



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

DANIELA MARIA BRITO MOTA

O IMPACTO DA HIPNOSE NA ANSIEDADE E NA DEPRESSÃO EM DOENTES
ONCOLÓGICOS

Coimbra, 2023



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

DANIELA MARIA BRITO MOTA

O IMPACTO DA HIPNOSE NA ANSIEDADE E NA DEPRESSÃO EM DOENTES
ONCOLÓGICOS - UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Trabalho elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria sob orientação do Professor Doutor José Carlos Santos.

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Coimbra, 2023

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação levou um longo caminho a percorrer e, apesar da determinação, capacidade e esforço serem da minha autoria, não seria de certo concluída sem a colaboração de várias pessoas e entidades, as quais irei de seguida nomear:

Em primeiro lugar quero agradecer ao meu Professor orientador Dr. José Carlos Santos, pelo apoio e colaboração, não só perante a realização deste trabalho, mas ao longo dos dois anos de mestrado, bem como pelo interesse pelo tema escolhido, que contribuíram para o enriquecer de todas as etapas inerentes ao trabalho realizado;

À ESEnfC pela oportunidade de aprendizagem e realização do curso de mestrado de ESMP;

Ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, mais precisamente à equipa do serviço de Ginecologia pela facilidade e disponibilidade dispensada para que fosse possível estudar nesta área de interesse pessoal;

À minha colega e amiga Joana, pela paciência, ajuda e colaboração na realização deste trabalho académico. Sem ela, o resultado final não seria certamente o mesmo;

Aos meus pais e sogros pelos conselhos, disponibilidades, bem como pela leitura integral crítica e atenta das versões finais desta dissertação, que contribuíram para a sua melhoria;

Ao meu noivo, José Miguel, pelo amor, compreensão e encorajamento que contribuíram para que chegasse ao fim deste percurso;

E, por fim, ao amor da minha vida, a minha filha, Maria Clara, pelo tempo que lhe devo e que espero compensar entretanto.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - American Psychological Association

CD's - Disco Compacto

CERQ - Questionário de regulação emocional cognitiva

DSM-5 - Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais

EESMP - Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EORTC – BR - Questionário Específico de Qualidade de Vida - Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Cancro da Mama

EORTC-QLQ - Questionário de Qualidade de Vida - Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Cancro;

EUA - Estados Unidos da América

FFMQ - Questionário de mindfulness plena em cinco fases

GAD - Escala do Transtorno de Ansiedade Generalizada

GC - Grupo de Controlo

GE - Grupo Experimental

HADS - Escala de Depressão de Ansiedade Hospitalar

HGSHS:A - Escala de Grupo de Suscetibilidade Hipnótica de Harvard: Versão A

ISI - Índice de Severidade da insónia

MAC - Escala Mental de Ajuste ao Cancro

MFI - Inventário Multidimensional de Fadiga

OMS - Organização Mundial de Saúde

PHQ - Escala de Depressão do Questionário de Saúde do Doente;

PICOD - População; Intervenção; Comparações; Outcome (resultados); Desenho do estudo

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

PSS - Escala de Stress Percebido

PSWQ - Questionário de Preocupações Penn State

QV - Qualidade de vida

RSES - Escala de autoestima de Rosenberg

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SHSS: C - Escala de Suscetibilidade Hipnótica de Stanford: Forma C

SHSS:A - Escala de Suscetibilidade Hipnótica de Stanford: Forma A

SNC - Sistema Nervoso Central

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

UNC - Questionário de Apoio Social Funcional Duke

WHO - World Health Organization

RESUMO

Objetivo: Avaliar o impacto da hipnose na ansiedade e depressão em doentes oncológicos e identificar o modelo de hipnose mais eficaz.

Metodologia: Foi realizada uma RSL de acordo com as Diretrizes PRISMA. Os estudos incluídos foram identificados através de quatro bases de dados eletrónicas (MEDLINE Complete, CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collection e Scielo). Foram incluídos estudos de investigação primária, participantes adultos com doença oncológica, aos quais fosse aplicada a técnica de hipnose (2012-2021). Foram excluídos artigos que não cumpram os critérios de elegibilidade, de conferências/congressos, literatura cinzenta, artigos de opinião e com participantes com idade inferior a 18 anos. A avaliação da qualidade metodológica e dos dados foi realizada através de síntese temática.

Resultados: Dos 1295 estudos identificados, oito preencheram os critérios de inclusão. Todos os estudos incluídos incluíam mulheres, sendo o cancro da mama a doença mais comum. Sete dos estudos demonstram diminuição da ansiedade e da depressão nos participantes ($p < 0,05$) após a intervenção. A escala mais utilizada foi a HADS. A intervenção baseada na hipnose variou entre seis a oito sessões com uma duração entre uma a duas horas, semanalmente ou quinzenalmente.

Conclusão: A hipnose demonstra ter vários benefícios na melhoria da qualidade de vida dos doentes com cancro, apresentando um impacto positivo na ansiedade e depressão. Esta intervenção poderá ser implementada em contexto de oncologia através de profissionais de saúde qualificados como os EESMP.

Palavras-chave: Hipnose, Distress Psicológico, Ansiedade, Depressão e Cancro.

ABSTRACT

Background: To evaluate the impact of hypnosis on anxiety and depression in cancer patients and to identify the most effective hypnosis model.

Methodology: An LSR was performed according to the PRISMA Guidelines. The included studies were identified through four electronic databases (MEDLINE Complete, CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collection and Scielo). Primary research studies, adult participants with oncological disease, to which the hypnosis technique was applied (2012-2021) were included. Articles that did not meet the eligibility criteria, from conferences/congresses, gray literature, opinion articles and participants under the age of 18 were excluded. The evaluation of methodological and data quality was performed through thematic synthesis.

Results: 1295 of the identified studies, eight met the inclusion criteria. All included studies included women, being the breast cancer the most common disease. Seven of the studies demonstrate a decrease in anxiety and depression in participants ($p < 0.05$) after the intervention. The most used scale was HADS. The hypnosis-based intervention ranged from six to eight sessions lasting between one and two hours, weekly or fortnightly.

Conclusion: Hypnosis has several benefits in improving the quality of life of cancer patients, with a positive impact on anxiety and depression. This intervention can be implemented in oncology context through qualified health professionals such as psychiatric nurses.

Keywords: Hypnosis, Psychological Distress, Anxiety, Depression and Cancer.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de fluxo PRISMA.....38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pesquisa, descritores e expressões booleanas utilizadas na Cinahl	34
Tabela 2 - Pesquisa, descritores e expressões booleanas utilizadas na Medline	35
Tabela 3 - Pesquisa, descritores e expressões booleanas utilizadas na Psychology and Behavioral Sciences Collection	35
Tabela 4 - Pesquisa, descritores e expressões booleanas utilizadas na Scielo	36
Tabela 5 - Processo de avaliação da qualidade dos artigos	40
Tabela 6 - Características dos estudos incluídos	41

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1. A ANSIEDADE E A DEPRESSÃO EM DOENTES ONCOLÓGICOS	21
1.2. HIPNOSE CLÍNICA	24
1.3 A EVIDÊNCIA DA APLICABILIDADE DA HIPNOSE CLÍNICA	28
1.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	29
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	33
2.1 ESTRATÉGIA DE PESQUISA	34
2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	36
2.3. PROCESSO DE ELEGIBILIDADE	37
2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE	38
2.5. SÍNTESE DE DADOS	39
2.6 EXTRAÇÃO DE DADOS	39
3. RESULTADOS	49
3.1 IMPACTO DA HIPNOSE NA ANSIEDADE E NA DEPRESSÃO	50
3.2 SESSÕES DE HIPNOSE	57
4. DISCUSSÃO	63
4.1 POPULAÇÃO-ALVO	63
4.2 O IMPACTO DA HIPNOSE NA ANSIEDADE E DEPRESSÃO	64
4.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	65
4.4 SESSÕES DE HIPNOSE	67
4.5 LIMITAÇÕES	67

4.6 SUGESTÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA	68
CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

ANEXOS

ANEXO I - Checklist PRSIMA 2020

APÊNDICES

APÊNDICE I - Guiões de hipnose

INTRODUÇÃO

As doenças oncológicas têm um peso crescente na nossa sociedade. Todos os anos, na Europa, são diagnosticadas com cancro cerca de 2,6 milhões de pessoas e mais 1,2 milhões de pessoas morrem devido à doença (Comissão Europeia, 2021). Em Portugal é a segunda causa de morte, sendo a primeira antes dos 65 anos de idade (Ministério da Saúde, 2019).

Segundo os dados da *International Agency for Reserch on Cancer* (WHO, 2021), existe uma previsão para a população portuguesa para o ano 2040 de 70,7 mil pessoas diagnosticadas com cancro, comparativamente ao ano de 2020, em que constavam 60,5 mil pessoas registadas com este diagnóstico, verificando-se um aumento de 16,9% da taxa de incidência.

Apesar do aumento da taxa de incidência, verifica-se uma diminuição da mortalidade em vários tipos de cancro. Isto deve-se ao desenvolvimento científico, nomeadamente na área do diagnóstico e tratamento, entre outros fatores (Sousa, 2015).

Segundo a descrição no site da Organização Mundial de Saúde, cancro é um termo genérico para um grande grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. Uma característica que define esta doença é a rápida proliferação de células anormais para além dos seus limites, podendo invadir partes do corpo, cujo processo que se nomeia por metastização, sendo esta a causa principal de morte por cancro (OMS, 2021).

O tratamento do cancro tem evoluído favoravelmente em relação ao controlo do mesmo, mas também com melhoria significativa na qualidade de vida dos doentes. As principais modalidades de tratamento consistem em: cirurgia, radioterapia e tratamento sistémico (quimioterapia, hormonoterapia, terapêutica-alvo, imunoterapia ou radionucleótidos), segundo o site Systemic Therapy (como citado por Sousa, 2015).

Os efeitos secundários variam consoante o tratamento realizado, indo desde a alopecia, vômitos, mucosite, fadiga e dores osteoarticulares, à alteração cognitiva, défice de concentração, alterações de memória, sexualidade e infertilidade (Sousa, 2015).

O cancro carrega um forte impacto emocional na pessoa diagnosticada. Os doentes passam por diversos desconfortos, desde os exames diagnósticos até aos tratamentos, que produzem frequentemente limitações físicas, sociais e psicológicas, como a ansiedade e o medo da morte. Tal situação pode desenvolver quadros de ansiedade e depressão (Landier & Tse, 2010).

Glass, Lanctôt, Herrmann, Sproule and Busto (2005) referem que estes quadros de ansiedade e depressão podem ser tratados através de sedativos, no entanto, estes podem causar efeitos secundários como tonturas, sonolência, xerostomia, entre outros (como citado por P. Chen, Liu & M. Chen, 2017). De modo a contornar estes efeitos, a terapia não farmacológica torna-se, assim, uma solução viável para o tratamento da ansiedade e da depressão (Fischer & Wedel, 2012).

Chen, et al. (2017) fazem referência a nove estudos que relatam que a hipnose atenua significativamente os sintomas psicológicos de doentes com cancro, alcançando emoções positivas e melhorando a sua qualidade de vida.

Dentro desta abordagem e sabendo que esta doença provoca desconforto, medo e efeitos colaterais que geram complicações nos doentes, procurou-se avaliar o impacto da hipnose na ansiedade e depressão em doentes oncológicos através de uma revisão sistemática da literatura.

Para elaborarmos a questão de investigação é importante que o investigador se questione quanto ao interesse e pertinência do estudo, bem como da viabilidade da sua execução. A questão de investigação deve ser construída explicitamente de modo a conseguir-se obter uma resposta que permita o desenvolvimento de conhecimento e se cumpram os objetivos da investigação (Fortin, 2009).

De forma a elaborar a questão de investigação recorreu-se ao método PICOD, P: Doentes oncológicos; I: Hipnose; C: Comparativo/Controlo; O: Impacto na ansiedade e/ou na depressão; D: Estudos qualitativos e estudos quantitativos.

Para este trabalho foi definido como questão de investigação: “Qual o impacto da hipnose na ansiedade e/ou depressão em doentes oncológicos?”.

De modo a dar resposta a esta questão, foram definidos os seguintes objetivos:

1. Identificar o impacto da hipnose na ansiedade e/ou depressão em doentes oncológicos;

2. Comparar os níveis de ansiedade e depressão de doentes oncológicos quando são ou não submetidos a hipnose;

3. Identificar o modelo de hipnose mais eficaz.

O presente trabalho de investigação encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro é realizado um enquadramento do tema através da exploração do estado da arte. Este primeiro capítulo é dividido em quatro partes, sendo que a primeira aborda os conceitos de ansiedade e depressão em doentes oncológicos, a segunda o conceito de hipnose e na terceira parte será resumida a aplicação da hipnose na redução da ansiedade e da depressão tendo em conta a evidência existente; por fim, será contextualizado o papel do EESMP. No segundo capítulo é apresentada a metodologia utilizada, indicando o tipo de estudo, objetivos e questão de investigação, critérios de seleção, qualidade dos artigos e síntese de dados. No terceiro e quarto capítulos serão apresentados e discutidos os resultados obtidos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A ANSIEDADE E A DEPRESSÃO EM DOENTES ONCOLÓGICOS

A ansiedade é uma experiência emocional normal para dar resposta a um determinado estímulo ou ameaça potencial (Lim, Devi & Ang, 2011; Vale, 2015). Segundo Kleinginna P. and Kleinginna A. (1981) a ansiedade enquanto emoção é composta por cinco componentes (como citado por Vale, 2015):

1. "Experiência subjetiva ou sentimento (descrita como nervosismo, apreensão, inquietude, preocupação);
2. Expressão emocional (a nível facial, vocal, gestual e postural);
3. Cognitivo;
4. Fisiológico (por hiperativação autonómica);
5. Comportamental (luta, fuga, imobilização ou desmaio)" (p.205).

O distress psicológico é caracterizado pela presença de um estado de saúde mental negativo não específico, tal como a depressão e ansiedade (Tsehay, Belete & Necho, 2021; Viertio et al., 2021). Em pessoas diagnosticadas com cancro a ansiedade é vista como o tipo mais comum de distress psicológico (Gregurek, Bras, Dordevic, Ratkovic & Brajkovic, 2010) e apesar da maioria dos doentes conseguir desenvolver mecanismos de coping, cerca de 30% desenvolvem transtornos de adaptação com ansiedade ou transtorno de ansiedade generalizada (Wasan et al., 2005).

Vale (2015) faz referência a vários autores que relatam que "a ansiedade quando se torna patológica compromete o funcionamento, conduz à negligência dos cuidados de saúde e diminui a qualidade de vida" (p.205). Para além disso, interfere com o processamento da informação, sobrestimando o prognóstico e conduzindo a decisões terapêuticas menos apropriadas.

São vários os estudos que referem que a ansiedade no doente oncológico se desenvolve por diversos fatores tais como: género feminino, idades mais jovens, baixo nível socioeconómico, baixo nível académico e suporte familiar precário. Pessoas com traços

de personalidade de neuroticismo/traços de ansiedade, baixo otimismo e antecedentes pessoais de ansiedade aumentam a vulnerabilidade para desenvolver ansiedade (Vale, 2015).

Existe evidência sobre o aumento dos níveis de ansiedade em períodos críticos da doença. Contudo, a história natural da ansiedade no doente oncológico é ainda incerta. Para além disso, constatou-se uma associação entre as pessoas diagnosticadas com ansiedade e uma pior *performance status* (medida relacionada à tentativa de quantificar o bem-estar geral dos doentes) Howard (2015), e sintomas somáticos mal paliados, como a dor não controlada, quadros de ansiedade e medo (Vale, 2015).

A relação entre stress e doença começou por ser estabelecida por Selye em 1976 sugerindo que os estímulos stressores, quando crónicos, contribuíam para um estado de exaustão do organismo. Ao fim de um determinado tempo, o SNC e periférico começaria a ter "dificuldades em lidar com o stress e as manifestações de doença ocorreriam num grau que poderia conduzir até à morte" (como citado por Maia, 2002, p. 208).

A ansiedade e a depressão estão fortemente relacionadas com o aparecimento de doenças cardiovasculares, mortalidade precoce e aparecimento de doenças relacionadas com as alterações do sistema imunitário (Maia, 2002; Sena, 2016).

Segundo um estudo realizado por Massie (2004) a depressão *major* afeta cerca de 121 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo uma das causas mais importantes de incapacidade (como citado por Albuquerque & Garrido, 2015). Em oncologia as taxas de prevalência de depressão variam entre os vários estudos existentes e entre os tipos de cancro, mas muitos apontam para uma taxa duas vezes superior de depressão *minor* em relação à depressão *major*. Apesar da prevalência, menos de metade dos doentes com sintomas depressivos moderados a graves recebem tratamento antidepressivo (Bottino, Fráguas & Gattaz, 2009).

Segundo o DSM-5 os sintomas de depressão podem variar entre os seguintes: sentimentos de tristeza, irritabilidade, preocupação, sensação de aflição, sentimentos de culpa e de autodesvalorização, alterações da concentração, memória e raciocínio, cansaço, perda de interesse e prazer nas atividades diárias, alterações do sono e do desejo sexual, variações do peso, sintomas físicos não devidos a outra doença (dores de

cabeça, perturbações digestivas, dor crónica, mal-estar geral), ideias de morte e de suicídio/tentativas de suicídio (American Psychiatric Association, 2014).

A etiologia da doença não é totalmente conhecida, no entanto, vários modelos como os modelos cognitivos e a tríade cognitiva de Beck, o modelo comportamental de Seligman e os modelos psicanalíticos de Freud que associam a depressão ao resultado de perdas, reais ou imaginárias, ajudam a compreender este quadro clínico no doente oncológico. Os fatores de risco para o desenvolvimento de depressão, segundo Miller and Massie (2010), podem ser divididos em três categorias (como citado por Albuquerque & Garrido, 2015):

- Biológicos: doença avançada, baixo *performance status*, dor, fadiga, localização do tumor e tratamentos;
- Psicológicos: perceção de pouco apoio, vinculação ansiosa, baixa autoestima, baixo otimismo, ambivalência em expressar emoções negativas;
- Sociais: pouco apoio, pobre funcionamento social, perda recente, abuso de substâncias, acontecimentos de vida stressantes, experiência prévia, história de trauma/abuso.

Segundo o Medical Letter (como citado por Albuquerque & Garrido, 2015), também os tratamentos antineoplásicos podem constituir uma causa direta de quadros depressivos.

Nos doentes oncológicos, quando o sistema imunitário se mantém ativado durante um longo período de tempo, a sinalização imunitária que o cérebro recebe pode levar a uma exacerbação do *sickness behavior* (comportamento adaptativo às mudanças existente perante uma infeção ou trauma imunológico) (Maes et al., 2012) e ao desenvolvimento de sintomas depressivos (Dantzer et al., 2008).

As pesquisas realizadas nos últimos anos mostraram de forma consistente que os doentes oncológicos com sintomas depressivos apresentam menor adesão à terapêutica, comportamentos de risco associados aos autocuidados, maior prejuízo funcional, diminuição da qualidade de vida, aumento dos custos e pior prognóstico, bem como aumento da perceção subjetiva de dor e aumento da mortalidade (Hopko et al. 2008, Reeve et al. 2008, Reich et al. 2008).

