



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA (UNEB)
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA (DCV)
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA (MEPISCO)



LORENA DE CARVALHO ALMEIDA

EFEITOS DA HIPNOSE NA DOR: UM ENSAIO CLÍNICO
EM PACIENTES COM FERIDA CRÔNICA

SALVADOR/BA

2024

LORENA DE CARVALHO ALMEIDA

**EFEITOS DA HIPNOSE NA DOR: UM ENSAIO CLÍNICO
EM PACIENTES COM FERIDA CRÔNICA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO) da Universidade do Estado da Bahia, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Magno Conceição das Mercês

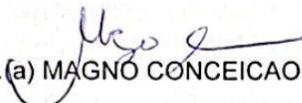
SALVADOR/BA


2024

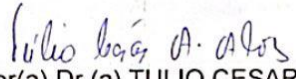
FOLHA DE APROVAÇÃO
"EFEITOS DA HIPNOSE NA DOR: UM ENSAIO CLÍNICO EM PACIENTES COM FERIDA
CRÔNICA"

LORENA DE CARVALHO ALMEIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA – MEPISCO, em 16 de maio de 2024, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:


Professor(a) Dr.(a) MAGNO CONCEICAO DAS MERCES
UNEB
Doutorado em Ciências da Saúde
Universidade Federal da Bahia


Professor(a) Dr.(a) MARCIO COSTA DE SOUZA
UNEB
Doutorado em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública


Professor(a) Dr.(a) TULIO CESAR AZEVEDO ALVES
UNEB
Doutorado em Anestesiologia
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

AGRADECIMENTOS

Ao orientador, Prof.º Dr.º Magno Conceição das Mercês, pelo incentivo, apoio, disponibilidade, compreensão, aconselhamento assertivo, competência. O meu muito obrigado por acreditar em mim e por ser ponte para a concretização desse sonho.

Ao Prof. Dr. Marcio Costa de Souza, ao Prof. Dr. Argemiro D'Oliveira Júnior, à Profa. Dra. Ohana Cunha do Nascimento Araújo por suas contribuições no Exame de Qualificação.

À Referênica Técnica de curativos do DSSF, Fernanda Matheus Estrela, pelo apoio para a realização da pesquisa e por acreditar em todas as inovações propostas no ambiente de trabalho.

À banca avaliadora, Dr. Márcio Costa de Souza e Dr. Túlio César Azevedo Alves, pela disponibilidade e contribuições, tão relevantes para a consolidação desta pesquisa.

Aos colegas participantes do Grupo de Pesquisa Interprofissional em Epidemiologia e Saúde (GPIES), em especial, Abner, Alberto, André, Carolina, Cleyse, João Fernando, Lara, Luis Henrique, Maria Clara, Matheus, Nathylla, Thaís e Thaysi pelo apoio na coleta de dados e na aplicação da auto-hipnose.

À Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal da Secretaria Municipal de Saúde do município de Salvador pela autorização da realização da pesquisa.

Aos gerentes e profissionais de saúde do Multicentro de Saúde da Liberdade e das Unidades de Saúde do DSSF por permitirem a realização da pesquisa.

Aos pacientes por acreditarem no projeto e participarem voluntariamente.

Aos meus amados pais, irmãos, esposo e filho pelo amor, acalento e por todas as vibrações positivas que foram renovo para as minhas forças e impulso para continuar a caminhada.

Aos colegas da turma do MEPISCO, pela amizade, união e fortalecimento contínuo para que o nosso sonho fosse alcançado.

*“Canta uma canção bonita
Falando da vida em ré maior
Canta uma canção daquela
De filosofia
Do mundo bem melhor”.*

Oswaldo Montenegro

RESUMO

INTRODUÇÃO As feridas são caracterizadas como lesões que atingem a estrutura anatômica e fisiológica do órgão envolvido e acometem qualquer indivíduo, embora existam fatores de risco para o seu desenvolvimento. O manejo da dor em pacientes com ferida é complexo e o uso de práticas, como a hipnose, que embora seja antiga, só foi reconhecida recentemente pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2018), e ainda tem sido pouco utilizada pelos enfermeiros, além da escassez de registros científicos da sua utilização na prática clínica, em especial em procedimentos como curativos. **OBJETIVOS** Avaliar a redução da dor em pacientes com ferida crônica sob hipnose, durante a realização do curativo em um multicentro e unidades de saúde do município de Salvador, nos anos de 2023-24. **METODOLOGIA** Tratou-se de um estudo experimental, prospectivo, ensaio clínico randomizado, duplo-cego, compreendeu uma única sessão de intervenção com os participantes, utilizando como técnica a hipnose e a hipnose associada à Programação Neurolinguística (PNL) no grupo intervenção; e no grupo controle o áudio com o som Binaural. A população do estudo foi constituída por pacientes adultos com ferida crônica que apresentavam queixas álgicas, classificadas quanto ao nível da dor em leve, moderada e intensa medida através da NRS-11. Para a análise de amostras não-pareadas foi utilizado o teste de Friedman, e para avaliar os níveis de dor antes e após a intervenção foi utilizado o teste Kruskal-Wallis e por último a análise post-hoc pelo método Dunn-Bonferroni, considerando $p < 0,05$. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Estado da Bahia - UNEB sob o parecer n. 5.939.866/2023, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. **RESULTADOS** Foram avaliados 61 pacientes portadores de feridas com necessidade de realização de curativo na Unidade de Saúde da Família. Destes, 17 foram alocados no grupo controle, 21 no auto-hipnose e 23 no grupo auto-hipnose com PNL. 35 participantes (57,4%) foram classificados com ansiedade mínima e apenas 01 (1,6%) com ansiedade grave. A avaliação de resultado para cada grupo em separado através da análise de amostras pareadas pelo teste de Friedman indicou que o nível de dor referido foi reduzido significativamente em todos os grupos de alocação. A partir, do estudo foi produzido uma qualificação para os profissionais de saúde da atenção básica do município de Salvador, objetivando ampliar as possibilidades terapêuticas e o uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **CONCLUSÃO** A auto-hipnose, a auto-hipnose com PNL e o áudio binaural têm efeitos na redução da dor em pacientes com ferida crônica durante a realização do curativo. Os pacientes com ferida crônica com maiores níveis de ansiedade apresentaram menor redução de dor quando comparados com os pacientes com menores níveis de ansiedade.

Palavras-chave: Hipnose; Dor; Ferimentos e lesões; Terapias Complementares.

ABSTRACT

INTRODUCTION Wounds are characterized as lesions that affect the anatomical and physiological structure of the organ involved and affect any individual, although there are risk factors for their development. Pain management in patients with wounds is complex and the use of practices such as hypnosis, which although old, has only recently been recognized by the Federal Nursing Council (COFEN) (2018), and has still been little used by nurses, in addition to the scarcity of scientific records of its use in clinical practice, especially in procedures such as dressings. **OBJECTIVES** To evaluate the reduction of pain in patients with chronic wounds under hypnosis, during dressing in a multicenter and health units in the municipality of Salvador, in the years 2023-24. **METHODOLOGY** This was an experimental, prospective, randomized, double-blind clinical trial, comprising a single intervention session with the participants, using hypnosis and hypnosis associated with Neurolinguistic Programming (NLP) as a technique in the intervention group; and audio with Binaural sound in the control group. The study population consisted of adult patients with chronic wounds who had pain complaints, classified as mild, moderate and severe pain measured using the NRS-11. Friedman's test was used to analyze unpaired samples and the Kruskal-Wallis test was used to evaluate pain levels before and after the intervention. The post-hoc analysis was carried out using the Dunn-Bonferroni method, considering $p < 0.05$. The study was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Bahia (UNEB) under opinion no. 5.939.866/2023, in accordance with Resolution 466/2012 of the National Health Council. **RESULTS** A total of 61 patients with wounds requiring dressings at the Family Health Unit were assessed. Of these, 17 were allocated to the control group, 21 to the self-hypnosis group and 23 to the self-hypnosis with NLP group. 35 participants (57.4%) were classified as having minimal anxiety and only 01 (1.6%) as having severe anxiety. Evaluating the results for each group separately by analyzing paired samples using the Friedman test indicated that the level of pain reported was significantly reduced in all allocation groups. The study resulted in a training course for primary health care professionals in the municipality of Salvador, with the aim of expanding therapeutic possibilities and the use of Integrative and Complementary Health Practices. **CONCLUSION** Self-hypnosis, self-hypnosis with NLP and binaural audio have an effect on reducing pain in patients with chronic wounds during dressing. Chronic wound patients with higher levels of anxiety showed less pain reduction when compared to patients with lower levels of anxiety.

Keywords: Hypnosis; Pain; Wounds and injuries; Complementary Therapies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustrações gerais	Páginas
Figura 1. Epiderme.....	17
Figura 2. Derme.....	18
Figura 3. A pele e os mediadores neuroendócrinos.....	19
Figura 4. Ferida na fase inflamatória e os fatores de crescimento do processo de cicatrização.....	21
Figura 5. Ferida na fase de angiogênese e reepitelização e as metaloproteases.....	22
Figura 6. Mecanismo da dor desencadeado por uma ferida.....	26
Figura 7. Categorização da Escala Numérica da Dor.....	28
Figura 8. Mecanismo de ação da hipnose.....	31
Figura 9. Hipnose e Neuroplasticidade.....	32
Figura 10. Desenho do estudo e fluxograma dos participantes da pesquisa, 2023-2024.....	38
Figura 11. Níveis de ansiedade de acordo com os grupos de alocação, Salvador, BA, Brasil, 2024.	47
Figura 12. Estratificação da dor antes e após a realização do curativo de acordo com os grupos de alocação, Salvador, BA, Brasil, 2024	48

LISTA DE QUADROS

Quadros	Páginas
Quadro 1. Caracterização das publicações incluídas no estudo, segundo ano/autor /revista, tipo e país onde o estudo foi conduzido, nível de evidência científica, considerações temáticas, síntese das conclusões.	33-36

LISTA DE TABELAS

Tabelas	Páginas
Tabela 1 Caracterização sociodemográfica da população do estudo de acordo com os grupos de alocação, Salvador, BA, Brasil, 2024.	46-47
Tabela 2 Análise post-hoc da comparação entre grupos, Salvador, BA, Brasil, 2024.	48

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AB	Atenção Básica
ACC	Córtex Cingulado Anterior
BPI	Inventário Breve da Dor
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CB1 e CB2	Receptor Canabinóide 1 e 2
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CGRP	Pepitídeo Relacionado com o Gene de Calcitonina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
CRH	Hormônio Liberador da Corticotropina
CRHR	Receptor do Hormônio Liberador de Corticotropina
DRG	Gânglio da Raíz Dorsal
DS	Distrito Sanitário
ECM	Matriz Extracelular
EHS	Escala de Hipnotizabilidade de Elkins
MC	Mastócito
MelC	Melanócito
MPQ	Questionário de dor McGill
MT-1	Receptor de Melatonina 1
NAc	Núcleo Accumbens
NPWT	Terapia de Pressão Negativa
NRS	Escala numérica de classificação
NRS-11	Escala de avaliação numérica de dor
OR	Receptor de Opiáceos
PAG	Substância Cinzenta Periaquedutal
PFC	Córtex Pré-Frontal
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNL	Programação Neurolinguística
PNPICS	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PRL	Prolactina
PRLR	Receptor de Prolactina
REBEC	Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos
S1	Córtex Somatossensorial Primário
S2	Córtex Somatossensorial Secundário
SARA	Sistema de Ativação Reticular Ascendente
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSH	Hormônio Estimulante da Tireóide
TRH	Hormônio Liberador de Tireotrofina
TSH-R	Receptor do Hormônio Estimulante da Tireóide
UNEB	Universidade do Estado da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

VAS
VIP
VTA

Escala Analógica Visual
Peptídeo Intestinal Vasoativo
Área Tegmental Ventral

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. REVISÃO COMENTADA DA LITERATURA	17
3.1 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E CLÍNICAS SOBRE AS	17
3.2 ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR EM PESSOAS QUE	24
3.3 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE A PRÁTICA DA HIPNOSE	30
4. CASUÍSTICA, MATERIAIS E MÉTODOS	37
4.1 DESENHO DO ESTUDO	37
4.2 POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO	39
4.3 CÁLCULO AMOSTRAL	39
4.4 PLANEJAMENTO DA ADMINISTRAÇÃO	40
4.5 CRITÉRIOS DE BENEFÍCIOS TERAPÊUTICOS	44
4.6 CRITÉRIOS DE FALHAS TERAPÊUTICAS	44
4.7 DESFECHOS AVALIADOS	44
4.7.1 Desfecho primário	44
4.7.2 Desfecho secundário	44
4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	44
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	45
5. RESULTADOS	46
6. DISCUSSÃO	49
7. CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	70
APÊNDICE B- FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA	71
APÊNDICE C – DESCRIÇÃO DO ÁUDIO AUTO-HIPNOSE	73
APÊNDICE D- DESCRIÇÃO DO ÁUDIO AUTO-HIPNOSE ASSOCIADO À	75
APÊNDICE E – PRODUTO TÉCNICO	77
ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DOR MCGILL	84
ANEXO B- TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	85
ANEXO C – PARECER TÉCNICO/SMS Nº.076/2022	90
ANEXO D- APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO REBEC	93
ANEXO E - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK	94

1. INTRODUÇÃO

As feridas são caracterizadas como lesões que atingem a estrutura anatômica e fisiológica do órgão envolvido e acometem qualquer indivíduo, independente da idade, sexo e etnia, embora existam fatores de risco para o seu desenvolvimento (BORGES e CARVALHO, 2016; RODRIGUES, 2020).

