrando que eles já convivem com dor há bastante tempo. A média da intensidade da dor (0-10) foi de 7,8 anos no grupo intervenção e 7,9 anos no grupo controle indicando sua severidade em ambos os grupos.

Tabela 1 - Características sociodemográfica e de condições de saúde dos participantes do estudo, incluídos no grupo controle e grupo intervenção

(continua)

Variável	Intervenção (N=24)	Controle (N=25)	Valor de p
Sexo (%)			
Feminino	95,8	100,0	0,15 ¹
Masculino	4,1	0,0	
Idade Média	44,8	45,9	0,22 ²
Peso médio (kg)	72,2	71,6	0,81 ²
Altura média (cm)	1,6	1,6	0,77 ²
Estado civil (%)			
Com companheiro (a)	54,1	52,0	0,68 ¹
Sem companheiro (a)	45,8	48,0	
Escolaridade (%)			
Ensino Superior	70,8	84,0	0,66 ¹
Ensino médio completo	16,6	12,0	
Ensino fundamental completo	8,3	4,0	
Sem escolaridade	4,1	0,0	
Situação profissional			
Trabalhando	58,3	52,0	0,73 ¹
Desempregado	20,8	20,0	
Incapaz de trabalhar devido a doença	8,3	24,0	
Aposentado	12,5	4,0	
Uso prévio de medicamentos (%)			
Sim	75,0	84,0	0,47 ¹
Não	25,0	16,0	
Tempo médio de doença (anos) (%)			
3 a 6 meses	4,1	4,0	0,95 ¹
12 a 24 meses	8,3	12,0	
Mais de 24 meses	87,5	84,0	
Intensidade média da dor no momento da aplicação do questionário	7,8	7,9	0,62 ²

¹ Teste qui quadrado de Pearson; ² Teste t de Student.**Fonte:** Elaborado pela autora

Os impactos da fibromialgia nas atividades de vida dos participantes dos grupos controle e intervenção foram investigados e estão descritos na Tabela 2. Quanto aos impactos nas atividades laborais, mais de 50% dos participantes do estudo faltaram ao trabalho no último

ano em decorrência da fibromialgia. A elevada frequência de absenteísmo ao trabalho pela maioria dos participantes, chama a atenção, uma vez que, a maioria faltou mais de três vezes, 52,6% e 76,9% para o grupo intervenção e controle, respectivamente.

De acordo com a Tabela 2, considerando as dores sentidas no último mês, incluindo dores nos braços, pernas ou outras articulações além das costas, mais de 80% dos participantes de ambos os grupos descreveram ter sentido dor muitas vezes no último mês. A cefaleia foi um sintoma frequente em ambos os grupos, relatado por 56% dos participantes do grupo intervenção e 64% dos pacientes do grupo controle. Entre os participantes do estudo apenas um não relatou sentir dor de cabeça no último mês. Entre os participantes, de ambos os grupos, 88% relataram que sentiram muitas vezes dor difusa ou em grande parte do corpo durante o último mês e nenhum participante do grupo intervenção ficou sem dor.

Em relação à percepção de bem-estar, dos 24 participantes do grupo intervenção, apenas 5 deles não experimentaram a sensação de se sentirem inúteis, e no grupo controle, apenas 3 de 25 não experimentaram esta sensação. A maioria dos participantes também expressaram se sentir, em algum nível, desamparados, depressivos e sem esperanças.

As dificuldades com o sono foram também relatadas. Cerca de 79% dos participantes do grupo intervenção e 84% do grupo controle relataram que nunca ou raramente tem um sono reparador, mais de 60% apresentam sempre ou frequentemente problemas para adormecer e mais de 60% dos participantes acordam várias vezes durante a noite. Esses dados evidenciam que distúrbios do sono são prevalentes entre os participantes do estudo.

Também foram avaliados, os impactos da fibromialgia nas atividades de rotina dos participantes. Mais de 50% dos participantes relataram que a doença afeta bastante ou muito suas atividades do dia a dia, incluindo suas atividades em casa, sociais e tarefas domésticas.

Mais de 30% dos participantes relataram que não consideram seguro ser fisicamente ativo para uma pessoa com sua condição (fibromialgia) e 52% dos participantes relataram sentir que suas dores estão cada vez piores e que não irão melhorar. Este resultado evidencia o estado de catastrofização que frequentemente se desenvolve em pacientes com fibromialgia.

Tabela 2 – Características dos participantes do grupo controle e ativo quanto ao impacto da fibromialgia nas atividades de vida

(continua)

Variável	Intervenção (N=24)		Controle (N=25)	
	Frequência	%	Frequência	%
No último ano faltou ao trabalho devido à sua dor?				
Sim	18	75,0	13	52,0
Não	3	12,5	6	24,0
NA	3	12,0	6	24,0
Se sim, quantas vezes?				
Uma vez	3	16,6	1	7,7
Duas vezes	1	5,5	2	15,3
Três vezes	5	27,8	0	0,0
Mais de três vezes	9	50,0	10	76,9
Durante o último mês sentiu: Dores nos braços, pernas ou noutras articulações além das costas?				
Às vezes	4	16,7	2	8,0
Muitas vezes	20	83,3	21	84,0
Durante o último mês sentiu dores de cabeça?				
Nunca	1	4,0	0	0,0
Algumas vezes	10	41,6	9	36,0
Muitas vezes	13	54,1	16	64,0
Durante o último mês sentiu dor difusa ou dor em grande parte do corpo?				
Nunca	0	0,0	1	4,0
Às vezes	3	12,5	2	8,0
Muitas vezes	21	87,5	22	88,0
Durante o último mês sentiu: (escolha uma das seguintes opções) Dores de estômago?				
Nunca	6	25,0	13	52,0
Algumas vezes	12	50,0	9	36,0
Muitas vezes	6	12,0	3	12,0
Na última semana, sentiu-se inútil				
Nunca	5	20,8	3	12,0
Raramente	3	12,5	3	12,0
Às vezes	9	37,5	11	44,0
Frequentemente	5	20,8	7	28,0
Sempre	2	8,3	1	4,0

(continuação)

Variável	Intervenção (N=24)		Controle (N=25)	
	Frequência	%	Frequência	%
Na última semana sentiu-se desamparado				
Nunca	4	16,6	5	20,0
Raramente	4	16,6	2	8,0
Às vezes	9	37,5	11	44,0
Frequentemente	6	25,0	4	16,0
Sempre	1	4,1	2	8,0
Na última semana sentiu-se depressivo				

Nunca	4	16,6	5	20,0
Raramente	2	8,3	1	4,0
Às vezes	5	20,8	11	44,0
Frequentemente	9	37,5	5	20,0
Sempre	4	16,6	2	8,0
Na última semana sentiu-se sem esperança				
Nunca	4	16,6	4	16,0
Raramente	6	25,0	7	28,0
Às vezes	9	37,5	9	36,0
Frequentemente	3	12,5	3	12,0
Sempre	2	8,3	2	8,0
Na última semana o meu sono foi reparador				
Nunca	8	33,3	8	32,0
Raramente	11	45,8	13	52,0
Às vezes	2	8,3	1	4,0
Frequentemente	3	12,5	0	0,0
Sempre	0	0,0	3	12,0
Tive problema em adormecer				
Nunca	1	4,1	1	4,0
Raramente	1	4,1	0	0,0
Às vezes	5	20,8	5	20,0
Frequentemente	7	29,1	8	32,0
Sempre	10	41,6	11	44,0
Na última semana acordei várias vezes durante a noite				
Nunca	2	8,3	2	8,0
Raramente	1	4,1	1	4,0
Às vezes	5	20,8	5	20,0
Frequentemente	10	41,6	10	40,0
Sempre	6	25,0	7	28,0
Nos últimos 7 dias, quanto o seu problema afetou as atividades do seu dia a dia?				
Muito	9	37,5	9	36,0
Bastante	11	45,8	12	48,0
Um tanto	1	4,1	1	4,0
Um pouco	2	8,3	2	8,0
Nada	1	4,1	1	4,0

(continuação)

Variável	Intervenção (N=24)		Controle (N=25)	
	Frequência	%	Frequência	%
Nos últimos 7 dias, quanto o seu problema afetou as suas atividades em casa?				
Muito	9	37,5	10	40,0
Bastante	9	37,5	10	40,0
Um tanto	2	8,3	2	8,0
Um pouco	4	16,6	3	12,0
Nos últimos 7 dias, quanto o seu problema afetou a sua participação em atividades sociais?				
Muito	7	29,1	8	32,0

Bastante	9	37,5	9	36,0
Um tanto	4	16,6	4	16,0
Um pouco	3	12,5	3	12,0
Nada	1	4,1	1	4,0
Nos últimos 7 dias, quanto o seu problema afetou as suas tarefas domésticas?				
Muito	9	37,5	10	40,0
Bastante	11	45,8	11	44,0
Um tanto	1	4,1	1	4,0
Um pouco	3	12,5	3	12,0
Não é seguro para uma pessoa com a minha condição física ser fisicamente ativa				
Concordo	6	25,0	7	28,0
Concordo plenamente	1	4,1	1	4,0
Discordo	12	50,0	12	48,0
Discordo plenamente	5	20,8	5	20,0
Sinto que as minhas dores estão cada vez piores e nunca vão melhorar				
Concordo	13	54,1	13	52,0
Discordo	11	45,8	12	48,0
Não sabe avaliar	0	0,0	0	0,0

Nota: valores representados como frequência (%), n=24 para o grupo intervenção e n=25 para o grupo controle.

Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 3 ilustra os principais medicamentos utilizados pelos participantes do estudo. A pregabalina, um dos gabapentinoides de primeira escolha para fibromialgia, foi o fármaco utilizado por 31,6% dos participantes, enquanto 15,8% dos participantes estavam em uso de duloxetina e 15,8% utilizavam topiramato, zolpidem, mirtazapina, dipirona, anti-inflamatórios e ciclobenzaprina também foram listados. Todos os pacientes incluídos no estudo faziam uso de pelo menos uma medicação para o tratamento da fibromialgia.

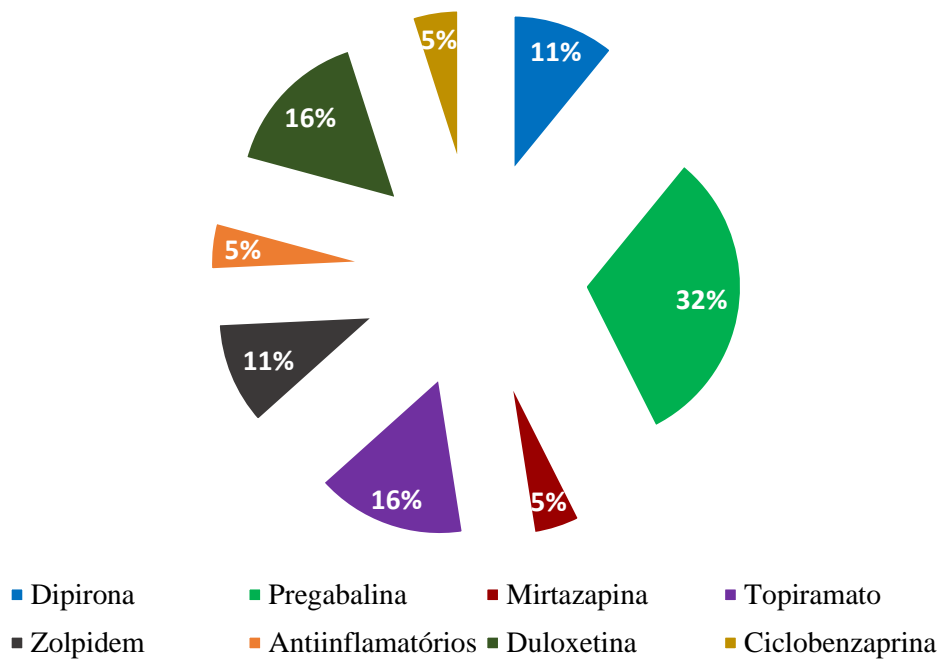


Figura 3 - Principais medicamentos utilizados pelos participantes do estudo

6.2 DESFECHO PRIMÁRIO DA EFICÁCIA: INTENSIDADE DE DOR NA ESCALA NUMÉRICA

Tendo sido caracterizada a população do estudo, e demonstrada sua homogeneidade nas avaliações de pré-tratamento, as análises de eficácia da hipnose foram iniciadas. Para tal, os resultados das avaliações de baseline foram comparados aos resultados das leituras de pós-tratamento (até 7 dias após o fim do tratamento) e seguimento (3 meses após o término do tratamento), nos dois grupos experimentais.

O desfecho primário de eficácia foi a intensidade de dor quantificada em todos os participantes, utilizando a escala END. Os resultados estão apresentados na figura 4.

Inicialmente foram comparados os valores de END entre os grupos no tempo de baseline, e verificou-se que os grupos apresentaram valores estatisticamente iguais antes do início do tratamento ($p=0,18$). Para analisar a eficácia, os valores de END nos dois tempos de pós-tratamento foram comparados com os valores de baseline. Nos participantes do grupo da intervenção, os valores encontrados foram de $9,0 \pm 1,1$, $4,3 \pm 0,9$ e $4,5 \pm 1,2$, respectivamente, representados como média \pm desvio padrão. O teste t foi aplicado, evidenciando que, no grupo da intervenção, os valores de END foram estatisticamente menores no tempo de pós-tratamento quanto de *follow-up*, em relação ao baseline ($p<0,01$). No grupo controle, os valores de END foram de $9,3 \pm 0,7$, $9,0 \pm 1,2$ e $9,0 \pm 1,0$. Não foram encontradas diferenças estatisticamente

significativas entre esses valores. Esses resultados indicam que o protocolo de hipnose utilizado induziu efeito analgésico que persistiu por pelo menos 3 meses após o fim do tratamento.

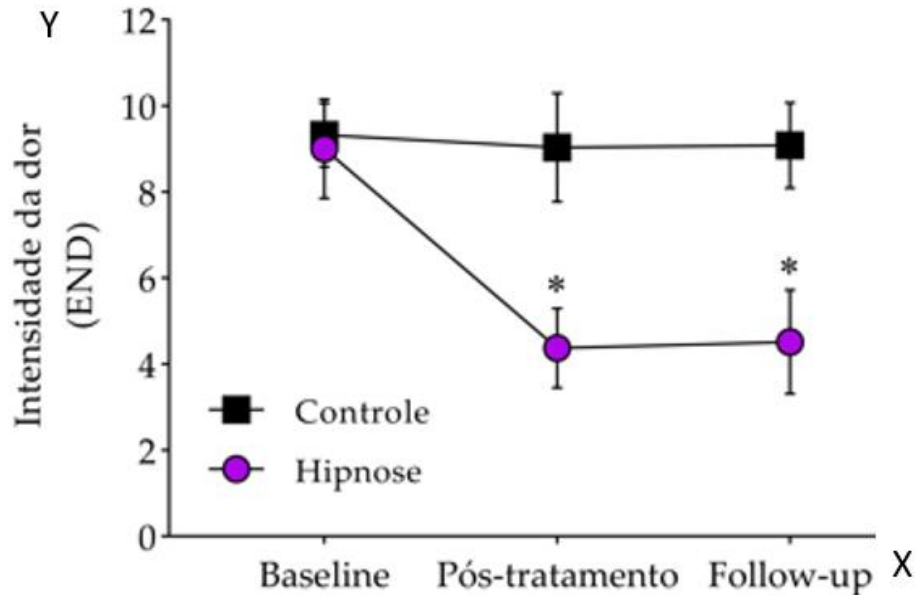


Figura 4 - Pontuações na escala numérica de intensidade da dor (END) dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental. O eixo Y representa a pontuação de END. O eixo X mostra os diferentes tempos de avaliação: baseline (antes do tratamento); pós-tratamento (ao final do tratamento); *follow-up* (3 meses após o final do tratamento). Valores representados como média \pm desvio padrão, com $n = 24$ no grupo intervenção e $n=25$ no grupo controle. *($p < 0,05$) diferente do grupo intervenção no baseline, avaliados pelo Teste t de Student.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

6.3 DESFECHO SECUNDÁRIO DA EFICÁCIA: SCORES DE DOR PELO QUESTIONÁRIO MCGILL

Além da escala END, o questionário *McGill Short form* também foi empregado para mensurar os efeitos da hipnose sobre a dor nos participantes do estudo. Este questionário permite diferenciar os componentes afetivo e sensorial da dor, e para tal, foram calculados os escores sensorial, afetivo e total da dor no questionário. Os resultados encontrados estão apresentados na Tabela 3. Nas medidas de baseline, os escores de dor dos dois grupos foram comparados e não foram encontradas diferenças estatísticas entre eles, mostrando a homogeneidade dos grupos antes do início da intervenção. Os scores de dor do grupo de intervenção reduziram após a hipnose. Tanto o score sensorial quanto o afetivo, score total e número de descritores foram reduzidos no pós-tratamento ($p < 0,05$) e *follow-up* ($p < 0,05$) quando comparados ao baseline, demonstrando eficácia da intervenção em reduzir diferentes componentes da dor. Já no grupo controle, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os escores de dor nos diferentes tempos de avaliação.

A duração dos efeitos analgésicos induzidos pela hipnose, foi avaliada pela comparação dos escores de dor obtidos no tempo de pós-tratamento em relação ao *follow-up*. Para todos os escores de dor do McGill, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as leituras de pós-tratamento e *follow-up*, indicando que a analgesia induzida pela hipnose persiste por até três meses após o término do tratamento.

Tabela 3 - Escores de dor no questionário McGill dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental.

Escore do McGill	GRUPO INTERVENÇÃO			GRUPO CONTROLE		
	Baseline	Pós-tratamento	Follow-up	Baseline	Pós-tratamento	Follow-up
	média±dp	média±dp	média±dp	média±dp	média±dp	média±dp
Sensorial	25,0 ± 2,4	15,9 ± 3,1*	16,0 ± 4,1*	25,2 ± 2,4	24,0 ± 1,8	23,6 ± 2,5
Afetivo	10,2 ± 1,9	5,5 ± 1,6*	5,7 ± 1,3*	10,2 ± 2,5	9,6 ± 1,7	9,9 ± 2,0
Descritores	13,0 ± 1,9	7,5 ± 1,7*	7,6 ± 1,2*	13,2 ± 1,6	12,9 ± 2,5	13,0 ± 2,1
Total	28,7 ± 2,1	22,17 ± 1,8*	22,6 ± 2,4*	29,0 ± 2,4	28,7 ± 3,1	28,8 ± 3,8

Nota: valores representados como média ± desvio padrão da média das pontuações nos escores do questionário McGill Short Form. Medidas foram realizadas nos tempos de baseline (antes do tratamento); pós-tratamento (ao final do tratamento); *follow-up* (3 meses após o final do tratamento) para os grupos controle e intervenção. *p<0,05 em relação ao baseline do grupo intervenção.

Fonte: Elaborado pela autora

6.4 DESFECHO SECUNDÁRIO DE EFICÁCIA: ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)

O questionário HADS foi aplicado para investigar a influência da intervenção sobre a saúde mental dos participantes. Ele categoriza o estado de ansiedade em improvável transtorno de ansiedade/depressão (0-7 pontos), possível transtorno de ansiedade/depressão (8-11 pontos) e provável transtorno de ansiedade/depressão (12-21 pontos).

No baseline, os participantes do grupo de intervenção apresentam pontuação de 12,1±2,1, já os do grupo controle o baseline médio foi de 12,9±3,1, não havendo diferenças iniciais entre os grupos.