Segundo um estudo de Archer, Hutchison and Korszun (2008), a desregulação hormonal, associada ao stress, e o aumento da resposta inflamatória são comuns em

doentes com quadros depressivos e têm sido considerados como possíveis responsáveis pelo pior prognóstico em doentes com cancro. Em relação à mortalidade registada neste contexto, encontram-se envolvidos vários fatores comportamentais como a não adesão aos tratamentos, tabagismo, alcoolismo e suicídio, o que torna a relação entre o aumento da mortalidade e a depressão *major* bastante complexa (Irwin, 2007).

A identificação precoce de doentes mais vulneráveis através de rastreios de sintomas depressivos e de ansiedade, pode ajudar a definir estratégias para a sua prevenção e tratamento. As intervenções adequadas direcionadas para atenuar os sintomas depressivos e ansiosos podem diminuir o sofrimento destes doentes e trazer benefícios comprovados ao nível da adesão terapêutica e da qualidade de vida, bem como da sobrevida (Albuquerque & Garrido, 2015).

1.2. HIPNOSE CLÍNICA

O tema da hipnose está muitas vezes associado ao lado místico, mágico e sobrenatural (Marto, 2013). No entanto, iremos delimitar este tema ao longo deste subcapítulo para melhor compreender o conceito da hipnose.

Desde a pré-história que em caso de enfermidades, funcionais ou orgânicas, o homem era sujeito a rituais de dança e música monótona com o objetivo de o colocar num estado comparável ao do sono, conseguindo-se, deste modo, a própria cura. Também na antiguidade pré-clássica procediam à interpretação dos sonhos através de determinados estados alucinatórios. Nesta Era, em particular no Antigo Egipto, havia já induções hipnóticas praticadas nos chamados "templos do sono" com o objetivo de promover o bem-estar, serenidade, paz, segurança e tranquilidade. Na idade contemporânea, o Marquês de Puységur (1751-1825), ao tratar um jovem de 23 anos com doença pulmonar, verificou que o estado de sonolência e repouso eram mais benéficos no tratamento da doença através de sugestões verbais. O Marquês de Puységur distingue-se particularmente pela descrição de três pontos importantes que conduzem à hipnose: "a concentração dos sentidos no especialista; a aceitação incondicional das sugestões; e a amnésia relacionada com factos ocorridos durante o período de transe. p.14". No entanto, foi no século XX, através dos trabalhos de investigação de Milton Erickson (1901-1980) que a história da hipnose adquiriu outro tipo de aceitação. Erickson trabalhou toda a sua vida no tratamento da dor crónica e várias doenças. Desenvolveu

um modelo baseado no hipnoterapeuta e no doente, fundando, desta forma, os conceitos gerais da hipnose moderna (Martó, 2013).

O termo "hipnose" (grego *hipnos* = sono + latim *osis* = ação ou processo) deve o seu nome ao médico britânico James Braid (1795-1860), que o introduziu, pois acreditou tratar-se de uma espécie de sono induzido (Hipnos era também o nome do deus grego do sono) (Anonymous).

Hipnose, segundo a atual definição pela APA (2010), é um estado de consciência que envolve atenção focada e consciência periférica reduzida, caracterizado por uma maior capacidade de resposta à sugestão.

A indução hipnótica é a indução da cooperação. É uma forma de superar as dificuldades sentidas pelo doente com a ajuda do hipnoterapeuta. Um dos pressupostos da hipnose moderna, referido por Martó (2013) é "a importância de que o doente tenha consciência de que não tem somente um passado extremamente importante; também tem um presente que é mais importante e um futuro ainda mais importante que o presente e o passado" (p.27).

Segundo Heap, Brown and Oakley (2004), nem todas as pessoas podem ser hipnotizadas, pois todas diferem umas das outras e cada uma possui características únicas. Nas pessoas mais hipnotizáveis poderão estar presentes certas características como "uma elevada imaginação e visualização, um alto grau de absorção, responder às sugestões através de diferentes estratégias, processamento automático da informação (...)" (como citado por Martín, 2013, p.80). Existem várias linhas de pensamento no que consiste à natureza das pessoas serem hipnotizáveis. Uma delas propõe que os indivíduos possuem uma habilidade muito forte para focalizar a atenção e a outra refere que, para além dessa habilidade para focalizar a sua atenção, por trás existe uma alteração no seu controlo atencional (Jamieson & Sheehan, 2004).

Também na área das neurociências se tem investigado a relação entre consciência e hipnose. Fingelkurts, Fingelkurts, Kallio, and Revonsuo (2007) referem que existe também uma outra sustentação empírica que afirma que após uma indução hipnótica as pessoas sentem uma dissociação espontânea na consciência e na percepção, o que pode ser o resultado da disrupção na coordenação funcional da rede frontoparietal (como citado por Martín, 2013).

Halsband et al. (2009) afirmam que é possível observar as consequências da hipnose na atividade cerebral. Através desta terapia existe uma alteração do estado de consciência que atua a nível da concentração, atenção e fluxo de pensamentos.

Martín (2013) faz referência a Naish ao indicar "que o giro cingulado anterior é a região chave no estabelecimento de percepções distintas durante a hipnose. Quando esta região está danificada, as pessoas têm dificuldades em distinguir entre o que é imaginado e o que é real" (p.84), o que também acontece na hipnose.

O cérebro possui atividade elétrica através de ondas eletromagnéticas, das quais podemos distinguir cinco frequências: Gama, Beta, Alfa, Teta e Delta. No estado Gama o indivíduo encontra-se desperto e preparado para lidar com situações de perigo; no estado Teta a atividade cerebral baixa quase ao nível do sono, e no estado Delta (a frequência mais baixa de todas as frequências de ondas cerebrais) tem-se acesso ao mais profundo do inconsciente e à intuição (Ferreira, 2019).

O transe é um fenómeno natural, experienciado por todas as pessoas várias vezes ao dia, como por exemplo, estar de regresso a casa de carro após um dia de trabalho e não se recordar de passar por certas zonas da trajetória realizada. "Em transe, há uma alteração da frequência elétrica, passando de um estado acordado, Beta ou Gama, para o estado Alfa. Em casos de transe profundo, o cérebro pode funcionar em estado Teta, que está associado ao sono com visualização." (Ferreira, 2019, p. 39).

Segundo Erickson (como citado por Ferreira, 2019), o tratamento da hipnose atravessa várias fases:

1. Estabelecer Empatia;
2. Anamnese;
3. Alívio De Sintomas;
4. Definir Objetivo Terapêutico;
5. Identificar Potenciais Causas Do Problema;
6. Reprogramação Mental, Emocional e Fisiológica;
7. Renascimento Do Eu.

As sessões de hipnose também são compostas por várias fases. Inicialmente procede-se a uma conversa inicial na qual será discutido o objetivo da sessão e serão dadas

sugestões pré-hipnóticas. De seguida será realizada a sessão de hipnose em si, na qual o doente será induzido em transe, implementadas as técnicas de reprogramação emocional/mental e, por fim, oferecidas as sugestões pós-hipnóticas. Por último, na conversa pós-hipnótica, serão reforçadas as sugestões pós-hipnóticas, avaliado o progresso do tratamento e, se necessário, sugerido trabalho individual (Ferreira, 2019).

"A hipnose é uma forma de comunicação que pode provocar mudanças no pensamento, no sentimento e no comportamento" (Ferreira, 2019, p.54). A hipnoterapia Ericksoniana é uma abordagem feita perante as características individuais de cada pessoa e inclui, normalmente, as seguintes fases:

- Sugestões Pré-hipnóticas;
- Indução;
- Foco na respiração;
- Relaxamento físico;
- Manipulação de distrações;
- Aprofundamento;
- Lugar Seguro (onde o doente se encontrará com uma parte de si e seguro);
- Trabalho Terapêutico;
- Sugestões Pós-Hipnóticas;
- Despertar.

Existem vários tipos de guiões em hipnose que vão desde o relaxamento físico à regressão de idade ou progressão; como também gestão e controlo da dor à gestão e controlo de outros sintomas ou doenças psicossomáticas, (Ferreira, 2019) como a ansiedade e da depressão.

Yapko (2003) refere que após uma sessão de hipnose, a pessoa pode não se lembrar das sugestões, mas estas poderão exercer alguma influência no doente. O importante com esta experiência é que surja uma mudança espontânea dentro da pessoa (como citado por Martín, 2013).

1.3 A EVIDÊNCIA DA APLICABILIDADE DA HIPNOSE CLÍNICA

Nestes últimos anos verifica-se uma crescente quantidade de trabalhos de investigação que evidenciam os contributos positivos da hipnose em determinados tratamentos. São vários os autores que referem que a hipnose apresenta mais benefícios como coadjuvante de um determinado tratamento do que como terapia exclusiva. Da evidência existente podemos afirmar que a hipnose foi aplicada com efetividade no tratamento das seguintes situações: dor, stress pós-traumático, depressão, ansiedade, fobias, distúrbios na infância, síndrome do cólon irritável e distúrbios dissociativos (Marto & Simões, 2013).

A ansiedade e a depressão são comuns em doentes oncológicos, podendo aumentar à medida que a doença progride (Plaskota et al., 2012). A sintomatologia ansiosa e depressiva está associada a qualidade de vida diminuída, diminuição do tempo de sobrevida, diminuição da eficácia dos tratamentos e prolonga o período de hospitalização do doente (Bottino et al., 2009; Irving & Lloyd-Williams, 2010). Uma vez que a ansiedade é multideterminada, não existindo um fator único que explique o aparecimento desta perturbação, o tratamento pode incluir o uso de hipnoterapia, muito indicada nestes casos (Wild, 2004). De igual forma, as técnicas de hipnose, em particular, podem ajudar os doentes a lidar com situações stressantes, como a absorção da notícia do diagnóstico ou recorrência do problema oncológico (Deng & Cassileth, 2005; Bottino et al., 2009; Laird et al., 2009).

Cyna et al. (2004) explicam a hipnose como o uso clínico para atingir objetivos terapêuticos específicos, como a sintomatologia ansiosa e depressiva. Segundo estes autores, a hipnose parece compreender estados de consciência alterados, como sonhar acordado, meditação ou concentração intensa.

A utilização da hipnose como terapia complementar no tratamento de doentes oncológicos tem sido de especial interesse na pesquisa científica (Syrjala et al., 1992). De facto, a utilização desta ferramenta parece oferecer benefícios potenciais, quer no alívio dos sintomas, quer no aumento da autoestima, com o mínimo de efeitos adversos. Tendo por base uma revisão sistemática com 27 artigos, os resultados sugerem que as intervenções mente-corpo, como a hipnose, demonstram ser eficazes no controlo da ansiedade e depressão em doentes oncológicos (Rajasekaran, 2005). Estes resultados são congruentes com um estudo desenvolvido por Youssef (2013) que observou que a

hipnose pode minimizar a depressão, sendo uma opção para doentes que se recusam a usar medicação antidepressiva, ou nos casos em que possa causar efeitos adversos ou interações desfavoráveis com outros medicamentos. São também encontrados resultados eficazes para intervenções baseadas em métodos cognitivo-comportamentais, que recorrem à técnica de hipnose, tendo demonstrado uma redução na ansiedade e na depressão para os grupos experimentais (Holdevici & Craciun, 2013).

1.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Em 1985, Afaf Meleis desenvolveu a Teoria das Transições após questionar a natureza das transições nas experiências humanas vivenciadas, considerando que estas estão intimamente ligadas aos eventos do ciclo vital (Lima et al., 2016).

O processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007).

É uma estrutura teórica que consiste em: tipo e padrões de transição, características das experiências de transição, contextos da transição (facilitadores e inibidores), indicadores processuais; indicadores de resultados esperados, assistência de enfermagem. Inclui, igualmente, a experiência do doente numa única transição ou em múltiplas transições (Pereira, 2012).

Todas as transições originam uma mudança e de forma a compreendê-la é fundamental identificar os seus efeitos e significados. Estes devem ser explorados segundo a natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. Este tipo de mudanças está muitas vezes associado a eventos críticos ou desequilíbrios que levam a alterações nas percepções, identidades, relações e rotinas de cada indivíduo (Meleis et al., 2000).

O conceito proposto na teoria de Enfermagem de Afaf Meleis são as transições que as pessoas vivenciam face aos seus acontecimentos de vida, neste caso em particular no que se refere às consequências implicadas pela doença oncológica (Meleis, 2010). Como referem Pereira e Lopes (2002), a doença oncológica é das patologias que mais

desencadeia sentimentos de angústia e de desespero no doente e tem uma grande representatividade social, porque carrega consigo o peso da dor e do sofrimento. Para além disso altera a forma como o próprio doente se perspetiva, as alterações de imagem e os diferentes lutos e perdas a que está exposto, conduzindo a uma distorção sucessiva do *self* (Henriques & Catarino, 2013).

É perante estas alterações que cabe ao EESMP promover um ajustamento ou adaptação face à nova situação e/ou circunstância, para que o doente se consiga adaptar à sua nova condição e, assim, transitar de um estado para outro da forma mais saudável e ajustada possível (Pereira, 2012).

O EESMP, para compreender as experiências vivenciadas dos indivíduos durante as transições, deve conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade, quais podem facilitar ou dificultar o processo de transição do indivíduo de forma saudável (Meleis et al., 2000). Deve ainda conhecer o crescimento e o desenvolvimento de cada indivíduo e família, no decorrer do seu ciclo vital, atendendo às dificuldades e adaptações face às novas situações que geram instabilidade, de forma a promover o processo de transição de forma saudável, na perspetiva do exercício de enfermagem mais humanizado, holístico e científico (Meleis, 2007).

Assumindo a mente como inseparável do corpo (Watson, 2002), surge a preocupação pela abordagem da doença do ponto de vista da Saúde Mental. A aplicação da hipnose clínica como atenuante de sintomatologia psicopatológica é executada com êxito por diversos profissionais como odontólogos, médicos, psicólogos e enfermeiros, adaptando a hipnose cada um à sua prática.

Em enfermagem, a hipnose tem sido considerada uma intervenção de uso independente, mas principalmente de colaboração com outras medidas terapêuticas e outros profissionais (Sharrock et al., 2006). Portanto, o enfermeiro, por estar em contacto direto com a população, tendo a oportunidade de educá-la e esclarecê-la quanto ao uso, benéfico ou não, destas técnicas, desempenha um papel essencial.

Já o EESMP encontra-se numa posição privilegiada neste contexto, desde que com formação específica, pois

desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências

psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. (...) Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual (...) de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Regulamento n.º 515/2018 do Diário da República, pp. 21427-21430).

Tendo em conta a carga emocional que a doença oncológica transfere para o doente, o EESMP apresenta o papel fundamental de "avaliar o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do doente, com ênfase na funcionalidade e autonomia" (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428).

O EESMP tem ainda a capacidade e conhecimentos para identificar os problemas e as necessidades específicas da pessoa no âmbito da saúde mental. Para além disso diferencia os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do doente, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos (Regulamento n.º 515/2018), como é o caso da etiologia da ansiedade e da depressão em doentes oncológicos.

Assim sendo, e tendo em consideração os conteúdos referidos nos subcapítulos anteriores, neste trabalho será abordada a aplicação da hipnose com a finalidade de reduzir a ansiedade e a depressão em doentes oncológicos, de forma a dar resposta à questão de investigação: "Qual o impacto da hipnose na ansiedade e/ou depressão em doentes oncológicos?", tendo em conta os seguintes objetivos:

1. Identificar o impacto da hipnose na ansiedade e/ou depressão em doentes oncológicos;
2. Comparar os níveis de ansiedade e depressão de doentes oncológicos quando são ou não submetidos a hipnose;
3. Identificar o modelo de hipnose mais eficaz.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Sendo enfermagem uma ciência, torna-se fundamental que desenvolva, amplie e aprimore a sua base científica de conhecimentos, através da pesquisa em enfermagem, elementar para o exercício da profissão (Polit & Beck, 2016).

A revisão sistemática trata-se de uma revisão de estudos por meio de uma abordagem sistemática na qual é utilizado um método definido visando minimizar-se o erro nas conclusões (Pereira & Bachion, 2006). As revisões sistemáticas são úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre um determinado tema. Estes estudos podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, tal como identificar temas que necessitam de evidência científica, colaborando para a orientação de futuras investigações (Linde & Willich, 2003).

Neste segundo capítulo encontra-se exposta a metodologia utilizada nesta investigação, onde é descrito como é que o estudo foi conduzido, de modo a que o leitor possa avaliar a propriedade dos seus métodos e a fidelidade, e a validade dos seus resultados. O desenho de investigação deve ser feito de forma clara de modo a que o leitor saiba o que foi feito, como e porquê (Bento, 2011; Page et al., 2021).

Para este trabalho foi definido como questão de investigação: “Qual o impacto da hipnose na ansiedade e/ou depressão em doentes oncológicos?”.

De modo a dar resposta a esta questão, foram definidos os seguintes objetivos:

1. Identificar o impacto da hipnose na ansiedade e/ou depressão em doentes oncológicos;
2. Comparar os níveis de ansiedade e depressão de doentes oncológicos quando são ou não submetidos a hipnose;
3. Identificar o modelo de hipnose mais eficaz.

2.1 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

De forma a sistematizar o conhecimento existente sobre a hipnose na diminuição da ansiedade e depressão em pessoas com doença oncológica, realizou-se um estudo suportado nos princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura com base nas orientações da metodologia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - PRISMA 2020. A recomendação PRISMA consiste numa checklist com 27 itens que se encontram descritos em Anexo I e um fluxograma de quatro etapas que consiste nas diferentes fases de uma revisão sistemática (Identificação, Seleção, Elegibilidade e Inclusão). O objetivo da metodologia PRISMA é ajudar os autores e editores a melhorarem a avaliação e realização de relatórios de revisões sistemáticas e meta-análises (Page et al., 2021).

Os autores realizaram uma lista para cada uma das etapas da revisão sistemática, desde o Título, Resumo e Introdução, orientando-se pelos Objetivos, com os principais pontos dos Métodos e Resultados que fazem diferença na qualidade do estudo; terminando com a Discussão e Conclusão (Page et al., 2021).

A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collection e Scielo. Com o intuito de orientar a pesquisa foi utilizada a terminologia em saúde consultada no Medical Subject Headings e CINAHL® Subject Headings, de acordo com as respetivas bases de dados MEDLINE® e CINAHL® (via motor de busca EBSCO). A pesquisa foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, seguindo os critérios de inclusão e exclusão descritos no próximo subcapítulo.