A ocorrência de feridas crônicas ou complexas é considerada um problema de saúde pública, devido aos significativos índices de morbimortalidade, ao aumento dos gastos com: curativos, medicações, acompanhamento por equipe multiprofissional, internações, afastamentos, e aos prejuízos a qualidade de vida dos pacientes acometidos por essas lesões (CARMO *et al.*, 2007; MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008; MATA; PORTO; FIRMINO, 2010; MITTAG, 2017). Considerando os prejuízos a qualidade de vida, vale destacar a dor vivenciada pelos pacientes com feridas que repercutem no processo de cicatrização, visto que é uma experiência complexa e envolve quatro aspectos: somático, psicológico, espiritual e social. (NAIME, 2013; CARVALHO; SADIGURSKY; VIANA, 2016).

Importante destacar que a dor é uma experiência singular, representada pelas experiências e vivências do sujeito a partir dos estímulos físicos e químicos nocivos, que criam memórias, estabelecendo os limiares da dor e a proteção contra futuras lesões de forma subjetiva (LEÃO, 2002; TEIXEIRA, 2009). Nos pacientes com feridas, além da dor causada pela lesão, o procedimento do curativo é um fator que aumenta a intensidade da dor, dado aos estímulos sensoriais provocados pela manipulação, sendo fundamental a avaliação da dor antes e durante o procedimento para o seu manejo. (OLIVEIRA *et al.*, 2012; GARDNER *et al.*, 2017).

Portanto, a avaliação da dor pode ser realizada por meio de escalas unidimensionais, como a escala numérica-verbal e analógico-visual, e as escalas multidimensionais que avaliam os indicadores fisiológicos, comportamentais, contextuais e através dos registros do paciente (SOUSA, 2002, BARROS, 2014).

Assim, o manejo da dor nos pacientes com feridas envolve medidas farmacológicas ou não farmacológicas com o objetivo de reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida. Os métodos não farmacológicos são considerados acessíveis, fáceis de serem executadas, com mínimos eventos adversos quando praticados por profissionais capacitados, com resultados promissores no controle da dor quando utilizados de forma complementar as medidas farmacológicas previamente instituídas (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012; NASCIMENTO, *et al.*, 2020).

Dentre as medidas não farmacológicas, destaque para a hipnose que pode ser definida como uma prática de sugestões em que se utiliza a comunicação verbal e/ou não verbal para alterar o estado de consciência do paciente, facilitando o acesso às memórias reprimidas, com transformações na percepção, humor e comportamento do paciente (SALTIS *et al.*, 2017; COSTA; LIMA, 2018).

Embora seja uma prática antiga, foi reconhecida recentemente pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2018), através da Resolução COFEN nº 581/2018 como umas das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na área da saúde coletiva, e ainda tem sido pouco utilizada pelos enfermeiros, além da escassez de registros científicos da sua utilização na prática clínica, em especial em procedimentos como curativos.

Em estudo de Riera *et al.* (2019) foi avaliado as revisões sistemáticas Cochrane sobre as novas práticas de medicina integrativa inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS) e foram encontradas seis revisões sistemáticas na temática da hipnoterapia, que versavam sobre os efeitos da hipnose no tratamento da síndrome do intestino irritável; a hipnose durante a gravidez, período perinatal e pós-natal para prevenção de depressão pós-parto; a hipnose para indução de parto; a hipnose para manejo de dor durante o trabalho de parto e durante o parto; a hipnose para esquizofrenia; e a hipnose para interrupção do tabagismo; entretanto as evidências foram consideradas insuficientes para elaboração de qualquer conclusão.

Os resultados encontrados dos estudos sobre a hipnose e curativos, apresentaram como público-alvo apenas os pacientes com queimaduras, como mostra a meta-análise e revisão sistemática de Provençal *et al.* (2018) que avaliou a eficácia da hipnose clínica na dor, ansiedade e necessidades de medicação durante o tratamento de feridas em adultos que sofriam de uma lesão por queimadura, entretanto não trouxe recomendações conclusivas, devido ao pequeno número de estudos, em número de seis, quatro dos quais são do mesmo grupo de investigação. Além disso, alguns resultados de interesse nem sempre foram relatados.

Diante das lacunas quanto aos efeitos da hipnose para o manejo da dor em feridas, levanta-se a seguinte hipótese: a hipnose tem efeito na redução da dor em pacientes com ferida crônica.

E tem como pergunta norteadora: Há redução da dor com a aplicação da hipnose em pacientes com ferida crônica?

O cuidado de enfermagem com os pacientes com feridas vai desde a avaliação do paciente, avaliação e acompanhamento da ferida, manejo da dor, escolha adequada das coberturas, execução do curativo e encaminhamentos quando necessário.

Na minha prática profissional, vivenciar diariamente as queixas álgicas dos pacientes, mesmo que em uso de medicamentos para o alívio da dor, por vezes em uso até de opióides, me levou a refletir sobre as nossas ações enquanto enfermeiro na sala de curativo para o alívio da dor. O que deixamos de fazer para cuidar do paciente que tem uma ferida crônica com dor? O que podemos fazer para melhorar o desconforto do paciente com dor na sala de curativo?

Como hipnóloga e reconhecendo as lacunas para a execução das PICS no SUS, no que diz respeito às evidências científicas e os investimentos para a qualificação dos profissionais de saúde, percebi que a hipnose poderia ser uma inovação na prática do profissional enfermeiro no cuidado com as feridas para o manejo da dor nas diversas situações de desconforto do dia, favorecendo a utilização com menor frequência das opções farmacológicas, por meio da hipnose e auto-hipnose.

Nesse contexto, estudar os efeitos da hipnose na redução da dor dos pacientes com ferida crônica possibilita produzir saberes e práticas que visam o bem-estar físico, mental e social de forma integrada e complementar ao cuidado baseado no modelo hegemônico, considerando o paciente como sujeito ativo.

Testar a hipótese proposta poderá gerar um impacto que vai além do manejo da dor, possibilitando o paciente vivenciar o cuidado com a ferida como algo positivo, com menor risco de reações adversas como ocorre na terapia farmacológica, além de participar ativamente do processo do cuidar, estimulando o autocuidado com a sua saúde física e mental.

Avaliar o impacto da intervenção da hipnose no manejo da dor em pacientes com feridas é uma relevante contribuição para os processos de trabalho dos profissionais enfermeiros e de toda a equipe de saúde que acompanha os pacientes com feridas, pois permite a ampliação do olhar para o cuidado integral que tem como principal protagonista, o paciente, responsável pela sua saúde.

Essa pesquisa se justifica pelas contribuições inovadoras na prática do profissional enfermeiro quanto ao manejo da dor em feridas, estimulando o uso das PICS na Atenção à Saúde. Além disso, trata-se de uma prática reconhecida pelo COFEN desde 2018, e passível de ser executada pelo profissional enfermeiro após qualificação, com menor custo ao sistema, redução dos efeitos adversos aos pacientes e melhor qualidade do cuidado.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar se há redução da dor em pacientes com ferida crônica com a aplicação da hipnose durante a realização do curativo em um multicentro e nas unidades de saúde do município de Salvador, nos anos de 2023-2024.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com feridas crônicas.
- Classificar o nível de dor dos pacientes com feridas que foram submetidos à realização do curativo, em dois momentos: antes e depois do procedimento.
- Aplicar a intervenção durante a realização do curativo, por meio da técnica de hipnose nos pacientes com feridas, classificados com dor leve, moderada e intensa, que aceitem esta opção terapêutica.
- Comparar o nível de dor dos pacientes com feridas que foram submetidos à realização do curativo, em dois momentos: antes e depois da intervenção com a hipnose.

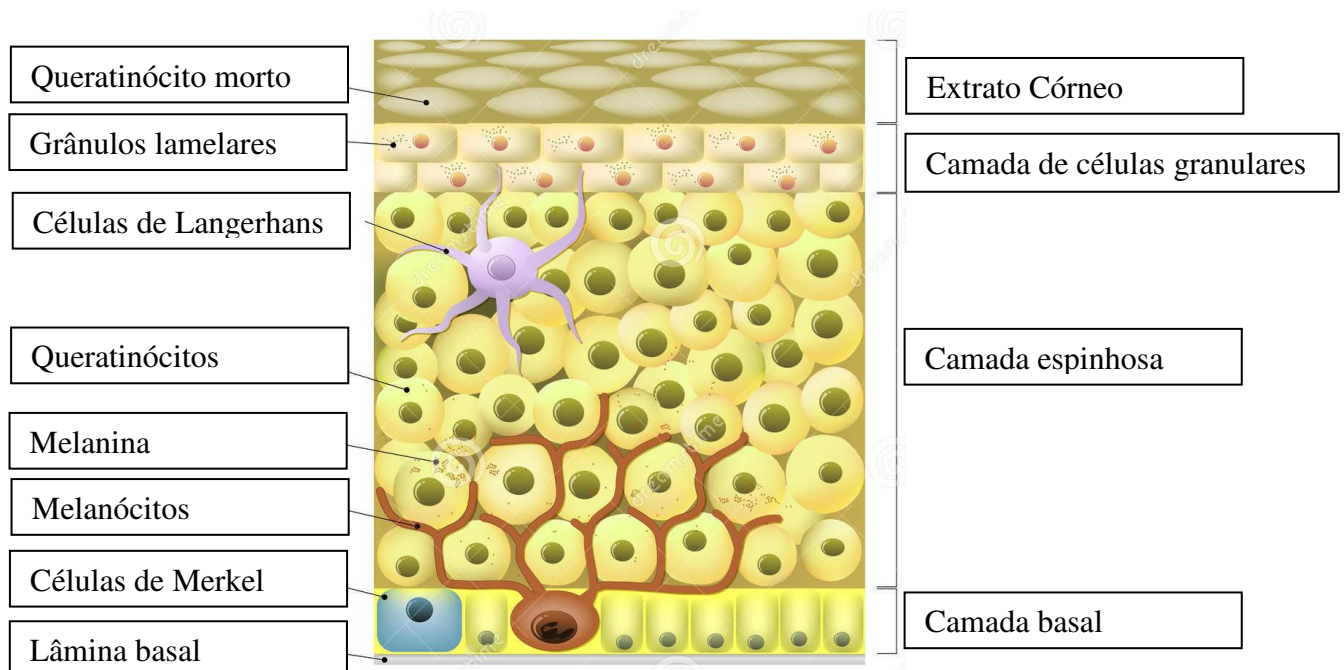
3. REVISÃO COMENTADA DA LITERATURA

3.1 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E CLÍNICAS SOBRE AS PESSOAS QUE CONVIVEM COM FERIDAS

A pele é o maior órgão do corpo humano e possui uma complexidade na sua estrutura que permite desempenhar funções protetoras, térmicas, de secreção e percepção, mediando respostas imunes a partir do contato com o meio externo, definindo a morfologia e a clínica da pele (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2021).