No grupo intervenção, conforme mostra a Figura 5, a pontuação média do HADS no pós-tratamento foi de 7,1 ± 3,1 e no *follow-up* 7,3 ± 3,05, ambos estatisticamente diferentes do baseline(p<0,05). Esse achado indica que o tratamento induziu uma alteração da classificação dos participantes do grupo intervenção, que foram inicialmente classificados com provável transtorno de ansiedade/depressão, após a intervenção passaram a improvável transtorno de

ansiedade/depressão. Já para o grupo controle, a pontuação média no pós-tratamento foi de $12,7 \pm 3,7$ e no *follow-up* foi de $12,7 \pm 3,5$, não apresentando mudanças estatisticamente significativas em relação ao baseline.

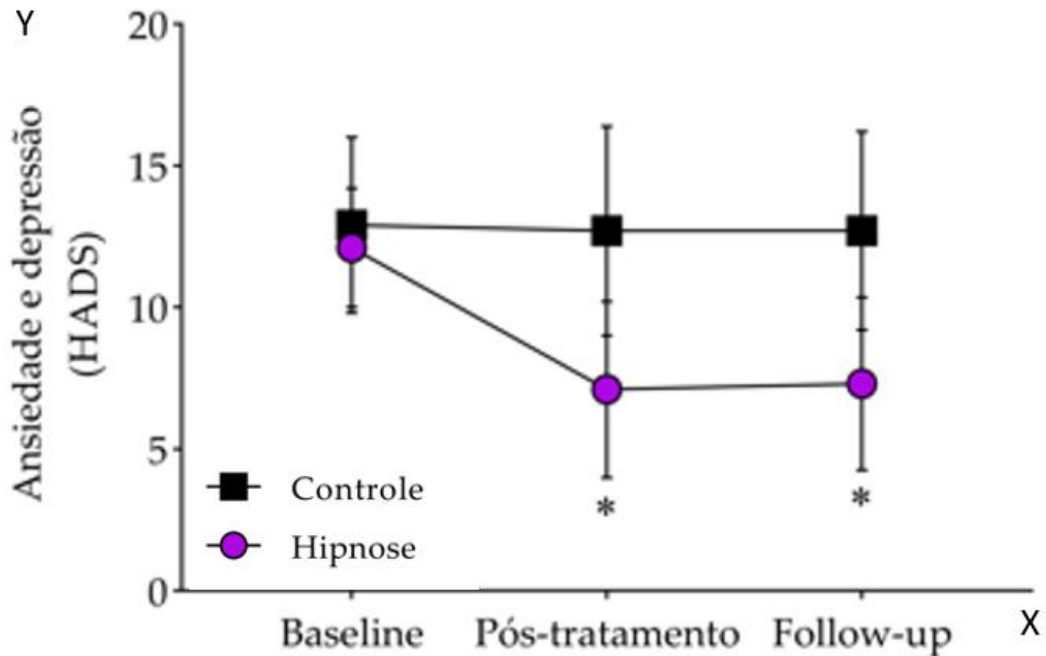


Figura 5 - Pontuações na escala HADS de ansiedade e depressão dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental. O eixo Y representa a pontuação de HADS. O eixo X mostra os diferentes tempos de avaliação: baseline (antes do tratamento); pós-tratamento (ao final do tratamento); *follow-up* (3 meses após o final do tratamento). Valores representados como média \pm desvio padrão, com $n = 24$ no grupo intervenção e $n=25$ no grupo controle. * $p < 0,05$ diferente do grupo intervenção no baseline, avaliados pelo Teste t de Student.

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação apenas aos sintomas de depressão, no baseline, os participantes do grupo de intervenção apresentam pontuação média de $4,0 \pm 1,8$, já os do grupo controle o baseline médio foi de $5,16 \pm 3,1$, não havendo diferenças iniciais entre os grupos.

No grupo intervenção, conforme mostra a Figura 6, a pontuação média da subescala do HADS considerando apenas os sintomas de depressão no pós-tratamento foi de $2,4 \pm 1,3$ e no *follow-up* $2,3 \pm 1,1$, ambos estatisticamente diferentes do baseline ($p < 0,05$). Esse achado indica uma mudança significativa nos sintomas de depressão, que melhoraram após a intervenção. Já para o grupo controle, a pontuação média no pós-tratamento e no *follow-up* foi de $4,4 \pm 1,3$, não apresentando mudanças estatisticamente significativas em relação ao baseline.

Considerando apenas os sintomas de ansiedade, no baseline, os participantes do grupo de intervenção apresentam pontuação média de $4,0 \pm 1,8$, já os do grupo controle o baseline médio foi de $5,16 \pm 3,1$, não havendo diferenças iniciais entre os grupos.

No grupo intervenção, conforme mostra a Figura 6, a pontuação média da subescala do HADS considerando apenas os sintomas de ansiedade no pós-tratamento foi de $2,4 \pm 1,3$ e no follow-up $2,3 \pm 1,1$, ambos estatisticamente diferentes do baseline ($p < 0,05$). Esse achado indica uma mudança significativa nos sintomas de depressão, que melhoraram após a intervenção. Já para o grupo controle, a pontuação média no pós-tratamento e no *follow-up* foi de $4,4 \pm 1,3$, não apresentando mudanças estatisticamente significativas em relação ao baseline.

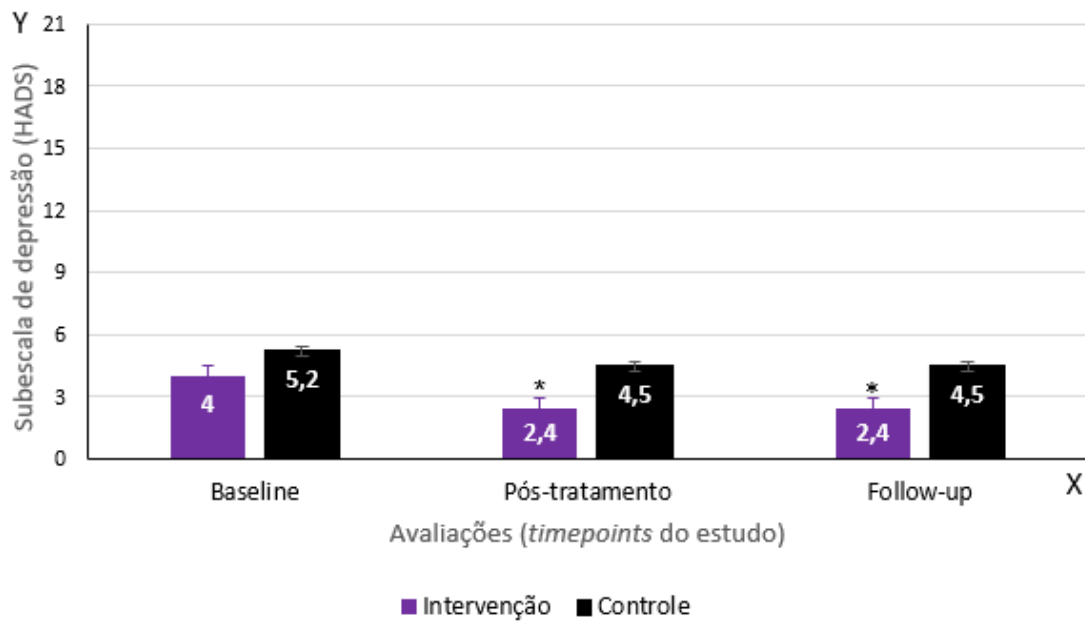


Figura 6 - Pontuações na subescala de depressão da escala HADS dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental. O eixo Y representa as respostas dos participantes do estudo. Medidas foram realizadas nos tempos de baseline (antes do tratamento); pós-tratamento (ao final do tratamento); *follow-up* (3 meses após o final do tratamento). Valores representados como média \pm desvio padrão, com $n=24$ no grupo intervenção e $n=25$ no grupo controle. $*(p < 0,05)$ pós-tratamento e *follow-up* em relação ao baseline, avaliados pelo Teste t de *Student*.

Fonte: Elaborado pela autora

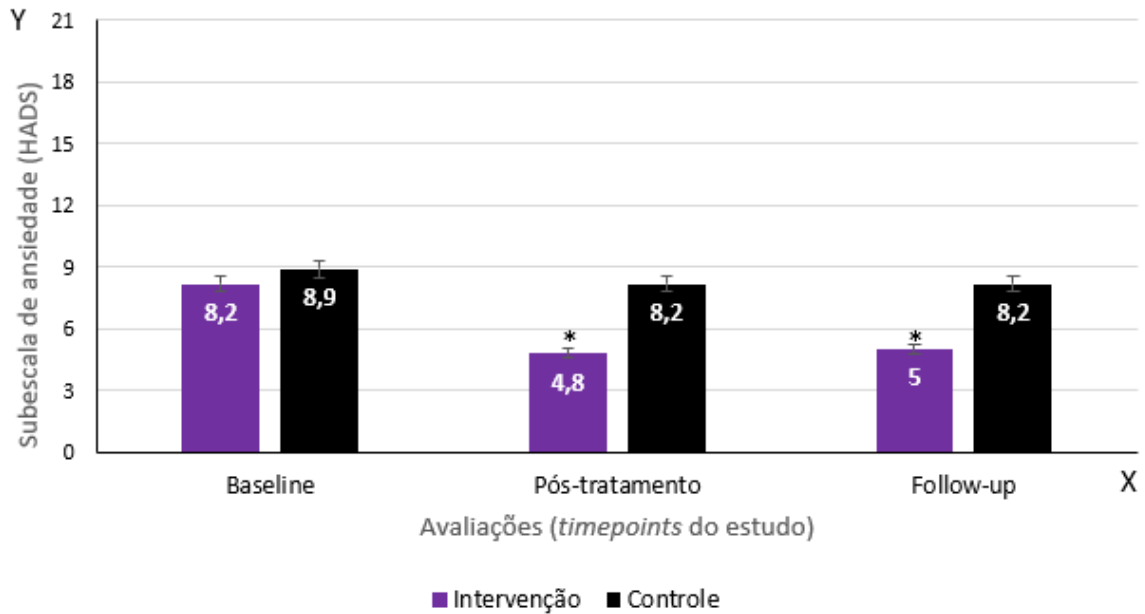


Figura 7 - Pontuações na subescala de ansiedade da escala HADS dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental. O eixo Y representa as respostas dos participantes do estudo. Medidas foram realizadas nos tempos de baseline (antes do tratamento); pós-tratamento (ao final do tratamento); *follow-up* (3 meses após o final do tratamento). Valores representados como média \pm desvio padrão, com $n=24$ no grupo intervenção e $n=25$ no grupo controle. $*(p<0,05)$ pós-tratamento e *follow-up* em relação ao baseline, avaliados pelo Teste t de Student.

Fonte: Elaborado pela autora

6.5 DESFECHO SECUNDÁRIO DE EFICÁCIA: QUALIDADE DE VIDA

O questionário WHOQOL- BREVE foi aplicado para investigar os impactos dos tratamentos sobre a qualidade de vida dos participantes do estudo. Ele é composto por 26 questões, sendo que a primeira questão se refere à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente. Os resultados desta análise estão apresentados na Figura 8 e Tabela 4.

Na avaliação de baseline, os participantes do grupo de intervenção apresentaram pontuação de $11,96 \pm 1,66$ (domínio físico), $10,19 \pm 2,56$ (domínio psicológico), $9,48 \pm 2,11$ (domínio das relações sociais), $11,40 \pm 2,86$ (domínio meio ambiente) e $9,75 \pm 2,07$ (domínio auto avaliação), já os do grupo controle o baseline médio foi de $12,00 \pm 11,83$ (domínio físico), $10,56 \pm 2,45$ (domínio psicológico), $9,51 \pm 3,36$ (domínio das relações sociais), $11,92 \pm 1,32$ (domínio meio ambiente) e $9,40 \pm 2,97$ (domínio auto avaliação). Não foram encontradas diferenças estatísticas entre o grupo intervenção o controle nesse tempo de avaliação.

De acordo com a Figura 8, a qualidade de vida geral dos participantes do grupo intervenção melhorou após o tratamento, como evidenciado pelas diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) das pontuações de pós-tratamento e *follow-up* em comparação ao baseline. E esta melhora do grupo intervenção contempla, além da qualidade de vida de modo geral, os domínios físicos ($p < 0,05$), psicológico ($p < 0,05$) e autoavaliação ($p < 0,05$), como mostra a tabela 4. Como mostram a figura 8 e a tabela 4 o grupo controle não apresentou alteração estatisticamente significativa dos valores de pós-tratamento em relação ao baseline. Desta forma, pode-se afirmar que o protocolo de hipnose melhorou a qualidade de vida dos participantes em diferentes domínios.

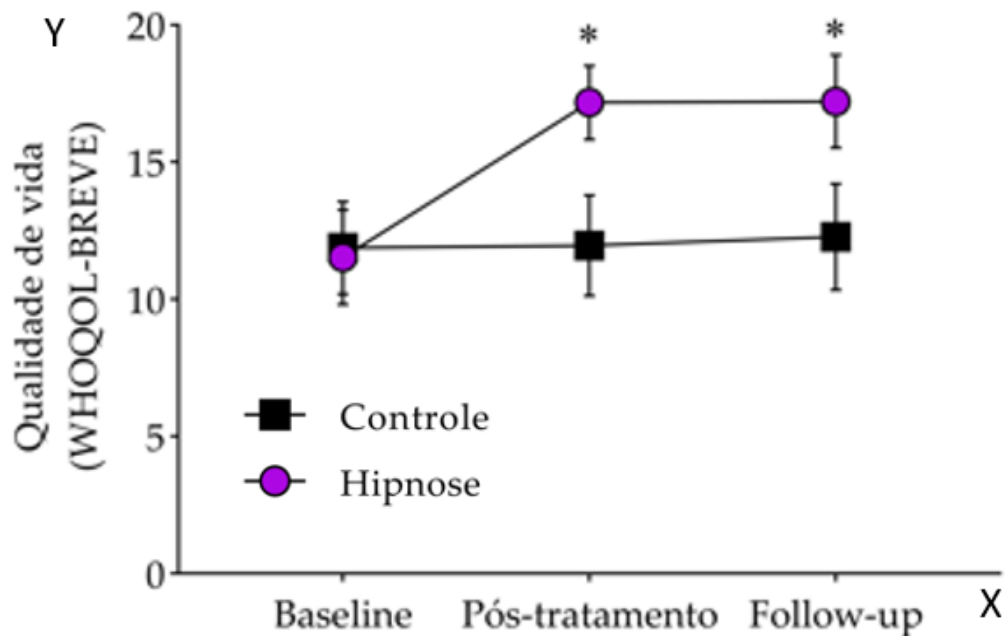


Figura 8 - Pontuações de qualidade de vida geral dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental. O eixo Y representa a pontuação de qualidade de vida geral no questionário WHOQOL-BREVE. O eixo X mostra os diferentes tempos de avaliação: baseline (antes do tratamento); pós-tratamento (ao final do tratamento); *follow-up* (3 meses após o final do tratamento). Valores representados como média \pm desvio padrão, com $n = 24$ no grupo intervenção e $n = 25$ no grupo controle. * $p < 0,05$ diferente do grupo intervenção no baseline, avaliados pelo Teste t de Student.

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 4 – Pontuações nos diferentes domínios do questionário WHOQOL-BREVE de qualidade de vida do grupo intervenção e controle ao longo do estudo

Domínio	Intervenção (N=24)			Controle (N=25)		
	Baseline	Pós-tratamento	Follow-up	Baseline	Pós-tratamento	Follow-up
Físico	11,96 ± 1,66	17,17 ± 1,37*	16,78 ± 1,38*	12,00 ± 11,83	12,16 ± 1,55	12,14 ± 1,39
Psicológico	10,19 ± 2,56	16,92 ± 2,62*	16,58 ± 2,86*	10,56 ± 2,45	10,65 ± 3,12	11,33 ± 2,92
Relações sociais	9,48 ± 2,11	10,30 ± 2,08	10,26 ± 1,10	9,51 ± 3,36	10,45 ± 2,75	10,56 ± 2,61
Meio Ambiente	11,40 ± 2,86	11,81 ± 2,76	12,23 ± 3,31	11,92 ± 1,32	12,02 ± 1,90	12,12 ± 2,12
Autoavaliação	9,75 ± 2,07	16,04 ± 2,31*	16,29 ± 2,54*	9,40 ± 2,97	9,92 ± 2,91	10,00 ± 3,27

Nota: Valores representados como média ± desvio padrão da média das pontuações do questionário WHOQOL-BREVE. Medidas foram realizadas nos tempos de baseline (antes do tratamento); pós-tratamento (ao final do tratamento); *follow-up* (3 meses após o final do tratamento) para os grupos controle e intervenção. * $p < 0,05$ em relação ao baseline do grupo intervenção.

Fonte: Elaborado pela autora

6.6 DESFECHO SECUNDÁRIO DE EFICÁCIA: CATASTROFISMO DA DOR (B-PCS)

A escala de catastrofismo da dor foi aplicada para investigar os impactos dos tratamentos sobre a tendencia dos portadores de fibromialgia à catastrofização da dor. A escala possui 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos relacionados a dor, e o participante indica o grau destes pensamentos e sentimentos no momento que está sentindo a dor. Quanto mais alto o escore obtido pela soma total de todos os descritores, maior a catastrofização.

Os resultados apresentados na Tabela 5 mostram que os participantes do grupo de intervenção apresentaram pontuação de $42,00 \pm 5,18$ no baseline, já no grupo controle ela foi de $41,00 \pm 5,59$, não havendo diferenças estatísticas entre os grupos nesse tempo. No grupo intervenção houve uma redução estatística ($p < 0,05$) na pontuação desta escala quando foram comparados os valores do pós-tratamento ($26,33 \pm 4,42$) e *follow-up* ($26,65 \pm 4,74$) com os de baseline ($42,00 + 5,18$).

Quanto ao grupo controle, houve uma discreta redução dos valores médios no pós-tratamento ($39,20 \pm 4,87$) e *follow-up* ($39,52 \pm 6,62$) em comparação ao baseline ($41,00 \pm 5,59$), porém ela não foi estatisticamente significativa. No grupo intervenção, não houve diferenças significativas estatísticas entre os valores de pós-tratamento comparados ao *follow-up*, o que

indica que os benefícios da hipnose foram mantidos a longo prazo. Sendo assim, resultados da escala B-PCS evidenciaram que o tratamento com hipnose reduziu a catastrofização da dor nos portadores de fibromialgia.

Tabela 5 – Pontuações na escala B-PCS de catastrofismo da dor do grupo intervenção e controle ao longo do estudo

B-PCS	Intervenção (N=24)			Controle (N=25)		
	Baseline	Pós-tratamento	Follow-up	Baseline	Pós-tratamento	Follow-up
	42,00±5,18	26,33 ± 4,42*	26,65± 4,74*	41,00±5,59	39,20±4,87	39,52±6,62

Nota: Valores representados como média ± desvio padrão da média das pontuações do questionário B-PCS. Medidas foram realizadas nos tempos de baseline (antes do tratamento); pós-tratamento (ao final do tratamento); *follow-up* (3 meses após o final do tratamento) para os grupos controle e intervenção. * $p < 0,05$ em relação ao baseline do grupo intervenção.