Foram utilizadas como palavras-chave: *Hypnosis*, *Psychological distress*, *Anxiety*, *Depression* e *Cancer*. Para efeitos de pesquisa, foram conjugados diferentes descritores aceites pelo MeSH e respetivas expressões booleanas:

Tabela 1 – Pesquisa, descritores e expressões booleanas utilizadas na Cinahl

Pesquisas (P)	Descritores	Expressões booleanas
P1	Hypnosis	MH hypnosis OR TX (hypnosis OR hypnotherapy OR hypnotism OR hypnotherapies)
P2	Oncology	MH Psycho-Oncology OR TX (cancer OR oncology)

		OR oncology patients OR "patients with cancer" OR "cancer patients")
P3	Anxiety	MH anxiety OR TX ("anxiety disorders" OR anxiety OR "generalized anxiety disorder")
P4	Depression	MH depression OR TX("depressive disorder" OR "depressive symptoms" OR "major depressive disorder")
Pesquisa final	P1 AND P2 AND (P3 OR P4)	

Tabela 2 – Pesquisa, descritores e expressões booleanas utilizadas na Medline

Pesquisas (P)	Descritores	Expressões booleanas
P1	Hypnosis	MH hypnosis OR TX (hypnosis OR hypnotherapy OR hypnotism OR hypnotherapies)
P2	Oncology	MH Psycho-Oncology OR TX (cancer OR oncology OR oncology patients OR "patients with cancer" OR "cancer patients")
P3	Anxiety	MH anxiety OR TX ("anxiety disorders" OR anxiety OR "generalized anxiety disorder")
P4	Depression	MH depression OR TX("depressive disorder" OR "depressive symptoms" OR "major depressive disorder")
Pesquisa final	P1 AND P2 AND (P3 OR P4)	

Tabela 3 – Pesquisa, descritores e expressões booleanas utilizadas na Psychology and Behavioral Sciences Collection

Pesquisas (P)	Descritores	Expressões booleanas
P1	Hypnosis	MH hypnosis OR TX (hypnosis OR hypnotherapy OR hypnotism OR hypnotherapies)
P2	Oncology	MH Psycho-Oncology OR

		TX (cancer OR oncology OR oncology patients OR "patients with cancer" OR "cancer patients")
P3	Anxiety	MH anxiety OR TX ("anxiety disorders" OR anxiety OR "generalized anxiety disorder")
P4	Depression	MH depression OR TX("depressive disorder" OR "depressive symptoms" OR "major depressive disorder")
Pesquisa final	P1 AND P2 AND (P3 OR P4)	

Tabela 4 – Pesquisa, descritores e expressões booleanas utilizadas na Scielo

Pesquisas (P)	Descritores	Expressões booleanas
P1	Hypnosis	MH hypnosis OR TX (hypnosis OR hypnotherapy OR hypnotism OR hypnotherapies)
P2	Oncology	MH Psycho-Oncology OR TX (cancer OR oncology OR oncology patients OR "patients with cancer" OR "cancer patients")
P3	Anxiety	MH anxiety OR TX ("anxiety disorders" OR anxiety OR "generalized anxiety disorder")
P4	Depression	MH depression OR TX("depressive disorder" OR "depressive symptoms" OR "major depressive disorder")
Pesquisa final	P1 AND P2 AND (P3 OR P4)	

2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

De modo a conduzir a pesquisa foram estipulados critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão foram definidos estudos de investigação primária e artigos com metodologia de revisão, escritos em inglês, português e espanhol, de abordagem qualitativa e quantitativa. Foram incluídos ainda os estudos em que os participantes sejam pessoas adultas com doença oncológica, que se encontrem no período de

internamento e /ou ambulatório, artigos onde fosse aplicada ou protocolada a técnica de hipnose e que se encontrem num horizonte temporal de 10 anos (2012-2021), uma vez que a última revisão sistemática da literatura realizada sobre este tema é do ano 2005 - "*Systematic review of hypnotherapy for treating symptoms in terminally ill adult cancer patients*" escrita por Rajasekaran, Edmonds e Higginson e a literatura encontrada no espaço de cinco anos é escassa.

Como critérios de exclusão foram definidos artigos de apresentações de *abstracts* que não cumpram os critérios de elegibilidade, de conferências/congressos, literatura cinzenta (livros, teses e dissertações), artigos de opinião e participantes com idades inferiores a 18 anos. As crianças e os adolescentes têm características específicas de desenvolvimento; portanto, a sua experiência em oncologia e hipnose deve ser estudada separadamente, incluindo os seus cuidadores (Grilo, Santos, Baptista & Monsanto, 2021).

Desta forma foi realizada uma pesquisa no motor de busca EBSCO de fevereiro de 2022 até 31 de março de 2022 e foram encontrados 1295 artigos: MEDLINE Complete (N=605), CINAHL Complete (N=267), Psychology and Behavioral Sciences Collection (N=423) e Scielo (N=0). Perfazendo um total de 836 artigos após a remoção dos artigos repetidos nas várias bases de dados.

2.3. PROCESSO DE ELEGIBILIDADE

Numa fase inicial, todos os artigos duplicados foram eliminados. Em seguida, setenta artigos foram excluídos através da análise de títulos e treze pelos resumos de acordo com o objetivo desta revisão sistemática.

A partir da pesquisa realizada com base nas palavras-chave e idioma escolhido e aplicando os critérios de seleção (exclusão e inclusão), a base de dados final reteve oito artigos, que se localizam num espaço temporal entre 2012 e 2021, com o objetivo de identificar o impacto da hipnose na ansiedade e/ou depressão em doentes oncológicos. A Figura 1 representa um resumo do processo de elegibilidade do artigo.

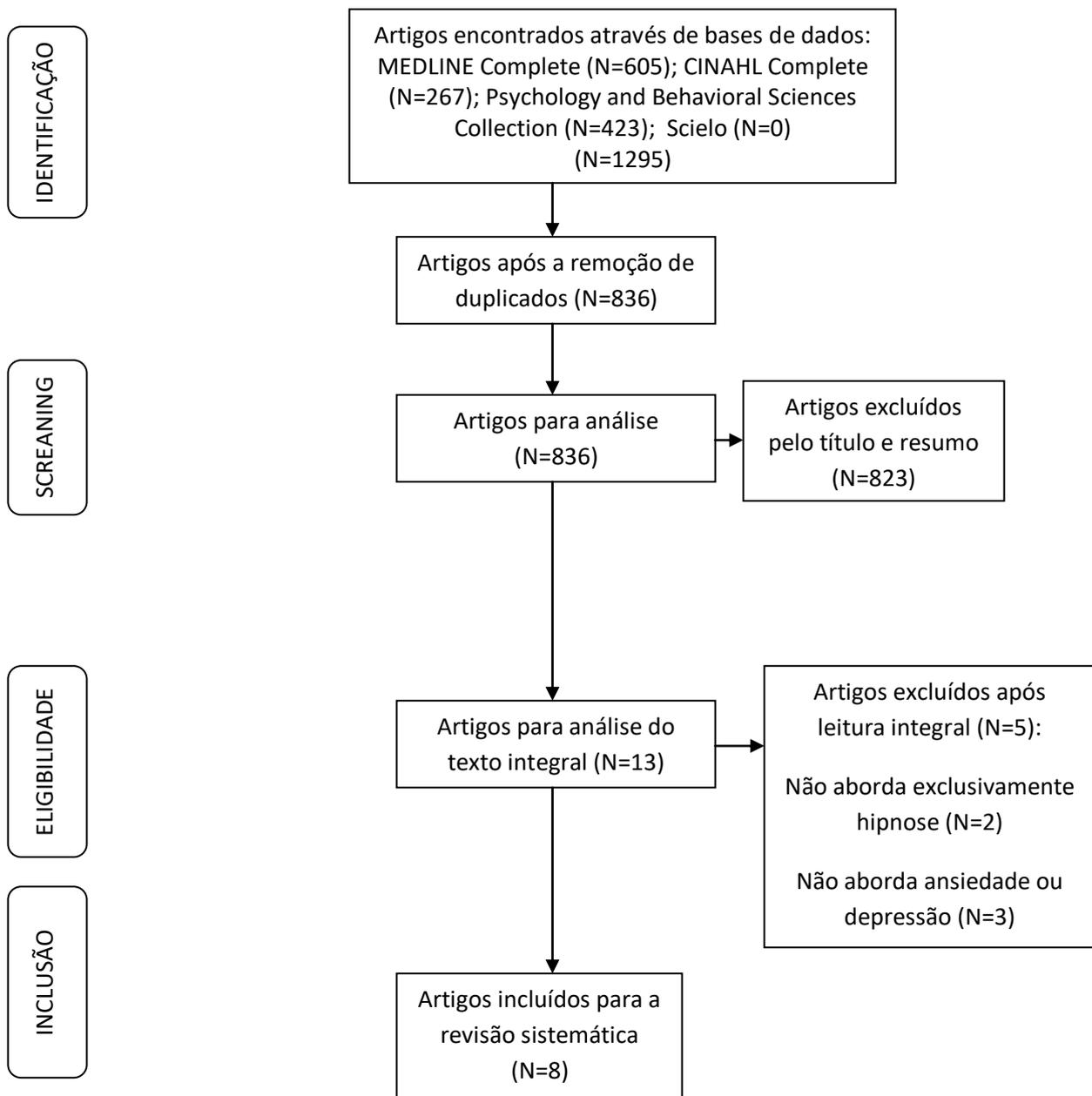


Figura 1 - Diagrama de fluxo PRISMA

2.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

A avaliação da qualidade metodológica foi realizada através do uso de uma ferramenta de avaliação crítica elaborada por Hawker et al. (2002). Os autores desenvolveram um instrumento para avaliar a qualidade de estudos heterogêneos. Seguindo esta abordagem, os estudos foram avaliados de acordo com nove dimensões: resumo e título, introdução e objetivo, métodos e dados, amostragem, análise de dados, ética e viés, resultados, transferibilidade/generalização, implicações e utilidade. Os dois autores

independentes desta RSL pontuaram cada dimensão como “bom”, “satisfaz”, “pobre” e “muito pobre”. Para cada estudo foi calculada uma pontuação final que variava de 9 (muito pobre) a 36 (bom). Quando os autores atingiram uma pontuação final diferente, foi calculada uma pontuação média para o artigo. A Tabela 5 mostra o processo de avaliação da qualidade dos artigos.

2.5. SÍNTESE DE DADOS

Numa fase inicial foram identificados os temas primários e mais essenciais apresentados nas descrições dos resultados e das discussões de todos os artigos incluídos. De seguida, todos os temas foram agrupados perante a sua semelhança e foram analisadas todas as divergências encontradas. Por fim, todos os temas propostos foram revistos e foi realizada uma síntese compreensível e relevante numa segunda fase. A identificação de facilitadores e barreiras foi realizada através da discussão entre os autores e orientador desta revisão sistemática, obtendo-se um consenso.

2.6 EXTRAÇÃO DE DADOS

Para extrair os dados dos oito artigos incluídos, foi elaborada uma tabela, baseada na RSL de Grilo, Santos, Baptista and Monsanto (2021), que descreve as seguintes informações: autor, ano de publicação, país de publicação; o objetivo do estudo; tipo de estudo; instrumento(s) de avaliação; amostra; resultados e índice de qualidade. Essas características dos estudos são apresentadas na Tabela 6.

Tabela 5 - Processo de avaliação da qualidade dos artigos

Autor, Ano, País	Título e Resumo	Introdução e Objetivos	Método e Dados	Amostra	Análise de Dados	Ética e Viés	Resultados	Transferabilidade/ Generalização	Implicações e Utilidade
Grégoire et al. (2018), Bélgica	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Satisfaz	Satisfaz	Pobre
Grégoire et al. (2017), Bélgica	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Satisfaz	Bom
Elyasi et al. (2021), Irão	Bom	Satisfaz	Bom	Satisfaz	Bom	Bom	Bom	Bom	Pobre
Grégoire et al. (2020), Bélgica	Bom	Bom	Bom	Satisfaz	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom
Grégoire et al. (2021), Bélgica	Bom	Bom	Bom	Satisfaz	Bom	Bom	Bom	Bom	Satisfaz
Bragard et al. (2017), Bélgica	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Satisfaz
Jensen et al. (2012), EUA	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Bom	Satisfaz	Bom	Bom
Téllez et al. (2017), México	Satisfaz	Bom	Bom	Pobre	Bom	Bom	Satisfaz	Pobre	Pobre

Tabela 6 - Características dos estudos incluídos

AUTOR, ANO, PAÍS	TIPO DE ESTUDO	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	OBJETIVO	AMOSTRA	RESULTADOS	QUALIDADE (PONTUAÇÃO)
Grégoire et al. (2018), Bélgica	Qualitativo, Experimental	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; • Questionário de Qualidade de Vida - Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Cancro • Índice de Severidade de Insónia 	Testar se a hipnose, uma intervenção eficaz para doentes com cancro da mama, também poderia trazer benefícios para doentes com cancro da próstata em termos de diminuição da ansiedade, depressão, problemas de sono e fadiga, e aumento da qualidade de vida.	46 doentes com cancro da próstata (GE:45, GC:21) e 99 doentes com cancro da mama (GE:68, GC:24).	O GE com cancro da mama apresentou efeitos positivos para ansiedade, depressão, fadiga, dificuldades de sono e estado de saúde global, o que não se verificou para o GE com cancro da próstata.	32
Grégoire et al. (2017), Bélgica	Qualitativo, Experimental	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão Hospitalar; • Questionário de 	Avaliar os efeitos ao longo de nove meses de acompanhamento de três intervenções (ioga, auto-hipnose e TCC) na melhoria	124 participantes (auto-hipnose:68, ioga:21,	Nove meses após as intervenções, houve diminuição da ansiedade, depressão e fadiga	35

		<p>Qualidade de Vida - Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Cancro;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Índice de Severidade de Insónia 	do sofrimento emocional, qualidade do sono e fadiga em doentes com cancro da mama.	TCC:10 e GC:24).	no grupo hipnose e diminuição da ansiedade no grupo de ioga.	
Elyasi et al. (2021), Irão	Qualitativo, Experimental	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário de Qualidade de Vida - Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Cancro; • Questionário Específico de Qualidade de Vida - Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Cancro da Mama; • Escala Hospitalar de 	Comparar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental e da hipnose na melhoria da QV e na diminuição da depressão e ansiedade em doentes com cancro da mama em tratamento de quimioterapia.	50 Participantes (TCC:15; hipnose:20; GC:15).	Observaram-se melhorias significativas no stresse, depressão e qualidade de vida nos dois grupos experimentais, embora essas melhorias no grupo TCC tenham sido maiores do que aquelas verificadas no grupo hipnose.	32

		<p>Ansiedade e Depressão;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teste de Hipnotizabilidade Spiegel . 				
Grégoire et al. (2020), Bélgica	Qualitativo, Experimental	<ul style="list-style-type: none"> • Inventário Multidimensional de Fadiga; • Índice de Severidade de Insónia; • Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; • Questionário de Preocupações Penn State; • Escala de Adaptação Mental ao Cancro; • Avaliação Funcional 	<p>Avaliar a eficácia de uma intervenção em grupo de oito semanas juntando o autocuidado e a auto-hipnose para melhorar a fadiga e os sintomas associados (dificuldades de sono, sofrimento emocional, funcionamento cognitivo e atividade física) de doentes com cancro após o tratamento. E investigar quais dessas variáveis promovem a evolução da fadiga nesta</p>	95 participantes (GE:48; GC:47).	Verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa dos sintomas relativos à fadiga, sono, sofrimento emocional e funcionamento cognitivo no GE em relação ao GC. Foram observados três fatores preditores da	35

		da Terapia do Cancro —Função Cognitiva.	amostra.		fadiga: depressão, ansiedade e preocupação.	
Grégoire et al. (2021), Bélgica	Qualitativo, Experimental	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Autoestima de Rosenberg; • Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; • Questionário de Mindfulness em Cinco Fases; • Questionário de Regulação Emocional Cognitiva. 	Avaliar a eficácia de uma intervenção em grupo que combina a auto-hipnose e o autocuidado, de forma a melhorar a autoestima, sofrimento emocional, regulação emocional e atenção plena em doentes com cancro, que se encontravam no pós-tratamento. E investigar as relações preditivas entre essas variáveis, com a finalidade de identificar quais predizem a evolução da autoestima e quais predizem a evolução do sofrimento emocional.	95 participantes (GE:48; GC:47).	Os participantes do GE apresentaram uma melhoria na autoestima, menor sofrimento emocional, diminuição do uso de estratégias de regulação emocional mal adaptadas e mais habilidades de atenção plena após a intervenção, em comparação com o GC. O aumento da	34

					atenção plena explicou 33% da melhoria da autoestima e 41,6% da diminuição do sofrimento emocional no grupo intervenção.	
Bragard et al. (2017), Bélgica	Qualitativo, Experimental	<ul style="list-style-type: none"> • A Escala Hospitalar De Ansiedade e Depressão; • Questionário de Qualidade de Vida - Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Cancro; • Escala de Adaptação Mental ao Cancro; • Índice de Severidade 	Determinar o interesse, a viabilidade e a adesão de doentes com cancro da mama que participam numa de três intervenções em grupo (TCC, ioga ou auto-hipnose). E determinar se a participação nas intervenções está associada a benefícios no sofrimento emocional, qualidade de vida, qualidade do sono e adaptação mental em relação à doença e	99 participantes: Grupo auto-hipnose (68), grupo ioga (21) e grupo de TCC (10).	Os resultados mostraram alta viabilidade e alta conformidade. Após as intervenções, não se verificaram efeitos significativos no grupo de TCC, mas efeitos positivos significativos	35

		<p>de Insônia;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionário de Likert "Com Que Frequência Usa As Técnicas Aprendidas Durante A Intervenção?" 	comparar as intervenções.		relativos ao stresse nos grupos de ioga e auto-hipnose e, também, na qualidade de vida, sono e ajuste mental no grupo de auto-hipnose.	
Jensen et al. (2012), EUA	Qualitativo, Experimental	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Numérica de Avaliação da Dor; • Sistema De Informação De Medida Dos Resultados Reportados Pelos Pacientes; • Índice de Severidade de Insônias; • Escala de Interferência do Inventário Breve da 	Explorar a possibilidade da auto-hipnose influenciar a redução da frequência ou intensidade da dor, fadiga, ondas de calor e problemas de sono em mulheres submetidas a tratamento ou sobreviventes de cancro de mama e estimar o efeito do benefício da intervenção. Para além disso, foi avaliado secundariamente as variáveis como depressão, ansiedade e múltiplos	Oito participantes.	Os resultados revelaram reduções significativas na intensidade da dor, fadiga e problemas de sono e que a intensidade da dor continuou a diminuir durante 6 meses. Embora se tenha verificado um leve aumento na gravidade da fadiga	35

		<p>Dor;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Depressão do Questionário de Saúde do Doente; • Escala Transtorno de Ansiedade Generalizada; • Escala Somática do Questionário de Saúde do Doente. 	sintomas.		e nos problemas de sono do até o acompanhamento de 6 meses, os resultados finais não retornaram aos níveis da avaliação inicial.	
Téllez et al. (2017), México	Qualitativo, Experimental	<ul style="list-style-type: none"> • Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; • Questionário de Apoio Social Funcional Duke; • Escala de Stresse Percebido; • Escala de Autoestima de Rosenberg; 	Avaliar e comparar os efeitos da hipnose no stresse, ansiedade, depressão, autoestima, otimismo e apoio social em mulheres com cancro da mama durante o tratamento de quimioterapia.	37 participantes (GE:20; GC:17).	A ansiedade, angústia, aumento da autoestima e otimismo diminuíram significativamente no grupo de hipnoterapia nas primeiras 12 sessões, no entanto, após 24 sessões,	28

		<ul style="list-style-type: none"> • Teste de Orientação para a Vida; • Escala de Suscetibilidade Hipnótica de Stanford: Forma C. 			<p>apenas a autoestima e o otimismo permaneceram significativos em relação ao grupo controlo.</p>	
--	--	---	--	--	---	--

3. RESULTADOS

Tendo em conta a avaliação da qualidade dos artigos incluídos nesta RSL, nenhum artigo foi excluído, e as pontuações finais de qualidade variam de vinte e oito (Téllez et al., 2017) a trinta e cinco pontos (Grégoire et al., 2017; Grégoire et al., 2020; Bragard et al., 2017; Jensen et al. 2012). Todos os estudos referem não existir enviesamento de resultados e apresentam um grau de confiança de 95%. Todas as amostras revelaram-se homogéneas.