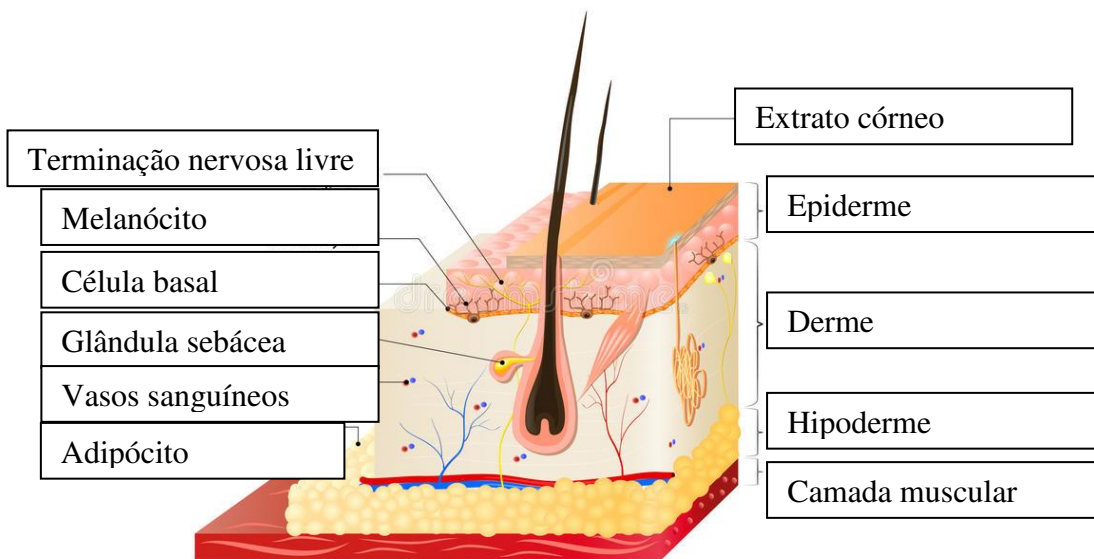
A pele é formada por duas camadas: a epiderme e a derme (Figuras 1 e 2). A epiderme, camada mais externa, constituída por epitélio estratificado queratinizado, se subdivide sequencialmente em quatro camadas: basal, espinhosa, granulosa e cornificada, após as sucessivas divisões mitóticas e diferenciações, formando o stratum corneum (ELDER; MURPHY, 2015).

Figura 1. Epiderme



FONTE: <https://pt.dreamstime.com/illustration/epiderme.html>. Acesso em: 09 dez. 2022.

Figura 2. Derme



FONTE: <https://pt.dreamstime.com/illustration/derme.html>. Acesso em: 09 dez. 2022.

O extrato córneo é uma camada de 10 a 20 μm de espessura formada por cornéocitos separados por lipídios provenientes do achatamento dos queratinócitos presentes na camada basal sendo a sua principal função a proteção da pele (MENON *et al.* 2012).

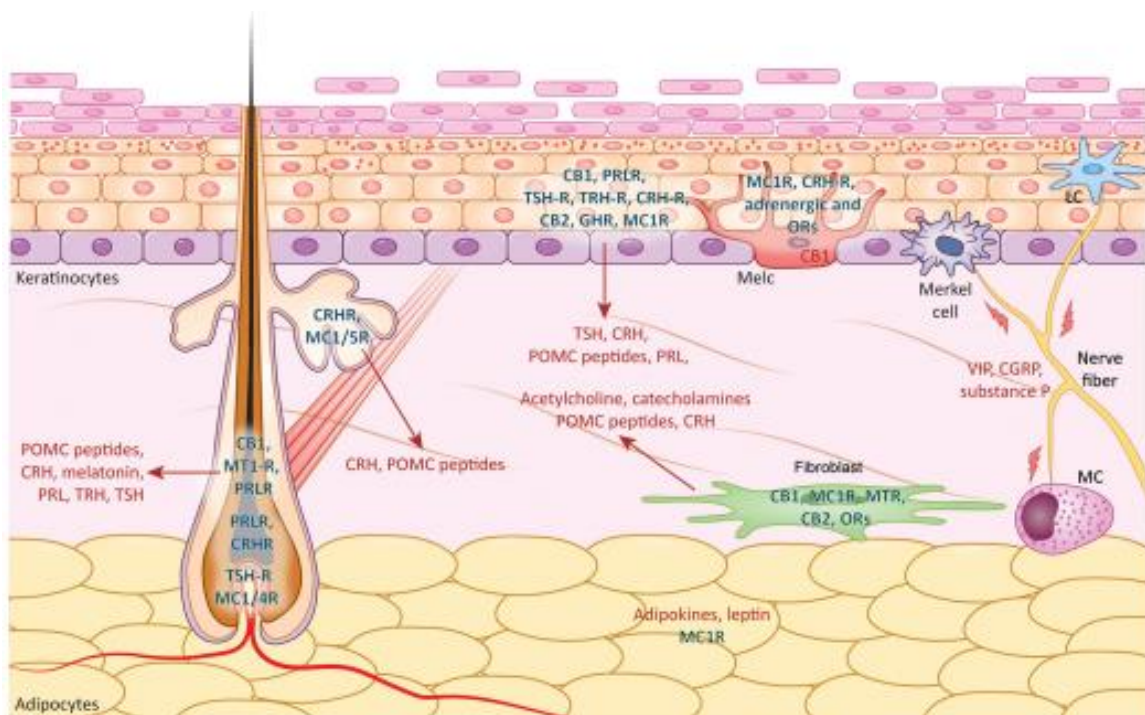
Além dos queratinócitos que são mais predominantes na epiderme, também estão presentes os melanócitos, células produtoras da melanina, as células de Langerhans, que permitem a ativação do sistema de defesa a partir da apresentação dos antígenos aos linfócitos T, e as células de Merkel, responsáveis pela sensação do tato (WATT, 2014).

A derme, camada mais interna, é responsável pela resistência mecânica e elasticidade da pele, devido à composição da sua matriz extracelular (ECM), formada por colágeno, fibronectina e elastina, proveniente dos fibroblastos, além de constituir os sistemas vascular e linfático, folículos capilares, terminações nervosas e glândulas secretora (MUROYAMA; LECHLER, 2012).

A pele é capaz de detectar os estímulos mecânicos, térmicos e dolorosos, a partir dos neurônios sensoriais periféricos (mecanorreceptores, termorreceptores e nociceptores) que transmitem as informações de toque, temperatura ou dor para os neurônios do Gânglio da Raiz Dorsal (DRG) por meio das fibras nervosas conduzindo até o Sistema Nervoso Central (SNC) (LEWIN; MOSHOURAB, 2004; DELMAS; HAO; RODAT-DESPOIX, 2011).

A pele é considerada um órgão neuroendócrino periférico capaz de manter a integridade estrutural e funcional da pele e a homeostase sistêmica, a partir da ligação com o eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA), liberando hormônios, neuropeptídeos e neurotransmissores, como o Hormônio Alfa Estimulador de Melanócito (α -MSH); Hormônio Adrenocorticotrófico (ACTH); Receptor Canabinoide 1 e 2 (CB1 e CB2); Peptídeo Relacionado com o Gene de Calcitonina (CGRP); Hormônio Liberador de Corticotrofina (CRH); Receptor do Hormônio Liberador de Corticotropina (CRHR); Receptor do Hormônio de Crescimento (GHR); Célula de Langerhans (LC); Mastócito (MC); Melanócito (MelC); Receptor de Melatonina 1 (MT-1); Receptor de Opiáceos (OR); Prolactina (PRL); Receptor de Prolactina (PRLR); Hormônio Estimulante da Tireóide (TSH); Receptor do Hormônio Estimulante da Tireóide (TSH-R); Hormônio Liberador de Tireotrofina (TRH); Receptor do Hormônio Liberador de Tireotrofina TRH-R; Peptídeo Intestinal Vasoativo (VIP), demonstrado na Figura 3 (SLOMINSKI E WORTSMAN, 2000; RALF *et al.*, 2014).

Figura 3. A pele e os mediadores neuroendócrinos



FONTE: Ramot; Böhm; Paus (2021).

Diante da ruptura estrutural e fisiológica da pele, surgem as feridas em qualquer parte do corpo, podendo apresentar-se com sangramento intenso ou dor, dependendo da

localização, e se diferenciando em aguda ou crônica conforme o período de cicatrização, considerada crônica quando o tempo da cicatrização é maior que o esperado para a sua etiologia, acima de quatro, seis semanas ou três meses, como trazido por diferentes autores podendo perdurar por meses ou anos (WERDIN *et al.* 2009; MARKOVA; MOSTOW, 2012; SHUBHANGI, 2013; OKUR, 2020). De acordo com Gould *et al.* (2015) e Martinengo *et al.* (2018), ainda não existe um consenso sobre o tempo de cicatrização para caracterizar uma ferida crônica, uma limitação para estudos que abordam essa temática em contextos mais amplos, limitação citada em metanálise.

Em estudo de revisão sistemática e metanálise realizado por Martinengo *et al.* (2018), foi avaliado a prevalência global de feridas crônicas no período de janeiro de 2000 a junho de 2018, resultando numa estimativa de 2,21 por 1.000 habitantes a prevalência conjunta de feridas crônicas de etiologias mistas e 1,51 por 1.000 habitantes a prevalência para as úlceras crônicas das pernas; dos estudos avaliados que apresentaram estratificação de sexo e idade, percebeu-se a maior prevalência em mulheres, e as idades média/mediana de cerca de 70 a 80 anos.

Os estudos atuais de prevalência de feridas crônicas no Brasil são escassos e limitados a realidades locais, como o estudo epidemiológico transversal e analítico de Vieira e Araújo (2018), realizado num município brasileiro no primeiro trimestre de 2016 com uma amostra de 339 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos de idade, apresentando uma prevalência de 5,0% de lesão por pressão, 3,2% úlcera diabética e 2,9% úlcera vasculogênica, com predomínio do sexo feminino (67,3%) e idade média de 71,1 anos.

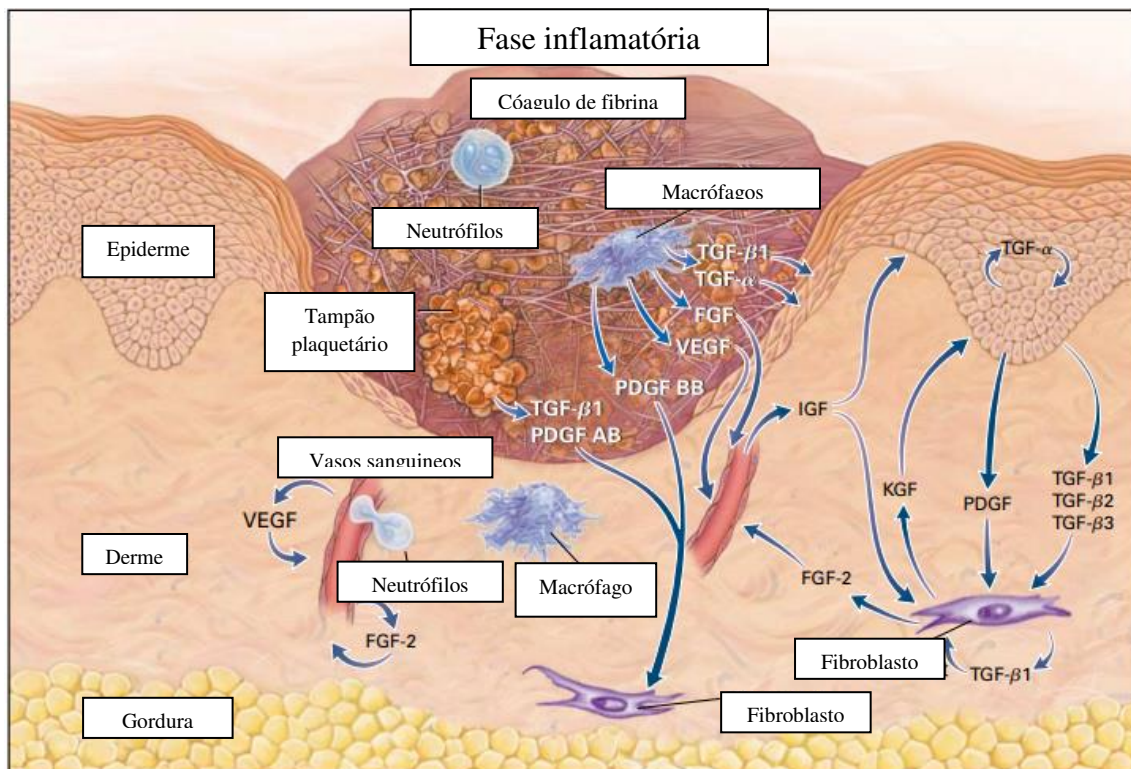
As feridas crônicas podem ser resultantes de causas intencionais, traumáticas ou isquêmicas, como doenças vasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial, dificuldade ou imobilidade física, etc., e a complexidade que envolve o processo de cicatrização dessas feridas tem diversos impactos, dos quais o alto custo para as instituições de saúde e as repercussões psicossociais para o paciente e família (SALOMÉ *et al.*, 2016; CASSAVAN *et al.*, 2019). Os prejuízos aos pacientes estão relacionados à qualidade de vida, autoimagem e limitação das atividades diárias (NEWBERN, 2018).