Fonte: Elaborado pela autora

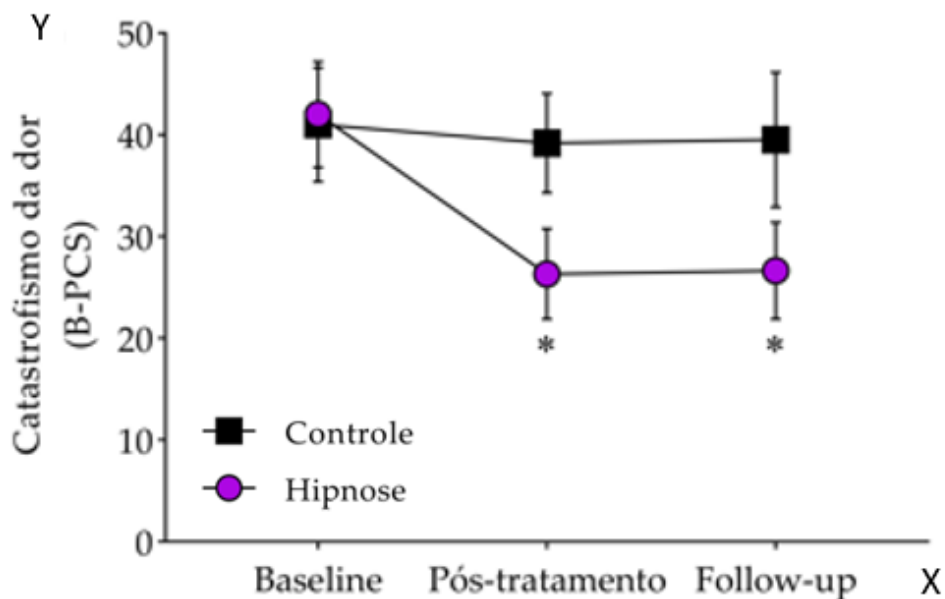


Figura 9 – Escala de catastrofismo da dor (B-PCS) dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental. O eixo Y representa a pontuação da escala de catastrofismo (B-PCS). O eixo X mostra os diferentes tempos de avaliação: baseline (antes do tratamento); pós-tratamento (ao final do tratamento); *follow-up* (3 meses após o final do tratamento).

Fonte: Elaborado pela autora

6.7 DESFECHO SECUNDÁRIO DE EFICÁCIA: ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH (PSQI-BR)

O índice de qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI-BR) foi aplicada para investigar a qualidade do sono nos participantes do estudo. O instrumento é constituído por 19 questões em autorrelato e cinco questões direcionadas ao cônjuge ou acompanhante de quarto. As 19 questões são categorizadas em sete componentes, graduados em escores de zero (nenhuma dificuldade) a três (dificuldade grave). Os componentes do PSQI são: C1 - qualidade subjetiva do sono, C2 - latência do sono, C3 - duração do sono, C4 - eficiência habitual do sono, C5 - alterações do sono, C6 - uso de medicamentos para dormir e C7 - disfunção diurna do sono. A soma dos valores atribuídos aos sete componentes varia de 0 a 21 no escore total do questionário indicando que quanto maior o número, pior é a qualidade do sono.

Os participantes do grupo de intervenção apresentaram média inicial de $16,96 \pm 3,41$, já os do grupo controle o baseline médio foi de $16,20 \pm 3,77$, não havendo diferenças iniciais entre os grupos ($p < 0,05$). Conforme apresentado na Tabela 6, houve uma redução significativa no índice no grupo intervenção quando comparamos os valores médios do pós-tratamento ($9,57 \pm 2,48$) e *follow-up* ($9,65 \pm 2,74$) com o baseline. Não houve diferenças significativas entre os resultados pós-tratamento e *follow-up* do grupo intervenção, o que indicaria que os benefícios são mantidos a longo prazo. Quanto ao grupo controle, houve uma redução dos valores médios no pós-tratamento ($15,72 \pm 3,29$) e *follow-up* ($15,04 \pm 4,14$) em comparação ao baseline, porém não foram estatisticamente significativos. Sendo assim, a o índice de qualidade do sono (PSQI-BR) apresentou uma redução estatisticamente significativa para o grupo intervenção, mostrando o benefício do tratamento com intervenção no grupo em comparação ao grupo controle em relação a qualidade do sono dos pacientes.

Tabela 6 - Descrição da qualidade do sono (PSQI-BR) dos participantes do estudo ao longo do tempo

PITTSBURGH (qualidade do sono)	GRUPO INTERVENÇÃO			GRUPO CONTROLE		
	Baseline	Pós-tratamento	<i>Follow-up</i>	Baseline	Pós-tratamento	<i>Follow-up</i>
	média±dp	média±dp	média±dp	média±dp	média±dp	média±dp
	16,96±3,41	9,57±2,48*	9,65±2,74*	16,20±3,77	15,72 ± 3,29	15,04 ± 4,14

Nota: valores representados como média ± desvio padrão da média, n=24 para o grupo intervenção e n=25 para o grupo controle. Medidas foram realizadas nos tempos de baseline (antes do tratamento); pós-tratamento (ao final do tratamento); *follow-up* (3 meses após o final do tratamento). Teste t* ($p < 0,05$) em relação ao baseline.

Fonte: Elaborado pela autora

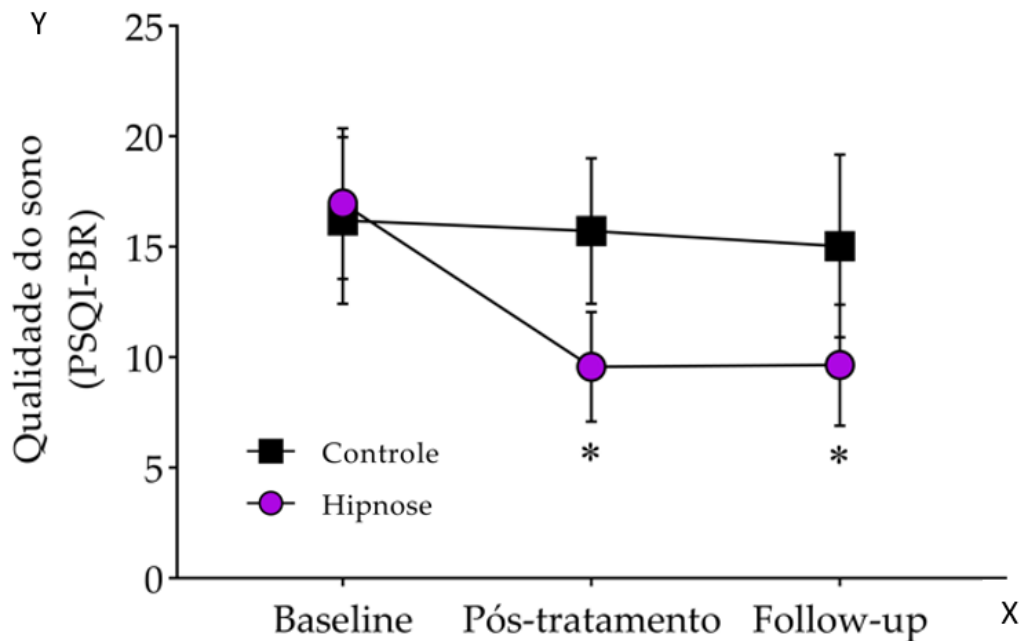


Figura 10 – Índice da qualidade de sono (PSQI-BR) dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental. O eixo Y representa os valores do índice da qualidade de sono (PSQI-BR). O eixo X mostra os diferentes tempos de avaliação: baseline (antes do tratamento); pós-tratamento (ao final do tratamento); *follow-up* (3 meses após o final do tratamento).

Fonte: Elaborado pela autora

6.8 DESFECHO SECUNDÁRIO DE EFICÁCIA: DESAGRADABILIDADE DA DOR (ENDD)

A escala numérica de desagradabilidade de dor (ENDD) foi aplicada para avaliar o quanto os participantes do estudo consideravam desagradável sua dor, e os efeitos da hipnose sobre esse parâmetro.

Na avaliação de baseline, os participantes do grupo de intervenção apresentaram pontuação de $9,08 \pm 0,86$, os do grupo controle de $9,04 \pm 0,61$, não havendo diferenças estatísticas entre eles (Tabela 7). Nos participantes do grupo da intervenção, os valores obtidos nas avaliações de pós-tratamento e *follow-up* foram de $5,29 \pm 0,69$ e $5,57 \pm 1,34$ respectivamente, foram estatisticamente menores em relação ao $p < 0,01$. No grupo controle, os valores de ENDD nas avaliações de pós-tratamento e no *follow-up* foram de $8,88 \pm 0,78$ e $8,80 \pm 1,15$, respectivamente. Nesse grupo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as medidas de pós-tratamento e *follow-up* em relação ao baseline. Esses resultados

indicam que o protocolo de hipnose reduziu a percepção de desagradabilidade de dor pelos participantes, e esse efeito perdurou até 3 meses após o fim do tratamento.

Tabela 7 – Pontuações na escala numérica de desagradabilidade de dor (ENDD) do grupo intervenção e controle ao longo do estudo

ENDD	Intervenção (N=24)			Controle (N=25)		
	Baseline	Pós-tratamento	Follow-up	Baseline	Pós-tratamento	Follow-up
	9,08±0,86	5,29±0,69*	5,57±1,34*	9,04±0,61	8,88±0,78	8,80±1,15

Nota: Valores representados como média ± desvio padrão da média das pontuações na escala ENDD. Medidas foram realizadas nos tempos de baseline (antes do tratamento); pós-tratamento (ao final do tratamento); *follow-up* (3 meses após o final do tratamento) para os grupos controle e intervenção. * $p < 0,05$ em relação ao baseline do grupo intervenção.

Fonte: Elaborado pela autora

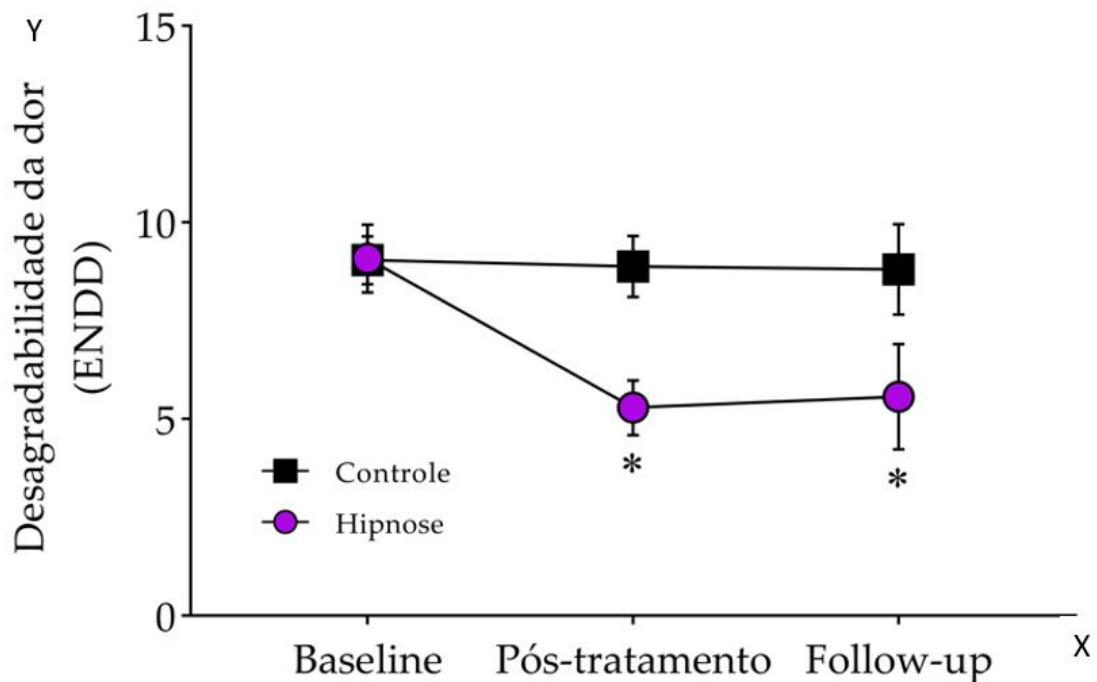


Figura 11 – Escala numérica da desagradabilidade da dor (ENDD) dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental. O eixo Y representa os valores da escala numérica da desagradabilidade da dor (ENDD). O eixo X mostra os diferentes tempos de avaliação: baseline (antes do tratamento); pós-tratamento (ao final do tratamento); *follow-up* (3 meses após o final do tratamento).

Fonte: Elaborado pela autora

6.9 DESFECHO SECUNDÁRIO DE EFICÁCIA: IMPACTO DA FIBROMIALGIA (QIF)

O questionário de impacto da fibromialgia (QIF) avaliou o impacto da fibromialgia no funcionamento físico, situação de trabalho, depressão, ansiedade, sono, dor, rigidez, fadiga e bem-estar dos participantes do estudo, e permitiu mensurar os efeitos da hipnose sobre esses parâmetros. O instrumento tem 10 itens e o teste gera uma pontuação total: quanto maior o escore do QIF, maior o impacto da fibromialgia na vida do paciente.

Os participantes do grupo de intervenção apresentaram no baseline, pontuação de $80,05 \pm 4,83$, já os do grupo controle foi de $76,81 \pm 5,44$, sem diferenças estatísticas entre os grupos (Figura 12). Participantes do grupo intervenção apresentaram um menor escore no QIF nas avaliações de pós-tratamento ($60,09 \pm 4,49$) e *follow-up* ($61,16 \pm 4,83$), respectivamente, quando comparados ao baseline ($80,05 \pm 4,83$) ($p < 0,05$). No grupo controle, os valores de QIF foram de $78,439 \pm 4,49$ e $78,06 \pm 4,83$ respectivamente no pós-tratamento e *follow-up*, sem diferenças estatísticas ao baseline desse grupo.

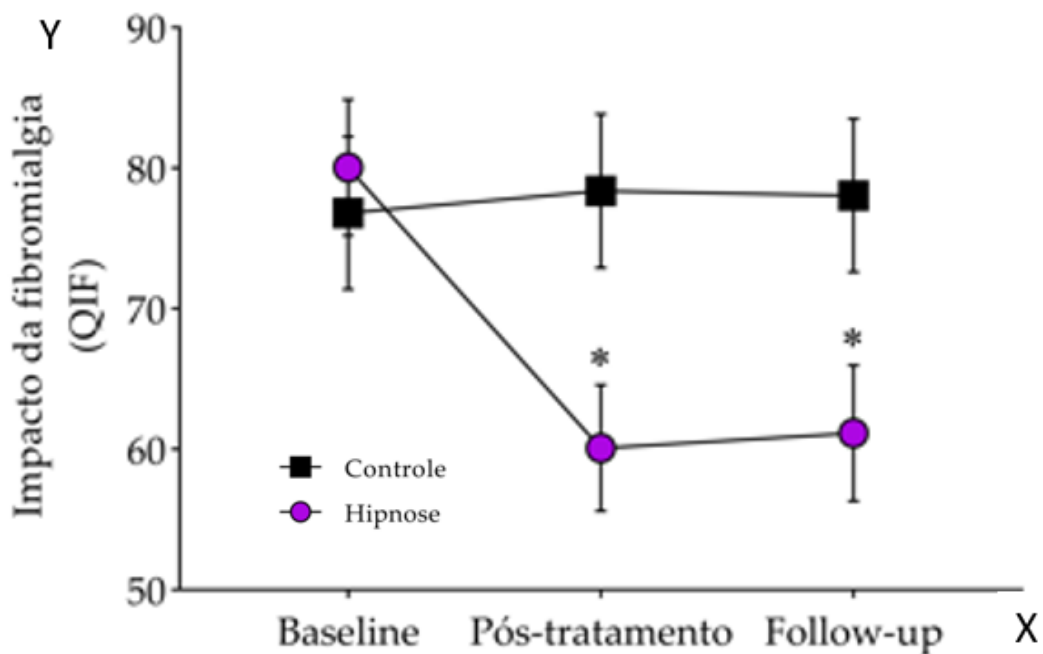


Figura 12 - Pontuações do questionário de impacto da fibromialgia (QIF) dos grupos intervenção e controle ao longo do período experimental. O eixo X representa a pontuação no questionário QIF. O eixo Y mostra os diferentes tempos de avaliação: baseline (antes do tratamento); pós-tratamento (ao final do tratamento); *follow-up* (3 meses após o final do tratamento). Valores representados como média \pm desvio padrão, com $n = 24$ no grupo intervenção e $n=25$ no grupo controle. * $p < 0,05$ diferente do grupo intervenção no baseline, avaliados pelo Teste t de Student.

Fonte: Elaborado pela autora

6.10 ANÁLISES DE CORRELAÇÃO

Após identificar a eficácia do protocolo de tratamento para reduzir a dor associada à fibromialgia, análises de correlação (teste de correlação de Spearman) foram conduzidas para apontar quais fatores poderiam influenciar na resposta analgésica induzida pela hipnose. Foram analisadas possíveis correlações entre a intensidade da dor (END) nos pós-tratamento e intensidade da dor (END) no baseline; idade; tempo de doença; suscetibilidade hipnótica; catastrofismo da dor no baseline e sintomas de ansiedade e depressão (HADS) no baseline.

Os valores dos coeficientes encontrados para cada correlação, de acordo com Akoglu (2018), foram categorizados em “fraca correlação” para todos os quesitos investigados. Os valores foram: $\rho=0,1$ para intensidade da dor no baseline X intensidade da dor no pós-tratamento; $\rho=-0,03$ para idade X intensidade da dor no pós-tratamento; $\rho=0,22$ para HADS X intensidade da dor no pós-tratamento; $\rho=0,114$ para catastrofismo X intensidade da dor no pós-tratamento. Esses resultados indicam que, para a população estudada, esses parâmetros parecem ter pouca influência na resposta final do tratamento.

7 DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou os benefícios terapêuticos da hipnose para pacientes com fibromialgia. O protocolo utilizado com sessões individuais de hipnose reduziu a intensidade da dor e sua percepção tanto do componente sensorial quanto afetivo, reduziu o catastrofismo da dor e os sintomas de ansiedade e depressão, melhorou a qualidade de vida e reduziu os impactos da fibromialgia em diferentes domínios da vida dos participantes com fibromialgia. Os resultados desse estudo aumentam as evidências da eficácia e benefícios clínicos da hipnose como tratamento adjuvante da fibromialgia.

Participaram desta pesquisa 49 pacientes com fibromialgia, maioria do sexo feminino, com idade média de 45 anos. No Brasil, a prevalência da fibromialgia é estimada em 2,5% da população, acometendo especialmente mulheres entre 35 e 44 anos (HEYMANN et al., 2017), no entanto alguns estudos têm indicado um aumento na prevalência de fibromialgia em mulheres com idade entre 30 e 65 anos (KONRAD, 2005; CAVALCANTE et al., 2006). O perfil de faixa etária e gênero dos participantes do presente estudo está de acordo com os dados epidemiológicos do país. A maior prevalência de fibromialgia em mulheres vem sendo associada a um possível papel dos hormônios sexuais na expressão da doença, uma vez que pesquisas relatam níveis alterados desses hormônios durante a fibromialgia (FILLINGIM; NESS, 2000; CRAFT; MOGLIL; ALOISI, 2004; ALOISI; BONIFAZI, 2006; MARTIN, 2009; FILLINGIM et al., 2009; MANSON, 2010; TANWAR et al., 2016). Entretanto, como detalhadamente descrito na sessão de Referencial Teórico, os resultados disponíveis na literatura sobre o papel dos hormônios sexuais na fibromialgia são ainda controversos e esse tema requer maiores investigações.