Todos os artigos investigam os efeitos da hipnose em diferentes variáveis, como já descrito anteriormente. Para tal, os autores recorreram a vários instrumentos de avaliação, como escalas e questionários, como veremos de seguida. É de referir ainda que todos os artigos avaliaram as condições sociodemográficas de cada participante.

Quanto às características gerais, a publicação mais antiga foi de 2012 (Jensen et al. 2012) e a mais recente de 2021 (Elyasi et al., 2021). Cinco artigos eram da Bélgica (Grégoire et al., 2018; Grégoire et al., 2017; Grégoire et al., 2020; Grégoire et al., 2021; Bragard et al., 2017), um do Irão (Elyasi et al., 2021), um do México (Téllez et al., 2017) e um dos EUA (Jensen et al., 2012).

Dos artigos analisados, todos utilizaram uma abordagem qualitativa experimental. Dos oito artigos analisados, seis eram artigos longitudinais (Jensen et al., 2012; Grégoire et al., 2020; Elyasi et al., 2021; Grégoire et al., 2017; Grégoire et al., 2021; Téllez et al. 2017). Destes seis artigos, um apresentava um follow-up às oito semanas e aos seis meses (Elyasi et al., 2021), Grégoire et al., (2017) apresentava um follow-up de uma semana, três meses e nove meses; outro estudo apresentava um follow-up no primeiro, terceiro e sexto mês (Jensen et al., 2012) e Téllez, et al., (2017) outro ao fim de seis meses.

A amostra dos artigos variou de 8 a 124 doentes. Foram incluídos estudos em que as amostras eram pequenas, pois o tamanho da amostra não foi considerado como critério de exclusão. A patologia com mais destaque foi o cancro da mama, presente em todos os artigos.

Dos artigos elegíveis dois utilizam exclusivamente a hipnose como intervenção (Téllez et al., 2017; Jensen et al., 2012), três avaliaram o efeito da hipnose juntamente com o autocuidado (Grégoire et al., 2018; Grégoire et al., 2020; Grégoire et al., 2021), dois compararam os efeitos da hipnose, do ioga e da TCC (Grégoire et al., 2017; Bragard et al., 2017) e um artigo comparava o impacto da hipnose e da TCC (Elyasi et al., 2021). É de referir que Grégoire et al. (2017) e Bragard et al. (2017) procederam à intervenção no grupo de hipnose com tópicos baseados na teoria cognitivo-comportamental.

Relativamente às variáveis avaliadas, todos os artigos avaliam a ansiedade e a depressão; seis avaliam o sono e a fadiga (Grégoire et al., 2018; Grégoire et al., 2017; Elyasi et al., 2021; Grégoire et al., 2020; Bragard et al., 2017; Jensen et al., 2012); quatro avaliam a qualidade de vida (Grégoire et al., 2018; Grégoire et al., 2017; Elyasi et al., 2021; Bragard et al., 2017); três avaliam a dor (Elyasi et al., 2021; Bragard et al., 2017; Jensen et al., 2012); dois avaliam a adaptação mental à doença (Grégoire et al., 2020; Bragard et al., 2017) e outros dois a autoestima (Grégoire et al., 2021; Téllez et al., 2017). É de referir ainda que Téllez et al., (2017) avaliam o otimismo e o apoio social, Jensen et al., (2012) avaliam ondas de calor, Grégoire et al., (2021) avaliam a atenção plena e a regulação emocional e Grégoire et al., (2020) o funcionamento cognitivo e a preocupação.

3.1 IMPACTO DA HIPNOSE NA ANSIEDADE E NA DEPRESSÃO

O estudo realizado por Grégoire et al. (2018), testa se a hipnose poderia trazer benefícios para doentes com cancro da próstata e cancro da mama em termos de diminuição da ansiedade, depressão, problemas de sono e fadiga e aumento da qualidade de vida.

De forma a avaliar às variáveis descritas, para além de realizarem questionários sociodemográficos, utilizaram instrumentos de avaliação antes e após a intervenção:

- A HADS, que avalia a ansiedade e a depressão, durante a última semana;
- A EORTC-QLQ, para avaliar a qualidade de vida e o estado geral de saúde;
- A ISI, que avalia as queixas relativas ao sono e o sofrimento associado.

A avaliação dos efeitos da intervenção revelou que se obteve uma diminuição significativa da ansiedade ($p= 0,000$), da depressão ($p= 0,001$), da fadiga ($p= 0,003$) e dos problemas relacionados com o sono ($p= 0,020$) nas mulheres com cancro da mama,

em relação ao grupo de controlo. Nenhuma das variáveis apresentou diferenças estatisticamente significativas nos homens com cancro da próstata.

Segundo os autores, estas diferenças podem estar relacionadas com o facto de se observar diferenças significativas nos dados iniciais entre os homens e as mulheres: as mulheres sofriam de maior ansiedade ($p = 0,048$), fadiga ($p = 0,003$) e dificuldades de sono ($p = 0,013$) antes da intervenção, em comparação com homens. Além disso, as mulheres eram mais jovens que os homens ($p = 0,000$) e o tratamento que recebiam era diferente. A maioria dos homens quando foram incluídos no grupo de auto-hipnose/autocuidado não se encontrava a realizar tratamento de quimioterapia (cirurgia ($N = 25$), radioterapia ($N = 1$), hormonoterapia ($N = 2$)), enquanto a maioria das mulheres ainda estava em tratamento no momento do estudo (quimioterapia ($N = 20$), radioterapia ($N = 6$) ou terapia hormonal ($N = 38$), podendo este facto condicionar os resultados encontrados).

O estudo de Grégoire et al. (2017) avaliam os efeitos, ao longo de nove meses de acompanhamento, de três intervenções (ioga, auto-hipnose e TCC) na melhoria do sofrimento emocional, qualidade do sono e fadiga em doentes com cancro da mama.

As variáveis foram avaliadas inicialmente (T0), através de questionários sociodemográficos e instrumentos de avaliação:

- A HADS;
- A EORTC-QLQ;
- A ISI.

Para além disso foram realizadas ainda três avaliações de acompanhamento: após uma semana (T1), três meses (T2) e nove meses (T3), após a intervenção em grupo com duração entre dois e três meses.

Perante as avaliações realizadas entre T0 e T1 observou-se uma diminuição significativa da ansiedade ($p = 0,000$), da depressão ($p = 0,004$) e da fadiga ($p = 0,045$) no grupo de hipnose, e uma diminuição da ansiedade ($p = 0,010$) no grupo de ioga, em comparação com o grupo de controlo e o grupo de TCC. Em relação às medidas repetidas no momento da avaliação (entre T0 e T3) verificou-se igualmente uma diminuição significativa da ansiedade ($p = 0,000$); da depressão ($p = 0,000$) e da fadiga ($p = 0,002$) no grupo de hipnose, bem como uma diminuição da ansiedade ($p = 0,024$) no grupo de ioga. Não foram encontradas melhorias no grupo TCC após 9 meses.

Elyasi et al. (2021) compararam a eficácia da terapia cognitivo-comportamental e da hipnose na melhoria da QV e na diminuição da depressão e ansiedade em doentes com cancro da mama em tratamento de quimioterapia.

Formulários e questionários sociodemográficos, de QV, depressão e ansiedade foram preenchidos pelos doentes no início e no final do tratamento, bem como após seis meses:

- EORTC-BR;
- EORTC-QLQ;
- HADS.

Neste estudo observou-se ao longo de seis meses, nos grupos TCC e hipnose, diferenças estatisticamente significativas na ansiedade, na depressão e na qualidade de vida ($p=0,001$, $p=0,005$ e $p<0,05$, respetivamente).

No estudo de Grégoire et al. (2020), que avalia a eficácia de uma intervenção em grupo de oito semanas combinando o autocuidado e a auto-hipnose para melhorar a fadiga e os sintomas associados de mulheres com cancro no pós-tratamento, também investiga quais dessas variáveis promovem a evolução da fadiga nesta amostra.

De forma a avaliarem as diversas variáveis consideradas neste estudo foram aplicados instrumentos de avaliação como:

- O MFI, para avaliar a fadiga física; fadiga mental (falta de concentração); motivação reduzida e atividade reduzida;
- O ISI.

Para avaliar o sofrimento emocional e a regulação emocional os autores recorreram:

- A HADS;
- Ao Questionário de Preocupações Penn State, que avalia a frequência, gravidade e incontrolabilidade percebida de preocupação;
- E à MAC, que avalia os tipos de adaptação ao cancro.

Neste estudo observaram-se melhorias significativas no grupo de intervenção em relação ao grupo de controlo. Todas as dimensões de fadiga melhoraram (fadiga geral: $p < 0,001$; fadiga física: $p < 0,001$; fadiga mental: $p < 0,001$; falta de atividade: $p < 0,001$; e falta de motivação: $p = 0,002$), bem como as dificuldades relacionadas com o sono

($p < 0,001$). A ansiedade e depressão também revelaram um efeito estatisticamente significativo ($p < 0,001$ e $p < 0,001$, respetivamente) em comparação com o grupo de controlo.

A preocupação e a adaptação negativa também diminuíram mais no grupo de intervenção do que no grupo de controlo ($p < 0,001$ e $0,003$). Por fim, o funcionamento cognitivo subjetivo melhorou após a intervenção, o que, segundo os autores, significa que após a intervenção os participantes experienciaram menos prejuízos cognitivos, mais habilidades cognitivas e um menor impacto das suas deficiências cognitivas na sua qualidade de vida.

Os resultados destacaram ainda três fatores que explicam a variância da fadiga (42,6%): variação na depressão, preocupação e ansiedade.

De forma quase idêntica ao estudo descrito anteriormente, Grégoire et al. (2021) realizaram um estudo que avalia a eficácia de uma intervenção que combina a auto-hipnose e o autocuidado, de forma a melhorar a autoestima, sofrimento emocional, regulação emocional e atenção plena (mindfulness) em mulheres com cancro, que se encontravam no pós-tratamento. E investiga ainda as relações preditivas entre essas variáveis e a evolução da autoestima e do sofrimento emocional.

Para tal os autores recorreram a questionários sociodemográficos e instrumentos de avaliação como:

- RSES;
- HADS;
- FFMQ;
- CERQ.

Perante os resultados obtidos, após a intervenção verificou-se uma melhoria da autoestima ($p < 0,001$) bem como uma diminuição do sofrimento emocional (HADS: ansiedade: $p < 0,001$; depressão: $p < 0,001$, respetivamente). A regulação emocional também melhorou significativamente no grupo de intervenção (CERQ: regulação emocional mal-adaptativa: $p < 0,001$, regulação emocional adaptativa: $p = 0,010$). Por fim, o questionário relativo à mindfulness (FFMQ) também demonstrou melhorias após a intervenção ($p < 0,001$). No grupo de controlo não foram observados efeitos significativos em nenhuma das variáveis.

Em relação à autoestima, as variações de mindfulness (33%) e stress emocional (9,4%) demonstraram uma variância de $p < 0,001$ e $p = 0,010$, respetivamente, o que significa que a evolução dessas variáveis prediz o aumento da autoestima. No grupo de controlo não foram observados preditores significativos no aumento da autoestima.

Por fim, em relação ao sofrimento emocional, são três os fatores que demonstraram 57% da variância no grupo de intervenção: a variação de mindfulness (41,6%), da autoestima (8,4%) e nas estratégias de regulação emocional adaptativa (6,7%) ($p = 0,000$, $p = 0,010$ e $p = 0,014$, respetivamente). Segundo os autores deste estudo, isto significa que a evolução de mindfulness, autoestima e adaptação as estratégias de regulação emocional estão diretamente relacionadas com a diminuição do sofrimento emocional (diminuição da ansiedade e da depressão). No grupo de controlo apenas a variável mindfulness demonstrou estar relacionada com a evolução do sofrimento emocional ($p = 0,031$).

Bragard et al. (2017), de forma a determinar e comparar se a participação nas intervenções (TCC, ioga ou auto-hipnose) estava associada a benefícios no sofrimento emocional, qualidade de vida, qualidade do sono e adaptação mental em relação à doença em mulheres com cancro da mama, recorreu aos seguintes instrumentos de avaliação:

- HADS;
- EORTC-QLQ;
- MAC;
- ISI.

A partir da avaliação final destas escalas observou-se:

1. No grupo ioga: melhorias significativas na ansiedade e depressão (HADS: $p = 0,007$ e $p = 0,02$, respetivamente) e no funcionamento emocional (EORTC: $p = 0,001$).
2. Na auto-hipnose: melhorias significativas na ansiedade e depressão (HADS: $p < 0,001$ e $p < 0,001$); no funcionamento emocional ($p = 0,001$), fadiga ($p = 0,003$), insónia ($p = 0,008$) e qualidade de vida global ($p = 0,002$) (EORTC-QLQ); na preocupação ($p = 0,006$) e no ajuste total negativo ($p = 0,009$) (MAC); no impacto das dificuldades relacionadas com o sono ($p = 0,018$) e na gravidade das dificuldades relacionadas com o sono ($p = 0,001$) (ISI).

3. No grupo de TCC não se verificaram melhorias significativas em nenhuma das variáveis.

Jensen et al. (2012), apesar de recorrerem a uma pequena amostra (oito participantes), tiveram como objetivo explorar a possibilidade da auto-hipnose influenciar a redução da frequência ou intensidade da dor, fadiga, ondas de calor e problemas de sono em mulheres submetidas a tratamento ou sobreviventes de cancro de mama e estimar o efeito do benefício da intervenção. Para além disso, avaliaram secundariamente as variáveis como depressão, ansiedade e múltiplos sintomas. Este estudo experimental apresenta um follow-up no primeiro, terceiro e sexto mês. Para avaliar as variáveis descritas os autores recorreram aos seguintes instrumentos de avaliação:

- Escala Numérica de Avaliação da Dor;
- Sistema De Informação De Medida Dos Resultados Reportados Pelos Pacientes, de forma a avaliar a fadiga;
- ISI;
- Escala de Interferência do Inventário Breve da Dor, para avaliar a interferência da dor em atividades diárias;
- PHQ, de forma a avaliar sintomas depressivos;
- Escala Transtorno de Ansiedade Generalizada, de forma a avaliar sintomas de ansiedade;
- Escala Somática do Questionário de Saúde do Doente, para avaliar sintomas gerais.

Através dos dados obtidos no estudo é possível observar diminuições imediatas da pré à pós-intervenção em relação à intensidade da dor. Verifica-se ainda melhoria contínua da dor um mês pós-intervenção.

Em relação à fadiga os participantes demonstraram melhorias do pré à pós-intervenção mantendo-se durante o mês pós-intervenção. Verificou-se um retorno aos níveis de fadiga pré-intervenção na avaliação dos três meses para três dos participantes, mas todos relataram melhorias da fadiga entre os três e os seis meses pós-intervenção.

No padrão de sono verificou-se uma diminuição para todos os cinco participantes que apresentaram problemas relativos ao sono desde a pré-intervenção à pós-intervenção; embora as melhorias para um dos participantes tenham sido pouco significativas. Estas melhorias mantiveram-se para quatro dos participantes e o sono melhorou para o quinto

participante até ao ponto de avaliação de um mês. Verificou-se uma maior variabilidade nos resultados obtidos em relação à qualidade do sono após o acompanhamento de um mês, sendo que três participantes relataram um aumento nos problemas de sono (dois deles atingiram ou quase atingiram os níveis pré-tratamento no acompanhamento de três meses), um relatou pouca alteração e um relatou melhoria contínua. Essa variabilidade continuou até à avaliação de seis meses, com três participantes a relatarem melhorias e dois agravamento nos problemas de sono. Contudo, quatro dos cinco participantes relataram menos dificuldades de sono na avaliação de acompanhamento de seis meses relativamente à pré-intervenção.

Dos dois participantes que apresentaram problemas com ondas de calor, um não relatou alterações no número de ondas de calor ao longo da última semana desde o pré à pós-intervenção, verificando-se uma ligeira diminuição apenas do 3º ao 6º mês de follow-up. O outro doente revelou uma diminuição de 25% na frequência de ondas de calor até ao momento da pós-intervenção e uma diminuição contínua até ao 6º mês de follow-up.

Não foram observados efeitos estatisticamente significativos nas variáveis secundárias. Apesar de se observarem melhorias na interferência da dor e ansiedade ao longo do tempo, estes valores não eram significativos ($p < 0,10$). Segundo os autores deste estudo, estes resultados podem-se dever ao facto de existir uma amostra de tamanho reduzido.

Por fim, o estudo conduzido por Téllez et al. (2017) para avaliar e comparar os efeitos da hipnose no stress, ansiedade, depressão, autoestima, otimismo e apoio social em mulheres com cancro da mama durante o tratamento de quimioterapia recorreram aos seguintes instrumentos de avaliação:

- HADS;
- UNC, que avalia a quantidade e o tipo de apoio social percebido;
- PSS, que avalia o stress percebido;
- Escala de Autoestima de Rosenberg, que avalia o autorrespeito e a autoaceitação;
- Teste de Orientação para a Vida, que avalia o otimismo.

Em comparação ao grupo de controlo, o grupo de hipnoterapia mostrou um aumento estatisticamente significativo da autoestima ($p = 0,046$) e do otimismo ($p < 0,05$) no pós-intervenção, tendo essa melhoria sido mais evidente após o follow-up de seis meses ($p =$

0,008 e $p= 0,003$, respetivamente). No entanto, não foram observadas alterações a nível do suporte social ou stress percebido.

Em relação à ansiedade e depressão, verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa na diminuição da ansiedade ($p = 0,002$) no pós-intervenção, não se verificando o mesmo após seis meses, apesar de se observar uma melhoria segundo os resultados. Nos resultados da depressão não se observaram alterações entre as duas fases de avaliação. No entanto, verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa no score total de HADS no pós-intervenção ($p = 0,001$), o que não se verificou ao fim de seis meses.

Carvalho et al., (2006) referem que quando se pretende testar experimentalmente a eficácia de uma determinada estratégia de intervenção que utiliza um procedimento hipnótico, se torna fundamental avaliar o grau de suscetibilidade hipnótica dos participantes. Isto deve-se ao facto da suscetibilidade hipnótica se poder apresentar como variável moderadora no efeito da intervenção que se pretende avaliar. Apesar de enfraquecer os outros estudos em relação à seleção amostral, apenas dois dos artigos analisados avaliaram a suscetibilidade hipnótica dos doentes no momento do recrutamento. Elyasi et al., (2021) avaliaram este parâmetro através do teste de Spiegel, cuja pontuação varia numa escala de 0-10, sendo 10 o resultado que demonstra mais suscetibilidade à hipnose; e Téllez et al., (2017) recorreram à Escala de Suscetibilidade Hipnótica de Stanford: Forma C, cuja pontuação varia de 0-12, sendo 12 classificado como suscetibilidade elevada (Carvalho et al., 2006).