O processo cicatricial tem início com a fase de hemostasia com a formação do coágulo pela vasoconstrição e ativação das plaquetas, estimulando a migração de leucócitos na fase inflamatória (Figura 4), em que os neutrófilos e macrófagos realizam o desbridamento e liberam citocinas, fatores de crescimento (Fator de crescimento transformador TGF- β 1, TGF- β 2, e TGF- β 3; TGF- α ; fator de crescimento fibroblasto FGF; fator de crescimento endotelial vascular VEGF; fator de crescimento derivado de plaquetas PDGF, PDGF AB e

PDGF BB; fator de crescimento semelhante à insulina IGF; e fator de crescimento de queratinócito – KGF) e outros mediadores de vasodilatação causando a inflamação, e atraindo fibroblastos que vão formar o tecido de granulação na fase proliferativa, pela síntese dos componentes da matriz extracelular (colágeno, elastina, fibronectina, laminina), juntamente com as células endoteliais e os queratinócitos que promovem a revascularização, contribuindo para a última fase de remodelamento do tecido (Figura 3) em que ocorre a produção, digestão e orientação das fibrilas de colágeno dando forma a cicatriz e aumentando a resistência do tecido (ROBINSON *et al.*, 2017).

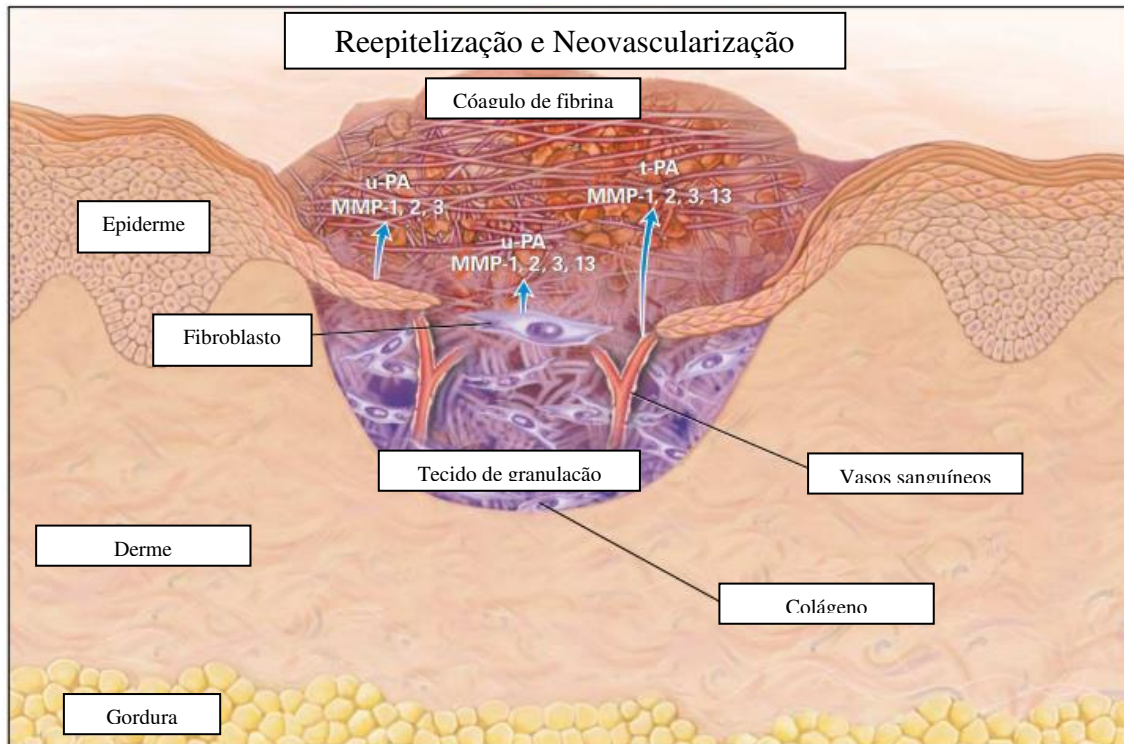
No processo da remodelação (Figura 5), a homeostase da pele é regulada por várias proteases da matrix extracelular, dentre elas as metaloproteases (u-PA ativador do plasminogênio do tipo urokinase; MMP-1, 2, 3, e 13 matrizes metaloproteinases 1, 2, 3, e 13 (colagenase 1, gelatinase A, estromelysina 1, e colagenase 3, respectivamente; e t-PA ativador do plasminogênio tecidual), que degradam os componentes estranhos da matriz extracelular e permitem a formação de novos tecidos e a sua cicatrização de forma ordenada, sendo que a sua desregulação está associada a doenças ou condições crônicas (KÜMPER; STEINKAMP; ZIGRINO, 2022).

Figura 4. Ferida na fase inflamatória e os fatores de crescimento do processo de cicatrização



FONTE: Epstein; Singer; Clark (1999).

Figura 5. Ferida na fase de angiogênese e reepitelização e as metaloproteases



FONTE: Epstein; Singer; Clark (1999).

A cicatrização da ferida crônica difere da fisiologia do processo cicatricial que ocorre em fases sequenciais e sobrepostas (hemostasia, inflamação, angiogênese, reepitelização e remodelação), se caracterizando pela estagnação em uma das fases, em geral a fase inflamatória, aumentando o tempo da finalização da ferida e a complexidade da terapêutica (GURTNER *et al.*, 2008; FRYKBERG; BANCOS, 2015; OLSSON *et al.*, 2019).

Na ferida crônica, o tempo prolongado na fase inflamatória, hipóxia, sepse, circulação sanguínea prejudicada, proteólise aumentada e expressão prejudicada de certos fatores de crescimento, retardam o processo de cicatrização (ZAO *et al.*, 2022). Além disso, o tabagismo, estado nutricional, doenças crônicas, medicamentos e curativos (MORTON; PHILLIPS, 2016). O biofilme também faz parte de uma dessas condições que impactam na cicatrização, e as condutas para o tratamento podem ser orientadas pela identificação de todos esses fatores (POUGET, 2022).

O manejo das feridas se baseia na avaliação da etiologia da ferida e no gerenciamento sistêmico que depende do envolvimento do paciente para adesão na mudança do estilo de vida (WILKINSON; HARDMAN, 2020). O tratamento avançado com o uso de coberturas multifuncionais considerando os três pilares: custo, conforto para o paciente e tempo de cicatrização, tem sido uma estratégia essencial para a redução das taxas de morbidade associadas às feridas crônicas (FRANCESKO; PETKOVA; TZANOV, 2018).

Um estudo clínico multicêntrico realizado com 368 adultos com úlceras do pé diabético após a amputação, desbridamento cirúrgico ou limpeza de feridas, entre 23 de dezembro de 2011 e 21 de outubro de 2014 apontou a eficiência da terapia de feridas por pressão negativa após a comparação com a terapia padrão de feridas úmidas, baseado no tempo de internação e tratamento ambulatorial; pessoal e material para tratamento de feridas, utilizados em 16 semanas (SEIDEL; LEFERING.; DiaFu study group, 2022). O uso das células-tronco também tem sido apontado como uma terapia promissora no processo de cicatrização de feridas crônicas. (KUCCHARZEWSKI. *et al*, 2019).

Em estudo de revisão integrativa realizado por Lemos *et al.* (2018) foi analisado 18 artigos sobre as práticas relacionadas à medicina tradicional e complementar em saúde utilizadas no tratamento de pessoas com feridas crônicas no período de agosto de 2016 a maio de 2018, e ficou evidente o uso das PICS para o tratamento de pessoas com feridas crônicas, das quais se identificou o uso da fitoterapia, apiterapia e ozonioterapia, com desfechos clínicos que envolviam a cicatrização, mas não houve evidências que sustentassem a indicação dessas práticas no atendimento as pessoas com feridas.

A evolução da cicatrização das feridas é avaliada pela medição do tamanho e da profundidade da lesão, que pode ser medida com régua, traçados de planimetria manual com o acetato e de forma tecnológica com a planimetria digital, em que o profissional através do uso de uma câmera de alta resolução captura a imagem e transfere para um software especializado que reproduz digitalmente a margem da ferida, podendo também analisar medições de profundidade e volume (KHOO; JANSEN, 2016). Após a caracterização das feridas, a avaliação pode ser documentada em escalas como as de Bates-Jensen, de estágios de úlcera por pressão e a escala de classificação de Wagner (LI *et al.*, 2020).

O estudo de Cardinelli *et al.* (2021), mapeou os principais instrumentos utilizados para análise de feridas, validadas e adaptadas para a língua portuguesa, que são elas: Pressure Sore Status Tool (PSST), Bates Jensen Wound Assessment Tool (BWAT), a Pressure Ulcer Score for Healing - PUSH Tool (Escore de cicatrização de lesão por pressão), o acrônimo TIME, Leg Ulcer Mensuring Tool - LUMT (Instrumento de mensuração de úlceras de perna), o RESVECH 2.0, o ISTAP Skin Tear Classification (Classificação ISTAP de Skin Tears) e o STAR Skin Tear Classification System (Sistema STAR de classificação de Skin Tears).

O estudo transversal de Oliveira *et al.* (2019), avaliou a qualidade de vida de 176 pessoas com feridas crônicas em acompanhamento ambulatorial e domiciliar em um serviço público de saúde, ficando evidente a associação da qualidade de vida com as condições clínicas dos pacientes, destacando-se o tempo de duração, tipo de ferida, profundidade,

aspecto de exsudato, odor e dor, e o papel do profissional de saúde na redução dos impactos causados pelas feridas.

As melhores práticas de prestação de cuidados em centros comunitários de feridas foram avaliadas num estudo de revisão sistemática que incluiu oito países: Austrália, Canadá, EUA, Inglaterra, Hong Kong, Europa, Cingapura e Holanda, associando a eficácia dos serviços ao atendimento do paciente por equipe multidisciplinar, presença de enfermeiros qualificados como membros de uma equipe de tratamento de feridas, atendimentos baseados em evidências e o envolvimento do paciente no cuidado (SEATON; CANT; TRIP, 2020).

3.2 ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR EM PESSOAS QUE CONVIVEM COM FERIDAS

A Associação Internacional para o Estudo de Dor (IASP) relaciona a dor às experiências de vida, e enfatiza as consequências para o bem estar social e psicológico do indivíduo redefinindo o conceito de dor em 2020 como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (RAJA *et al*, 2020, p. 2).

A dor aguda nos pacientes com feridas está relacionada com a rapidez na transmissão sináptica (sensibilização) diante de um estímulo agressivo já conhecido disparando uma cascata de hormônios do estresse que produzem mudanças fisiológicas preparando o corpo para reagir em luta ou fuga (WOOLF; ASLTER, 2000).