Quanto a situação profissional, na presente pesquisa mais de 50% dos participantes informaram estar ativos laboralmente, embora tenha sido evidenciada uma elevada frequência de absenteísmo ao trabalho em decorrência da fibromialgia. Além disso, mais de 50% dos participantes relataram que a doença afetou bastante ou muito suas atividades do dia a dia, incluindo suas atividades em casa, sociais e tarefas domésticas. Esses resultados estão de acordo com o perfil já estabelecido dos portadores de fibromialgia, nos quais a dor crônica resulta em frequente afastamento das atividades laborais, funcionais e sociais, gerando um grande impacto na vida desses pacientes (JUNIOR et al., 2012; MEDEIROS et al., 2012).

No presente estudo, os medicamentos utilizados para controle da dor por 47% dos participantes foram pregabalina e duloxetina, ambos considerados de primeira escolha, com nível 1^a de evidência para eficácia no tratamento da fibromialgia (CLAUW, 2014). Apesar

disso, e de estarem em tratamento medicamentoso estável por mais de 30 dias, os participantes apresentaram dor com intensidade moderada a severa no momento da inclusão no estudo, o que mostra a baixa resposta terapêutica ao tratamento medicamentoso. Estes resultados convergem com a literatura, que evidencia que uma baixa porcentagem dos pacientes com fibromialgia tratados farmacologicamente apresenta melhora significativa dos sintomas álgicos (PROVENZA et al., 2004; PODOLECKI; PODOLECKI; HRYCEK, 2009; CLAUW, 2014; HEYMANN et al., 2017).

Mais de 88% dos participantes relataram dor difusa ou em grande parte do corpo no mês anterior a inclusão no estudo, enquanto 56% relataram se sentirem frequentemente ou sempre deprimidos, e mais de 80% s relataram problemas com o sono. Esse perfil é corroborado pela literatura, que descreve que portadores de fibromialgia têm alta prevalência de dor muscular crônica generalizada de intensidade moderada a intensa (NETO et al., 2009), apresentam algum problema de sono em 90 % dos casos (RODRÍGUEZ; MENDONZA, 2020) e que a depressão acomete de 28% a 90% desses pacientes (PITA et al., 2022).

A maioria dos participantes do estudo apresentam a doença há mais de 24 meses, mostrando que os participantes já convivem com dor por um longo período, o que corrobora com a cronicidade já conhecida da doença. Ainda em relação ao perfil dos participantes, 52% deles relataram sentir que suas dores estão cada vez piores e que não irão melhorar, sugerindo presença de catastrofização da dor. A catastrofização consiste em uma distorção cognitiva na qual há uma orientação negativa exagerada a esse sentir, um processo negativo do pensamento focado de forma excessiva na dor, real ou não, com a percepção de incapacidade de tolerância para atenuá-la (SULLIVAN, 2012). De fato, catastrofização da dor é prevalente em pacientes com fibromialgia e está associada a intensificação das experiências de dor (PICARD et al., 2013). De fato, a catastrofização da dor foi confirmada no presente estudo pela Escala de Catastrofismo Associado a Dor (B-PCS), e será discutida adiante nos desfechos de eficácia.

O desfecho primário de eficácia no presente estudo foi a redução da intensidade de dor pela escala numérica de dor. Os resultados demonstraram que no grupo hipnose, mas não no controle, houve redução de 51,4% na intensidade da dor no pós-tratamento em relação ao baseline, indicando que o protocolo de hipnose induziu analgesia relevante. A magnitude do efeito analgésico foi mantida estável por até 3 meses após o fim do tratamento, como evidenciado pelas avaliações de follow-up. Esses resultados são corroborados pela literatura, que mostra a eficácia da hipnose para reduzir a intensidade da dor em pacientes com fibromialgia (HAANEN et al., 1991; ELKINS et al., 2007; CASTEL et al., 2007, 2009, 2012; ARAVENA et al., 2020).

A dor também foi mensurada no presente estudo pelo questionário *McGill Short form* que permite além de mensurar a experiência total de dor, diferenciar os componentes afetivo e sensorial da dor. A dor envolve pelo menos três dimensões - a sensorial-discriminativa, a motivacional-afetiva e a cognitiva avaliativa - sustentadas por sistemas fisiologicamente especializados no sistema nervoso central (SNC). A dimensão sensorial-discriminativa é influenciada, primariamente, pelos sistemas espinais e vias ascendentes de condução rápida da dor; a dimensão motivacional-afetiva é processada pelas estruturas da formação reticular do tronco encefálico e límbicas, que sofrem influência dos sistemas nociceptivos de condução espinal lenta. A interpretação da informação processada por unidades cognitivas é condicionada pelas experiências prévias e pode gerar respostas diferentes à experiência dolorosa em diferentes indivíduos e em diferentes momentos do mesmo indivíduo. As unidades neocorticais comparam a informação nociceptiva com as experiências passadas e exercem controle sobre as estruturas responsáveis pela dimensão sensitivo-discriminativa e afetivo-motivacional. Da interação destes aspectos resulta a informação de dor localizada têmporo-espacialmente, quantificada e qualificada. Resulta, ainda, a tendência motivacional direcionada fuga, defesa, retirada ou ataque e a modificação do afeto. Sendo assim, é possível compreender que a intensidade da dor é apenas um aspecto da experiência dolorosa. Limitar a avaliação da dor apenas à sua intensidade é como avaliar a experiência visual apenas em termos de intensidade luminosa, esquecendo que outros elementos como cor e textura também compõem a percepção visual. A mensuração da dor, portanto, precisa avaliar sua qualidade, duração e aspectos psicoafetivos, além de determinar sua intensidade.

O questionário McGill é o instrumento mais utilizado para avaliar os componentes da dor, que não envolvem a intensidade (PIMENTA; JACOBSEN, 1996), e por isso foi incluído como ferramenta no presente estudo. Os resultados mostraram que tanto o componente sensorial quanto o afetivo da dor foram reduzidos após o protocolo de hipnose. Os resultados aqui apresentados são congruentes com os achados de Castel et al. (2007 e 2009) e de Rainville et al. (1999), que demonstraram que a hipnose modifica tanto os componentes afetivo como sensorial da dor. Os mesmos autores propuseram que os efeitos da hipnose sobre o componente afetivo da dor podem ser atribuídos a etapa da hipnose de sugestão analgésica, uma vez que esta etapa modula as atividades de estruturas corticais responsáveis tanto pela percepção da dor, quanto modula estruturas associadas à sensação afetivo-motivacional de desagrado gerado pela dor. Entretanto, as sugestões hipnóticas não produziram modulação para modificações no componente sensorial da dor.

Evidências crescentes sugerem que a fibromialgia, assim como outras condições de dor crônica, está associada a gatilhos físicos e psicológicos que iniciam a amplificação da dor e o sofrimento psicológico (DIATCHENKO et al., 2013). Entre os marcadores fenotípicos de maior interesse na fibromialgia estão as medidas de amplificação da dor, entre elas a catastrofização (FINAN et al., 2011). A catastrofização da dor é um processo negativo do pensamento focado de forma excessiva nas sensações de dor, real ou não, com a percepção de incapacidade de tolerância a dor. Esta tem sido amplamente definida como uma atitude exagerada de orientação ativa para estímulos de dor e experiência de dor (SULLIVAN et al., 1995; PICARD et al., 2013). Assim, o presente trabalho incluiu uma escala de catastrofismo da dor para investigar o impacto do protocolo de hipnose sobre os pensamentos catastróficos que, além de gerarem pensamentos negativos, causam incapacidade dos pacientes para lidar com a dor. A escala possui 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos relacionados a dor e quanto maior sua pontuação, mais elevados são os pensamentos catastróficos dos pacientes em relação a dor. Os resultados evidenciaram uma redução de 62% na pontuação da escala de catastrofismo no grupo intervenção no pós-tratamento em relação ao baseline. Esta redução foi mantida no follow-up o que confirma que o benefício persiste a longo prazo.

Schütze et al. (2010) demonstraram um forte efeito modulador da atenção plena na relação entre a intensidade da dor e a catastrofização da dor. Atenção plena é por definição a capacidade de manter o foco na experiência do momento presente com uma atitude de não julgamento. Além disso, demonstraram que a atenção plena é associada a um enfraquecimento na relação positiva entre a intensidade da dor e a catastrofização. Desse modo, considerando que a atenção plena faz parte da etapa de indução da hipnose, ela pode contribuir para a redução dos pensamentos catastróficos nos pacientes do grupo de hipnose. Um número importante de estudos clínicos tem demonstrado que a catastrofização está associada à experiência de dor intensificada (SULLIVAN et al., 1998; VAN HOUDENHOVE; EGGLE, 2004). A partir desse conceito, é possível propor que a redução da catastrofização seja um dos mecanismos pelos quais a hipnose reduza também a intensidade da dor na fibromialgia.

Corroborando com os resultados de catastrofismo, a percepção da desagradabilidade de dor também foi reduzida nos participantes do grupo hipnose. Utilizando uma escala numérica de desagradabilidade de dor (ENDD), que avaliou de 0 a 10 o quão desagradável o paciente classificava sua dor, foi possível identificar uma redução de 41% nos valores obtidos nas avaliações de pós-tratamento e seguimento no grupo intervenção, ou seja, os pacientes do grupo

intervenção consideraram sua dor 41% menos desagradável após o tratamento com a hipnose. Esse resultado pode estar relacionado à segunda etapa do protocolo de hipnose, que inclui as sugestões. Sugestões hipnóticas realizadas durante a hipnose terapêutica analgésica são projetadas para resultar em mudanças na experiência subjetiva, alterações na percepção, sensação, emoção, pensamentos e comportamentos em relação a dor (JENSEN et al., 2015). Dessa forma, as sugestões hipnóticas inseridas no protocolo utilizado no presente estudo podem ser associadas aos resultados obtidos com a percepção de desagradabilidade da dor, assim como com a magnitude de pensamentos catastróficos. De fato, a hipnose pode incluir sugestões de conforto e contribuir para que o paciente com FM se mantenha funcional na presença da dor, o que estaria intimamente relacionado a sua sensação de desagrado pela dor e pensamentos catastróficos sobre ela. Os resultados obtidos por Picard e colaboradores (2013) sugerem que a hipnose tem efeito mais positivo no lado cognitivo e/ou afetivo da FM, sendo que a redução da catastrofização da dor foi um dos seus achados mais relevantes.

Aspectos emocionais, relativos à ansiedade e depressão, são fatores associados a fibromialgia em 33,7% dos pacientes, com grande impacto clínico na rotina dos pacientes (HEYMANN et al., 2017). Os sintomas de ansiedade e depressão, quando presentes, agravam as manifestações da fibromialgia, aumentando o impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes (JENSEN et al., 2006). No presente estudo, os participantes que receberam o protocolo de hipnose apresentaram diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão, mensurados na escala HADS. A classificação dos participantes nesse grupo, que inicialmente era de "provável transtorno de ansiedade/depressão", após a intervenção com hipnose, passou a ser "improvável transtorno de ansiedade/depressão". Não houve mudanças estatisticamente significativas nos escores e classificação do grupo controle. Estes achados são consistentes com achados anteriores que indicam que o tratamento associado a hipnose para fibromialgia alivia tanto a dor quanto os sintomas de ansiedade e depressão (JENSEN et al., 2006; ARAVENA et al., 2020; CASTEL et al., 2012). Os sintomas de ansiedade e depressão são variáveis fortemente correlacionadas a intensidade de dor (HEYMANN et al., 2017), logo pacientes com ocorrência de sintomas depressivos e de ansiedade tem maior sensação de dor quando comparados aos que não apresentam estes sintomas (JENSEN et al., 2006). Dessa forma, os resultados do presente estudo podem ser atribuídos a associação entre intensidade da dor e sintomas depressivos e de ansiedade nos pacientes com fibromialgia, como previamente proposto por Aravena et al. (2020).

Em relação aos distúrbios do sono, a hipnose melhorou a qualidade do sono dos participantes do grupo intervenção em cerca de 43%, conforme pontuação do PSQI-BR. Não

houve alteração estatisticamente significativa para o grupo controle. Distúrbios do sono afetam 70% a 90% dos pacientes com FM e pode desempenhar um papel importante na fisiopatologia da doença. Além disso, os problemas e distúrbios do sono podem explicar em parte os altos níveis de sofrimento emocional dos pacientes com FM. Foi recentemente demonstrado que o humor negativo mediou a relação entre sono ruim e dor em uma amostra de pacientes com dor crônica incluindo pacientes com FM (PICARD et al., 2013; O'BRIEN et al., 2010). Nosso resultado de melhora significativa na qualidade do sono corrobora com os resultados obtidos anteriormente em estudos de hipnose para fibromialgia (HAANEN et al., 1991; RUCCO et al., 1995; CASTEL et al., 2012; PICARD et al., 2013). Além disso, é possível relacionar nossos resultados positivos obtidos na qualidade do sono com os resultados positivos nos componentes cognitivo, psicológico e emocional, uma vez que a qualidade do sono está intimamente relacionada aos níveis de sofrimento emocional dos pacientes.

Outros estudos avaliaram também o efeito da hipnose para distúrbios do sono. Otte e colaboradores (2020) avaliaram a hipnose para tratar os distúrbios do sono em 90 mulheres na menopausa com melhora clinicamente significativa com redução da percepção de má qualidade do sono em 50% a 70% das mulheres ao longo do tempo. Elkins e colaboradores (2021) também obtiveram resultado positivo no uso da hipnose para distúrbios do sono em 90 mulheres, seus resultados foram clinicamente significantes e positivos para os desfechos de qualidade do sono, duração objetiva e subjetiva do sono e incômodos devido ao sono ruim. Estes estudos além de corroborar com nossos resultados enfatiza os potenciais benefícios do uso de hipnose para os distúrbios do sono incluindo os pacientes com FM.

A fibromialgia é uma doença que impacta em diferentes aspectos da vida e saúde dos pacientes. Essa doença causa impacto negativo na qualidade de vida de pacientes em idade produtiva, não somente pela dor, mas por outros sintomas relacionados a doença como fadiga e fraqueza que contribuem para o aumento da incapacidade para o trabalho, o que gera uma queda da renda familiar e reflete diretamente na qualidade de vida destes pacientes (SANTOS et al., 2006; WHITE et al., 1999). No presente estudo, utilizamos o QIF para avaliar o efeito geral dos tratamentos na sintomatologia da FM. QIF é um questionário específico que avalia o impacto da doença no funcionamento físico, situação de trabalho, depressão, ansiedade, sono, dor, rigidez, fadiga e bem-estar (MARQUES et al., 2006), e é considerado o padrão-ouro para esta avaliação (PICARD et al., 2013). Um maior escore no questionário indica maior impacto da fibromialgia na vida dos pacientes (SANTOS et al., 2006). No presente estudo, verificou-se que a hipnose induziu diminuição do impacto da doença no funcionamento físico, situação de trabalho, depressão, ansiedade, sono, dor, rigidez, fadiga e bem-estar dos participantes. O grupo

hipnose apresentou melhora nos domínios físicos do QIF, que apresentou 44% de melhoria no pós-tratamento em relação ao baseline, e o psicológico, que apresentou 66% de melhoria no pós-tratamento em relação ao baseline. Estes resultados se mantiveram na avaliação de seguimento (follow-up), o que indica que estes resultados se mantiveram a longo prazo. Nosso resultado corrobora com os achados de Castel e colaboradores (2012) que também obtiveram redução significativa do QIF em seu estudo com 93 pacientes com fibromialgia tratados com hipnose e TCC. Entretanto, Picard e colaboradores (2013) não obteve redução significativa do impacto da fibromialgia nos pacientes tratados com fibromialgia. Poucos estudos clínicos (CASTEL et al., 2009, 2012; PICARD et al., 2013; ALVAREZ-NEMEGYEI et al., 2007) utilizaram o QIF como ferramenta de avaliação do efeito da hipnose na fibromialgia. Entretanto, o QIF é uma ferramenta útil para medir o impacto da doença na vida dos pacientes, possibilitando a identificação dos fatores que determinam este impacto e facilitando a identificação de técnicas terapêuticas mais eficazes (CAMARGO; MOSER; BASTOS, 2009). Em uma revisão sistemática Camargo, Moser e Bastos (2009) identificaram que o Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF) é a ferramenta mais utilizada nos estudos clínicos para avaliar eficácia de tratamentos para a fibromialgia. Isto reforça a importância de incluí-lo como ferramenta de avaliação de desfecho para os estudos clínicos que avaliam a hipnose no contexto da fibromialgia.

Entre os estudos realizados anteriormente para avaliar a eficácia da hipnose para tratamento de pacientes com fibromialgia que utilizaram o QIF como instrumento de avaliação (CASTEL et al., 2009, 2012; PICARD et al., 2013; ALVAREZ-NEMEGYEI et al., 2007), dois desses estudos obtiveram resultados negativos e dois deles obtiveram resultados positivos, ou seja, demonstraram que a hipnose diminui os impactos da fibromialgia (CASTEL et al., 2009, 2012). Uma possível explicação para esta diferença de resultados é o tipo de protocolo de hipnose utilizado por estes estudos. Neste trabalho utilizamos o roteiro proposto por Jensen (2011) em seu guia para terapeutas, em que compila recursos práticos (roteiros para hipnose) e fornece recomendações dos protocolos a serem seguidos no uso da hipnose em pacientes com dor crônica baseado em evidências científicas, incluindo um roteiro adicional de sugestão para fibromialgia, já proposto no guia, mas sem evidências dos benefícios de sua utilização.

Neste estudo a qualidade de vida foi investigada utilizando o WHOQOL-BREVE, que é um instrumento de avaliação de qualidade de vida genérico. A escolha desse instrumento se justifica pela sua capacidade de mensurar as variáveis subjetivas e multidimensionais que envolvem a percepção do bem-estar no ser humano (PEDROSA et al., 2011), uma vez que a dor influencia o estado de saúde e a qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia quanto à

sua afetividade familiar, ao estado psicológico e em seus aspectos cultural, econômico e ambiental (MARQUES et al., 2006). Utilizando o WHOQOL-BREVE, a qualidade de vida dos pacientes foi avaliada pelos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente. Foi observado que os protocolos de hipnose levaram à uma melhora da qualidade de vida dos pacientes de uma maneira global. Estes resultados se mantiveram na avaliação de seguimento (follow-up), o que indica que estes resultados se mantem a longo prazo. Estes resultados corroboram com Zech e colaboradores (2016) que relataram em um estudo de metanálise mais de 20% de melhora na qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia quando tratados com hipnose. Estes resultados também podem estar intimamente relacionados com a diminuição da intensidade da dor observada nessa investigação, uma vez que a dor crônica interfere na rotina de atividades de vida diária, alterando a capacidade física e ocasionando sentimentos que alteram a percepção da dor e da satisfação pela vida, e modifica a relação com as outras pessoas (SIEBRA; VASCONCELOS, 2006). É consistente que com a diminuição da intensidade da dor aconteça uma diminuição da sua interferência na rotina dos participantes, o que facilita o desempenho de suas atividades diárias como caminhar, trabalhar, manter relações sociais, dormir e aproveitar a vida, e isto reflete diretamente na percepção de qualidade de vida dos pacientes (JENSEN et al., 2015). Ademais, é possível estabelecer uma correlação entre os resultados obtidos para intensidade da dor, qualidade do sono, ansiedade e depressão com os resultados positivos em relação a diminuição dos impactos da fibromialgia na vida diária e o aumento da qualidade de vida dos participantes deste estudo. Uma vez diminuída a intensidade da dor e melhorados os sintomas relacionados ao sono, ansiedade e depressão, há um impacto direto no funcionamento físico e no bem-estar do paciente, refletindo nos resultados das avaliações de qualidade de vida e impactos da doença na vida diária.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Dentre as limitações desta pesquisa, citamos a questão sobre o cegamento do estudo, pois tanto os pacientes do grupo intervenção, como do grupo controle sabiam para qual tratamento foram alocados. A impossibilidade de cegamento deve-se ao fato de que é impossível que o participante não identifique o processo de indução de hipnose durante o tratamento. Além disso, a realização de um placebo de hipnose é dificultada pelo fato de que técnicas de relaxamento e sugestão sem indução hipnótica, também podem produzir efeitos analgésicos (JENSEN, 2015), indicando que não existem controles adequados para estudos de eficácia analgésica da hipnose.