3.2 SESSÕES DE HIPNOSE

Existem vários tipos de sessões em hipnose descritos nos oito artigos analisados. Cada artigo descreve a sua sessão consoante o seu objetivo. De forma a perceber no que consistem as intervenções dirigidas aos grupos de hipnose, será descrito perante cada artigo, o número de sessões e a sua duração, bem como os tópicos abordados em cada sessão.

Grégoire et al., (2018), Grégoire et al. (2020) e Grégoire et al. (2021) realizaram seis, oito e oito sessões, respetivamente, com uma duração de 120 minutos, que combinavam exercícios de auto-hipnose e técnicas de autocuidado que foram desenvolvidas por um dos autores destes estudos. As sessões foram realizadas de forma a promover o empenho nas atividades, a adaptação à doença bem como aos tratamentos, efeitos

secundários e o bem-estar através da discussão sobre os mesmos e a realização de tarefas. As tarefas eram baseadas em técnicas de autocuidado e abordam diversos temas como: ajustar a autoexpectativa, melhorar a autoestima, a assertividade, encontrar as próprias necessidades e limites pessoais. Ao final de cada sessão, era realizado um exercício de hipnose durante 15 minutos. Cada participante recebeu CD's com os diferentes exercícios para incentivar a realização da auto-hipnose no domicílio. É de referir ainda que no estudo de Grégoire et al., (2018), uma vez que há dois grupos experimentais, um composto por homens e outro por mulheres, as sessões foram agendadas de forma diferenciada: o grupo de homens com cancro da próstata tinha uma sessão por mês (duração de seis meses) e o grupo composto por mulheres com cancro da mama tinha agendada uma sessão a cada duas semanas (duração de três meses). Os conteúdos de cada sessão basearam-se em:

Sessão 1:

Explicação: o que é hipnose;

Crenças comuns sobre hipnose;

Respostas às perguntas dos participantes;

Discussão sobre a escolha de participar;

A importância de nos agradarmos todos os dias;

Definição de três metas realistas a serem alcançadas em seis meses;

Lista de necessidades pessoais;

Exercícios de imagens mentais.

Sessão 2:

Reflexão sobre qualidades e recursos pessoais e a importância de conhecê-los;

Distanciamento dos sintomas (“eu tenho” e não “eu sou”);

Ouvir música agradável;

Discussão sobre a forma de estabelecer prioridades na vida (importância e urgência);

Prestar atenção aos pequenos sucessos;

Exercício de hipnose: nuvem branca.

Sessão 3:

Discussão sobre a forma como falamos com nós mesmos e a autoestima, a importância de nos parabenizarmos;
Fazer uma coisa de cada vez;
Aceitar receber um “não”;
Importância da coerência entre os nossos atos e as nossas palavras;
Identificação de um porto seguro;
Exercício de hipnose: porto seguro.

Sessão 4:

Reflexão sobre o nosso controlo sobre situações difíceis;
Discussão do equilíbrio entre a energia colocada numa tarefa e o benefício obtido;
Discussão sobre o pai/cônjuge/filho/collega ideal;
Assertividade: ser capaz de dizer “não”;
Exercício de hipnose: dor e cores.

Sessão 5:

Prestar atenção aos dons da vida;
Discussão de papéis sociais e a forma como respondemos às necessidades dos outros;
Tirar um tempo para nós mesmos e fazer atividades agradáveis;
Importância da atividade física;
Psicoeducação sobre o sono;
Exercício de hipnose: levitação;

Sessão 6:

Discussão de recursos pessoais que ajudam a combinar trabalho e vida privada;
Discussão da adequação entre atividades profissionais e necessidades pessoais;
Encontrar um objeto que será associado a um “Stop!” liminar, para usar quando nos sentimos stressados;
Discussão sobre a importância de estar cercado por pessoas positivas;
Discussão sobre ruminações e como lidar com elas;
Exercícios de hipnose: jornada leve.

Sessão 7:

Assertividade: como dizer “não” ou adiar nossa decisão;

Assertividade: como formular uma discussão e escolher o momento certo;

Importância de ter tempo de qualidade para nós mesmos em vez de estar sempre presente para outras pessoas;

Discussão das dificuldades e constrangimentos encontrados na vida diária;

Exercício de hipnose: terra dos sonhos.

Sessão 8:

Discussão de situações irritantes e como lidar com elas de uma forma mais positiva;

A importância de aproveitar o momento presente;

Revisão dos objetivos determinados no início das sessões: foram alcançados?;

A importância de nos orgulharmos de nós mesmos, de nos parabenizarmos;

Discussão de novos objetivos;

Exercício de hipnose: histórias e metáforas.

Grégoire et al. (2017) e Bragard et al. (2017) incluíram seis sessões de duas horas a cada duas semanas em grupos de três a oito participantes. Os tópicos são abordados através de tarefas inspiradas na terapia cognitivo-comportamental: ajuste das expectativas do self; rever a autonarrativa; reforço do senso de autoestima; adaptação dos papéis sociais; identificação de situações e sentimentos de impotência; encontrar os próprios limites e necessidades pessoais; aceitar que nem tudo é controlável; e diferenciar o eu da doença. No final da sessão, era realizado um exercício de hipnose de 15 minutos. Os doentes receberam CD's com os exercícios de hipnose que fizeram durante a sessão e tarefas de casa para realizar entre as sessões.

No estudo de Elyasi et al., (2021), os autores realizaram oito sessões de tratamento para cada grupo experimental com uma hora de duração. O grupo de Hipnoterapia abordou os seguintes tópicos:

1-Explicar o conceito e o processo de hipnose, imagens de espaço seguro com fortalecimento do ego e redução de pensamentos negativos associados ao sentimento de culpa por ter causado a doença.

- 2- Imagens mentais de quimioterapia e sensações de dor e náuseas e cãibras, e visualização hipnótica do aumento ao nível da imunidade do corpo.
- 3- Imagens mentais da quimioterapia, enfrentando os seus efeitos secundários e fortalecimento do ego.
- 4- Fortalecimento do ego, melhoria da imagem corporal e aumento do desejo sexual.
- 5- Imagens do aumento do controlo de complicações do tratamento e aumento do nível de imunidade.
- 6- Reduzir a ansiedade causada por pensamentos recorrentes sobre a doença e como lidar com ela.
- 7- Auto-amar e amar os outros, perdoar-se a si mesmo e perdoar os outros, e aumentar o nível de imunidade do corpo.
- 8- Promover a auto-força, aumentar o nível de imunidade e caminhar em direção ao futuro de saúde e bem-estar.

Jensen et al. (2012), realizaram a intervenção que consistiu entre quatro a seis sessões de auto-hipnose variando consoante a necessidade de cada participante, para controlo de sintomatologia. As sessões de auto-hipnose eram constituídas por guiões com sugestões de controlo da fadiga, sugestões para reduzir a frequência e intensidade das ondas de calor, e por guiões que forneciam informações e recomendações sobre a higiene do sono e estratégias para adormecer à noite (como aumentar a capacidade para adormecer e usufruir de um sono reparador e profundo). Todas as sessões de hipnose foram gravadas num CD e entregues a todos os participantes. Estes foram incentivados a ouvir o CD pelo menos uma vez por dia, ao longo do tratamento direcionado para o cancro e quantas vezes o desejassem fazer no domicílio. Os participantes também foram instruídos a praticar a auto-hipnose regularmente ao longo do dia sem os CD's, durante alguns minutos, e a iniciar cada uma das sessões com uma sugestão de auto-hipnose de forma a melhorar as associações entre a sugestão e a resposta à hipnose. De seguida os autores forneceram uma indução hipnótica padronizada, que começou com sugestões de relaxamento progressivo em grupos musculares específicos, seguidas de sugestões para experimentar entrar num “lugar seguro”. A indução durou cerca de dez minutos. As sugestões hipnóticas que se seguiram à indução dependiam da apresentação dos sintomas dos participantes. Dos oito artigos, apenas Jensen et al. (2012) descrevem as sugestões hipnóticas e o respetivo guião que se encontra em Apêndice I.

Téllez et al. (2017) realizaram um tratamento mais exaustivo de doze sessões com três sessões programadas por semana com uma duração de 60 minutos cada. Cada sessão de grupo tinha pelo menos três pessoas e obedeceu à seguinte estrutura:

1. Bem-vindo.
2. Breve introdução do objetivo da sessão.
3. Exercícios hipnóticos: consistiam na aplicação de uma série de técnicas sugestivas, com duração média de 15 a 20 minutos cada.
4. Pausa: Esta etapa consistiu numa pausa de cinco a dez minutos após a primeira indução hipnótica. Os participantes usaram esse tempo para escrever um relatório e comentar o que foi vivido na etapa 3. Os doentes descreveram as suas experiências subjetivas e quantificaram a sua sensação de relaxamento numa escala de 1 a 10. Essa pausa também foi usada para facilitar interações espontâneas e informais entre os doentes e os terapeutas.
5. Segundo exercício hipnótico: Este exercício solicitava autorização dos doentes para pegar na mão deles e dar-lhes uma série de sugestões para fortalecer o sistema imunitário. Foi-lhes solicitado que imaginassem que o sistema imunitário “estava a funcionar de forma correta” e que o podiam modificar. Além disso, os doentes foram convidados a imaginar o sistema imunitário fortalecido, cercado e destruindo as células cancerígenas.

Por fim, foi entregue um MP3 pré-gravado com as técnicas hipnóticas de cada sessão aos doentes para que pudessem praticar em casa nos dias em que não tinham agendadas sessões, com o objetivo de reforçar os efeitos terapêuticos.

A segunda fase consistiu em 12 sessões de hipnose quinzenais adicionais que abordavam os seguintes tópicos:

Sessões 1, 4, 5, 7 e 12: Cura física;

Sessões 2 e 6: Relaxamento físico e psicológico;

Sessões 3 e 8: Fortalecimento da auto-estima;

Sessões 9 e 11: Fortalecimento de expectativas positivas e motivação para a mudança;

Sessão 10: Facilitar o sono e o relaxamento.

Por fim, é de referir que todos os artigos descrevem como limitações o número reduzido da amostra e o facto de as mesmas não serem randomizadas (à exceção dos estudos de Grégoire et al., 2020 e Grégoire et al., 2021).

4. DISCUSSÃO

A sintomatologia ansiosa e depressiva é uma forma comum de sofrimento psicológico em doentes oncológicos. O sofrimento emocional relacionado com a ansiedade e depressão pode ser aliviado por intervenções farmacológicas, mas que estão associadas a efeitos colaterais como tonturas, sonolência e comprometimento do pensamento e julgamento (Chen et al., 2017). Terapias complementares não farmacológicas, como a hipnose, tornam-se uma solução viável para reduzir a ansiedade e a depressão (Corbett et al., 2019; Fischer & Wedel, 2012).

Embora a literatura publicada sobre o efeito da hipnose em doentes com cancro seja escassa, esta RSL incluiu oito estudos que permitiram identificar as características da população-alvo mais comuns, o impacto das sessões de hipnose na ansiedade e depressão, quais as metodologias utilizadas e respetivos instrumentos de avaliação, que tipo e duração de cada sessão de hipnose é utilizado.

De uma forma geral, verifica-se que existe um impacto significativo das intervenções que têm por base a hipnose na redução da ansiedade e da depressão em doentes oncológicos. Sete dos oito estudos incluídos revelaram uma diminuição estatisticamente significativa da ansiedade e da depressão após esta intervenção não farmacológica. De facto, durante a hipnose, existe um trabalho muito importante realizado pelo terapeuta em orientar os doentes a serem altamente focados, relaxados, calmos e confortáveis, e instruí-los a imaginar ou recordar experiências agradáveis (Fulcher et al., 2008). Este estado de relaxamento permite que os doentes se distraiam e direcionem a atenção evitando focar estímulos que causam ansiedade (Levitan, 1992), aliviando assim os sintomas de ansiedade e depressão.

4.1 POPULAÇÃO-ALVO

Todos os estudos incluídos nesta RSL apresentam como população-alvo mulheres, à exceção de um estudo de Grégoire et al. (2018) que incluí homens e mulheres. Todas as participantes apresentam uma idade média de 54 anos, verificando-se uma variação de idades entre os 24 e os 78 anos de idade. A maioria apresentava como diagnóstico cancro da mama, sendo que nenhuma poderia manifestar metástases. As participantes

poderiam ou não encontrar-se a realizar tratamento direcionado ao cancro, como radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e/ou cirurgia.

Esta maior aderência feminina a estudos deste carácter poderá dever-se ao facto de os homens, em geral, estarem menos interessados em intervenções não farmacológicas, em especial psicológicas e de hipnose, e haver uma maior resistência para o recurso a este tipo de intervenções comparativamente às mulheres (Grégoire et al., 2021).

4.2 O IMPACTO DA HIPNOSE NA ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Perante os vários estudos incluídos nesta RSL verifica-se que existe um impacto das intervenções que têm por base a hipnose na redução da ansiedade e da depressão. Sete dos oito estudos incluídos nesta revisão revelaram uma diminuição estatisticamente significativa da ansiedade e da depressão após a intervenção. Apenas o estudo de Jensen et al. (2012) afirma não haver melhorias significativas nestas duas variáveis apesar de se verificar uma melhoria da ansiedade após a intervenção. No entanto, é de referir que este estudo apenas apresenta uma amostra de oito participantes, sendo que esta condicionante pode ter influenciado negativamente os resultados obtidos.

A longo prazo observam-se melhorias na redução da ansiedade e da depressão até seis e nove meses de follow-up. No entanto, são escassos os estudos existentes que corroborem estes resultados. Desta forma, não é seguro afirmar que a ansiedade e a depressão, a longo prazo, apresentam/mantêm resultados significativos através de sessões de hipnose, sendo necessária a realização de um maior número de estudos longitudinais.

No estudo de Grégoire et al. (2018), a intervenção com recurso à hipnose mostrou um melhor efeito na ansiedade e depressão nas mulheres em comparação aos homens. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de os homens terem apresentado um sofrimento psicológico (como angústia, fadiga, problemas de sono, qualidade de vida) significativamente menor que as mulheres aquando da avaliação no pré-intervenção. Segundo estes autores, os homens geralmente estão convencidos de que os procedimentos médicos serão suficientes para a cura. A crença de que participar numa intervenção psicológica os tornará menos masculinos, mais fracos ou mais vulneráveis também é comum entre os homens (Grégoire et al., 2018), o que dificulta a sua

envolvência em intervenções não farmacológicas, como a hipnose, tal como encontrado noutros estudos (Martin et al., 2015; Owen et al., 2004; Rosenberg, 2009).

4.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Ao longo deste trabalho verifica-se que os autores dos diversos estudos recorreram à aplicação da Escala HADS de forma a avaliar os níveis de ansiedade e depressão antes e após a intervenção. Apesar de apenas um estudo afirmar não existirem melhorias significativas na redução da ansiedade e da depressão através da aplicação da Hipnose, este mesmo estudo foi o único a utilizar diferentes escalas para avaliar estas variáveis, nomeadamente, a PHQ e a GAD.

Avaliar a ansiedade e a depressão no contexto de Oncologia é algo complexo, mas necessário, tendo em conta a relação existente entre os sintomas relacionados com a doença (físicos e emocionais), o tratamento e os critérios de diagnóstico de Transtorno de Ansiedade e Depressão *Major*. Após a análise psicométrica, verificou-se que a HADS, bem como a PHQ e a GAD, são instrumentos úteis de avaliação e diagnóstico em Oncologia (Bergerot, 2013).

A PHQ avalia os sintomas depressivos nas duas últimas semanas. Este instrumento é constituído por nove itens numa escala Likert de quatro pontos que variam de 0 (Nada) a 3 (Quase todos os dias). O PHQ pode variar de 0 a 27, sendo que os pontos até 5, 10, 15 e 20 representam: depressão leve, moderada, moderadamente grave e grave, respetivamente (Jensen et al., 2012).

A GAD avalia a frequência dos sintomas gerais de ansiedade na última semana (sentir-se nervoso, incapaz de parar de se preocupar, preocupar-se demais, dificuldade para relaxar, inquietação, irritabilidade, sentir medo) numa escala Likert de 4 pontos (0 = Nada a 3 = Quase todos os dias). Os pontos variam de 0 a 21, sendo que 5, 10 e 15 pontos representam ansiedade leve, moderada e grave, respetivamente (Spitzer et al., 2006, como citado por Jensen et al., 2012).

Por fim, a HADS é uma medida de 14 itens que avalia ansiedade e a depressão. Apresenta sete itens para ansiedade e sete para depressão, que são avaliados numa escala Likert de 4 pontos (0 = sintoma ausente a 3 = sintoma considerável). Cada subescala é pontuada de 0 a 21 (0-7: intervalo normal; 8-10: linha limítrofe; 11-21: provável presença de ansiedade ou transtorno depressivo) (Bragard et al., 2017).

A escolha dos instrumentos deve ter em conta os critérios de cada autor. No entanto, reforça-se a importância de recorrer a mais do que um instrumento de avaliação nos casos em que se requer uma alta fidedignidade, de forma a reduzir possíveis falsos negativos ou positivos (Bergerot, 2013).

Dada a importância de avaliar o grau de suscetibilidade hipnótica dos participantes, como já foi referido anteriormente, verifica-se que foram aplicados o Teste de Spiegel e a Escala de Suscetibilidade Hipnótica de Stanford: Forma C. São várias as escalas que avaliam a suscetibilidade hipnótica, no entanto, o Teste de Spiegel, que consiste na rotação de olhos, avalia a capacidade da pessoa entrar em transe, consoante o tempo que demora a rodar completamente os olhos (Spiegel, 2010). Já a escala SHSS:C, criada em 1962 por Weitzenhoffer & Hilgard, inclui itens com um maior grau de dificuldade, para serem aplicados quando existe seleção de participantes para estudos clínicos (Carvalho et al., 2006).

Até ao momento existem duas escalas que avaliam a suscetibilidade hipnótica adaptadas para a população portuguesa. São elas a escala SHSS:C, como já abordado, e a Escala de Grupo de Suscetibilidade Hipnótica de Harvard: Versão A. Esta última escala consiste numa adaptação para utilização em grupo da Escala de Suscetibilidade Hipnótica de Stanford: Forma A. Foi desenvolvida de forma a poupar tempo para testar cada sujeito individualmente, e pode ser aplicada a grupos de tamanho ilimitado. Foi cuidadosamente preparada para manter as características o mais próximo possível da versão original sob condições de grupo (Pontes, 2009). A HGSHS:A apresenta uma adequada fiabilidade de consistência interna, em comparação com a SHSS:A, de acordo com diferentes estudos como Angelini et al. (1999), Shor and Orne (1963) e Kirsch, Council and Wickles (1990). A grande vantagem desta escala é a de permitir aos investigadores o acesso a grandes amostras num curto espaço de tempo. Esta é considerada um instrumento de avaliação ideal para um primeiro contacto dos indivíduos com a hipnose, mas também como avaliação inicial da suscetibilidade hipnótica numa primeira fase, para que numa fase posterior seja realizada uma classificação mais rigorosa através de métodos mais sensíveis, como a SHSS:C (Angelini et al, 1999 citado por Pontes, 2009).