A ocorrência da dor aguda é um mecanismo fisiológico para sinalizar e alertar o indivíduo sobre o “perigo” e a proteção contra maiores danos, como no caso das feridas (PINHO-RIBEIRO; VERRI; CHIU, 2017). Essa característica de preservação da vida perde a sua função, quando a dor torna-se crônica com tempo de duração superior a três meses, trazendo ainda mais prejuízos ao indivíduo (TREEDE, *et al.*, 2019).

Aguiar *et al.* (2021) avaliaram a prevalência da dor crônica no Brasil, apontando uma média de 45,33%, com maior prevalência na região Centro-Oeste, sendo o Sudeste a região com maior quantidade de estudos analisados, com acometimento maior em mulheres, sendo que a dor mais prevalente foi a nociceptiva com 36,70%, seguida da dor neuropática com 14,5% e da dor nociplástica com 12,5%.

Em metanálise de Leren *et al.* (2020) que avaliou a prevalência e a intensidade da dor relacionada à ferida em pacientes com úlceras crônicas venosas nas pernas foi verificado uma

prevalência que variou de 46% a 100%, com média 4 de intensidade da dor que corresponde a dor de baixa intensidade, sendo pontuado como limitações os poucos estudos que foram incluídos e a grande variação de ferramentas utilizadas para a avaliação da dor.

A cronificação da dor pode ser gerada por condições psicológicas pré-existentes como a ansiedade e a depressão (ALTHAUS; ARRANZ; NEUGEBAUER, 2014; CLAUW, 2015). E as repercussões da dor podem estar relacionadas à locomoção, mudança de humor e alteração do sono (SALOMÉ *et al.*, 2016). De acordo com Meints e Edwards (2018), a dor crônica pode causar alterações estruturais e funcionais do SNC, como no córtex somatossensorial primário e secundário, no córtex insular e cingulado anterior e no córtex pré-frontal.

Ferreira *et al.* (2016), analisaram o desempenho cognitivo dos pacientes com dor crônica através de testes de triagem cognitiva, observando como desfecho o pior desempenho cognitivo em pacientes com dor crônica independente das comorbidades e do uso de analgésicos.

A percepção da dor pode ser influenciada por fatores como: genética, doenças neurológicas, modulação inflamatória e sensibilização periférica da dor (SANGESLAND; STOREN; VAEGTER, 2017; VAN HELMOND *et al.*, 2020). Além dos fatores biológicos, os fatores psicológicos também tem contribuição na percepção da dor, como: a resiliência, depressão, catastrofização da dor, humor, emoções e estresse (CAMPOS *et al.*, 2020).

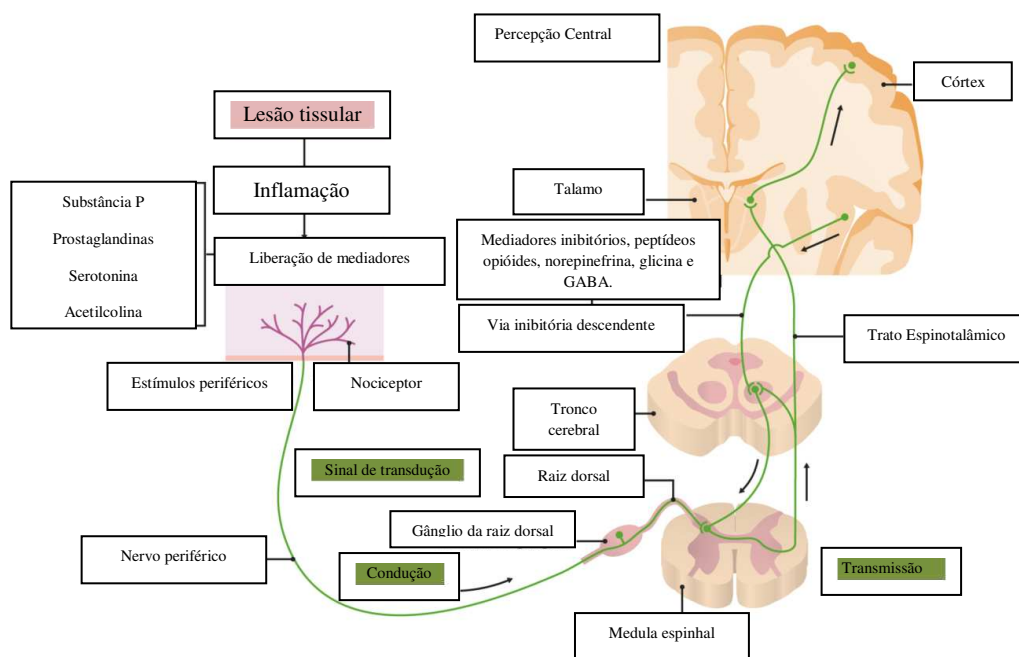
A dor é classificada quanto aos mecanismos fisiopatológicos em nociceptiva, neuropática, nociplástica ou dor mista. A dor nociceptiva ocorre devido à estimulação dos nociceptores a partir de uma lesão tecidual, podendo ser subdividida em somática e visceral, quando ocorre em tecido superficial ou profundo, bem localizada, ou em órgãos internos, de forma mal localizada e difusa, respectivamente (ABD-ELSAYED; DEER, 2019).

A transmissão da dor ocorre por meio de receptores específicos e fibras nervosas que se estendem da periferia até o SNC, sendo a transmissão prejudicada pela danificação dos nervos ou estruturas do SNC por uma lesão ou doença, podendo desencadear a dor neuropática (FINNERUP; KUNER; JENSEN, 2021).

As citocinas pró-inflamatórias são mediadores que conduzem a resposta inflamatória no local da ferida e modulam os efeitos de uma variedade de fatores de stress físico e psicológico, se relacionando de forma inversa com a qualidade de vida quando ocorre o aumento das concentrações destas moléculas (SILVEIRA *et al.* 2020; AMORIM; LOPES-JÚNIOR, 2021).

O mecanismo da dor desencadeado por lesões como as feridas (Figura 5) tem início com a produção ou liberação de substâncias químicas, como: a acetilcolina, bradicinina, histamina, serotonina, substância P, prostaglandinas, interleucinas e fator de crescimento, ativando os nociceptores que se apresentam como terminações nervosas livres das fibras A δ e fibras C (neurônios de primeira ordem), despolarizando o nociceptor pelo influxo de cátions, podendo propagar um potencial de ação, caso alcance o limiar de ativação dos canais de Na⁺ dependentes de voltagem, que percorrerá até o DRG da medula espinhal, conduzindo de forma ascendente a informação por neurônios de segunda ordem até o tronco cerebral ou sistema talamocortical, ou também coordenará reflexos autonômicos, quando o potencial de ação não é gerado (REICHLING; GREEN; LEVINE, 2013; CHAKRAVARTHY, 2016).

Figura 6. Mecanismo da dor desencadeado por uma ferida



Fonte: <https://www.lecturio.com/pt/concepts/dor-tipos-e-vias/>. Acesso em 28 out. 2022.

Na medula, as alterações na concentração dos canais iônicos e a mutação deles estão envolvidas no processo da dor, de forma que ocorre maior estímulo ou redução do limiar de excitabilidade celular para a ativação das fibras C (YANG *et al.*, 2016). No SNC, o córtex somatossensorial primário (S1), córtex somatossensorial secundário (S2), córtex cingulado anterior (ACC), córtex pré-frontal (PFC), ínsula, amígdala, tálamo, cerebelo e o circuito de recompensa mesolímbico, que inclui a área tegmental ventral (VTA) e o núcleo accumbens

(NAc) foram identificadas em estudos de neuroimagem como regiões que foram ativadas diante dos estímulos da dor (LEKNES; TRACEY, 2008; BUSHNELL; CECO; LOW, 2013).

As mudanças estruturais na região do hipocampo, amígdala e córtex pré-frontal estão relacionadas ao aumento da concentração de glicocorticoides ocasionado pela exposição a fatores estressantes com hiperativação da amígdala e menor controle do córtex pré-frontal, com aumento da ansiedade e comprometimento da memória e humor (McEwen; Gianaros, 2011). Em estudo de Ossipov; Morimura; Porreca (2014) foi observado que as regiões do córtex pré-frontal cerebral e as vias inibitórias descendentes estão envolvidas na dor crônica, possibilitando maior compreensão e estratégias para o alívio da dor.

A estimulação dos receptores de opiáceos na pele, a neuromodulação (alteração do impulso nervoso) por estimulação elétrica ou química, e a reversão de alterações neuroplásticas são percebidas com o manejo adequado da dor (BIGLIARDI *et al.*, 2016; MASOPUST *et al.*, 2021; ROWIN, 2019). Outra área que tem importância é a substância cinzenta periaquedutal (PAG) que demonstrou ativar um sistema endógeno de inibição da dor (OSSIPOV; MORIMURA; PORRECA, 2014).

A dor crônica repercute na saúde física e psicológica e o alívio inadequado da dor tem impactos na cicatrização e nos custos com a saúde dos pacientes com feridas (GARDNER, 2017, ST JONH SMITH, 2018). A relevância do manejo da dor está associada com a prevenção das complicações como: mobilidade prejudicada, insônia, depressão e ideação suicida (HELLSTRÖM *et al.*, 2016).

Considerando as repercussões da dor para o indivíduo, algumas escalas foram desenvolvidas para auxiliar na avaliação da dor que podem ser utilizadas em pacientes com feridas, dentre elas: o Questionário de dor McGill (MPQ), sensível para identificar os diferentes métodos de alívio da dor, desenvolvido em 1975 e validado no Brasil na sua versão adaptada em 2006, em anexo A (MELZACK, 1975; VAROLI; PEDRAZI, 2006).

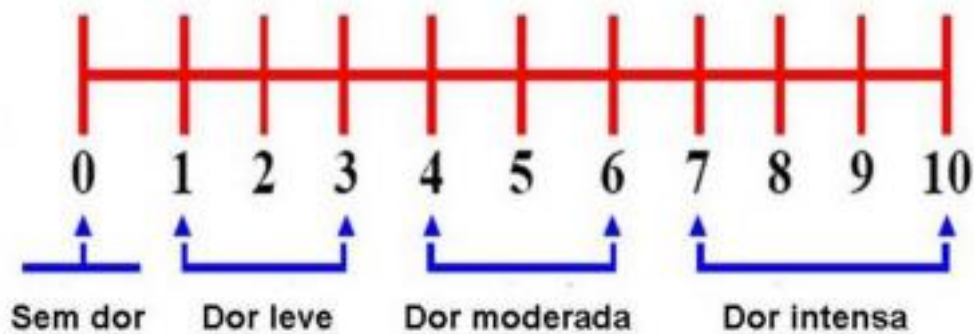
Trata-se de um instrumento multidimensional da dor que utiliza a avaliação de quatro aspectos (sensorial discriminativo- subgrupo 1 a 10, afetivo motivacional – subgrupo 11-15, avaliativo cognitivo -subgrupo 16 e miscelânea subgrupo 17-20) subdivididos em 20 grupos de palavras pré-definidas numa sequência crescente de intensidade, permitindo a escolha de uma palavra em cada grupo pelo paciente para caracterizar a sua dor (com um mínimo de 20 e máximo de 78 pontos), além de avaliar a dor quanto a sua localização, periodicidade e duração (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996; MARTINEZ, GRASSI; MARQUES, 2011).

A escala numérica de classificação (NRS) é uma escala numérica de 11 pontos (0 a 10) e avalia a intensidade da dor de forma categórica (leve, moderada, intensa), semelhante à

escala analógica visual (VAS), conforme a figura 6 (GALLAGHER; LIEBMAN; BIJUR, 2001; FILLINGIM, 2016). Segundo Hawker *et al.* (2011), esse tipo de escala numérica avalia apenas a intensidade, o que é uma limitação para a complexidade da experiência da dor. Outra opção é o Inventário Breve da Dor (BPI) que é curto e auto-administrado e avalia a severidade e o impacto da dor (KELLER *et al.*, 2004).