Outra limitação é o fato de todos os pacientes do grupo intervenção terem sido treinados e estimulados a realizarem auto-hipnose em casa, mas a frequência de realização da auto-hipnose pelos participantes não foi registrada, de modo que não foi possível avaliar a influência da auto-hipnose nos resultados.

Também representa limitação desta pesquisa falhas de adesão às janelas programadas das sessões de hipnose ou acolhimento. Apesar de todos os participantes deste estudo terem realizado 8 sessões de hipnose/acolhimento, 58% deles realizaram pelo menos uma das sessões programadas fora da janela (sessões semanais com ± 3 dias durante 8 semanas) devido a algum tipo de indisponibilidade pessoal. De fato, já é conhecido que pacientes com fibromialgia geralmente enfrentam problemas de adesão aos tratamentos, por causa dos componentes afetivos e psicológicos da doença, além do seu impacto funcional crônico característico (OLIVEIRA JUNIOR; RAMOS, 2019).

Uma outra limitação é a falta de padronização na literatura, tanto dos roteiros a serem utilizados, quanto do número ideal de sessões recomendadas, frequência e duração ideal das sessões de hipnose para fibromialgia. Foi utilizado aqui o roteiro proposto por Jensen (2011) em seu guia para terapeutas como padrão, incluindo roteiros específicos propostos para fibromialgia. Entretanto os dois estudos de metanálise mais importantes que avaliaram a eficácia da hipnose para fibromialgia, trazem estudos clínicos que variaram entre eles na abordagem utilizada, no número de tempo e frequência de sessões (ZECH *et al.*, 2016). Devido a esta limitação não foi possível fazer uma análise comparativa do presente estudo com resultados da literatura para estabelecer uma correlação da resposta terapêutica com o número e frequência de sessões ideal para o tratamento da fibromialgia com hipnose.

9 CONCLUSÕES

- A associação da hipnose ao tratamento farmacológico padrão foi superior em eficácia ao tratamento farmacológico padrão sozinho no controle da dor em pacientes com fibromialgia.
- Os efeitos analgésicos da hipnose em pacientes com fibromialgia se mostraram persistentes, perdurando por até 3 meses após o fim do tratamento.
- A hipnose melhorou o componente afetivo da dor associada a fibromialgia; a hipnose reduziu os impactos da fibromialgia na vida diária dos pacientes nos seguintes domínios: funcionamento físico, situação de trabalho, depressão, ansiedade, sono, dor, rigidez, fadiga e bem-estar. Os domínios físico e psicológico foram os que mais melhoraram com o uso de hipnose. A hipnose melhorou a qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia.
- A hipnose melhorou a qualidade do sono dos pacientes com fibromialgia.
- A hipnose reduziu os sintomas de ansiedade e depressão em portadores de fibromialgia.

REFERÊNCIAS

- ABLIN, J. N.; BUSKILA, D. Predicting fibromyalgia, a narrative review: are we better than fools and children?. **European journal of pain** (London, England), 18(8), 1060–1066, 2014. DOI: 10.1002/j.1532-2149.2014.00481.
- AKKUS, S; DELIBAS, N; TAMER, M. N. Do sex hormones play a role in fibromyalgia? **Rheumatology** (Oxford), 39 (10):1161-3, 2000.
- ALCIATI, A. et al. One year in review 2021: fibromyalgia. **Clinical and Experimental Rheumatology** 2021, v. 39, ed. 3, p. S3 - S12, 2021.
- ALOISI, A. M; BONIFAZI, M. Sex hormones, central nervous system and pain. **HormBehav.**, 50(1):1-7, 2006. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2005.12.002.
- ALVAREZ-NEMEGYEI, J. Risk factors for pes anserinus tendinitis/bursitis syndrome: a case control study. **J Clin Rheumatol.** 2007 Apr;13(2):63-5, 2007.
- ANSARI, M. **Modern hypnosis: theory and practice.** Washington D.C.: Mas-Press, 1991. 232p.
- APPEL, P. R; BLEIBERG, J. Pain reduction is related to hypnotizability but not to relaxation or to reduction of suffering: A preliminary investigation. **American Journal of Clinical Hypnosis**, ;48:153–161, 2005-2006.
- ARAVENA, V. et al. Hypnotic intervention in people with fibromyalgia: A randomized controlled trial. **American Journal of Clinical Hypnosis**, [s. l.], v. 63, ed. 1, p. 49-61, 2020. DOI: 10.1080/00029157.2020.1742088
- ARESO-BÓVEDA, P. B. et al. Effectiveness of a group intervention using pain neuroscience education and exercise in women with fibromyalgia: a pragmatic controlled study in primary care. **BMC MusculoskeletDisord.** 2022;23(1):323, 2022. DOI:10.1186/s12891-022-05284-y
- ATALLAH-HAUN, M.; FERRAZ, M.; POLLAK, D. Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da fibromialgia, em uma população brasileira. **Rev Bras Reumatol**, 39:221-30, 1999.
- ATZENI, F. et al. One year in review 2019: fibromyalgia. **Clinical and Experimental Rheumatology**, v. 37, ed. Suppl 116, p. S3 - 10, 2019.
- BARBER, J.; MAYER, D. Evaluation of the efficacy and neural mechanism of a hypnotic analgesia procedure in experimental and clinical dental pain. **Pain**, Oct;4(1):41-48, 1977. DOI: 10.1016/0304-3959(77)90085-9.
- BARON-COHEN, S. The evolution of a theory of mind. In: CORBALLIS, M. C.; LEA, S. E. G. (Eds.), **The descent of mind: Psychological perspectives on hominid evolution** (pp. 261–277). Oxford University Press, 1999.
- BAUER, S. **Manual de hipnoterapia ericksoniana.** 4. ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2018.

- BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed Editora; 2013.
- BECKER, B.; SAMULSKI, D. **Manual de treinamento psicológico para o esporte**. Novo Hamburgo: Feevale, 1998
- BENNETT, R.; NELSON, D. Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. **Nat Rev Rheumatol** 2:416-424, 2006.
- BERNARDY, K. et al. Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome-a systematic review and meta-analysis of controlled trials. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 12, n. 1, p. 1-11, 2011.
- BERNARDY, K. et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **J Rheumatol**, 37(10):1991-2005, 2010.
- BERTOLAZI, A. N. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh sleep quality index. **Sleep medicine**, v. 12, n. 1, p. 70-75, 2011.
- BESSET, V. L. et al. Um nome para a dor: fibromialgia. **Revista Subjetividades**, v. 10, n. 4, p. 1245-1269, 2010.
- BOOMERSHINE, C. S. Pregabalin for the management of fibromyalgia syndrome. **J Pain Res.**, 3:81-88. Published 2010. DOI:10.2147/jpr.s7884
- BOWERS, K. S. The Waterloo-Stanford Group C (WSGC) scale of hypnotic susceptibility: Normative and comparative data. **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, 41, 35-46, 1993.
- BOWERS, K. S. Waterloo-Stanford Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form C: Manual and response booklet. **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, 46, 250-268, 1998.
- BRADLEY L. A. Pathophysiology of fibromyalgia. **Am J Med**, [s. l.], v. 122, ed. 12 Suppl, p. 22 - 30, 2009. DOI: 10.1016/j.amjmed.2009.09.008
- BUFFINGTON, A. L. H; HANLON, C. A; MCKEOWN, M. J. Acute and persistent pain modulation of attention-related anterior cingulate fMRI activations. **Pain**, 113, 172–184, 2005.
- BURCKHARDT, C. S. Multidisciplinary approaches for management of fibromyalgia. **Curr Pharm Des** 12:59-66, 2006
- BUYSSE, D. J. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. **Psychiatry Research**, 28, 193-213, 1989.
- CAMARGO, R. S.; MOSER, A. D.; BASTOS, L. C. Abordagem dos métodos avaliativos em fibromialgia e dor crônica aplicada à tecnologia da informação: revisão da literatura em periódicos, entre 1998 e 2008. **Revista Brasileira De Reumatologia**, 49, 431-446, 2009.

CARETTE, S.; DESSUREAULT, M.; BELANGER, A. Fibromyalgia and sex hormones. **J Rheumatol**, 19(5):831, 1992.

CARVALHO, C. M. C. F.; MAZZONI, G.; KIRSCH, I.; LEAL, I. S. Apresentação da versão portuguesa de uma escala de avaliação da susceptibilidade hipnótica. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 7 (1), 3-11, 2006.

CARVALHO, M. M.; LODUCA, A.; PORTNOI, A. **O Papel do Psicólogo na Clínica da Dor: A Dimensão Psicológica da Dor**. Curitiba: Atheneu, 2003.

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

CASTEL, A.; CASCÓN, R.; PADROL, A.; SALA, J.; RULL, M. Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: long-term outcome. **The Journal of Pain**, v. 13, n. 3, p. 255-265, 2012.

CASTEL, A.; PÉREZ, M.; SALA, J.; PADROL, A.; RULL, M. Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. **European Journal of Pain**, v. 11, n. 4, p. 463-468, 2007.

CASTEL, A.; SALVAT, M.; SALA, J.; RULL, M. Cognitive-behavioural group treatment with hypnosis: a randomized pilot trial in fibromyalgia. **Contemporary Hypnosis**, v. 26, n. 1, p. 48-59, 2009.

CLAUW, D. J. Fibromyalgia: a clinical review. **Jama**, v. 311, n. 15, p. 1547-1555, 2014.

COOLICAN, H. **Research Methods and statistics in psychology**. London: Bookpoin, 2004.

COSTA L. C. M. The Brazilian-Portuguese versions of the McGill Pain Questionnaire were reproducible, valid, and responsive in patients with musculoskeletal pain. **J Clin Epidemiol**, v. 64, ed. 8, p. 903 - 912, 2011. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.12.009.

CRAFT, R. M.; MOGIL, J. S.; ALOISI, A. M. Sex differences in pain and analgesia: the role of gonadal hormones. **Eur J Pain**, 8(5):397-411, 2004.

DERBYSHIRE S. W. G.; WHALLEY M. G.; OAKLEY D. A. Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: an fMRI analysis. **Eur J Pain**, v. 13, ed. 5, p. 542-550, 2009. DOI: 10.1016/j.ejpain.2008.06.010

DIATCHENKO, L. et al. The phenotypic and genetic signatures of common musculoskeletal pain conditions. Nature reviews. **Rheumatology**, 9(6), 340-350, 2013. DOI: 10.1038/nrrheum.2013.43

DILLWORTH, T.; MENDOZA, M. E.; JENSEN, M. P. Neurophysiology of pain and hypnosis for chronic pain. **TranslBehav Med**, v. 2, ed. 1, p. 65 - 72, 2012. doi:10.1007/s13142-011-0084-5

DINGES, D. F. et al. Cumulative sleepiness, mood disturbance, and psychomotor vigilance performance decrements during a week of sleep restricted-to4–5 hours-pernight. **Sleep**, 20:267–277, 1997.

EATON L. H. et al. Hypnosis and relaxation interventions for chronic pain management in cancer survivors: a randomized controlled trial. **Support Care Cancer**. 2022;31(1):50. Published 2022 Dec 17. DOI:10.1007/s00520-022-07498-1

ECCLESTON, C. The attentional control of pain: methodological and theoretical concerns. **Pain**, 63(1), 3-10, 1995.

ECCLESTON, C.; CROMBEZ, G. Pain demands attention: A cognitive–affective model of the interruptive function of pain. **Psychological Bulletin**, 125(3), 356–366, 1999. DOI: 10.1037/0033-2909.125.3.356

EDELSON, J.; FITZPATRICK, J. L. A comparison of cognitive-behavioral and hypnotic treatments of chronic pain. **Journal of Clinical Psychology**, 45(2), 316–323, 1989. DOI: 10.1002/1097-4679(198903)45:2<316:AID-CLP2270450221>3.0.CO;2-5

ELKINS, G. et al. Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis. **American Journal of Clinical Hypnosis**, 57:4, 378-385, 2015. DOI: 10.1080/00029157.2015.1011465

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

ELKINS, G.; OTTE, J.; CARPENTER, J. S. et al. Hypnosis Intervention for Sleep Disturbance: Determination of Optimal Dose and Method of Delivery for Postmenopausal Women. **Int J Clin Exp Hypn**. 2021;69(3):323-345. DOI: 10.1080/00207144.2021.1919520

FARRUGIA, G.; CAMILLERI, M.; WHITEHEAD, W. E. Therapeutic strategies for motility disorders. Medications, nutrition, biofeedback, and hypnotherapy. **Gastroenterol Clin North Am**, 1996 Mar;25(1):225-46, 1996.

FAYMONVILLE, M. E. et al. Neural Mechanisms of antinoceptive effects of hypnosis. **Anesthesiology**, 92, 1257-1267, 2000.

FAYMONVILLE, M. E. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. **Cognitive Brain Research**, 17, 255–262, 2003.

FAYMONVILLE, M. E; BOLY, M; LAUREYS, S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. **Journal of Physiology**, 99, 463–69, 2006.

FERREIRA, A. **Uma proposta de interface cérebro-computador para comando de cadeira de rodas**. Tese (Doutorado) — Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

FERREIRA, M. **Hipnose na prática clínica**. São Paulo, Editora Atheneu, 2003.

FERREIRA, M. **Uma visão crítica da literatura científica em hipnose**. Hipnose na prática, 2. ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2011.

FILLINGIM, R. B. et al. 3rd. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. **J Pain**, 10(5): 447-85, 2009.

FILLINGIM, R. B.; NESS, T. J. Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses. **NeurosciBiobehav Rev**, 24(4):485-01, 2000.

FINAN, P. H.; ZAUTRA, A. J.; DAVIS, M. C. Daily affect relations in fibromyalgia patients reveal positive affective disturbance. **Psychosom Med**, 71(4):474–482, 2009.

FINAN, P. H. et al. COMT moderates the relation of daily maladaptive coping and pain in fibromyalgia. **Pain**. 152(2):300-307, 2011. DOI: 10.1016/j.pain.2010.10.024.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida " WHOQOL-bref". **Revista de saúde pública**, v. 34,n.2, p. 178-183, 2000.

GALVEZ-SÁNCHEZ, C. M.; DEL PASO, G. A. R. Diagnostic criteria for fibromyalgia: critical review and future perspectives. **Journal of clinical medicine**, v. 9, n. 4, p. 1219, 2020. DOI: 10.3390/jcm9041219

GALVEZ-SÁNCHEZ, C. M.; DEL PASO, G. A. R.; DUSCHEK, S. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. **Psychol Res BehavManag**, 12:117-127, 2019. DOI: 10.2147/PRBM.S178240

GAY, M.; PHILIPPOT, P.; LUMINET, O. Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: A comparison of Erikson hypnosis and Jacobson relaxation. **European Journal of Pain**, 6:1–16, 2002.

GIESECKE, T. et al. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. **ArthritisRheum**, 48(10):2916-2922, 2003. DOI:10.1002/art.11272

GOLDENBERG, R. Reflexões sobre o sofrimento. **Ágora (Rio J.)**, vol.25, n. 2, Rio de Janeiro, mai./ago. 2022.

GRØNDAHL, J. R.; ROSVOLD, E. O. Hypnosis as a treatment of chronic widespread pain in general practice: A randomized controlled pilot trial. **BMC MusculoskeletDisord** 9, 124, 2008. DOI: 10.1186/1471-2474-9-124

GUR, A. et al. Hypothalamicpituitary- gonadal axis and cortisol in young women with primary fibromyalgia: the potential roles of depression, fatigue, and sleep disturbance in the occurrence of hypocortisolism. **Ann Rheum Dis Ann Rheum Dis** 2004 Nov;63(11):1504-6. DOI: 10.1136/ard.2003.014969.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HAANEN, H. C. et al. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. **The journal of Rheumatology**, v. 18, n. 1, p. 72-75, 1991.

HAUN, M. V. A.; FERRAZ, M. B.; POLLAK, D. F. Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da Fibromialgia, em uma população brasileira. **Rev. bras. reumatol**, v. 39, ed. 4, p. 221 - 230, 1999.

HÄUSER, W. P. D. et al. The efficacy, safety and applications of medical hypnosis: a systematic review of meta-analyses. **DeutschesÄrzteblatt International**, v. 113, n. 17, p. 289 - 196, 2016. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0289

HÄUSER, W. et al. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis Res Ther*, 12(3): R79, 2010.

HÄUSER, W. et al. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. **Arthritis Rheum**, 61(2):216-224, 2009.

HÄUSER, W. et al. Treatment of fibromyalgia syndrome with gabapentin and pregabalin--a meta-analysis of randomized controlled trials. **Pain**, 145(1-2):69-81, 2009. DOI:10.1016/j.pain.2009.05.014

HENNEMANN-KRAUSE, L.; SREDNI, S. Armacoterapia sistêmica da dor neuropática. **Rev. dor** 17 (suppl), 2016. DOI: 10.5935/1806-0013.20160057

HEYMANN, R. E. et al. Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, S 2, p. s467-s476, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.07.002>

JACKNOW, D. S. et al. Hypnosis in the prevention of chemotherapyrelated nausea and vomiting in children: A prospective study. **Developmental and Behavioral Pediatrics**, 15, 258-264, 1994.

JENSEN, M. P.; MCARTHUR, K. D.; BARBER, J. et al. Satisfaction with, and the beneficial side effects of, hypnotic analgesia. **Int J Clin Exp Hypn**, 54(4):432-447, 2006. DOI: 10.1080/00207140600856798

JENSEN, M. P. et al. Hypnotic analgesia for chronic pain in persons with disabilities: A case series. **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, 53:198–228, 2005.

JENSEN, M. P. et al. Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain. The Journal of the International Association for the Study of Pain* 57:301-309, 1994.

JENSEN, M. P. et al. Mechanisms of hypnosis: toward the development of a biopsychosocial model. **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, v. 63, n. 1, p. 34-75, 2015. DOI: 10.1080/00207144.2014.961875

JENSEN, M. P. **Hypnosis for Chronic Pain Management**. Therapist Guide. New York: Oxford Univ Press, 2011.

JENSEN, M.; PATTERSON, D. Hypnotic approaches for chronic pain management: Clinical implications of recent research findings. **American Psychologist**, 69(2), 167–177, 2014. DOI: 10.1037/a0035644

JENSEN, M.; PATTERSON, D. Hypnotic treatment of chronic pain. **Journal of Behavioral Medicine**, 29, 95-124, 2006.