Para que a suscetibilidade hipnótica possa ser medida são necessários procedimentos de indução standardizados, de forma a sugerir uma série de experiências hipnóticas, e itens de acordo com os critérios predeterminados. Quanto maior for a pontuação desta

medida, mais alta será a hipnotizabilidade do indivíduo (Martín, 2013). Sheehan and McConkey (1982) categorizam as escalas de avaliação hipnótica em três tipos: "escalas de comportamento hipnótico (incluem procedimento de indução e enfatizam mais o comportamento que a experiência), escalas comportamentais de sugestibilidade (medem a resposta às sugestões com ou sem procedimento de indução) e escalas clínicas (incluem capacidade hipnótica para fins clínicos)" (Martín, 2013, p.86). A seleção da escala a aplicar vai depender do objetivo da mesma.

4.4 SESSÕES DE HIPNOSE

Relativamente ao número de sessões de hipnoterapia, verifica-se alguma heterogeneidade entre os estudos incluídos, em que o número de sessões varia entre seis e oito sessões, com duração entre uma a duas horas e uma periodicidade que varia entre semanal e quinzenal. É de referir ainda que todas as sessões são realizadas em grupo, que variam entre três a dez participantes e todos recebiam um CD com a gravação da sessão de hipnose para praticar em casa.

Relativamente ao tempo da sessão nos grupos experimentais de hipnose observam-se diferenças consoante o tipo de intervenção. Como já foi referenciado anteriormente, a maioria dos estudos analisados complementam a hipnose com tarefas de autocuidado. Nestes casos, as sessões apresentavam uma duração de duas horas, sendo que no fim de cada sessão realizavam exercícios de auto-hipnose durante quinze minutos. Já nos casos em que as sessões tinham como intervenção exercícios exclusivamente de hipnose, estas apresentavam uma duração de uma hora. Esta diferença pode ser explicada pelo tempo requerido para abordar os diversos tópicos dentro de cada sessão, como se descreveu no capítulo anterior.

4.5 LIMITAÇÕES

Tal como acontece nos outros estudos, esta revisão sistemática apresenta algumas limitações. Neste estudo, existe o risco de viés de relato, uma vez que apenas foram incluídos estudos publicados em fontes identificáveis, mesmo que não tenham sido realizadas restrições quanto aos critérios geográficos. Adicionalmente, é possível verificar um número bastante reduzido de estudos incluídos, que apesar de se comportar como uma limitação, permite obter uma compreensão adicional dos efeitos da

hipnoterapia em doentes oncológicos relacionados com a saúde mental. Para além disso, verificou-se que a maioria dos estudos incluídos foram realizados pelos mesmos autores, o que promove o risco de viés de resultados. Outra limitação identificada é o facto de apenas existirem dois estudos que envolvem a hipnose como terapia exclusiva e não como terapia coadjuvante, como se verifica nos restantes estudos.

4.6 SUGESTÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Os resultados parecem mais consistentes para as mulheres do que para os homens, como já se verificou, devido à escassez da participação dos homens em terapias não farmacológicas, pelo que se sugere que sejam realizados mais estudos com homens para que as conclusões possam ser generalizadas. Uma forma de incluir mais homens e outros tipos de cancro na amostra dos estudos experimentais, seria adaptar as intervenções em grupo às necessidades dos homens (por exemplo, através do acréscimo da psicoeducação) e realizar recrutamento diretamente com outras populações dentro do contexto oncológico. Por outro lado, de relevante interesse seria perceber o impacto desta terapia alternativa nos aspetos psicológicos associados à doença oncológica a longo prazo. Seria importante realizar estudos longitudinais de forma a perceber se os ganhos estão apenas associados ao momento da intervenção ou se estas intervenções apresentam efeitos a longo prazo na vida dos doentes. Além disso, estudos futuros devem ser controlados randomizados. Tendo em conta também a escassez de estudos cuja intervenção é exclusivamente dada à hipnose, sugere-se a realização de estudos com diferentes grupos que comparem os níveis de ansiedade e depressão entre o tratamento habitual, hipnoterapia e hipnoterapia que complementa intervenções psicoterapêuticas, de forma a avaliar se os resultados se devem à hipnose isoladamente ou à hipnose como intervenção coadjuvante.

A hipnose, devido ao seu efeito e aplicabilidade, constitui uma ferramenta válida já aplicada por diferentes profissionais de saúde, em diferentes contextos, pelo que, também se revela um instrumento viável ao dispor do EESMP. A nível clínico, esta intervenção poderá ser facilmente implementada em contexto de oncologia através do EESMP, se qualificado para tal, recorrendo à hipnose como intervenção coadjuvante, perante as suas intervenções específicas. À medida que os doentes se interessarem por este tipo de intervenções terapêuticas, o nosso conhecimento sobre as mesmas aumenta,

pelo que podemos propô-las de forma adequada na rotina do cuidado ao doente oncológico.

Respondendo à questão de investigação " Qual o impacto da hipnose na ansiedade e/ou depressão em doentes oncológicos?", verifica-se que a hipnose aplicada em grupo aparenta vários benefícios na melhoria da qualidade de vida dos doentes com cancro, demonstrando um impacto positivo na ansiedade e depressão, na medida em que se observa um controlo e diminuição da sintomatologia depressiva e ansiosa.

CONCLUSÃO

Esta RSL destaca a necessidade de considerar o impacto psicológico do cancro na pessoa e propõe a hipnose como intervenção para ajudar os doentes a lidar com as mudanças com que se deparam. É perante estas mudanças que o EESMP deve atuar proporcionando conhecimento e capacidade àqueles que vivenciam as transições, de forma a desencadear respostas positivas, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar e promover o processo de transição da forma mais saudável possível.

Tendo em conta os objetivos específicos a discussão responde a:

1. Identificar o impacto da hipnose na ansiedade e/ou depressão em doentes oncológicos:

- Verifica-se uma forte argumentação a favor de abordagens psicoterapêuticas alternativas, especialmente intervenções baseadas em hipnose, que demonstram um impacto positivo na melhoria da ansiedade e depressão. Isto sugere que a hipnose tem potencial como uma intervenção clinicamente valiosa, que pode contribuir para o controlo de sintomas relacionadas com o processo oncológico que o doente vive.

2. Comparar os níveis de ansiedade e depressão de doentes oncológicos quando são ou não submetidos a hipnose:

- Conclui-se também que os doentes que são submetidos apenas ao tratamento convencional direcionado ao cancro mantêm os níveis de ansiedade e depressão elevados, ao contrário do que se verifica nos doentes que são submetidos a hipnoterapia. É de referir ainda, que nos estudos em que não se observaram alterações estatisticamente significativas em relação aos níveis de ansiedade e/ou depressão, verificou-se sempre uma melhoria destes sintomas.

3. Identificar o modelo de hipnose mais eficaz:

- Uma outra questão de importante interesse prende-se com o número de sessões necessárias de forma a ter resultados eficazes. Caso a pessoa apresente uma alta pontuação de hipnotizabilidade e a intervenção seja feita corretamente, bastam

apenas seis sessões de hipnose para se obter uma recuperação na quase totalidade dos casos. No entanto, o número de sessões de hipnose varia consoante o objetivo pretendido, bem como a sua duração, podendo variar entre uma a duas horas. Em relação ao guião de hipnose, cada profissional baseia-se no modelo mais adequado tendo em conta o objetivo de cada doente. Apesar de haver objetivos iguais, os guiões também se diferem consoante o modelo teórico escolhido (por exemplo, o modelo de Erickson, abordado no enquadramento teórico), que varia consoante a formação e experiência do profissional. No entanto, esta RSL também disponibiliza um guião de hipnose, já utilizado em ensaios clínicos bem como sugestões, direcionadas para o controlo de sintomas associados à doença oncológica, que podem ser utilizados por qualquer profissional com formação na área da hipnose.

No campo da investigação experimental as escalas estandardizadas de hipnose são úteis para diferentes fins. A sua utilidade abrange também o campo clínico, uma vez que fornecem informação acerca do grau de aptidão do doente para beneficiar dos procedimentos hipnóticos. Quando o trabalho clínico faz parte de um projeto de investigação, a medição da sugestibilidade hipnótica através de um instrumento fiável e estandardizado torna-se essencial para avaliar com segurança o papel desempenhado pela hipnose nas mudanças terapêuticas ocorridas.

Tendo em conta que a hipnose, na maioria dos estudos, é utilizada como uma intervenção coadjuvante, o EESMP, uma vez certificado para tal, poderá mobilizar estas competências de forma a utilizar a hipnose como intervenção coadjuvante às suas intervenções específicas, de forma a promover o aumento da qualidade de vida em doentes oncológicos. Desta forma, seria uma ferramenta muito útil tanto para os profissionais de saúde, como para os doentes na área da oncologia médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, A. & Cabral, A. (2015). *Psico-oncologia - Temas fundamentais*. Lidel
- Albuquerque, A & Garrido, P. (2015). Perturbações depressivas. In E. Albuquerque & A. Cabral (Eds.), *Psico-oncologia - Temas fundamentais* (pp. 217-230). Lidel
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. APA.
- Angelini, J., Kumar, V., & Chandler, L. (1999). The Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility and related instruments: individual and group administrations. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47(3), 236-250.
- Archer, J., Hutchison, I. & Korszun, A. (2008). Mood and malignancy: head and neck cancer and depression. *J Oral Pathol Med*, 37(5), 255-70.
- Bento, A. (2011). As etapas do processo de investigação: do título às referências bibliográficas. <http://hdl.handle.net/10400.13/339>
- Bergerot, C. (2013). *Avaliação de distress para identificação de fatores de risco e proteção na experiência oncológica: contribuições para estruturação de rotinas e programas em psico-oncologia*. (Doctoral dissertation, Instituto de psicologia da Universidade de Brasília). Repositório Institucional da UNB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/15392>
- Bottino, S., Gráguas, R., Gattaz, W. (2009). Depression and cancer. *Arch. Clin. Psychiatry*, 36(3), 109-115. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000900007>
- Bragard, I., Etienne, A., Etienne, M., Coucke, P., Lifrange, E., Schroeder, H., & Wagener, A. (2017). A nonrandomized comparison study of self-hypnosis, ioga, and cognitive-behavioral therapy to reduce emotional distress in breast cancer patients. *Journal Of Clinical And Experimental Hypnosis*, 65(2), 189-209. doi: 10.1080/00207144.2017.1276363

- Carvalho, C., Mazzoni, G., Kirsch, I., Leal, I. (2006). Apresentação da versão portuguesa de uma escala de avaliação da suscetibilidade hipnótica. *Psicologia, saúde & doenças*, 7 (1), 3-11. <http://hdl.handle.net/10400.12/1061>
- Catarino, H. & Henriques, C. (2013). Cuidar em enfermagem: estudo fenomenológico. *Indagatio Didactica*, 5(2). https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3557/1/Cuidar%20em%20enfermagem_estudo%20fenomenol%C3%B3gico.pdf
- Chen, P., Liu, Y. & Chen, M. (2017). The Effect of Hypnosis on Anxiety in Patients With Cancer: A Meta-Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(3), 223–236. <https://doi.org/10.1111/wvn.12215>
- Clínica João Mourato. (2021, Agosto 07). *Hipnose Clínica*. <https://www.clinicajoaomourato.pt/servicos/hipnose/>
- Comissão Europeia (2021) - Doenças graves e crónica. https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/cancer_pt
- Corbett, T., Groarke, A., Devane, D., Carr, E., Walsh, J., & McGuire, B. (2019). The effectiveness of psychological interventions for fatigue in cancer survivors: systematic review of randomised controlled trials. *Systematic Review*, 8(1), 324. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1230-2>
- Cyna, A. M., McAuliffe, G. L., & Andrew, M. I. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: A systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 93, 505–511.
- Dantzer, R., O'Connor, J., Freund, G., Johnson, R., & Kelley, K. (2008). From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(1), 46-56.
- Deng, G., & Cassileth, B. (2005). Integrative Oncology: Complementary Therapies for Pain, Anxiety, and Mood Disturbance. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55(2), 109–116. <https://doi.org/10.3322/canjclin.55.2.109>
- Elyasi, F., Zarghami, M., & Chirani, S. (2021). Cognitive-Behavioral Therapy and Hypnosis Intervention on Anxiety, Depression, and Quality of Life in Patients with

- Breast Cancer Undergoing Chemotherapy: A Clinical Trial. *Middle East Journal Of Cancer*, 12(2), 236-248. doi: 10.30476/mejc.2020.83225.1149
- Ferreira, V. (2019). *Practitioner - Hipnose Terapêutica (Manual do Aluno)*. Instituto Português de Hipnose.
- Fischer, D. & Wedel, B. (2012). Anxiety and depression disorders in cancer patients: Incidence, diagnosis and therapy. *Memo - Magazine of European Medical Oncology*, 5(1), 52–54.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta
- Fulcher, C. D., Badger, T., Gunter, A. K., Marrs, J. A., & Reese, J. M. (2008). Putting evidence into practice: Interventions for depression. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(1), 131–140.
- Grégoire, C., Bragard, I., Jerusalem, G., Etienne, A., Coucke, P., & Dupuis, G. et al. (2017). Group interventions to reduce emotional distress and fatigue in breast cancer patients: a 9-month follow-up pragmatic trial. *British Journal Of Cancer*, 117(10), 1442-1449. doi: 10.1038/bjc.2017.326
- Grégoire, C., Faymonville, M., Vanhaudenhuyse, A., Charland-Verville, V., Jerusalem, G., Willems, S., & Bragard, I. (2020). Effects of an intervention combining self-care and self-hypnosis on fatigue and associated symptoms in post-treatment cancer patients: A randomized-controlled trial. *Psycho-Oncology*, 29(7), 1165-1173. doi: 10.1002/pon.5395
- Grégoire, C., Faymonville, M., Vanhaudenhuyse, A., Jerusalem, G., Willems, S., & Bragard, I. (2021). Randomized controlled trial of a group intervention combining self-hypnosis and self-care: secondary results on self-esteem, emotional distress and regulation, and mindfulness in post-treatment cancer patients. *Quality Of Life Research*, 30(2), 425-436. doi: 10.1007/s11136-020-02655-7
- Grégoire, C., Nicolas, H., Bragard, I., Delevallez, F., Merckaert, I., & Razavi, D. et al. (2018). Efficacy of a hypnosis-based intervention to improve well-being during cancer: a comparison between prostate and breast cancer patients. *BMC Cancer*, 18(1). doi: 10.1186/s12885-018-4607-z
- Grilo, A., Santos, B., Baptista, I., & Monsanto, F. (2021). Exploring the cancer patients' experiences during external radiotherapy: A systematic review and thematic

- synthesis of qualitative and quantitative evidence. *European Journal Of Oncology Nursing*, 52, 101965. doi: 10.1016/j.ejon.2021.101965
- Gregurek, R., Bras, M., Dordevic, V., Ratkovic, A. & Brajkovic, L. (2010). Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 227–230.
- Halsband, U., Mueller, S., Hinterberger, T., & Strickner, S. (2009). Plasticity Changes in the brain in hypnosis and meditation. *Contemporary Hypnosis*, 194-215. https://www.researchgate.net/publication/229924090_Plasticity_changes_in_the_brain_in_hypnosis_and_meditation
- Hawker S., Payne S., Kerr C., Hardey M. & Powell J. (2002). Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qualitative Health Research* 12, 1284–1299.
- Holdevici, I., & Crăciun, B. (2013). Hypnosis in the Treatment of Patients with Anxiety Disorders. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 471–475. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.04.333>
- Hopko, R., Bell, J., Armento, M., Robertson, S., Hunt, M., Wolf, N. & Mullane, C. (2008) The phenomenology and screening of clinical depression in cancer patients. *J Psychosoc Oncol.*, 26(1), 31-51. https://www.researchgate.net/publication/5771841_The_Phenomenology_and_Screening_of_Clinical_Depression_in_Cancer_Patients
- Howard, J. (2015). Performance Status in Patients With Cancer. *Jama Oncology*, 1(7), 998.
- International Agency for Reserch on Cancer (2021) - WHO. <https://gco.iarc.fr>
- Irwin, M. (2007). Depression and Risk of Cancer Progression: An Elusive Link. *Journal Of Clinical Oncology*, 25 (17), 2343-2344. <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2007.10.7292>
- Irving, G., & Lloyd-Williams, M. (2010). Depression in advanced cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 395-399
- Jamieson, G., & Sheehan, P. (2004). An empirical test of Woody and Bower's dissociated control theory of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52, 232-249. <https://doi.org/10.1080/0020714049052349>

- Jensen, M., Gralow, J., Braden, A., Gertz, K., Fann, J., & Syrjala, K. (2012). Hypnosis for Symptom Management in Women With Breast Cancer: A Pilot Study. *International Journal Of Clinical And Experimental Hypnosis*, *60*(2), 135-159. doi: 10.1080/00207144.2012.648057
- Kirsch, I., Council, J., & Wickless, C. (1990). Subjective scoring for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *38*(2), 125-138.
- Laird, B., Boyd, A., Colvin, L., & Fallon, M. (2009). Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review. *Psycho-Oncology*, *18*(5), 459-464. <https://doi.org/10.1002/pon.1431>
- Landier, W. & Alice, M. (2010) Use of complementary and alternative medical interventions for the management of procedure-related pain, anxiety, and distress in pediatric oncology: an integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, *25*(6), 566-579. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4944826/>
- Levitan, A. (1992). The use of hypnosis with cancer patients. *Psychiatric Medicine*, *10*(1), 119-131.
- Lim, C., Devi, M. & Ang, E. (2011). Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc*, *9*(3), 215-35.
- Lima, C., Santos, J., Magalhães, A., Caldas, C., Erdmann, A. & Santos, I. (2016). Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada nos dados para pesquisa/ cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ* *24* (5), 1-5.
- Linde, K., & Willich, S. (2003). How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. *J R Soc Med*, *96*, 17-22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539366/>
- Maes, M., Berk, M., Goehler, L. & Song, C. (2012). Depression and sickness behavior are Janus-faced responses to shared inflammatory pathways. *BMC Med*, *10* (66). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-66>
- Maia, A. (2002). Emoções e sistema imunológico: um olhar sobre a Psiconeuroimunologia. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, *2*, 207-225.

- Martin, E., Bulsara, C., Battaglini, C., Hands, B., & Naumann, F. (2015). Breast and prostate cancer survivor responses to group exercise and supportive group psychotherapy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 33, 620–34
- Martín, M. (2013). *Hipnose: surpresa e hipnoidal como fatores da mudança terapêutica nos distúrbios emocionais*. (Master's thesis, Universidade de Coimbra). Repositório científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/24523/1/Hipnose.pdf>
- Marto, J. (2013). Hipnose: um pouco de história. In J. Marto & M. Simões (Eds). *Hipnose clínica - teoria, pesquisa e prática* (pp. 3-30). Lidel
- Marto, J. & Simões, M. (2013). *Hipnose clínica - teoria, pesquisa e prática*. Lidel
- Meleis A. (2007). *Theoretical nursing: development e progress*. Philadelphia: Lippincott, 832.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., et al. (2000) Experiencing Transitions: An Emerging MiddleRange Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Ministério Da Saúde. (2019). *Relatório Anual. Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2021). Cancer. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/
- Owen, J. E., Klapow, J. C., Roth, D. L., & Tucker, D. C. (2004). Use of the internet for information and support: disclosure among persons with breast and prostate cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 491–505.
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., & Mulrow, C. et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(89), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Pereira, Â., & Bachion, M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de*

- Pereira, M. (2012). *A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*. (Master's thesis, ESEnfC).
- Pereira, M., & Lopes, C. (2002). *O Doente Oncológico e a sua Família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Plaskota, M., Lucas, C., Evans, R., Pizzoferro, K., Saini, T., & Cook, K. (2012). A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(2), 69–75. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.2.69>
- Polit, F., & Beck, T. (2016). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem-: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem*. Artmed.
- Pontes, R. (2009). *Tradução e adaptação para português da escala de grupo de suscetibilidade hipnótica de Harvard: Versão A*. (Master's thesis, Instituto Superior de Psicologia Aplicada). Repositório do ISPA - Instituto Universitário. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/4731>
- Rajasekaran, M., Edmonds, P., & Higginson, I. (2005). Systematic review of hypnotherapy for treating symptoms in terminally ill adult cancer patients. *Palliative Medicine*, 19(5), 418-426. doi: 10.1191/0269216305pm1030oa
- Reeve, J., Lloyd-Williams, M. & Dowrick, C. (2008). Revisiting depression in palliative care settings: the need to focus on clinical utility over validity. *Palliat Med.*, 22(4), 383-391.
- Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: II série, nº 515. <https://dre.pt/home/-/dre/115932570/details/maximized>
- Reich, M., Lesur, A., Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*, 110(1), 9-17. https://www.researchgate.net/publication/6165561_Depression_quality_of_life_and_breast_cancer_A_review_of_the_literature
- Rosenberg, J. P. (2009). Circles in the surf: Australian masculinity, mortality and grief. *Critical Public Health*, 19, 417–426.