Adicionalmente, pode-se mencionar a escala simplificada de dor crônica revisada (GCPS-R) que foi desenvolvida para diferenciar a dor crônica leve, incômoda e de alto impacto (VON KORFF *et al.*, 2020). Dentre as diversas escalas que avaliam a dor, foram recomendadas para avaliação da dor relacionadas à ferida as seguintes escalas: NRS (0-10), BPI e MPQ (LEREN *et al.*, 2020).

Figura 7. Categorização da Escala Numérica da Dor



Fonte: https://bjhbs.hupe.uerj.br/WebRoot/pdf/426_pt.pdf. Acesso em: 09 dez. 2022.

Após a avaliação da dor, são instituídas as terapêuticas com o objetivo de reduzir a intensidade da dor. De forma complementar a terapêutica farmacológica, sistemas complexos e recursos terapêuticos são utilizados na prática clínica, como as PICS com abordagem na promoção da saúde, considerando a integralidade do indivíduo e potencializando o cuidado e o autocuidado em saúde (FREITAG *et al.*, 2014; AMADO, 2018; DALMOLIN; HEIDEMANN, 2020). As PICS têm como características principais a singularidade, flexibilidade, complexidade e integralidade, e em conjunto com a terapêutica utilizada visam diminuir a experiência da dor e melhorar a função e a qualidade de vida (HAMLIN; ROBERTSON, 2017; SOUSA; HORTALE; BODSTEIN, 2018; URITS *et al.*, 2021).

No Brasil, as PICS foram institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), e inclui uma ampla diversidade de práticas, como: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda,

Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais, sendo que a hipnoterapia, objeto do estudo foi incluída apenas em 2018 (BRASIL, 2006; BRASIL 2018).

As terapias farmacológicas utilizadas para o manejo da dor são os analgésicos, opióides, sedativos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, etc., com efeitos colaterais consideráveis como: náuseas, vômitos, dependência, tolerância, dismotilidade gástrica e intestinal, hiperalgesia, etc., o que representa um desafio para o manejo da dor (WANG *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2020).

As estratégias atuais de alívio de dor em feridas foi verificado nos estudos, como o de Cuomo *et al.* (2020), que mostrou eficácia na redução da dor após a administração do enxerto de gordura ultrafiltrada no leito e extremidade da ferida em 50 pacientes com feridas crônicas das diversas etiologias, sendo a eficácia explicada pelo ambiente favorável criado para a regeneração nervosa.

O ensaio clínico randomizado com placebo de Tank *et al.* (2021), mostrou a redução significativa da dor relatada pelo paciente durante a troca de curativos de espuma com a terapia de pressão negativa (NPWT) após o uso tópico do spray de cloreto de etila anestésico vapocoolant em feridas ortopédicas e incisões cirúrgicas. Em revisão sistemática foi verificado o efeito significativo do uso de Lavanda no pós-parto para o alívio da dor e na cicatrização da ferida (ABEDIAN *et al.*, 2020).

O Estudo de Raizman e Gavish (2020) avaliou os efeitos da terapia adjuvante com a fotobiomodulação em pacientes com úlceras do pé diabético com evidência de alívio rápido da dor e cicatrização acelerada em comparação com o tratamento padrão isolado. O curativo de hidrofibra contendo prata foi considerado eficaz na cicatrização e na redução da dor em pacientes com queimaduras de segundo grau (PAMUK; ACAROĞLU, 2019).

A dor foi avaliada em indivíduos com úlceras venosas tratadas com bandagem elástica e com terapia física descongestiva em estudo controlado, randomizado e prospectivo com 90 pacientes num ambulatório de ferida de um município brasileiro com desfecho de melhora da dor a partir da terceira avaliação realizada (SALOMÉ; FERREIRA, 2018). A fitoterapia também esteve associada aos efeitos terapêuticos na úlcera dolorosa da perna com contribuições no alívio da dor e cicatrização de feridas (LU *et al.*, 2020).

A diversidade de estudos sobre as estratégias para o alívio da dor em pacientes com feridas, em especial as PICS, traz a tona a abordagem biopsicossocial que proporciona uma

avaliação mais ampla sobre a dor, buscando a melhoria da capacidade funcional e do bem-estar do paciente e não apenas a redução da dor física (HYLANDS-WHITE; DUARTE; RAPHAEL, 2017).

3.3 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE A PRÁTICA DA HIPNOSE NO ALÍVIO DA DOR DE PESSOAS QUE CONVIVEM COM FERIDAS

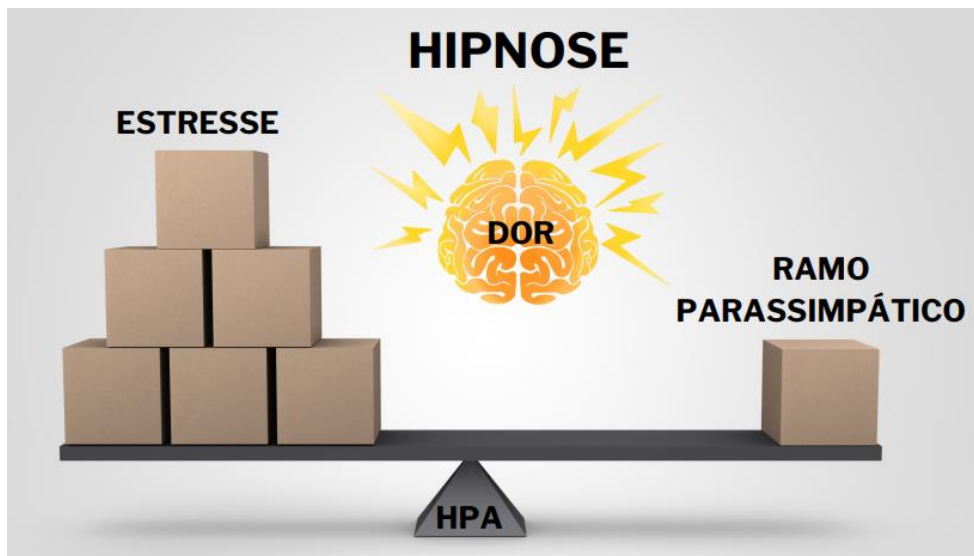
O uso da hipnose tem início na Europa no século XVIII, com a influência de Franz Anton Mesmer, médico austríaco, que utilizava o magnetismo animal como teoria, em que o fluido magnético era relacionado à cura. Na França, duas escolas de hipnose foram criadas, a escola de Nancy, liderada por Auguste A. Liebeault e Hipolyte Bernheim, e a escola Salpêtrière, liderada por Jean-Martin Charcot, com pensamentos distintos, defendem as suas teorias que passam a ser utilizadas por muitos clínicos e estudantes, dentre eles, Sigmund Freud, criador da psicanálise. (CASTANEDA; KRIKORIAN, 2018).

A história da hipnose no controle da dor tem influência de precursores como o Marquês de Puységur, a partir do sonambulismo que defendia o sujeito como gestor dos seus problemas, estabelecendo a importância do *rappor*t para o processo da cura; James Braid (1795-1860), um cirurgião escocês, que se destacou pela criação dos termos "hipnose" e "hipnotizar", e das bases para a construção do campo da hipnose; Milton Erickson (1980) trouxe as questões sobre a individualidade e complexidade dos sujeitos para o tratamento da dor e James Esdaile, médico cirurgião, que utilizava a hipnose como forma de anestesia em cirurgias na Índia, com relatos de realização de 261 cirurgias sem dor (NEUBERN, 2009; ESDAILE, 1850).

No Brasil, a hipnose se destaca no campo da psiquiatria, sendo disputado o monopólio médico sobre o uso da técnica, e se desenvolve sem sofrer críticas científicas, de forma distinta como acontecia na Europa assim como com outras práticas da especialidade médica (ALARCÃO; MOTA, 2019).

Atualmente a hipnose faz parte das PICS e tem explicações com base na neurociência, associando o equilíbrio do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) a redução da resposta fisiológica simpática ao estresse, causados por situações dolorosas como as feridas, em que ocorre a regulação do Eixo Hipotálamo-Pituitária- Adrenal (HPA), a partir da ativação do ramo parassimpático do SNA, representados na figura 7 (SAWNI; BREUNER, 2017).

Figura 8. Mecanismo de ação da hipnose



Fonte: De autoria própria

Na abordagem com a hipnose são utilizadas sugestões terapêuticas, durante o estado de atenção focada em que são realizados estímulos à imaginação e a integração corpo e mente, podendo levar a mudanças físicas, emocionais e comportamentais, sendo traduzido por um estado de consciência (RAZ, 2011; ELKINS *et al.*, 2015).

A hipnotizabilidade é a resposta às sugestões realizadas no contexto da hipnose, variando na população, com classificações em alta, média e baixa susceptibilidade (APELIAN, 2022). A hipnotizabilidade é medida por escalas como: a Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A, a Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Form C (SHSS:C) e a escala de susceptibilidade hipnótica Waterloo-Stanford Group C (WSGC) que foi desenvolvida como um substituto para SHSS:C (SHOR; ORNE, 1962; WEITZENHOFFER; HILGARD, 1967; BOWERS, 1993). A Escala de Hipnotizabilidade de Elkins (EHS) também foi validada e demonstrou ser uma medida de hipnotizabilidade muito confiável (YEK; ELKINS, 2021).

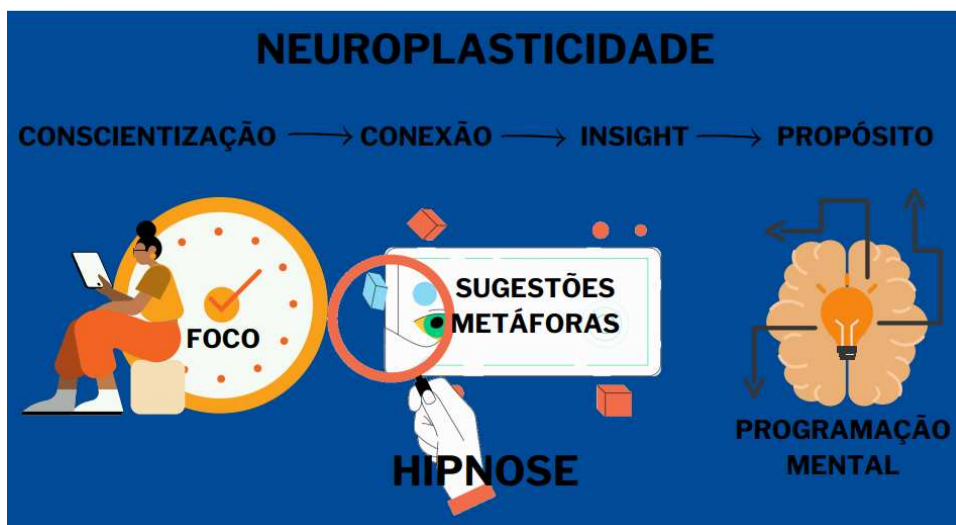
Embora, existam as escalas para avaliação da susceptibilidade do indivíduo, as sugestões de analgesia foram consideradas eficazes em pacientes com dor crônica, independente dos níveis de hipnotizabilidade (MAZZOLA *et al.*, 2017; FACCO *et al.*, 2018; SANDVIK *et al.*, 2020). De acordo com Santarcangelo e Carli (2021), a hipnotizabilidade modula a fisiologia da dor, controlando a dor a partir das sugestões de analgesia por mecanismos diferentes na grande maioria da população.

Os mecanismos de ação da hipnose estão relacionados aos estímulos à produção da serotonina e de betaendorfinas, através do sistema de ativação reticular ascendente (SARA), de forma antagonica a ação da dor em que ocorre a ativação de hormônios como o cortisol, produzindo o stress (SEABRA *et al.*, 2019).

A redução de dor com a hipnose também está associado aos mecanismos de ativação aumentada do córtex cingulado direito anterior, ínsula direita, giro frontal superior esquerdo e a diminuição da ativação dos núcleos talâmicos (TAYLOR E GENKOV, 2020). A partir da diminuição da atividade no tálamo observado na hipnose, ocorre a inibição da transmissão nociceptiva aferente, com a diminuição da percepção subjetiva da dor (VANHAUDENHUYSE; LAUREYS; FAYMONVILLE, 2014).