JIANG, H. et al. Brain Activity and Functional Connectivity Associated with Hypnosis, *Cerebral Cortex*, Volume 27, Issue 8, August 2017, Pages 4083–4093, 2017. DOI: 10.1093/cercor/bhw220

JUNIOR, M. H.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. A. F. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 3, p. 358-365, 2012.

KATO, K. et al. A population-based twin study of functional somatic syndromes. **Psychological medicine**, v. 39, ed. 3, p. 497-505, 2009. DOI: 10.1017 / S0033291708003784

KIRSCH, I.; LYNN, J.; RHUE, J. Introduction of clinical hypnosis. In J. Rhue, S. Lynn, & I. Kirsch (Eds.). **Handbook of Clinical Hypnosis** (pp. 3-22). Washington D.C.: American Psychology Association, 1997.

KIRSCH, I.; MILLING, L. S.; BURGESS, C. Experiential scoring for the Waterloo-Stanford Group C scale. **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, 46, 269-279, 1998.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O. WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, 2009.

KORSZUN, A. Sleep and circadian rhythm disorders in fibromyalgia. **CurrRheumatol Rep.**, v.2, p.124-30, 2000.

KRASNER, A. M. **The wizard within**. Santa Ana: American Board of Hypnotherapy Press, 1990/1991. 266 p.

KURTH, T.; SCHER, A. I. Suicide risk is elevated in migraineurs who have comorbid fibromyalgia. **Neurology**, 85(12):1012–1013, 2015.

LAMBERT, S. A. The effects of hypnosis/guided imagery on the postoperative course of children. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, v. 17, n. 5, p. 307-310, 1996.

LANDOLT, A. S.; MILLING, L. S. The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: a comprehensive methodological review. **Clinical psychology review**, 31, 6, 1022-1031, 2011.

LANG, E. V. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomized trial. *Lancet*, 355, 1486–90, 2000.

LEE, Y. H.; CHOI, S. J.; JI, J. D.; SONG, G. G. Candidate gene studies of fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. **Rheumatology international**, 32(2), 417–426, 2012. DOI: 10.1007/s00296-010-1678-9

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

LORIG, K. How do I know what patients want and need? Needs Assessment. In: Lorig, K, editor. **Patient Education: a practical approach**. 3^a ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001. p. 1-20.

LYNN, S. J. et al. Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 239-259, 2000.

MACFARLANE, G. J. et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. **Ann Rheum Dis.**, 76(2):318-28, 2017.

MADDEN, K. et al. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, 2016.

MANSON, J. E. Pain: sex differences and implications for treatment. **Metabolism**, 59 Suppl 1):S16-20, 2010.

MARQUES, A. P. et al. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)/ Validation of a Brazilian version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46 n.1, p. 24-31, 2006. DOI: 10.1590/S0482-50042006000100006

MARTIN, V. T. Ovarian hormones and pain response: a review of clinical and basic science studies. **Gend Med**, 6 Suppl 2):168-92, 2009.

MARTINS, R. et al. Impacto da fibromialgia na qualidade de vida dos doentes. **Servir**, v. 59, n. 3, p. 44-49, 2016.

MATHEWS, W. J.; LANKTON, S.; LANKTON, C. An ericksonian model of hypnotherapy. In: RHUE, J. W.; LYNN, S. J.; KIRSCH, I. **Handbook of Clinical Hypnosis**. Washington, DC: American Psychological Association, 187-214, 1993.

MAUER, M. H. et al. Medical hypnosis and orthopedic hand surgery: pain perception, postoperative recovery, and therapeutic comfort. **The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, v. 47, n. 2, p. 144-161, 1999.

MCINTIRE, T. Aplicação da hipnose clínica em contextos de saúde. In: MCINTIRE, T.; MAIA, A.; SILVA, C.F. (Eds.), **Hipnose clínica: Uma abordagem científica**. Bial, 2001.

MEASE, P. J.; DUNDON, K.; SARZI-PUTTINI, P. Pharmacotherapy of fibromyalgia. **Best. Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 25, n. 2, p. 285-97, 2011.

MEDEIROS, C. M. et al. Avaliação da capacidade laborativa em periciandos portadores de fibromialgia. **Saúde Ética & Justiça**, 17(2), 50-56, 2012. DOI: 10.11606/issn.2317-2770.v17i2p50-56

MELLO, P. Fisiologia da Hipnose. In: DOUGLAS, C. R. **Patofisiologia Oral**, 1, (32), pp. 575-91) – São Paulo. SP. Brasil: Editora Pancast, 1998.

MELZACK, R; PERRY, C. Self-regulation of pain: The use of alpha-feedback and hypnotic training for the control of chronic pain. **Experimental Neurology**, 46(3), 452–469, 1975. DOI: 10.1016/0014-4886(75)90119-3

MERINO, A. S.; SIMON, D. Genetic factors associated with fibromyalgia: a narrative review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e11211326421, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i3.26421.

MIYAZAKI, E. S. **Terapia de aceitação e compromisso em grupo para pacientes com dor crônica**. Tese (Doutorado). Orientador: Maria Cristina de Oliveira Franco Miyazaki. 2018, 150 f. Ciências em Saúde, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2018.

MONTGOMERY, S. A. **Ansiedade e Depressão**. Climepsi editores, 2000.

MORACZEWSKI, J.; AEDMA, K. K. **Tricyclic Antidepressants**. In: STATPEARLS [Internet]. 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557791>>. Acesso em: 14 dez. 2022.

NETO, O. A. et al. **Dor: princípios e prática**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

NEUBERN, M. S. **Psicologia, hipnose e subjetividade** – Revisitando a história. Belo Horizonte: Diamante, 2009.

NOGUEIRA, C; LAURETTI, G; COSTA, R. Avaliação duplamente encoberta da hipnose em fibromialgia. **São Paulo Medical Journal**, 14 (supl. 1), 123, 2005.

OKIFUJI, A; TURK, D. C. Sex Hormones and Pain in Regularly Menstruating Women with Fibromyalgia Syndrome. **The Journal of Pain**, 7(11):851-859, 2006.

OLIVEIRA JUNIOR, J. O; ALMEIDA, M. O tratamento atual da fibromialgia. **BrJP**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 255-262, 2018. DOI: 10.5935/2595-0118.20180049

OTTE, J. L. et al. Self-hypnosis for sleep disturbances in menopausal women. **J womens health (larchmt)**. 29(3):461-463, 2020. DOI:10.1089/JWH.2020.8327

PAIS-RIBEIRO, J. et al. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. **Psychology, health & medicine**, v. 12, n. 2, p. 225-237, 2007.

PATTERSON, D. Treating pain with hypnosis. **Current Directions in Psychological Science**, 13, 252-255, 2004.

PATTERSON, D; JANSEN, M. Hypnosis and clinical pain. **Psychological Bulletin**, 129(4), 495-521, 2003.

PEDROSA, D. F. A. et al. Evaluation of the quality of life of clients with chronic ischemic pain. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet]. 2011Jan;19(Rev. Latino-Am. **Enfermagem**, 2011 19(1)):67–72. DOI: 10.1590/S0104-11692011000100010

PEDROSO, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 02, n. 01, jan./jun. 2010, p. 31-36. DOI: 10.3895/S2175-08582010000100004

PETROVIC, P. Pain-related cerebral activation is altered by a distracting cognitive task. **Pain**, 85, 19-30, 2000.

PICARD, P. et al. Hypnosis for management of fibromyalgia. **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, v. 61, n. 1, p. 111-123, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1080/00207144.2013.729441>

PITA, L. et al. Fibromialgia associada aos transtornos mentais: depressão e ansiedade. **Visão Acadêmica**, v. 23, n. 1, 2022.

PIMENTA, C.A; TEIXEIRA, M.J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 1996 30(3):473-483. doi:10.1590/S0080-62341996000300009

PODOLECKI, T.; PODOLECKI, A.; HRYCEK, A. Fibromyalgia: pathogenetic, diagnostic and therapeutic concerns. **Pol Arch Med Wewn**, v. 119, n. 3, p. 157-61, 2009.

PROVENZA, J. R et al. Fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**. 2004, v. 44, n. 6, pp. 443-449.

RAINVILLE, P. et al. Pain Affect Encoded in Human Anterior Cingulate But Not Somatosensory Cortex. **Science**, 277, 969, 1997.

RODRÍGUEZ, D. F. G.; MENDOZA, C. A. Fisiopatología de la fibromialgia. **Reumatología clínica**, v. 16, n. 3, p. 191-194, 2020.

RUCCO, V. et al. Autogenic training versus Erickson's analogical technique in treatment of fibromyalgia syndrome. **Riv. Med Sci Pharmacol**, 17:41-50, 1995.

RUTTEN, B. P. F. et al. Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.128, Issue 1, p.3-20, July 2013.

SANDRINI, G. Effects of hypnosis on diffuse noxious inhibitory controls. **Physiology & Behavior**, 69, 295–300, 2000.

SANTOS, A. M. B. et al. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, 10(Braz. J. Phys. Ther., 2006 10(3)), 317–324. DOI: 10.1590/S1413-35552006000300011

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

SEHN, F. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the pain catastrophizing scale. **Pain Med**, v. 13, ed. 11, p. 1425 - 1435, 2012. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2012.01492

SHARAV, Y; TAL, M. Focused hypnotic analgesia: Local and remote effects. **Revised Submitted to Pain**, 2006.

SIEBRA, M. M. R.; VASCONCELOS, T. B. de. Qualidade de vida e estado de humor em pacientes com dores crônicas. **Revista Dor**, v. 18, p. 43-46, 2017. DOI: 10.5935/1806-0013.20170010

SILVA, C. K. A. et al. Depressão em idosos: um estudo de revisão bibliográfica de 2013 a 2020. **Research, Society and Development**, 11 (7), e47611730429-e47611730429, 2022.

SIMON, E. P; LEWIS, D. M. Medical hypnosis for temporomandibular disorders: treatment efficacy and medical utilization outcome. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod**, 90(1):54-63, 2000. DOI:10.1067/moe.2000.106692

SIMON, R. Concordâncias e divergências entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica. **Jornal de Psicanálise**, 32(58/59), 245-264, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Fibromialgia**. 2022. Disponível em: <<https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/fibromialgia-e-doencas-articulares-Inflamatórias>>. Acesso em: 02 dez. 22.

SORIANO-MALDONADO, A. et al. Association of different levels of depressive symptoms with symptomatology, overall disease severity, and quality of life in women with fibromyalgia. **Qual Life Res.**, 24(12):2951–2957, 2015.

SPIEGEL, D; BLOOM, J. R. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine*, 45(4), 333–339, 1983. DOI: 10.1097/00006842-198308000-00007

SPINHOVEN, P; LINSSEN, A. C. G. Education and Self-Hypnosis in the Management of Low-Back Pain - a Component Analysis. **Brit J Clin Psychol**, 28: 145-53, 1989.

STAM, H. J; MCGRATH, P. A; BROOKE, R. I. The effects of a cognitive-behavioral treatment program on Temporo-Mandibular Pain and Dysfunction Syndrome. **Psychosomatic Medicine**, 46(6), 534–545, 1984.

STREETER, M. **Os Pioneiros da Hipnose**. In: STREETER, M. (ed.). *Hipnose: Liberte o poder da mente*. Lisboa: Editora Estampa, p.8-35, 2004.

SULLIVAN, M. The Communal Coping Model of Pain Catastrophising. **Clinical and Research Implications**, 53(1), 32-41, 2012.

TAN, G.; HAMMOND, D. C; JOSEPH, G. Hypnosis and irritable bowel syndrome: a review of efficacy and mechanism of action. **Am J ClinHypn**, 47 (3), 161 – 178, 2005 .

TANWAR, J.; HUNGUND, S. A.; DODANI, K. **Nonsurgical periodontal therapy**: A review. *Journal of oral research and review*, 8(1), 39., 2016. DOI: 10.4103/2249-4987.182490

THOMPSON, T. et al. The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. **NeurosciBiobehav Rev.**, ;99:298-310, 2019. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.02.013

TOMÉ-PIRES, C.; MIRÓ, J. Hypnosis for the management of chronic and cancer procedure-related pain in children. **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, 60(4), 432–457, 2012.

TZADOK, R.; ABLIN, J. N. Current and Emerging Pharmacotherapy for Fibromyalgia. **Pain Res Manag**. 2020:6541798, 2020. DOI:10.1155/2020/6541798

UÇAR, M. et al. Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. **J Int Med Res**, 43(5):679–685, 2015.

VAN DYCK, R. et al. Autogenic training and future oriented hypnotic imagery in the treatment of tension headache: outcome and process. **The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, v. 39, n. 1, p. 6-23, 1991.

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

WELSCH, P. et al. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 2. Art. No.: CD010292, 2018. DOI: 10.1002/14651858.CD010292.pub2.

WHITE, K. P.; SPEENCHLEY, M.; HARTH, M.; OSTBYE, T. Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario. **Arthritis and Rheumatism**, 42(1): 76-83, 1999.

WHITE, H. D. et al. Treatment of pain in fibromyalgia patients with testosterone gel: Pharmacokinetics and clinical response. **International Immunopharmacology**. 27(2):249-56, 2015.

WINOCUR, E. et al. Generalized joint laxity and its relation with oral habits and temporomandibular disorders in adolescent girls. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 27, n. 7, p. 614-22, 2000.

ZECH, N. et al. Efficacy, acceptability and safety of guided imagery/hypnosis in fibromyalgia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Eur J Pain**, v. 21, ed. 2, p. 217-227, 2016. DOI: 10.1002/ejp.933

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta PsychiatricaScandinavica**, 67(6), 361–370, 1983. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

ZORINA-LICHTENWALTER, K. et al. Genetic predictors of human chronic pain conditions. **Neuroscience**, 338, 36–62, 2016. DOI: [10.1016/j.neuroscience.2016.04.041](https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2016.04.041)

Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo:	EFICÁCIA DA HIPNOSE EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA ASSOCIADA A FIBROMIALGIA (HYP-FIBRO)
Versão e Data do Consentimento Livre e Esclarecido:	Versão 1.0, 30 novembro 2020
Investigador Principal:	Daniela Caputo Dorta
Centro de Pesquisa:	Hospital COT Canela
Telefone Investigador Principal:	(71) 9 9121-4409 (71) 9928-0123 (24 horas)
Comitê de Ética:	(71) 3117-1852 / (71) 3117-1972

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do projeto de pesquisa que avaliará a eficácia da hipnose em pacientes com dor crônica associada a fibromialgia.

JUSTIFICATIVA: Hoje as terapias sem medicamentos mais estudadas para a Fibromialgia, com fortes evidências de eficácia, são: educação, terapia cognitivo-comportamental e exercício, sendo a resposta a essas terapias geralmente maior que ao tratamento medicamentoso.

A hipnose, apesar de ainda pouco utilizada na rotina clínica para o manejo da dor associada à Fibromialgia, tem demonstrado ser efetiva no controle de alguns estados de dor crônica. A hipnose é um procedimento em que o profissional habilitado induz um estado de consciência alterada no paciente, caracterizado por maior capacidade de resposta à sugestão. Hipnose, na sua forma mais básica, é um procedimento no qual um sujeito é guiado por outra pessoa (hipnotizador) para responder a sugestões de mudanças na experiência subjetiva, alterações na percepção, sensação, emoção, pensamento ou comportamento. A hipnose geralmente começa com uma indução que convida o sujeito a concentrar sua

atenção num único objeto, sensação ou imagem. Em seguida é sugerido ao paciente que faça uma ou mais alterações positivas, este então escuta e responde. Em relação aos seus efeitos, um indivíduo ou grupo pode receber o mesmo tratamento hipnótico e apresentar diferentes respostas, pois os indivíduos não respondem ao método da mesma maneira. Na interação entre o profissional e o sujeito, o objetivo do tratamento não é apenas ajudar o paciente a se sentir melhor durante a sessão, mas também ajudá-lo a fazer mudanças duradouras no que pensa sobre a dor e nas informações processadas sobre a dor em seu cérebro, estendendo os bons sentimentos que ocorrem durante as sessões de hipnose para a sua vida cotidiana. Deve-se considerar sobre a hipnose que a resposta ao tratamento é variável de indivíduo para indivíduo; que deve haver uma capacidade do indivíduo em ser hipnotizado; que os efeitos colaterais esperados são extremamente positivos; e que são esperados dois tipos de resposta após o tratamento da hipnose para a dor: redução na gravidade da dor diária contínua e a capacidade de usar a auto hipnose para experimentar períodos de conforto. A hipnose altera mais do que apenas a intensidade da dor.

Alguns estudos clínicos já foram conduzidos para avaliar a eficácia da hipnose no contexto da Fibromialgia. Entretanto, embora eles mostrem, de um modo geral, resultados positivos, seus resultados ainda dificultam as conclusões sobre os reais benefícios da hipnose para o controle da dor associada a Fibromialgia. Em adição, até o presente momento, nenhum estudo clínico com a população brasileira foi conduzido para investigar tal questão. Dessa forma, o presente estudo foi delineado para investigar a eficácia da hipnose como adjuvante no controle da dor crônica em pacientes com fibromialgia.

OBJETIVO: O objetivo desse estudo é avaliar se a hipnose acompanhada de tratamento com medicamentos padrão é melhor para o controle da sua dor crônica associada a fibromialgia se comparado com o tratamento apenas com medicamentos para esta doença.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Você receberá uma sessão de hipnose convencional ou acompanhamento clínico semanalmente durante dois meses, totalizando 8 sessões de hipnose convencional/acompanhamento clínico. Será utilizado protocolo de hipnose tradicional com duração aproximada de 1 hora. Além disso você receberá um treinamento para realizar auto-hipnose analgésica e recomendamos a praticá-la diariamente durante o período do estudo.

Você receberá um diário, no qual deverá preencher diariamente sua intensidade de dor (escala numérica de 0 a 10) durante sua participação no estudo.

Você será avaliado algumas vezes durante o estudo: durante o período basal, sendo este período composto pela avaliação pré-baseline (2 a 24 semanas antes do tratamento) e baseline (7 dias antes do início do tratamento) que compõem o período basal, final de tratamento (na semana seguinte ao fim do tratamento – fim do 2º mês) e seguimento (fim do 6º mês). Na visita de seleção se aceitar participar do estudo e após assinar este termo de consentimento e feita à randomização (uma espécie de sorteio) para um dos braços de tratamento do estudo. Você poderá ser sorteado para o tratamento ativo do estudo, onde você receberá acompanhamento clínico + tratamento com

medicamentos padrão + hipnose ou sorteado para o grupo controle onde você receberá acompanhamento clínico + tratamento com medicamentos padrão sem hipnose. Você deverá comparecer ao centro de pesquisa para as avaliações e também semanalmente para o tratamento pelo período de 8 semanas.

Durante as visitas que chamamos de baseline, final de estudo e seguimento serão aplicados questionários para avaliação de sua dor e componentes como seu sono, qualidade de vida e humor (depressão ou ansiedade).

Você deverá levar seu diário do participante em todas as visitas ao centro de pesquisa.

DURAÇÃO DA SUA PARTICIPAÇÃO: A duração total da sua participante nesta pesquisa é de 5 meses, sendo 8 semanas de tratamento e mais uma visita de seguimento de 3 meses após a conclusão do tratamento.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Não há evidências claras de que os participantes de estudos de hipnose apresentem um risco significativamente maior de eventos adversos do que em outros tipos comuns de pesquisa psicológica.