- Sena, A. (2016). *Cérebro, saúde e sociedade*. Lidel
- Sharrock J., Grigg M., Happell, B., Keeble-Devlin, B., & Jennings, S. (2006). The mental health nurse: A valuable addition to the consultation-liaison team. *International Journal of Mental Health Nursing*, (15), 35–43. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00393.x>
- Shor, R., & Orne, E. (1963). Norms of the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 11, 39-47.
- Spiegel, H. (2010). An Eye-Roll Test for Hypnotizability. *The American journal of clinical hypnosis*, 53(1), 15-8. doi:10.1080/00029157.2010.10401743
- Syrjala, K., Cummings, C., & Donaldson, G. (1992). Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain*, 48(2), 137–146. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(92\)90049-h](https://doi.org/10.1016/0304-3959(92)90049-h)
- Sousa, G. (2015). Oncologia - Aspectos Gerais. In E. Albuquerque & A. Cabral (Eds.), *Psico-oncologia - Temas fundamentais* (pp. 3-14). Lidel
- Tsehay, M., Belete, A., & Necho, M. (2021). Factors associated with Psychological Distress and Brief Resilient Coping Level during the COVID-19 Pandemic among Health-Care Professionals in Dessie, Ethiopia. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 1213-1221. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S288562>.
- Vale, C. (2015). Perturbações de ansiedade. In E. Albuquerque & A. Cabral (Eds.), *Psico-oncologia - Temas fundamentais* (pp. 205-216). Lidel
- Viertio, S., Kiviruuu, O., Piirtola, M., Kaprio, J., Korhonen, T., Marttunen, M., & Suvisaari, J. (2021). Factors contributing to psychological distress in the working population, with a special reference to gender difference. *BMC Public Health*, 21(611), 2-17. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10560-y>.
- Téllez, A., Rodríguez-Padilla, C., Martínez-Rodríguez, J., Juárez-García, D., Sanchez-Armass, O., Sánchez, T., Segura, G. & Jaime-Bernal, L. (2017). Psychological Effects of Group Hypnotherapy on Breast Cancer Patients During Chemotherapy. *American Journal Of Clinical Hypnosis*, 60(1), 68-84. doi: 10.1080/00029157.2016.1210497

- Wasan, D., Artamonov, M. & Nedeljkovic, S. (2005). Delirium, depression, and anxiety in the treatment of cancer pain. *Techniques in Regional Anesthesia & Pain Management*, 3(9), 139-144. <https://doi.org/10.1053/j.trap.2005.06.006>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wild, M. (2004). Can psychological factors help us to determine adherence to CPAP? A prospective study. *European Respiratory Journal*, 24(3), 461–465. <https://doi.org/10.1183/09031936.04.00114603>
- Youssef, S. (2013). *Is Hypnotherapy an Effective Treatment for Depression?* PCOM, Physician Assistant Studies Student Scholarship.

ANEXOS

ANEXO I - Checklist PRSIMA 2020

Section and Topic	Item	Elements recommended for reporting
TITLE		
TITLE	1	<ul style="list-style-type: none"> Identify the report as a systematic review in the title. Report an informative title that provides key information about the main objective or question the review addresses (e.g. the population(s) and intervention(s) the review addresses). <i>Consider providing additional information in the title, such as the method of analysis used, the designs of included studies, or an indication that the review is an update of an existing review, or a continually updated (“living”) systematic review.</i>
ABSTRACT		
ABSTRACT	2	<ul style="list-style-type: none"> Report an abstract addressing each item in the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.
INTRODUCTION		
RATIONALE	3	<ul style="list-style-type: none"> Describe the current state of knowledge and its uncertainties. Articulate why it is important to do the review. If other systematic reviews addressing the same (or a largely similar) question are available, explain why the current review was considered necessary. If the review is an update or replication of a particular systematic review, indicate this and cite the previous review. If the review examines the effects of interventions, also briefly describe how the intervention(s) examined might work. <i>If there is complexity in the intervention or context of its delivery (or both) (e.g. multi-component interventions, equity considerations), consider presenting a logic model to visually display the hypothesised relationship between intervention components and outcomes.</i>
OBJECTIVES	4	<ul style="list-style-type: none"> Provide an explicit statement of all objective(s) or question(s) the review addresses, expressed in terms of a relevant question formulation framework. If the purpose is to evaluate the effects of interventions, use the Population, Intervention, Comparator, Outcome (PICO) framework or one of its variants, to state the comparisons that will be made.
METHODS		

ELIGIBILITY
CRITERIA

5

- Specify all study characteristics used to decide whether a study was eligible for inclusion in the review, that is, components described in the PICO framework or one of its variants, and other characteristics, such as eligible study design(s) and setting(s), and minimum duration of follow-up.
 - Specify eligibility criteria with regard to report characteristics, such as year of dissemination, language, and report status (e.g. whether reports, such as unpublished manuscripts and conference abstracts, were eligible for inclusion).
 - Clearly indicate if studies were ineligible because the outcomes of interest were not measured, or ineligible because the results for the outcome of interest were not reported.
 - Specify any groups used in the synthesis (e.g. intervention, outcome and population groups) and link these to the comparisons specified in the objectives (item #4).
 - *Consider providing rationales for any notable restrictions to study eligibility.*
-

Section and Topic	Item	Elements recommended for reporting
INFORMATION SOURCES	6	<ul style="list-style-type: none"> • Specify the date when each source (e.g. database, register, website, organisation) was last searched or consulted. • If bibliographic databases were searched, specify for each database its name (e.g. MEDLINE, CINAHL), the interface or platform through which the database was searched (e.g. Ovid, EBSCOhost), and the dates of coverage (where this information is provided). • If study registers, regulatory databases and other online repositories were searched, specify the name of each source and any date restrictions that were applied. • If websites, search engines or other online sources were browsed or searched, specify the name and URL of each source. • If organisations or manufacturers were contacted to identify studies, specify the name of each source. • If individuals were contacted to identify studies, specify the types of individuals contacted (e.g. authors of studies included in the review or researchers with expertise in the area). • If reference lists were examined, specify the types of references examined (e.g. references cited in study reports included in the systematic review, or references cited in systematic review reports on the same or similar topic). • If cited or citing reference searches (also called backward and forward citation searching) were conducted, specify the bibliographic details of the reports to which citation searching was applied, the citation index or platform used (e.g. Web of Science), and the date the citation searching was done. • If journals or conference proceedings were consulted, specify of the names of each source, the dates covered and how they were searched (e.g. handsearching or browsing online).

SEARCH
STRATEGY

7

- Provide the full line by line search strategy as run in each database with a sophisticated interface (such as Ovid), or the sequence of terms that were used to search simpler interfaces, such as search engines or websites.
- Describe any limits applied to the search strategy (e.g. date or language) and justify these by linking back to the review's eligibility criteria.
- If published approaches, including search filters designed to retrieve specific types of records or search strategies from other systematic reviews, were used, cite them. If published approaches were adapted, for example if search filters are amended, note the changes made.
- If natural language processing or text frequency analysis tools were used to identify or refine keywords, synonyms or subject indexing terms to use in the search strategy, specify the tool(s) used.
- If a tool was used to automatically translate search strings for one database to another, specify the tool used.
- If the search strategy was validated, for example by evaluating whether it could identify a set of clearly eligible studies, report the validation process used and specify which studies were included in the validation set.
- If the search strategy was peer reviewed, report the peer review process used and specify any tool used such as the Peer Review of Electronic Search Strategies (PRESS) checklist.
- If the search strategy structure adopted was not based on a PICO-style approach, describe the final conceptual structure and any explorations that were undertaken to achieve it.

SELECTION
PROCESS

8

Recommendations for reporting regardless of the selection processes used:

- Report how many reviewers screened each record (title/abstract) and each report retrieved, whether multiple reviewers worked independently at each stage of screening or not, and any processes used to resolve disagreements between screeners.
- Report any processes used to obtain or confirm relevant information from study investigators.
- If abstracts or articles required translation into another language to determine their eligibility, report how these were translated.

Recommendations for reporting in systematic reviews using automation tools in the selection process:

- Report how automation tools were integrated within the overall study selection process.
-

Section and Topic	Item	Elements recommended for reporting
		<ul style="list-style-type: none"> • If an externally derived machine learning classifier was applied (e.g. Cochrane RCT Classifier), either to eliminate records or to replace a single screener, include a reference or URL to the version used. If the classifier was used to eliminate records <i>before screening</i>, report the number eliminated in the PRISMA flow diagram as ‘Records marked as ineligible by automation tools’. • If an internally derived machine learning classifier was used to assist with the screening process, identify the software/classifier and version, describe how it was used (e.g. to remove records or replace a single screener) and trained (if relevant), and what internal or external validation was done to understand the risk of missed studies or incorrect classifications. • If machine learning algorithms were used to prioritise screening (whereby unscreened records are continually re-ordered based on screening decisions), state the software used and provide details of any screening rules applied. <p><i>Recommendations for reporting in systematic reviews using crowdsourcing or previous ‘known’ assessments in the selection process:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • If crowdsourcing was used to screen records, provide details of the platform used and specify how it was integrated within the overall study selection process. • If datasets of already-screened records were used to eliminate records retrieved by the search from further consideration, briefly describe the derivation of these datasets.
DATA COLLECTION PROCESS	9	<ul style="list-style-type: none"> • Report how many reviewers collected data from each report, whether multiple reviewers worked independently or not, and any processes used to resolve disagreements between data collectors. • Report any processes used to obtain or confirm relevant data from study investigators. • If any automation tools were used to collect data, report how the tool was used, how the tool was trained, and what internal or external validation was done to understand the risk of incorrect extractions. • If articles required translation into another language to enable data collection, report how these articles were translated. • If any software was used to extract data from figures, specify the software used.

		<ul style="list-style-type: none"> If any decision rules were used to select data from multiple reports corresponding to a study, and any steps were taken to resolve inconsistencies across reports, report the rules and steps used.
DATA ITEMS (outcomes)	10a	<ul style="list-style-type: none"> List and define the outcome domains and time frame of measurement for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought, and if not, what process was used to select results within eligible domains. If any changes were made to the inclusion or definition of the outcome domains, or to the importance given to them in the review, specify the changes, along with a rationale. If any changes were made to the processes used to select results within eligible outcome domains, specify the changes, along with a rationale. <i>Consider specifying which outcome domains were considered the most important for interpreting the review's conclusions and provide rationale for the labelling (e.g. "a recent core outcome set identified the outcomes labelled 'critical' as being the most important to patients").</i>
DATA ITEMS (other variables)	10b	<ul style="list-style-type: none"> List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information from the studies. If a tool was used to inform which data items to collect, cite the tool used.
STUDY RISK OF BIAS ASSESSMENT	11	<ul style="list-style-type: none"> Specify the tool(s) (and version) used to assess risk of bias in the included studies. Specify the methodological domains/components/items of the risk of bias tool(s) used. Report whether an overall risk of bias judgement that summarised across domains/components/items was made, and if so, what rules were used to reach an overall judgement.

Section and Topic	Item	Elements recommended for reporting
		<ul style="list-style-type: none"> • If any adaptations to an existing tool to assess risk of bias in studies were made, specify the adaptations. • If a new risk of bias tool was developed for use in the review, describe the content of the tool and make it publicly accessible. • Report how many reviewers assessed risk of bias in each study, whether multiple reviewers worked independently, and any processes used to resolve disagreements between assessors. • Report any processes used to obtain or confirm relevant information from study investigators. • If an automation tool was used to assess risk of bias, report how the automation tool was used, how the tool was trained, and details on the tool's performance and internal validation.
EFFECT MEASURES	12	<ul style="list-style-type: none"> • Specify for each outcome (or type of outcome [e.g. binary, continuous]), the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results. • State any thresholds (or ranges) used to interpret the size of effect (e.g. minimally important difference; ranges for no/trivial, small, moderate and large effects) and the rationale for these thresholds. • If synthesized results were re-expressed to a different effect measure, report the method used to re-express results (e.g. meta-analysing risk ratios and computing an absolute risk reduction based on an assumed comparator risk). • <i>Consider providing justification for the choice of effect measure.</i>
SYNTHESIS METHODS (eligibility for synthesis)	13a	<ul style="list-style-type: none"> • Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis.
SYNTHESIS METHODS (preparing for synthesis)	13b	<ul style="list-style-type: none"> • Report any methods required to prepare the data collected from studies for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.

SYNTHESIS METHODS (tabulation and graphical methods)	13c	<ul style="list-style-type: none"> • Report chosen tabular structure(s) used to display results of individual studies and syntheses, along with details of the data presented. • Report chosen graphical methods used to visually display results of individual studies and syntheses. • <i>If studies are ordered or grouped within tables or graphs based on study characteristics (e.g. by size of the study effect, year of publication), consider reporting the basis for the chosen ordering/grouping.</i> • <i>If non-standard graphs were used, consider reporting the rationale for selecting the chosen graph.</i>
SYNTHESIS METHODS (statistical synthesis methods)	13d	<ul style="list-style-type: none"> • If statistical synthesis methods were used, reference the software, packages and version numbers used to implement synthesis methods. • If it was not possible to conduct a meta-analysis, describe and justify the synthesis methods or summary approach used. • If meta-analysis was done, specify: <ul style="list-style-type: none"> ◦ the meta-analysis model (fixed-effect, fixed-effects or random-effects) and provide rationale for the selected model. ◦ the method used (e.g. Mantel-Haenszel, inverse-variance). ◦ any methods used to identify or quantify statistical heterogeneity (e.g. visual inspection of results, a formal statistical test for heterogeneity, heterogeneity variance (r^2), inconsistency (e.g. I^2), and prediction intervals). • If a random-effects meta-analysis model was used: <ul style="list-style-type: none"> ◦ specify the between-study (heterogeneity) variance estimator used (e.g. DerSimonian and Laird, restricted maximum likelihood (REML)). ◦ specify the method used to calculate the confidence interval for the summary effect (e.g. Wald-type confidence interval, Hartung-Knapp-Sidik-Jonkman). ◦ <i>consider specifying other details about the methods used, such as the method for calculating confidence limits for the heterogeneity variance.</i>

Section and Topic	Item	Elements recommended for reporting
SYNTHESIS METHODS (methods to explore heterogeneity)	13e	<ul style="list-style-type: none"> • If a Bayesian approach to meta-analysis was used, describe the prior distributions about quantities of interest (e.g. intervention effect being analysed, amount of heterogeneity in results across studies). • If multiple effect estimates from a study were included in a meta-analysis, describe the method(s) used to model or account for the statistical dependency (e.g. multivariate meta-analysis, multilevel models or robust variance estimation). • If a planned synthesis was not considered possible or appropriate, report this and the reason for that decision.
		<ul style="list-style-type: none"> • If methods were used to explore possible causes of statistical heterogeneity, specify the method used (e.g. subgroup analysis, meta-regression). • If subgroup analysis or meta-regression was performed, specify for each: <ul style="list-style-type: none"> ◦ which factors were explored, levels of those factors, and which direction of effect modification was expected and why (where possible). ◦ whether analyses were conducted using study-level variables (i.e. where each study is included in one subgroup only), within-study contrasts (i.e. where data on subsets of participants within a study are available, allowing the study to be included in more than one subgroup), or some combination of the above. ◦ how subgroup effects were compared (e.g. statistical test for interaction for subgroup analyses). • If other methods were used to explore heterogeneity because data were not amenable to meta-analysis of effect estimates (e.g. structuring tables to examine variation in results across studies based on subpopulation), describe the methods used, along with the factors and levels. • If any analyses used to explore heterogeneity were not pre-specified, identify them as such.
SYNTHESIS METHODS (sensitivity analyses)	13f	<ul style="list-style-type: none"> • If sensitivity analyses were performed, provide details of each analysis (e.g. removal of studies at high risk of bias, use of an alternative meta-analysis model). • If any sensitivity analyses were not pre-specified, identify them as such.

REPORTING BIAS ASSESSMENT	14	<ul style="list-style-type: none"> • Specify the methods (tool, graphical, statistical or other) used to assess the risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases). • If risk of bias due to missing results was assessed using an existing tool, specify the methodological components/domains/items of the tool, and the process used to reach a judgement of overall risk of bias. • If any adaptations to an existing tool to assess risk of bias due to missing results were made, specify the adaptations. • If a new tool to assess risk of bias due to missing results was developed for use in the review, describe the content of the tool and make it publicly accessible. • Report how many reviewers assessed risk of bias due to missing results in a synthesis, whether multiple reviewers worked independently, and any processes used to resolve disagreements between assessors. • Report any processes used to obtain or confirm relevant information from study investigators. • If an automation tool was used to assess risk of bias due to missing results, report how the automation tool was used, how the tool was trained, and details on the tool's performance and internal validation.
CERTAINTY ASSESSMENT	15	<ul style="list-style-type: none"> • Specify the tool or system (and version) used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence. • Report the factors considered (e.g. precision of the effect estimate, consistency of findings across studies) and the criteria used to assess each factor when assessing certainty in the body of evidence. • Describe the decision rules used to arrive at an overall judgement of the level of certainty, together with the intended interpretation (or definition) of each level of certainty. • If applicable, report any review-specific considerations for assessing certainty, such as thresholds used to assess imprecision and ranges of magnitude of effect that might be considered trivial, moderate or large, and the rationale for these thresholds and ranges (item #12).