A plasticidade neural e psicológica é resultado de um treinamento mental intencional para o bem-estar, tendo como base quatro pilares: Conscientização (atenção aumentada), Conexão (interações de cuidado), Insight (autoconhecimento) e Propósito (objetivos e valores) (DAHL; WILSON-MENDENHALL; DAVIDSON, 2020). Assim como a neuroplasticidade, a hipnose atende aos quatro pilares, a partir do foco aumentado (conscientização), sugestões e metáforas (interações de cuidado), visualização de novas oportunidades (insight) e a programação mental (propósito), como representado na figura 8. A neurociência aponta que o exercício de trazer a consciência para os pensamentos é capaz de melhorar a regulação do córtex pré-frontal rostralateral (MCCAIG, 2011).

Figura 9. Hipnose e Neuroplasticidade.



Fonte: De autora própria

Estudos experimentais em pessoas que passaram pelo processo de anestesia hipnótica mostraram, durante o exame de tomografia por emissão de pósitrons, o aumento de serotonina nos locais do encéfalo responsáveis pela percepção consciente da sensação dolorosa e a diminuição dos níveis de cortisol no sangue (FERREIRA, 2006).

A hipnose tem sido utilizada para o controle da dor crônica musculoesquelética e neuropática (LANGLOIS *et al.*, 2022); na obstetrícia, na odontologia, dor aguda, dor crônica, preparação pré-cirúrgica (MOSS; WILLMARTH, 2019); distúrbios do sono em mulheres na menopausa (OTTE *et al.*, 2020); na ansiedade (VALLENTINE *et al.*, 2019); no câncer (CARLSON *et al.*, 2018); desempenho esportivo (UNESTAHL, 2018); no tabagismo (HERRING, 2019), entre outras situações, embora nem todos apresentem eficácia comprovada, como nos casos de dor em pacientes com feridas.

Foi realizada uma busca das publicações sobre a hipnose e a dor em feridas, utilizando-se o operador booleano AND, nos artigos publicados na base de dados National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), nos últimos cinco anos (2018-2022) com os seguintes descritores: “hypnosis”; “pain”; “wound”, organizados no Quadro 1.

Foram incluídos estudos que avaliaram os efeitos da hipnose na dor em feridas com nível de evidência 1 e 2. Os critérios de exclusão foram: artigos que não apresentavam relação com o objeto; pesquisas com nível de evidência 3, 4, 5, 6 e 7, e as pesquisas que não estavam disponíveis na íntegra. Os artigos duplicados foram considerados uma única vez.

A pesquisa resultou em 28 resultados, sendo selecionados 6, conforme os critérios de inclusão e exclusão.

Quadro 1. Caracterização das publicações incluídas no estudo, segundo ano/autor /revista, tipo e país onde o estudo foi conduzido, nível de evidência científica, considerações temáticas, síntese das conclusões.

(Continua)

Ano de Publicação/ Autor/ Revista	Tipo/ País do estudo/ Nível de evidência	Considerações Temáticas	Síntese das conclusões
2018; Provençal <i>et al.</i> Burns.	Revisão sistemática e meta-análise; Canadá ; Evidência I	Avaliam a eficácia da hipnose clínica na dor, ansiedade e necessidades de medicação durante o tratamento de feridas em adultos que	Sugere-se que a hipnose reduz a intensidade da dor e os índices de ansiedade em adultos submetidos a tratamento de feridas

Quadro 1. Caracterização das publicações incluídas no estudo, segundo ano/autor /revista, tipo e país onde o estudo foi conduzido, nível de evidência científica, considerações temáticas, síntese das conclusões.

(Continuação)

Ano de Publicação/ Autor/ Revista	Tipo/ País do estudo/ Nível de evidência	Considerações Temáticas	Síntese das conclusões
		sofreram queimaduras.	de queimaduras, no entanto, devido às limitações dos estudos (os resultados da meta-análise vêm de um pequeno número de estudos, quatro dos quais são do mesmo grupo de investigação, além disso, alguns resultados de interesse nem sempre foram relatados ou foram obtidos após contato com os autores), as recomendações ainda são prematuras.
2018 Jafarizadeh et al. Burns	Estudo cego, randomizado e controlado por placebo Iran. Evidência II	Comparam a eficácia da hipnose e da 'hipnose neutra' (como placebo no grupo controle) na redução da dor de fundo e da ansiedade da dor de sobreviventes do sexo masculino adultos com queimaduras.	A hipnose é eficaz na redução da qualidade da dor e na ansiedade de homens com queimaduras.
2017 Scheffler et al. Burns	Meta-análise Alemanha Evidência I	Investigam a eficácia de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor processual em adultos submetidos ao tratamento de queimaduras em comparação com o tratamento padrão	As intervenções não farmacológicas no tratamento da dor da queimadura pode ser útil como coadjuvante dos cuidados farmacológicos. Podem ser recomendados o uso

Quadro 1. Caracterização das publicações incluídas no estudo, segundo ano/autor /revista, tipo e país onde o estudo foi conduzido, nível de evidência científica, considerações temáticas, síntese das conclusões.

(Continuação)

Ano de Publicação/ Autor/ Revista	Tipo/ País do estudo/ Nível de evidência	Considerações Temáticas	Síntese das conclusões
		sozinho ou um controle de atenção.	da distração por meio da realidade virtual, hipnose e uma combinação de relaxamento para o alívio dor e redução da ansiedade durante os cuidados com feridas de queimaduras, além da abordagem farmacológica padrão. No entanto, é necessária investigação para reforçar a eficácia das intervenções não-farmacológicas.
2022; Gillum; J Burn Care Res	Revisão sistemática; EUA Evidência I	Resumem os ensaios clínicos randomizados sobre o manejo da dor em procedimentos não farmacológicos em pacientes pediátricos queimados.	O tratamento foi eficaz em 8 dos 15 estudos. Em comparação com os controles, os tratamentos não farmacológicos reduziram a dor no meio do procedimento em 19,7% e a dor pós-procedimento em 20,1%.
2022 Gasteratos et al. Plast Reconstr Surg	Revisão Sistemática Grécia Evidência I	Apresentam os resultados dos principais ensaios clínicos em três intervenções não farmacológicas - hipnose, realidade virtual/aumentada e ioga - como	As intervenções não farmacológicas não substituem os analgésicos convencionais; no entanto, eles podem ajudar os pacientes a ter melhor controle sobre sua dor, maior

Quadro 1. Caracterização das publicações incluídas no estudo, segundo ano/autor /revista, tipo e país onde o estudo foi conduzido, nível de evidência científica, considerações temáticas, síntese das conclusões.

(Continuação)

Ano de Publicação/ Autor/ Revista	Tipo/ País do estudo/ Nível de evidência	Considerações Temáticas	Síntese das conclusões
		suplementos aos regimes convencionais de dor para tratamento de queimaduras.	auto-estima e menos experiências traumáticas pós-queimaduras. Os centros de atendimento a queimados devem considerar intervenções não farmacológicas para melhorar a satisfação do paciente e sua participação no processo de tratamento e reabilitação.
2020; Williams BMC Public Health	Revisão sistemática; Austrália; Evidência I	Avaliam as intervenções psicossociais sobre a dor física de pacientes pediátricos queimados juntamente com os sintomas de ansiedade, angústia ou trauma de seus cuidadores foram identificados e incluídos nesta revisão.	É necessário o desenvolvimento e avaliação de intervenções psicossociais para atender adequadamente as necessidades dos pacientes pediátricos queimados aborígenes e ilhéus do Estreito de Torres.

4. CASUÍSTICA, MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo experimental, prospectivo, ensaio clínico randomizado, com a finalidade de avaliar os efeitos da técnica de hipnose na redução da dor durante a realização do curativo. No ensaio clínico randomizado é preciso definir o objetivo, selecionar os participantes, medir as variáveis, definir os procedimentos de tratamento (dose, frequência, tempo do tratamento, efeito colateral, tratamento auxiliar, distribuição das drogas, comparação de políticas de tratamento), e randomização (MARCONI; LAKATOS, 2017).

Neste tipo de estudo se realiza ou não uma intervenção, conforme o grupo selecionado (intervenção ou controle), escolhidos previamente atendendo a determinados critérios, que favoreçam a homogeneidade dos grupos e permitam a mesma oportunidade quanto ao recebimento da intervenção (NEDEL; SILVEIRA, 2016). Esse tipo de estudo é indicado para avaliar critérios subjetivos, como a melhora da dor, em que se podem utilizar questionários específicos e validados (HADDAD, 2004).

A randomização realizada foi do tipo fixa, com alocação igual para o grupo intervenção e controle até a finalização do estudo, com probabilidade 1:1:1 (grupo intervenção auto-hipnose, grupo intervenção auto-hipnose com Programação Neurolinguística (PNL) e grupo controle).

O desenho do estudo foi realizado a partir do rastreamento dos pacientes quanto à presença de dor, seguido da seleção dos participantes conforme os critérios de inclusão e exclusão, e depois à randomização dos grupos de estudo e controle na proporção 1:1:1 conforme um sorteio, em que o nº 1 correspondeu à intervenção com a auto-hipnose, o nº 2 auto-hipnose com PNL e o nº 3 controle, sendo realizado uma lista dos participantes do estudo para a exclusão dos pacientes que já participaram da pesquisa.

Tratou-se de um estudo duplamente encoberto, em que os pacientes participantes do estudo foram cegados quanto ao grupo de intervenção/controle, por meio do uso de um fone de ouvido sem identificação do tipo de intervenção que foi realizada e a seleção dos áudios ocorreu respeitando a numeração (Grupo 1, 2 e 3), de forma que os examinadores não tinham conhecimento prévio do tipo de áudio que foi aplicado nos grupos correspondentes, conforme ilustrado na Figura 9.

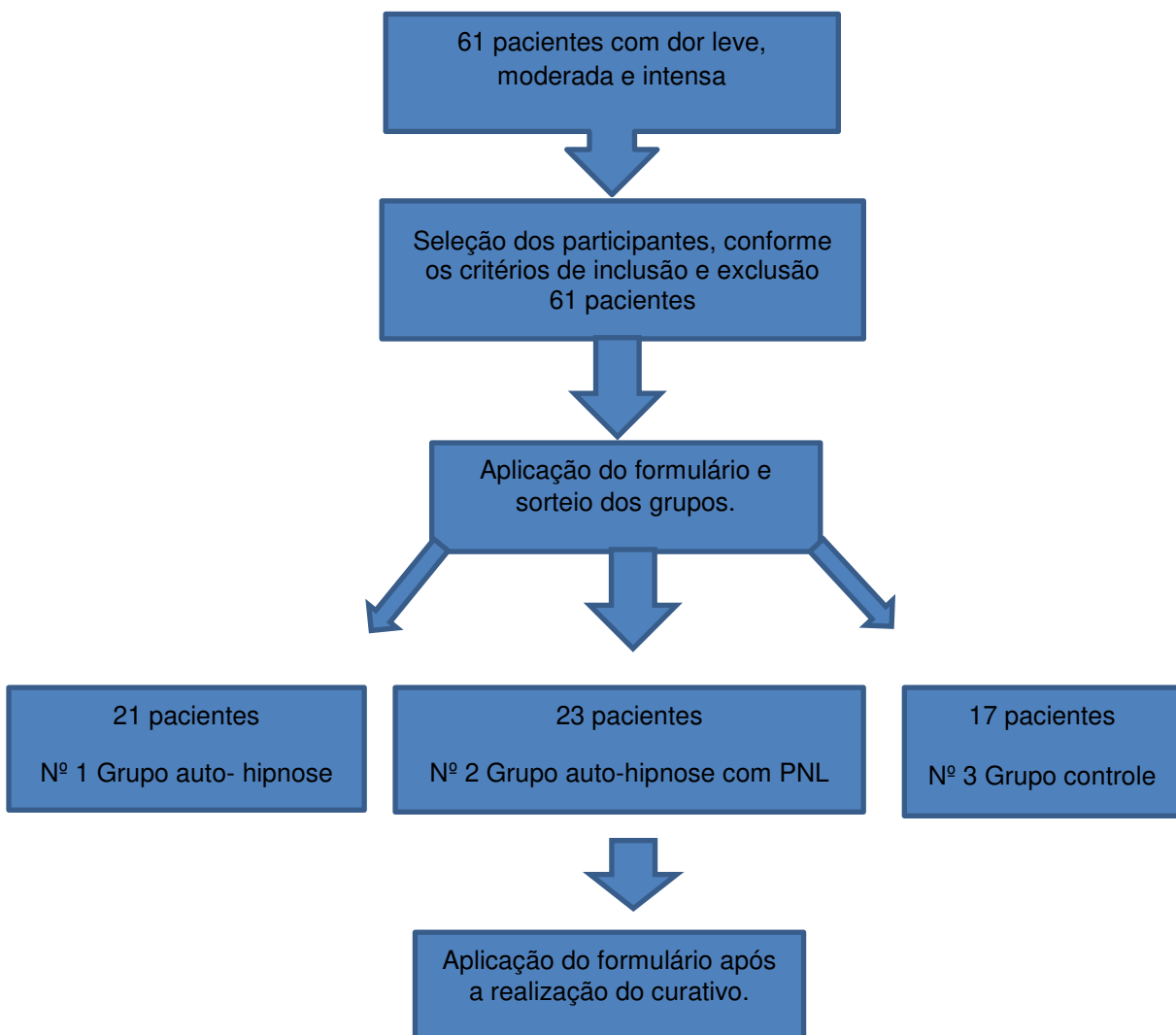
O estudo compreendeu uma única sessão de intervenção com os participantes, utilizando como técnica a hipnose e a hipnose associada à Programação Neurolinguística

(PNL) para o controle da dor no grupo intervenção; e no grupo controle foi utilizado apenas o áudio com o som Binaural. Para que o grupo controle se tornasse neutro em relação ao grupo intervenção, todos os áudios foram produzidos com o som binaural como fundo.