Em estudos laboratoriais, verificou-se que a maioria dos participantes que sofrem de hipnose por si só ou como parte de um estudo experimental relatam efeitos positivos, particularmente relaxamento. Uma minoria de participantes (as estimativas variam de 8 a 49%) nessas condições relatam efeitos negativos (por exemplo, dores de cabeça, tontura, náusea, rigidez do pescoço, mas estes não são relatados com mais frequência do que após procedimentos psicológicos experimentais que não envolvem hipnose (por exemplo, um experimento de aprendizado verbal). Além disso, não há relação demonstrável entre hipnotizabilidade, que é a capacidade de ser hipnotizado, e ocorrência de efeitos colaterais negativos. Nas populações estudantis, menos efeitos colaterais negativos são relatados após procedimentos de hipnose do que após outras atividades da faculdade, como assistir a uma palestra ou fazer um exame. De fato, a hipnose é classificada como a experiência mais agradável quando comparada a essas outras atividades.

Também há evidências de que investigações envolvendo procedimentos prolongados e tediosos, como PET e ressonância magnética, são consideradas pelos participantes como sendo mais toleráveis quando a hipnose é usada.

A sua participação neste estudo não determina nenhum risco adicional ou dano à sua saúde. Os prováveis benefícios estão na diminuição da intensidade da sua dor, apesar da resposta ao tratamento com hipnose ser variável de indivíduo para indivíduo e dependerá da sua capacidade em ser hipnotizado; mesmo assim os efeitos colaterais esperados são extremamente positivos; a hipnose altera mais do que apenas a intensidade da dor e o objetivo do tratamento não é apenas te ajudar a se sentir melhor durante a sessão, mas também ajudá-lo a fazer mudanças duradouras no que pensa sobre a dor e nas informações processadas sobre a dor em seu cérebro, estendendo os bons sentimentos que ocorrem durante as sessões de hipnose para a sua vida cotidiana. São esperados dois tipos de resposta após o tratamento da hipnose

para a dor: redução na gravidade da dor diária contínua e a capacidade de usar a auto-hipnose para experimentar períodos de conforto.

Sua participação neste estudo é voluntária e o(a) Sr(a) poderá recusar-se a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem punições ou prejuízo ao seu atendimento neste hospital. O seu cuidado neste hospital é de responsabilidade do seu médico assistente, independente da sua participação no estudo.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os seus dados permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira. Será dado tratamento médico necessário, caso ocorra eventuais danos, mencionados ou não neste termo, decorrentes do estudo.

CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS OU EMERGÊNCIA: Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Nery. O Comitê de Ética é um grupo que realiza a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos. Se o(a) Sr.(a) tiver qualquer dúvida em relação aos aspectos éticos do estudo, fique à vontade para entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Nery, no telefone (71) 3117-1852 ou (71) 3117-1972, endereço: rua Saldanha Marinho, s/n - Caixa d' Água, Salvador - BA ou por e-mail: han.comite@gmail.com. Horário de funcionamento: 08h às 16h.

A equipe do estudo está à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos antes, durante e após o estudo:

Investigadores: Daniela Caputo Dorta / Dr. Paulo Oliveira Colavolpe

Telefone: (71) 99121-4409/ (71) 9928-0123

Instituição e Endereço: Hospital COT, Canela,

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE: Fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de forma clara e detalhada, e pude fazer perguntas. Também me foi garantido pelo pesquisador sigilo que assegure a privacidade dos dados obtidos na pesquisa. Estou ciente de todos os procedimentos que serão realizados e dos possíveis riscos e benefícios e, em caso de qualquer dúvida, poderei entrar em contato com a equipe do estudo. Ao assinar este termo de consentimento autorizo o acesso da equipe do estudo aos meus registros médicos e não estarei abrindo mão de meus direitos legais.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas

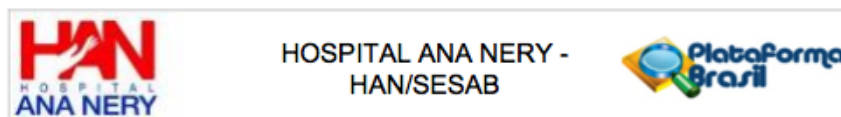
	___/___/___	
Nome por extenso do Participante	Data (registrada pelo participante)	Assinatura

	___/___/___	
Nome por extenso da pessoa que obteve o consentimento	Data	Assinatura

Se o participante não for capaz de ler, obter a seguinte assinatura:

	___/___/___	
Nome por extenso da testemunha imparcial	Data	Assinatura
	___/___/___	
Nome por extenso do Participante	Data	Impressão Dactiloscópica do Participante

Anexo B – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFICÁCIA DA HIPNOSE EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA ASSOCIADA A FIBROMIALGIA (HYP-FIBRO)

Pesquisador: DANIELA CAPUTO DORTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46411121.4.0000.0045

Instituição Proponente: CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA S/A

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.692.679

Apresentação do Projeto:

Título: EFICÁCIA DA HIPNOSE EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA ASSOCIADA A FIBROMIALGIA (HYP-FIBRO).

Resumo:

A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa crônica, não inflamatória, não articular, de caráter musculoesquelético e difuso [1,2] caracterizada pela presença de dor à palpação em locais específicos chamados de pontos dolorosos, e associada a rigidez muscular em 80% dos casos [3,4]. O quadro clínico é caracterizado por dor crônica generalizada moderada a intensa nos músculos, ligamentos e tendões de várias regiões do corpo, associada a cefaleia crônica (>40% dos casos), fadiga generalizada (85%), parestesias (50 a 85%), distúrbios do sono (65%), sintomas intestinais (60%), intolerância ao frio (30%), dentre outros sinais e sintomas menos frequentes [4]. Sua prevalência no Brasil é estimada em 2,5% da população, acometendo especialmente mulheres entre 35 a 44 anos [5], podendo, entretanto, surgir em qualquer idade, até mesmo na infância [6]. A dor crônica decorrente da FM acarreta com frequência afastamento das atividades laborais, incapacidade, além de distúrbios de natureza psicossocial [7]. O adequado tratamento da dor pode promover maior qualidade de vida, redução do sofrimento psicológico e dos impactos nas atividades habituais do paciente. O tratamento medicamentoso atual da FM inclui classes de drogas de eficácia comprovada para diversos tipos de dor crônica, como analgésicos,

Endereço: Rua Saldanha Maranhão, s/nº
Bairro: Caixa D'Água **CEP:** 40.323-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-1972 **E-mail:** han.comite@gmail.com



HOSPITAL ANA NERY -
HAN/SESAB



Continuação do Parecer: 4.692.679

antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina, e gabapentinoides [6]. Entretanto, apesar da variedade de opções terapêuticas disponíveis, uma baixa porcentagem dos pacientes tratados apresenta melhora significativa dos sintomas [8], o que pode refletir as lacunas na compreensão da fisiopatologia da FM, assim como o caráter multifatorial dessa síndrome dolorosa. De fato, entre as síndromes de dor crônica, a FM é uma das mais associadas a componentes psicológicos e afetivos da dor [9]. Esse panorama salienta a grande demanda por novas opções terapêuticas eficazes para a FM, e reforça que abordagens não farmacológicas podem trazer benefícios para essa condição.

Como a Instituição proponente não possui Comitê de Ética em Pesquisa o mesmo será submetido a CONEP para indicação de um Comitê de Ética para avaliação do projeto.

Hipótese: Acompanhamento clínico e tratamento farmacológico padrão + sessões de hipnose é mais eficaz no tratamento da dor crônica associada a fibromialgia que o acompanhamento clínico e tratamento farmacológico padrão sem hipnose

Metodologia:

O estudo será realizado no Ambulatório de dor do COT, Canela, Salvador, Bahia, Brasil.

- Pacientes de outras instituições poderão ser referenciados por reumatologistas da cidade de Salvador, Bahia até que a amostra planejada seja completada.

- Este é um estudo prospectivo, paralelo, randomizado, controlado, cego para o avaliador, comparativo; com um total estimado de 60 participantes de pesquisa divididos em dois grupos: 30 participantes de pesquisa tratados no grupo ativo (acompanhamento clínico + tratamento farmacológico padrão + hipnose) e 30 participantes de pesquisa tratados no grupo controle (acompanhamento clínico + tratamento farmacológico padrão sem hipnose).

- Duração do estudo: O período de recrutamento previsto para o estudo será de 1 ano e 1 mês com previsão de início de acordo com o cronograma do estudo anexado.

- A duração total da participação de cada participante de pesquisa é de 5 meses, sendo 8 semanas de tratamento e mais uma visita de seguimento de 3 meses

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a eficácia da hipnose associada ao tratamento farmacológico padrão no controle da dor crônica associada a fibromialgia.

Endereço: Rua Saldanha Marinho, s/nº	
Bairro: Caixa D'Água	CEP: 40.323-010
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3117-1972	E-mail: han.comite@gmail.com



HOSPITAL ANA NERY -
HAN/SESAB



Continuação do Parecer: 4.692.679

Objetivo Secundário:

- Avaliar a superioridade da eficácia analgésica da associação da hipnose ao tratamento farmacológico padrão em relação ao tratamento farmacológico padrão, no controle da dor associada a fibromialgia.
- Avaliar o efeito analgésico da hipnose a longo prazo (3 meses após o final do tratamento).
- Avaliar o efeito da hipnose sobre a qualidade de vida e sobre o impacto da dor na vida diária do participante da pesquisa: sono, humor, sintomas de ansiedade, componente afetivo da dor e catastrofização da dor.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

A hipnose é geralmente um procedimento benigno e as considerações de riscos potenciais se assemelham àquelas de outros métodos psicológicos semelhantes. Quando a hipnose está sendo usada para tratar problemas médicos e dor, é essencial que o paciente tenha feito um exame médico completo e esteja recebendo o tratamento médico apropriado. Durante a hipnose, o paciente deve ter acesso imediato a qualquer medicamento de emergência que tenha sido prescrito, como inaladores de asma. Não há evidências claras de que os participantes de estudos laboratoriais de hipnose apresentem um risco significativamente maior de efeitos adversos do que em outros tipos comuns de pesquisa psicológica.

BENEFÍCIOS:

Hoje as terapias não farmacológicas mais estudadas para a FM, com fortes evidências de eficácia, são: educação, terapia cognitivo-comportamental e exercício, sendo a resposta a essas terapias geralmente maior que ao tratamento medicamentoso. A hipnose, apesar de ainda pouco utilizada na rotina clínica para o manejo da dor associada à FM, tem demonstrado ser efetiva no controle de alguns estados de dor crônica. Espera-se como benefício analgesia, mas o objetivo do tratamento não é apenas ajudar o paciente a se sentir melhor durante a sessão, mas também ajuda-lo a fazer mudanças duradouras no que pensa sobre a dor e nas informações processadas sobre a dor em seu cérebro, estendendo os bons sentimentos que ocorrem durante as sessões de hipnose para a sua vida cotidiana.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo prospectivo, paralelo, randomizado, controlado, cego para o avaliador,

Endereço: Rua Saldanha Marinho, s/nº	CEP: 40.323-010
Bairro: Caixa D'Água	
UF: BA Município: SALVADOR	
Telefone: (71)3117-1972	E-mail: han.comite@gmail.com



HOSPITAL ANA NERY -
HAN/SESAB



Continuação do Parecer: 4.692.679

comparativo; com um total estimado de 60 participantes de pesquisa divididos em dois grupos: 30 participantes de pesquisa tratados no grupo ativo (acompanhamento clínico + tratamento farmacológico padrão + hipnose) e 30 participantes de pesquisa tratados no grupo controle (acompanhamento clínico + tratamento farmacológico padrão sem hipnose).

Metodologia, critérios de inclusão e exclusão são claros. Riscos e benefícios esclarecidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto assinada pelo diretor médico da instituição onde a pesquisa será realizada.
- Carta de anuência da instituição onde a pesquisa será realizada.
- Informações básicas do projeto de acordo com o projeto detalhado.
- Projeto detalhado contém as informações necessárias do projeto, incluindo todos os instrumentos de coleta em anexo.
- Declaração de confidencialidade para uso do banco de dados assinada pelo investigador principal.
- Declaração de infraestrutura assinada pelo diretor médico da unidade e pelo pesquisador responsável.
- O orçamento descreve que será custeado por financiamento do autor.
- Cronograma adequado informando que a coleta de dados será iniciada após a apreciação e aprovação do CEP.
- O TCLE está em linguagem clara, apresenta justificativa para realização do estudo, objetivos, descreve todos os procedimentos a serem realizados, informa o período de duração da pesquisa, assim como os benefícios e potenciais riscos. Esclarece que a participação do paciente é de forma voluntária e sobre a possibilidade de recusa.
- Demais itens submetidos como panfleto para divulgação e diário do paciente para registro da dor, estão em linguagem clara, objetiva e de acordo com os padrões éticos.

Recomendações:

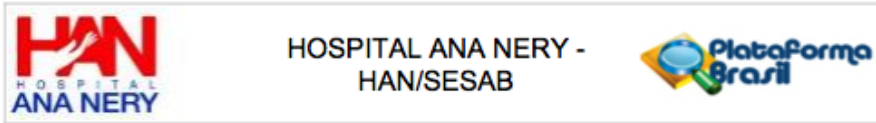
Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se pela aprovação, sem observações adicionais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Saldanha Marinho, s/nº	CEP: 40.323-010
Bairro: Caixa D'Água	
UF: BA Município: SALVADOR	
Telefone: (71)3117-1972	E-mail: han.comite@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.692.679

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1627156.pdf	03/05/2021 23:22:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	HYPFIBRO_Protocolo_versao1_0_26Nov2020_FINAL.docx	03/05/2021 23:22:00	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	HYPFIBRO_Protocolo_versao1_0_26Nov2020_FINAL.pdf	03/05/2021 23:21:34	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	HYPFIBRO_TCLE_versao_1_0_30112020.doc	03/05/2021 21:23:34	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	HYPFIBRO_TCLE_versao_1_0_30112020.pdf	03/05/2021 21:22:37	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HYPFIBRO_Declaracao_infraestrutura.pdf	03/05/2021 20:16:42	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Folha de Rosto	HYPFIBRO_Folha_de_rosto.pdf	03/05/2021 20:13:56	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Outros	HYPFIBRO_Panfleto_versao_1_09122020.pdf	03/05/2021 20:13:37	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Outros	HYPFIBRO_Diario_do_paciente_Versao_1_30Nov2020_FINAL.docx	03/05/2021 20:04:43	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Outros	HYPFIBRO_ANEXO_K_scripts_inducao_e_sugestoes_para_dor_cronica_portugues.pdf	03/05/2021 20:03:43	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Declaração de concordância	HYPFIBRO_Carta_de_anuencia_instituicao.pdf	03/05/2021 20:01:06	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Cronograma	HYPFIBRO_Cronograma.pdf	03/05/2021 19:59:24	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Orçamento	HYPFIBRO_Orçamento.pdf	03/05/2021 18:50:04	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Orçamento	HYPFIBRO_Orçamento.docx	03/05/2021 18:45:58	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	HYPFIBRO_Confidencialidade_Uso_Banco_Dados.pdf	03/05/2021 18:42:37	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	HYPFIBRO_Confidencialidade_Uso_Banco_Dados.docx	03/05/2021 18:33:28	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Outros	HYPFIBRO_ANEXO_L_script_auto_hipnose_para_dor_cronica_portugues.pdf	03/05/2021 18:32:58	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Outros	HYPFIBRO_ANEXO_J_ESCALA_DE_AVALIACAO_DA_SUSCEPTIBILIDADE_HIPNOTICA_WATERLOO_PT.docx	03/05/2021 18:30:57	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito

Endereço: Rua Saldanha Marinho, s/nº
 Bairro: Caixa D Água CEP: 40.323-010
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3117-1972 E-mail: han.comite@gmail.com



HOSPITAL ANA NERY -
HAN/SESAB



Continuação do Parecer: 4.892.679

Outros	HYPFIBRO_ANEXO_I_Questionario_de_Caracterizacao_social_demografica_e_clinica_v1_30Nov2020.docx	03/05/2021 18:29:41	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Outros	HYPFIBRO_ANEXO_H_ESCALA_DE_ANSIEDADE_E_DEPRESSAO_HOSPITALAR_HADS.docx	03/05/2021 18:28:27	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Outros	HYPFIBRO_ANEXO_G_Indice_de_qualidade_de_sono_de_Pittsburgh_PSQIBR.docx	03/05/2021 18:28:11	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Outros	HYPFIBRO_ANEXO_F_Questionario_sobre_o_Impacto_da_Fibromialgia_QIF.docx	03/05/2021 18:27:51	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Outros	HYPFIBRO_ANEXO_D_Questionario_qualidade_de_vida_WHOQOL_breve.docx	03/05/2021 18:27:33	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Outros	HYPFIBRO_ANEXO_E_Escala_de_Catastrofismo_Associado_a_Dor_BPCS.docx	03/05/2021 18:26:58	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Outros	HYPFIBRO_ANEXO_C_Questionario_de_dor_McGill_breve_SFMGQ.docx	03/05/2021 18:23:34	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Outros	HYPFIBRO_ANEXO_B_Escala_de_intensidade_numerica_de_desagradabilidade_de_dor.docx	03/05/2021 18:22:02	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito
Outros	HYPFIBRO_ANEXO_A_Escala_de_intensidade_numerica_de_dor_END.docx	03/05/2021 18:21:43	DANIELA CAPUTO DORTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 05 de Maio de 2021

Assinado por:
JULIO CESAR VIEIRA BRAGA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Saldanha Maranhão, s/nº
Bairro: Caixa D'Água CEP: 40.323-010
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3117-1972 E-mail: han.comite@gmail.com

Anexo C - Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Eficácia da Hipnose em pacientes com dor crônica associada a Fibromialgia(HYP-FIBRO)

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Data do preenchimento do questionário: ___/___/___

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Idade _____ 2. Sexo: Masculino Feminino

3. Peso (kg): _____ 4. Altura (cm): _____

5. Qual o seu Estado Civil? (escolha uma das seguintes opções):

Solteiro(a) Casado(a) União estável Viúvo(a) Divorciado(a)

6. Qual seu nível de escolaridade? (escolha uma das seguintes opções):

Ensino primário incompleto ou não frequentou a escola Ensino Fundamental completo Ensino Secundário equivalente completo ou Ensino Superior completo

7. Qual é sua situação profissional?

Trabalhando Incapaz de trabalhar devido ao seu problema Desempregada (o) Aposentada (o) Doméstica (o)

8. É Fumante? (escolha uma das seguintes opções)

Sim Não Ex fumante

DADOS CLÍNICOS

9. Há quanto tempo tem Fibromialgia? (escolha uma das seguintes opções)

3-6 meses 6-12 meses 12-24 meses Mais de 24 meses

10. Atualmente toma alguma medicação para a sua dor associada a fibromialgia?

Sim Não

11. No último ano faltou ao trabalho devido à sua dor?

Sim Não

11.1. Se sim, quantas vezes?

1 vez 2 vezes 3 vezes Mais de 3 vezes

11.2. Durante quanto tempo (total de dias ou semanas que faltou no último ano)?

1 dia 2 dias 3 dias 1 semana Mais de 1 semana

12. No último ano esteve afastado do trabalho (estado, seguros, empregador, etc)?

Sim Não

13. Durante o último mês sentiu: (escolha uma das seguintes opções)

	Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes
Dores de estômago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores nos braços, pernas ou noutras articulações além das costas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores de cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor difusa ou dor em grande parte do corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Na última semana sentiu-se (escolha uma das seguintes opções)

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre
Inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desamparado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem esperança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Na última semana... (escolha uma das seguintes opções)

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre
O meu sono foi reparador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive problemas em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acordei várias vezes durante a noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Nos últimos 7 dias....