Section and Topic	Item	Elements recommended for reporting
		<ul style="list-style-type: none"> • If any adaptations to an existing tool or system to assess certainty were made, specify the adaptations. • Report how many reviewers assessed certainty in the body of evidence for an outcome, whether multiple reviewers worked independently, and any processes used to resolve disagreements between assessors. • Report any processes used to obtain or confirm relevant information from investigators. • If an automation tool was used to support the assessment of certainty, report how the automation tool was used, how the tool was trained, and details on the tool’s performance and internal validation. • Describe methods for reporting the results of assessments of certainty, such as the use of Summary of Findings tables. • If standard phrases that incorporate the certainty of evidence were used (e.g. “hip protectors <i>probably</i> reduce the risk of hip fracture slightly”), report the intended interpretation of each phrase and the reference for the source guidance.
RESULTS		
STUDY SELECTION (flow of studies)	16a	<ul style="list-style-type: none"> • Report, ideally using a flow diagram, the number of: records identified; records excluded before screening; records screened; records excluded after screening titles or titles and abstracts; reports retrieved for detailed evaluation; potentially eligible reports that were not retrievable; retrieved reports that did not meet inclusion criteria and the primary reasons for exclusion; and the number of studies and reports included in the review. If applicable, also report the number of ongoing studies and associated reports identified. • If the review is an update of a previous review, report results of the search and selection process for the current review and specify the number of studies included in the previous review. • If applicable, indicate in the PRISMA flow diagram how many records were excluded by a human and how many by automation tools.
STUDY SELECTION (excluded studies)	16b	<ul style="list-style-type: none"> • Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.

STUDY CHARACTERISTICS	17	<ul style="list-style-type: none"> • Cite each included study. • Present the key characteristics of each study in a table or figure (considering a format that will facilitate comparison of characteristics across the studies). • <i>If the review examines the effects of interventions, consider presenting an additional table that summarises the intervention details for each study.</i>
RISK OF BIAS IN STUDIES	18	<ul style="list-style-type: none"> • Present tables or figures indicating for each study the risk of bias in each domain/component/item assessed (e.g. blinding of outcome assessors, missing outcome data) and overall study-level risk of bias. • Present justification for each risk of bias judgement, for example in the form of relevant quotations from reports of included studies. • <i>If assessments of risk of bias were done for specific outcomes or results in each study, consider displaying risk of bias judgements on a forest plot, next to the study results.</i>
RESULTS OF INDIVIDUAL STUDIES	19	<ul style="list-style-type: none"> • For all outcomes, irrespective of whether statistical synthesis was undertaken, present for each study summary statistics for each group (where appropriate). For dichotomous outcomes, report the number of participants with and without the events for each group; or the number with the event and the total for each group (e.g. 12/45). For continuous outcomes, report the mean, standard deviation and sample size of each group. • For all outcomes, irrespective of whether statistical synthesis was undertaken, present for each study an effect estimate and its precision (e.g. standard error or 95% confidence/credible interval). For example, for time-to-event outcomes, present a hazard ratio and its confidence interval. • If study-level data is presented visually or reported in the text (or both), also present a tabular display of the results. • If results were obtained from multiple data sources (e.g. journal article, study register entry, clinical study report, correspondence with authors), report the source of the data. • If applicable, indicate which results were not reported directly and had to be computed or estimated from other information.

Section and Topic	Item	Elements recommended for reporting
RESULTS OF SYNTHESIS (characteristics of contributing studies)	20a	<ul style="list-style-type: none"> • Provide a brief summary of the characteristics and risk of bias among studies contributing to each synthesis (meta-analysis or other). The summary should focus only on study characteristics that help in interpreting the results (especially those that suggest the evidence addresses only a restricted part of the review question, or indirectly addresses the question). • Indicate which studies were included in each synthesis (e.g. by listing each study in a forest plot or table or citing studies in the text).
RESULTS OF SYNTHESSES (results of statistical syntheses)	20b	<ul style="list-style-type: none"> • Report results of all statistical syntheses described in the protocol and all syntheses conducted that were not pre-specified. • If meta-analysis was conducted, report for each: <ul style="list-style-type: none"> ◦ the summary estimate and its precision (e.g. standard error or 95% confidence/credible interval) ◦ measures of statistical heterogeneity (e.g. r^2, I^2, prediction interval) • If other statistical synthesis methods were used (e.g. summarising effect estimates, combining P values), report the synthesized result and a measure of precision (or equivalent information, for example, the number of studies and total sample size). • If the statistical synthesis method does not yield an estimate of effect (e.g. as is the case when P values are combined), report the relevant statistics (e.g. P value from the statistical test), along with an interpretation of the result that is consistent with the question addressed by the synthesis method. • If comparing groups, describe the direction of effect (e.g. fewer events in the intervention group, or higher pain in the comparator group). • If synthesising mean differences, specify for each synthesis, where applicable, the unit of measurement (e.g. kilograms or pounds for weight), the upper and lower limits of the measurement scale (e.g. anchors range from 0 to 10), direction of benefit (e.g. higher scores denote higher severity of pain), and the minimally important difference, if known. If synthesising standardised mean differences, and the effect estimate is being re-expressed to a particular instrument, details of the instrument, as per the

mean difference, should be reported.

RESULTS OF
SYNTHESES
(results of
investigations of
heterogeneity)

20c

- If investigations of possible causes of heterogeneity were conducted:
 - present results regardless of the statistical significance, magnitude, or direction of effect modification.
 - identify the studies contributing to each subgroup.
 - report results with due consideration to the observational nature of the analysis and risk of confounding due to other factors.
- If subgroup analysis was conducted:
 - report for each analysis the exact P value for a test for interaction, as well as, within each subgroup, the summary estimates, their precision (e.g. standard error or 95% confidence/credible interval) and measures of heterogeneity.
 - *consider presenting the estimate for the difference between subgroups and its precision.*
- If meta-regression was conducted:
 - report for each analysis the exact P value for the regression coefficient and its precision.
 - *consider presenting a meta-regression scatterplot with the study effect estimates plotted against the potential effect modifier.*
- If informal methods (i.e. those that do not involve a formal statistical test) were used to investigate heterogeneity, describe the results observed.

RESULTS OF
SYNTHESES

(results of
sensitivity analyses)

20d

- If any sensitivity analyses were conducted:
 - report the results for each sensitivity analysis.
 - comment on how robust the main analysis was given the results of all corresponding sensitivity analyses.
 - *consider presenting results in tables that indicate: (i) the summary effect estimate, a measure of precision (and potentially other relevant statistics, for example, I^2 statistic) and contributing studies for the original meta-analysis; (ii) the same information for the sensitivity analysis; and*
-

(iii) details of the original and sensitivity analysis assumptions.

- o *consider presenting results of sensitivity analyses visually using forest plots.*
-

Section and Topic	Item	Elements recommended for reporting
REPORTING BIASES	21	<ul style="list-style-type: none"> • Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed. • If a tool was used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis, present responses to questions in the tool, judgements about risk of bias and any information used to support such judgements. • If a funnel plot was generated to evaluate small-study effects (one cause of which is reporting biases), present the plot and specify the effect estimate and measure of precision used in the plot. If a contour-enhanced funnel plot was generated, specify the ‘milestones’ of statistical significance that the plotted contour lines represent (P = 0.01, 0.05, 0.1, etc.) • If a test for funnel plot asymmetry was used, report the exact P value observed for the test, and potentially other relevant statistics, for example the standardised normal deviate, from which the P value is derived. • If any sensitivity analyses seeking to explore the potential impact of missing results on the synthesis were conducted, present results of each analysis (see item #20d), compare them with results of the primary analysis, and report results with due consideration of the limitations of the statistical method. • <i>If studies were assessed for selective non-reporting of results by comparing outcomes and analyses pre-specified in study registers, protocols, and statistical analysis plans with results that were available in study reports, consider presenting a matrix (with rows as studies and columns as syntheses) to present the availability of study results.</i> • <i>If an assessment of selective non-reporting of results reveals that some studies are missing from the synthesis, consider displaying the studies with missing results underneath a forest plot or including a table with the available study results.</i>
CERTAINTY OF EVIDENCE	22	<ul style="list-style-type: none"> • Report the overall level of certainty (or confidence) in the body of evidence for each important outcome. • Provide an explanation of reasons for rating down (or rating up) the certainty of evidence (e.g. in footnotes to an evidence summary table). • Communicate certainty in the evidence wherever results are reported (i.e. abstract, evidence

summary tables, results, conclusions), using a format appropriate for the section of the review.

- *Consider including evidence summary tables, such as GRADE Summary of Findings tables.*

DISCUSSION

DISCUSSION (interpretation)	23a	<ul style="list-style-type: none">• Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.
--------------------------------	-----	---

DISCUSSION (limitations of evidence)	23b	<ul style="list-style-type: none">• Discuss any limitations of the evidence included in the review.
---	-----	---

DISCUSSION (limitations of review processes)	23c	<ul style="list-style-type: none">• Discuss any limitations of the review processes used, and comment on the potential impact of each limitation.
---	-----	---

DISCUSSION (implications)	23d	<ul style="list-style-type: none">• Discuss implications of the results for practice and policy.• Make explicit recommendations for future research.
------------------------------	-----	---

OTHER INFORMATION

REGISTRATION AND PROTOCOL (registration)	24a	<ul style="list-style-type: none">• Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.
---	-----	--

REGISTRATION AND PROTOCOL (protocol)	24b	<ul style="list-style-type: none">• Indicate where the review protocol can be accessed (e.g. by providing a citation, DOI or link), or state that a protocol was not prepared.
---	-----	--

Section and Topic	Item	Elements recommended for reporting
REGISTRATION AND PROTOCOL (amendments)	24c	<ul style="list-style-type: none"> Report details of any amendments to information provided at registration or in the protocol, noting: (a) the amendment itself; (b) the reason for the amendment; and (c) the stage of the review process at which the amendment was implemented.
SUPPORT	25	<ul style="list-style-type: none"> Describe sources of financial or non-financial support for the review, specifying relevant grant ID numbers for each funder. If no specific financial or non-financial support was received, this should be stated. Describe the role of the funders or sponsors (or both) in the review. If funders or sponsors had no role in the review, this should be declared.
COMPETING INTERESTS	26	<ul style="list-style-type: none"> Disclose any of the authors' relationships or activities that readers could consider pertinent or to have influenced the review. If any authors had competing interests, report how they were managed for particular review processes.
AVAILABILITY OF DATA, CODE, AND OTHER MATERIALS	27	<ul style="list-style-type: none"> Report which of the following are publicly available: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review. If any of the above materials are publicly available, report where they can be found (e.g. provide a link to files deposited in a public repository). If data, analytic code, or other materials will be made available upon request, provide the contact details of the author responsible for sharing the materials and describe the circumstances under which such materials will be shared.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Guiões de hipnose

Sugestões para o Tratamento da Dor: Incluíam sugestões para a diminuição da dor, relaxamento profundo, analgesia hipnótica, diminuição do desconforto da dor e substituição sensorial.

Sugestões de gestão de fadiga: Incluíam sugestões para estar atento aos ciclos naturais tais como, sentir a energia após períodos de descanso e ressignificar sentimentos de fadiga como sentimentos de "repouso" e relaxamento:

Guião:

"E pode se lembrar que o estado natural do corpo é sentir-se com energia após períodos de descanso, e informá-lo quando é o momento apropriado para descansar e, depois de descansar, sentir-se revitalizado novamente. Um padrão e ritmo naturais... descanso... energia... descanso... energia. Você sabe disso tão bem... é como a sua mente e o seu corpo funcionam desde antes de você nascer. O que pode ser útil lembrar... é que pode permitir ter períodos de descanso quando for apropriado... e então, após esses períodos de descanso, você pode realmente experimentar uma sensação de energia... uma sensação de ser capaz de realizar o que você deseja realizar. ... Na verdade, você já está a descansar há alguns minutos hoje... agora mesmo... para saber que, quando terminar esta sessão, pode acordar e sentir-se descansado e revitalizado. ... Apenas sinta-se bem. ... E então, quando for a hora de você descansar um pouco, você pode se permitir fazê-lo... não precisa ser um descanso longo... apenas o suficiente para deixar o seu corpo e a sua mente reunirem os recursos para que se sinta revitalizado novamente... talvez 5 minutos, talvez apenas 1 minuto. Você pode encontrar um lugar confortável... respire fundo e segure... segure... e solte... feche os olhos e deixe sua mente e seu corpo descansarem... e quando você acordar você vai se sentir descansado e revitalizado. ... Isso é chamado de andar de um lado para o outro ... apenas pelo tempo que for apropriado ... e dar a si mesmo breves períodos de descanso para que quando você estiver acordado ... você se sinta revitalizado ... a fadiga se torne uma coisa do passado ... você pode focar o seu corpo e mente... e quando precisar de sentir mais energia... apenas faça um bom e breve descanso. Pode ser duas vezes por dia durante alguns dias... pode ser hora a hora noutros dias... só você realmente sabe o que é melhor para si...revitalizado... para que quando esteja acordado, se sinta com energia, alerta, focado... e os períodos de descanso... quando os usa... se sinta tão descansado...

relaxando... o tempo todo e sente-se bem. ... Às vezes relaxado ... às vezes revitalizado ... como você e o seu corpo precisam ... e tire um momento agora, para se imaginar ... nalgum momento no futuro ... andando bem ... descansando . .. e com energia... descansando... e com energia... sentindo-se sempre bem. Imagine-se realmente... e depois traga essas habilidades de volta... e use-as, agora e todos os dias... para que você se possa sentir desperto e cheio de energia quando desejar."

Sugestões de gestão de ondas de calor:

Guião

"Como está a aprender a usar a hipnose para se manter mais confortável e relaxado todos os dias... e aqui encontrando frescura e conforto. Agora indo para um lugar onde é fresco e tão confortável... descobrindo que você está nas montanhas [Nota: Imagens mentais individualizadas para relaxamento e frescura podem ser inseridas aqui e usadas em vez de imagens de montanhas, dependendo da preferência do doente.] ... Está fresco aqui, na verdade há neve por toda parte. ... O ar está muito fresco e é agradável notar a neve branca nas árvores e no chão. ... Você pode querer respirar profundamente o ar fresco... e sentir ondas frescas de conforto fluindo sobre si e através de si ... e sentir-se mais revigorado. ... É o tipo de dia em que o ar fresco e a neve fria são muito bons. ... Este é um lugar muito bonito e talvez possa ver um lago ao longe ... há um caminho diante de si e pode gostar de descer por aquele caminho de montanha.

A cada passo que dá, sente o ar fresco, a sensação fresca de sentir o ar no seu rosto, na sua testa e uma brisa suave nos seus ouvidos. É tão agradável lá ... e observe apenas a frescura enquanto está no topo desta montanha coberta de neve ... ondas frescas de conforto fluindo sobre si e através de si ... e enquanto está lá é possível que a sua mente possa ir para outros momentos em que sentiu tanta frescura e conforto. Talvez a frescura de estar na frente de um ar condicionado... sentir o ar frio... ou a frescura que se pode sentir ao abrir um congelador ou beber água gelada quando está com muita sede e sentir a sensação fresca da água que é clara e limpa, e tão refrescante."

Sugestões para a gestão do padrão do Sono: O doente deve estar preparado para dormir. De seguida deve escolher uma das seguintes estratégias: realizar o relaxamento muscular progressivo sentindo e tentando visualizar cada músculo a contrair e a descontrair, ou, como segunda estratégia, realizar a técnica 3-2-1.

Guião:

"O objetivo da técnica 3-2-1 é o mesmo das outras induções auto-hipnóticas: dar algo interessante para focar a sua atenção e experimentar enquanto a sua mente desacelera. Primeiro, ouça apenas três coisas. Quaisquer três coisas que ouve: o ruído da sua respiração — uma; ou talvez o som de um avião distante — dois; ou talvez o som da sua pele contra o lençol — três. Quaisquer três coisas em tudo. Podem até ser a mesma coisa. Apenas ouça, ouça e conte três coisas. É simples assim. Em seguida, sinta três coisas. Quaisquer três coisas. A sensação do lençol contra a pele — uma. Uma sensação interessante de formigueiro nos membros — dois. Ar frio ou talvez quente no rosto — três. Não importa o que eles são. Quaisquer três coisas servirão. Podem ser diferentes ou iguais. Apenas sinta-os e conte-os, 1, 2, 3. E então, veja três coisas. Permita que três imagens venham à sua mente.

Basta deixá-los aparecer, por conta própria. Uma rosa — uma. Um céu azul — dois. Uma terceira imagem; não importa o que seja, talvez uma praia — três. Quaisquer três imagens. Então, depois de ter visto a terceira imagem, volte e ouça duas coisas e conte-as mentalmente. Depois sinta duas coisas. E veja duas imagens. E ouça uma coisa, sinta uma coisa e veja uma imagem. E comece de novo. Ouça três coisas, sinta três coisas, veja três imagens. E ouça duas coisas, sinta duas coisas, veja duas imagens. E ouça, sinta e veja uma coisa. E de volta ao três. À medida que a mente experimenta o que ouve, sente e vê, à medida que começa a adormecer, provavelmente já perderá a conta. E basta recomeçar. Ouça, sinta e veja três coisas. Ouvir, sentir e ver duas coisas. Ouvir, sentir e ver uma coisa. Pode usar essa estratégia e descobrir que coisas interessantes pode experimentar enquanto mergulha num sono profundo e reparador."

Guião

"Pode estar ciente de que durante uma boa noite de sono o cérebro passa por diferentes estágios. Primeiro, quando está acordado, o seu cérebro está bastante ativo. As suas células cerebrais disparam e comunicam umas com as outras; num vai e volta. ... À medida que uma pessoa começa a ficar relaxada antes de dormir, menos células cerebrais comunicam entre si. O cérebro começa-se a “acalmar” e você começa-se a sentir mais relaxado. ... A partir deste estágio, as pessoas geralmente caem num sono leve. ... A seguir, as pessoas geralmente passam ... para um estágio mais profundo de sono. ... Uma vez que a atividade cerebral fica muito lenta, a pessoa entra no estágio mais profundo do sono, ... [e então] ... o cérebro começa a preparar-se para se tornar

ativo novamente. ... Cada fase do sono parece ser importante para a nossa saúde. Outro fato a ser observado é que as pessoas precisam de quantidades diferentes de sono. ... Além disso, a nossa necessidade de sono parece diminuir um pouco à medida que envelhecemos. ... Outra coisa que não é necessariamente um problema é acordar à noite. Todos nós começamos a acordar mais à noite à medida que envelhecemos. O importante aqui é conseguir voltar a adormecer quando acorda e sentir-se descansado pela manhã. Portanto, é importante entender que não há problema em precisar dormir menos e acordar à noite. Também é importante entender que o seu sono depende da atividade do seu cérebro. E aqui está o que é interessante: pode controlar a atividade no seu cérebro usando as habilidades de auto-hipnose que aprendeu. O que acha que está a acontecer no seu cérebro durante as induções que fazemos e que você está a praticar em casa? [Deixar o doente responder. Se o doente disser que o cérebro “desacelera” durante a hipnose, concorde com entusiasmo (“Isso mesmo!”).]

Sugestões Adicionais: Por fim, são adicionadas sugestões com a finalidade de aumentar o interesse e investimento de cada participante e alcançar objetivos pessoais adicionais que não estão relacionados com sintomatologia, como: aumentar a confiança, a sensação de calma e aumentar o foco em objetivos e atividades.

Auto-hipnose e sugestões pós-hipnóticas: Após a última sugestão hipnótica os participantes recebem sugestões pós-hipnóticas de forma a entender o benefício da intervenção para além do tratamento que já realizam direcionado para o cancro. Estas sugestões baseiam-se na capacidade para praticar e facilmente experimentar a auto-hipnose fora das sessões de tratamento, na capacidade em melhorar os sintomas ao longo do tempo através da prática da hipnose, e nos benefícios da prática da hipnose e da auto-hipnose para além das sessões de tratamento que realizam.