	Nada	Um pouco	Um tanto	Muito	Bastante
Quanto é que o seu problema afetou as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto é que o seu problema afetou as suas atividades em casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto é que o seu problema afetou a sua participação em atividades sociais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto é que o seu problema afetou as suas tarefas domésticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Não é seguro para uma pessoa com a minha condição física ser fisicamente ativa

Discordo Plenamente Discordo Concordo Concordo plenamente

18. Sinto que as minhas dores estão cada vez piores e nunca vão melhorar.

Concordo Discordo

19. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade média da sua dor nas ultimas 24 horas.

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

Anexo D - Critérios de avaliação de diagnóstico e gravidade para fibromialgia (ACR 2010)

ACR 2010

ÍNDICE DE DOR GENERALIZADA

Marque com X as áreas onde teve dor nos últimos 7 dias - TOTAL DE ÁREAS DOLOROSAS: _____

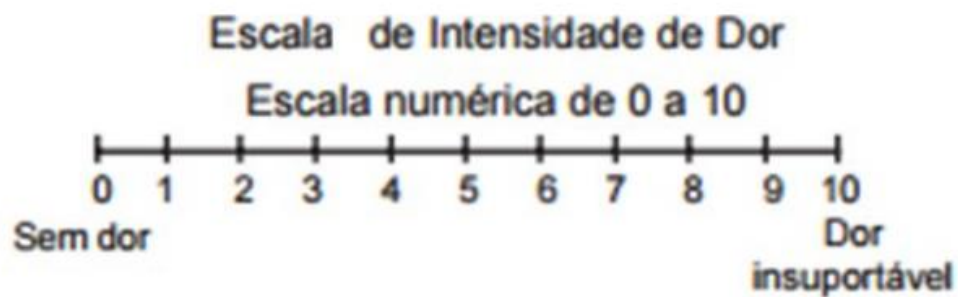
ÁREA	SIM	NÃO	ÁREA	SIM	NÃO
MANDÍBULA E			MANDÍBULA D		
OMBRO E			OMBRO D		
BRAÇO E			BRAÇO D		
ANTEBRAÇO E			ANTEBRAÇO D		
QUADRIL E			QUADRIL D		
COXA E			COXA D		
PERNA E			PERNA D		
CERVICAL			DORSO		
TORAX			LOMBAR		
ABDOMEN					

ESCALA DE GRAVIDADE DOS SINTOMAS

Marque a intensidade dos sintomas, conforme você estase sentindo nos últimos 07 dias

FADIGA (cansaço ao executar atividades)	0	1	2	3
SONO NÃO REPARADOR (acordar cansado)	0	1	2	3
SINTOMAS COGNITIVOS (dificuldade de memória, concentração, etc.)	0	1	2	3
SINTOMAS SOMÁTICOS (dor abdominal, dor de cabeça, dor muscular, dor nas juntas, etc.)	0	1	2	3

Índice de dor generalizada ≥ 7 + gravidade de sintomas ≥ 5 = FIBRO OU:
Índice de dor generalizada entre ≥ 3 e ≤ 6 + gravidade de sintomas ≥ 9 = FIBRO

Anexo E – Escala de intensidade numérica de dor (END)

Fonte: (CARVALHO; KOVACS, 2006)

Anexo G - Questionário de dor MCGILL

Protocolo: Eficácia da Hipnose em Pacientes com dor crônica associada a Fibromialgia (HYP-FIBRO)	
Nome:	Nº de inclusão:
Data da avaliação:	Horário da avaliação:
Responsável pela avaliação:	

Questionário de dor McGill – breve (SF- MGQ)

Eu irei ler diferentes palavras. Após eu ler cada palavra, você vai me dizer se essa palavra descreve a sua dor. Se a palavra descrever a sua dor, quantifique essa sensação, escolhendo as opções leve, moderada ou severa.

	Nenhuma	Leve	Moderada	Severa
SENSORIAL				
1. Latejante	0	1	2	3
2. Em fiscadas	0	1	2	3
3. Em fincada	0	1	2	3
4. Aguda	0	1	2	3
5. Cólica	0	1	2	3
6. Pressionante	0	1	2	3
7. Em queimação	0	1	2	3
8. Dolorida	0	1	2	3
9. Pesada	0	1	2	3
10. Dolorida à palpação	0	1	2	3
11. Cortante	0	1	2	3
AFETIVA				
12. Cansativa – Exaustiva	0	1	2	3
13. Nauseante	0	1	2	3
14. Amedrontadora	0	1	2	3
15. Cruel - Punitiva	0	1	2	3

Por favor, me diga como a sua dor se apresentou nos **últimos dias** podendo variar de nenhuma dor (0) para a pior dor possível (10).

Nenhuma Dor _____ Pior Dor Possível

Qual a intensidade da sua dor **agora**?

- 0 Sem dor ()
 1 Leve ()
 2 Desconfortante ()
 3 Angustiante ()
 4 Horrível ()
 5 Excruciante ()

Formas de Escore:

- (1) Escore total: 0 a 45
- (2) Escore Sensorial: 0 a 33
- (3) Escore Afetivo: 0 a 12
- (4) Contar, entre os 15 descritores, o número de palavras com escore variando de 0 a 15.

Pontuação: (1) _____
 (2) _____
 (3) _____
 (4) _____

Artigo de validação: Costa LCM, Maher CG, McAuley JH et al. The ~~brazilian-portuguese~~ versions of the McGill Pain Questionnaire were reproducible, valid, and responsive in patients with musculoskeletal pain. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64: 903 – 912

Anexo H – Escala de catastrofismo associado a dor (B-PCS)

Protocolo: Eficácia da Hipnose em Pacientes com dor crônica associada a Fibromialgia (HYP-FIBRO)	
Nome:	Nº de inclusão:
Data da avaliação:	Horário da avaliação:
Responsável pela avaliação:	

Escala de Catastrofismo Associado à Dor (B-PCS)

Através desse questionário queremos conhecer os pensamentos e os sentimentos que você tem quando está sentindo dor. Abaixo, fizemos uma lista com 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e diferentes sentimentos que podem lhe aparecer na cabeça quando sente dor. **Indique o grau destes pensamentos e sentimentos no momento que está sentindo a dor. As suas respostas podem variar de mínima a intensa.**



	Mínimo(a)	Leve	Moderado	Intenso	Muito intenso
1. A preocupação durante todo o tempo com a duração da dor é:	0	1	2	3	4
2. O sentimento de não poder prosseguir (continuar) é:	0	1	2	3	4
3. O sentimento que a dor é terrível e que não vai melhorar é:	0	1	2	3	4
4. O sentimento que a dor é horrível e que você não vai resistir é:	0	1	2	3	4
5. O pensamento de não poder mais estar com alguém é:	0	1	2	3	4
6. O medo que a dor pode se tornar ainda pior é:	0	1	2	3	4
7. O pensamento sobre outros episódios de dor é:	0	1	2	3	4
8. O desejo profundo que a dor desapareça é:	0	1	2	3	4
9. O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é:	0	1	2	3	4
10. O pensamento que ainda poderá doer mais é:	0	1	2	3	4
11. O pensamento que a dor é grave porque ela não quer parar é:	0	1	2	3	4
12. O pensamento de que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é:	0	1	2	3	4
13. A preocupação que alguma coisa ruim pode acontecer por causa da dor é:	0	1	2	3	4

Artigo de validação: SEHN, F. *et al.* Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the pain catastrophizing scale. **Pain Med**, v. 13, ed. 11, p.

Anexo I – Questionário WHOQOL-breve

Protocolo: Eficácia da Hipnose em Pacientes com dor crônica associada a Fibromialgia (HYP-FIBRO)	
Nome:	Nº de inclusão:
Data da avaliação:	Horário da avaliação:
Responsável pela avaliação:	

Questionário WHOQOL-BREVE

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

Em relação as duas últimas semanas

Q1. Como você avaliaria sua qualidade de vida? (w1)

1. Muito ruim
 2. Ruim
 3. Nem ruim nem boa
 4. Boa
 5. Muito boa
-

As questões 2 a 12 perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
Q2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? (w2)	1	2	3	4	5
Q3. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? (w16)	1	2	3	4	5
Q4. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? (w17)	1	2	3	4	5
Q5. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? (w18)	1	2	3	4	5
Q6. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? (w19)	1	2	3	4	5
Q7. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? (w20)	1	2	3	4	5
Q8. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? (w21)	1	2	3	4	5
Q9. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? (w22)	1	2	3	4	5

Q10. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? (w23)	1	2	3	4	5
Q11. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? (w24)	1	2	3	4	5
Q12. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? (w25)	1	2	3	4	5

As questões 13 a 19 são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas e as respostas variam de acordo com a seguinte escala:

	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
Q13. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? (w3)	1	2	3	4	5
Q14. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? (w4)	1	2	3	4	5
Q15. O quanto você aproveita a vida? (w5)	1	2	3	4	5
Q16. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? (w6)	1	2	3	4	5
Q17. O quanto você consegue se concentrar? (w7)	1	2	3	4	5
Q18. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? (w8)	1	2	3	4	5
Q19. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? (w9)	1	2	3	4	5

As questões 20 a 25 perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Q20. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? (w10)	1	2	3	4	5
Q21. Você é capaz de aceitar sua aparência física? (w11)	1	2	3	4	5
Q22. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? (w12)	1	2	3	4	5
Q23. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia (w13)	1	2	3	4	5
Q24. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? (w14)	1	2	3	4	5
Q25. Quão bem você é capaz de se locomover? (w15)	1	2	3	4	5

Q26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?
(w26)

1. nunca
2. algumas vezes
3. frequentemente
4. muito frequentemente
5. sempre

REGISTROS DO PACIENTE

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

REGISTROS DO ENTREVISTADOR

1) Grau de dificuldade encontrada pelo entrevistador

1. Nenhuma
2. Pequena
3. Média
4. Grande
5. Muito grande

Tempo de entrevista: _____ minutos

Artigo de validação : Fleck MP, Louzada S, Xavier M, et al. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Revista de saúde pública.* Apr 2000;34(2):178-183.

Anexo J – Questionário sobre o impacto da fibromialgia (QIF)

Protocolo: Eficácia da Hipnose em Pacientes com dor crônica associada a Fibromialgia (HYP-FIBRO)	
Nome:	Nº de inclusão:
Data da avaliação:	Horário da avaliação:
Responsável pela avaliação:	

Escala de Catastrofismo Associado à Dor (B-PCS)

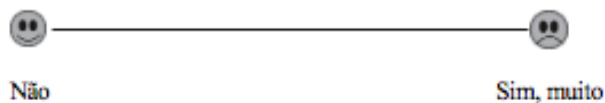
Através desse questionário queremos conhecer os pensamentos e os sentimentos que você tem quando está sentindo dor. Abaixo, fizemos uma lista com 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e diferentes sentimentos que podem lhe aparecer na cabeça quando sente dor. **Indique o grau destes pensamentos e sentimentos no momento que está sentindo a dor. As suas respostas podem variar de mínima a intensa.**



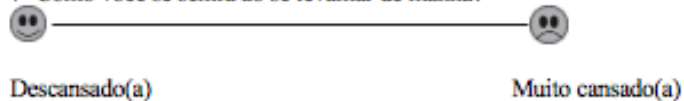
	Mínimo(a)	Leve	Moderado	Intenso	Muito intenso
1. A preocupação durante todo o tempo com a duração da dor é:	0	1	2	3	4
2. O sentimento de não poder prosseguir (continuar) é:	0	1	2	3	4
3. O sentimento que a dor é terrível e que não vai melhorar é:	0	1	2	3	4
4. O sentimento que a dor é horrível e que você não vai resistir é:	0	1	2	3	4
5. O pensamento de não poder mais estar com alguém é:	0	1	2	3	4
6. O medo que a dor pode se tornar ainda pior é:	0	1	2	3	4
7. O pensamento sobre outros episódios de dor é:	0	1	2	3	4
8. O desejo profundo que a dor desapareça é:	0	1	2	3	4
9. O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é:	0	1	2	3	4
10. O pensamento que ainda poderá doer mais é:	0	1	2	3	4
11. O pensamento que a dor é grave porque ela não quer parar é:	0	1	2	3	4
12. O pensamento de que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é:	0	1	2	3	4
13. A preocupação que alguma coisa ruim pode acontecer por causa da dor é:	0	1	2	3	4



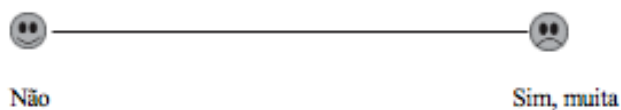
6- Você sentiu cansaço?



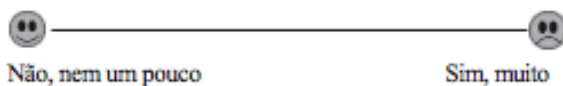
7- Como você se sentiu ao se levantar de manhã?



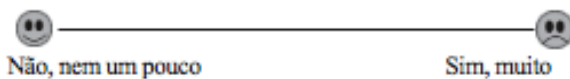
8- Você sentiu rigidez (ou o corpo travado)?



9- Você se sentiu nervoso/a ou ansioso/a?



10- Você se sentiu deprimido/a ou desanimado/a?



Artigo de validação: Marques, Amélia & Santos, Adriana M. & Assumpção, Ana & Matsutani, Luciana & Lage, Laís & Pereira, Carlos. (2006). Validation of a Brazilian version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46. 24-31. 10.1590/S0482-50042006000100006.

Anexo K – Escala de sono (Pittsburg Sleep Quality Index)

Escala de Sono (Pittsburg Sleep Quality Index)
Índice de qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI-BR)

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____

Instruções: As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o último mês somente. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?

Hora usual de deitar _____

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?

Número de minutos _____

3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?

Hora usual de levantar _____

4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama).

Horas de sono por noite _____

Para cada uma das questões restantes, marque a melhor (uma) resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você...

(a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos.

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(c) Precisou levantar para ir ao banheiro

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(d) Não conseguiu respirar confortavelmente

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(e) Tossiu ou roncou forte

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(f) Sentiu muito frio

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(g) Sentiu muito calor

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(h) Teve sonhos ruins

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(i) Teve dor

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

(j) Outra(s) razão(ões), por favor descreva _____

Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão?

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

Muito boa _____

Boa _____

Ruim _____

Muito ruim _____

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou "por conta própria") para lhe ajudar a dormir?

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

8. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

Nenhuma no último mês _____ Menos de 1 vez/ semana _____ 1 ou 2 vezes/ semana _____ 3 ou mais vezes/ semana _____

9. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

Nenhuma dificuldade _____ Um problema leve _____ Um problema razoável _____ Um grande problema _____

10. Você tem um(a) parceiro [esposo(a)] ou colega de quarto?

Não _____

Parceiro ou colega, mas em outro quarto _____

Parceiro no mesmo quarto, mas não na mesma cama ____

Parceiro na mesma cama ____

Se você tem um parceiro ou colega de quarto, pergunte a ele/ela com que frequência, no último mês, você teve ...

(a) Ronco forte

Nenhuma no último mês ____ Menos de 1 vez/ semana ____ 1 ou 2 vezes/ semana ____ 3 ou mais vezes/ semana ____

(b) Longas paradas na respiração enquanto dormia

Nenhuma no último mês ____ Menos de 1 vez/ semana ____ 1 ou 2 vezes/ semana ____ 3 ou mais vezes/ semana ____

(c) Contrações ou puxões nas pernas enquanto você dormia

Nenhuma no último mês ____ Menos de 1 vez/ semana ____ 1 ou 2 vezes/ semana ____ 3 ou mais vezes/ semana ____

(d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono

Nenhuma no último mês ____ Menos de 1 vez/ semana ____ 1 ou 2 vezes/ semana ____ 3 ou mais vezes/ semana ____

(e) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme; por favor, descreva

Nenhuma no último mês ____ Menos de 1 vez/ semana ____ 1 ou 2 vezes/ semana ____ 3 ou mais vezes/ semana ____

Artigo de validação : Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo IC, de Barba ME, Barreto SS. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Med.* 2011 Jan;12(1):70-5. doi: 10.1016/j.sleep.2010.04.020. Epub 2010 Dec 9. PMID: 21145786.

Anexo L – Escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS)**ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)**

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente a mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

Nunca

Poucas vezes

De vez em quando

Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

Quase sempre

Muitas vezes

Por vezes

Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

Quase sempre

Muitas vezes

Por vezes

Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até' sinto um aperto no estômago:

Nunca Por vezes

Muitas vezes

Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

Completamente

Não dou a atenção que devia

Talvez cuide menos que antes

Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

Muito

Bastante

Não muito

Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

Tanto como antes

Não tanto como antes

Bastante menos agora

Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Artigo de validação : J. Pais-Ribeiro, I. Silva , T. Ferreira , A. Martins , R. Meneses & M. Baltar (2007)
[Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychology, Health & Medicine, 12:2, 225-237](#)

Anexo M – Escala de avaliação da susceptibilidade hipnótica waterloo-stanford (versão portuguesa)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SUSCEPTIBILIDADE HIPNÓTICA WATERLOO-STANFORD (VERSÃO PORTUGUESA)

Protocolo: Eficácia da Hipnose em Pacientes com dor crônica associada a Fibromialgia (HYP-FIBRO)	
Nome:	Nº de inclusão:
Data da avaliação:	Horário da avaliação:
Responsável pela avaliação:	

Orientações: A WSGC:C é constituída por uma indução hipnótica standard com fechamento dos olhos de cerca de 20 minutos, após a qual são apresentadas as 12 sugestões hipnóticas que constituem os 12 itens (ver Quadro 1). A indução hipnótica não faz parte dos itens da escala. O experimentador deverá avaliar as respostas dos participantes de acordo com o auto registo efetuado pelos participantes no final da experiência hipnótica. Cada item pode ser pontuado como 1 ou 0. Assim a pontuação total da escala pode variar entre 0 (susceptibilidade muito baixa) e 12 (susceptibilidade muito elevada).

Itens da WSGC:C

Item	Descrição
1 – Baixar a mão	Sujeito imagina um peso na mão
2 – Aproximar as mãos do mosquito	Sujeito imagina uma força que puxa as mãos uma contra a outra
3 – Alucinação do mosquito	Sujeito deve ouvir e sentir um mosquito inexistente
4 – Alucinação do paladar	Sujeito imagina na sua boca um sabor doce e outro amargo
5 – Rigidez do braço	Sujeito deve ser incapaz de dobrar o braço
6 – Sonho hipnótico	Sujeito deve ter um sonho durante dois minutos
7 – Imobilização do braço	Sujeito deve ser incapaz de levantar a mão
8 – Regressão de idade musical	Sujeito imagina-se nos primeiros anos de escola
9 – Alucinação musical	Sujeito ouve tocar uma música inexistente
10 – Alucinação visual negativa	Sujeito deve ver apenas dois quadrados coloridos colocados num placar à sua frente (onde existem 3 quadrados coloridos)
11 – Sugestão pós-hipnótica	Sujeito deve fazer um desenho no caderno de respostas alguns minutos após a sugestão ser dada
12 – Amnésia	Sujeito não deve recordar mais de três itens da escala antes da remoção da sugestão

O escore total é dado pelo somatório de todos os itens, variando de 0 a 12 pontos.

Pontuação total: _____