Considerando a dinâmica da sala de curativo e a necessidade de foco do paciente durante a intervenção, optou-se por utilizar a auto-hipnose por meio de um áudio previamente gravado para este estudo associado com o som binaural com o objetivo de favorecer a concentração dos pacientes, visto que este tipo de som produz uma ilusão auditiva a partir de estímulos oscilatórios de frequência que são recebidas em cada orelha de forma simultânea (PEREZ *et al.*, 2020).

O estudo baseou-se na declaração Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) (PACHECO *et al.*, 2017).

Figura 10: Desenho do estudo e fluxograma dos participantes da pesquisa, 2023-2024



Fonte: Elaboração do autor.

4.2 POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por pacientes adultos com ferida crônica que apresentavam queixas algicas, classificadas quanto ao nível da dor em leve, moderada e intensa medida através da escala de avaliação numérica de dor (NRS-11), atendendo aos critérios de inclusão (ter idade igual ou superior a 18 anos, apresentar uma ferida com tempo de existência maior ou igual à quatro semanas, com queixa de dor com intensidade classificada em leve, moderada ou intensa), e aos critérios de exclusão (os pacientes com alteração na acuidade auditiva e pacientes com desorientação no tempo e no espaço).

O estudo foi desenvolvido nas salas de curativo de um multicentro de saúde e nas unidades de saúde da atenção primária do município de Salvador, Bahia.

O sistema municipal de saúde de Salvador é organizado por Distritos Sanitários (DS), e atualmente é composto por 12, que são eles: Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Centro Histórico, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano/Valéria e Subúrbio Ferroviário. Dentre esses DS, fazem parte quatro multicentros: Vale das Pedrinhas (Barra/ Rio Vermelho), Amaralina (Barra/ Rio Vermelho), Liberdade (Liberdade) e Carlos Gomes (Centro Histórico).

Os multicentros de saúde são geridos por empresas terceirizadas e realizam atendimentos ambulatoriais, consultas especializadas de baixa e média complexidade, além de serviços como curativos por meio de demanda espontânea.

Devido ao quantitativo de pacientes necessários para o estudo, foi considerado o fluxo e a rotatividade dos pacientes, sendo escolhidos o multicentro da Liberdade e as unidades de saúde do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, considerado o distrito com maior número de unidades. O DSSF possui 30 unidades de saúde sendo 26 com Equipe de Saúde da Família (ESF) e 04 sem ESF, 01 Centro de Especialidade Odontológica (CEO), 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 01 residência terapêutica.

4.3 CÁLCULO AMOSTRAL

Considerando que não havia registros de outros estudos sobre a característica de interesse (hipnose em pacientes com feridas crônicas), foi utilizada para o cálculo amostral a variabilidade total, a partir da suposição que a metade da população tem a característica de

interesse e a outra metade não tem, utilizando a fórmula de variáveis qualitativas para populações infinitas $n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} \cdot \sqrt{p \cdot q}}{E} \right)^2$, em que n é o tamanho da amostra; $Z_{\alpha/2}$ é o valor crítico para o grau de confiança desejado (usualmente 1,96 – 95%); p é a proporção de resultados favoráveis da variável da população; q é a proporção de resultados desfavoráveis na população ($q=1-p$); e E é o erro padrão, usualmente $\pm 5\%$ da proporção dos casos (precisão absoluta), ou $\pm 5\%$ da média ($1,05 \times \text{média}$) (MIOT, 2011).

O tamanho amostral calculado foi de 159 pacientes, 53 em cada grupo, considerando 10% de perdas, com 95% de confiança, poder de 80% e um erro máximo de 10%.

As questões burocráticas, a pouca rotatividade de pacientes por unidade, a violência social com restrição do acesso dos pesquisadores aos locais do estudo, foram fatores que impactaram na coleta de dados, de forma que serão apresentados os resultados preliminares da pesquisa (61 participantes) até que seja finalizada a coleta com o número de participantes conforme calculado para o tamanho amostral.

4.4 PLANEJAMENTO DA ADMINISTRAÇÃO

Os participantes inicialmente foram questionados quanto à presença de dor e conforme os critérios de inclusão e exclusão responderam a um formulário com informações socioeconômicas, dados clínicos, avaliação da dor e da intervenção recebida (APÊNDICE B) e ao Inventário de Ansiedade de Beck (ANEXO E) que foram aplicados na primeira etapa e serviram de base para a caracterização dos participantes. Todos os questionários foram elaborados por meio da ferramenta Google Forms e aplicados durante entrevista presencial entre a equipe de pesquisadores e os participantes.

A Escala Numérica da Dor é um instrumento que categoriza os níveis de dor em: sem dor (0), leve (1-3), moderada (4-6) e intensa (7-10) (GALLAGHER; LIEBMAN; BIJUR, 2001; FILLINGIM, 2016).

O Inventário de Ansiedade de Beck é um instrumento que mede os sintomas de ansiedade com boa consistência e confiabilidade a partir de características somáticas, afetivas e cognitivas que incomodaram o paciente na última semana, com 21 itens dentro de uma escala de 4 pontos (0- “Absolutamente não (não me incomoda)”; 1- “Levemente (não me incomodou muito)”; 2- “Moderado (foi muito desagradável, mas pude suportar)”; e 3- “Gravemente (difícilmente pude suportar)”, resultando num escore com variação de 0 a 63

pontos (0 a 9 – ansiedade mínima; 10 a 16 – ansiedade leve; 17 a 29 – ansiedade moderada; e 30 a 63 – ansiedade grave) (BECK *et al.*, 1988; CUNHA *et al.*, 2001).

Após a identificação dos indivíduos com dor foi constituída a amostra para a segunda etapa do estudo. Esta amostra foi randomizada (randomização simples) por meio de sorteio com sigilo de alocação e mascaramento em três grupos: Grupo que recebeu o áudio com hipnose ao som binaural, com estímulos à imaginação e a integração corpo e mente (RAZ, 2011; ELKINS *et al.*, 2015); Grupo que recebeu o áudio com hipnose associado à PNL ao som binaural, com objetivo de ampliar o modelo/mapa de mundo que o paciente interpreta e interage com o meio (BANDLER; GRINDER, 2019); e o Grupo que recebeu o áudio apenas com o som binaural, representando o grupo placebo. A descrição dos áudios previamente gravados de auto-hipnose e auto-hipnose associado à PNL segue nos apêndices C e D, respectivamente.

A intervenção com a auto-hipnose seguiu um padrão conforme os seguintes passos: rapport, pré-talk, contrato hipnótico, indução ao transe, aprofundamento e emersão do transe. E para a intervenção com a auto-hipnose associado à PNL os seguintes passos: rapport, pré-talk, contrato hipnótico, indução ao transe, metáforas para o controle da dor, aprofundamento e emersão do transe.

Os instrumentos de coleta de dados e os áudios foram aplicados 01 única vez, durante os atendimentos de curativos nas unidades de saúde, sendo que a avaliação da dor foi realizada por meio da escala NRS-11 antes e após a intervenção com o áudio. Para a aplicação do áudio, foram utilizados fones de ouvido externo bluetooth e os tablets para o acionamento do áudio e aplicação do formulário.

A terapia foi aplicada por um total de 13 profissionais que foram treinados quanto à hipnose e PNL, bem como as rotinas da pesquisa.

Considerando que a prática da hipnose não é utilizada na rotina do município de Salvador, e por tratar-se de uma prática que exige uma formação complementar, os profissionais das salas de curativos serão qualificados e os áudios previamente gravados serão disponibilizados aos serviços para que possa ser utilizado na rotina para o manejo da dor conforme o produto técnico (Apêndice E), possibilitando dessa forma, a habilitação dos enfermeiros quanto à prática e ampliando as possibilidades terapêuticas no manejo da dor em feridas nas salas de curativos.



Foto autorizada pelo paciente
J. L. T.



Foto autorizada pelo paciente
R.S.



Foto autorizada pelo paciente
N. T. J



Foto autorizada pelo paciente
J.T.J.



Foto autorizada pelo paciente

M.A.



Foto autorizada pelo paciente

G. E.

4.5 CRITÉRIOS DE BENEFÍCIOS TERAPÊUTICOS

A redução da média geral das categorias de dor dos participantes no grupo hipnose e hipnose associado à PNL por meio da Escala Numérica da Dor foi critério utilizado para os benefícios da hipnose.

4.6 CRITÉRIOS DE FALHAS TERAPÊUTICAS

A não redução da média geral das categorias de dor dos participantes nos grupos hipnose e hipnose associado à PNL por meio da Escala Numérica da Dor foi considerada como critério de falha terapêutica.

4.7 DESFECHOS AVALIADOS

4.7.1 Desfecho primário

Esperou-se observar uma redução estatisticamente significativa entre os dois momentos de avaliação pela Escala Numérica da Dor por meio da análise pareada através do teste de Friedman com indicativo de grande efeito da hipnose e hipnose associado à PNL na redução da dor dos pacientes voluntários do grupo intervenção.

4.7.2 Desfecho secundário

Descrição das características dos pacientes de um multicentro e das unidades de saúde de um Distrito Sanitário do município de Salvador, Bahia, Brasil quanto aos aspectos socioeconômicos, clínicos e de ansiedade.

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados coletados através da escala numérica de dor foram assim categorizados: nenhuma dor=0; 1 até 3=1; 4 até 6=2; 7 até 9=3 e 10=4. Para a análise das variáveis sociodemográficas foi utilizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk para avaliar a distribuição das variáveis entre os grupos de alocação.

Para a análise de amostras não-pareadas, o teste Kruskal-Wallis foi utilizado para avaliar os níveis de dor antes e após a intervenção na perspectiva de avaliar se havia diferença entre os grupos nos dois tempos de observação. Posteriormente, a análise post-hoc pelo método Dunn-Bonferroni permitiu identificar entre quais grupos as diferenças foram estatisticamente significativas. A análise de amostras pareadas deu-se pelo teste de Friedman. Valores $p < 0,05$ foram considerados como critério de significância estatística.

Foi utilizado o programa Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versão 25.0.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

A inclusão dos sujeitos no estudo foi realizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) que foi entregue a todos os que desejaram participar da pesquisa, em duas vias, onde uma via permaneceu na posse do participante e a outra, do pesquisador, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2013). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, sob o parecer 5.939.866 (ANEXO B) e autorizado pela Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador com o parecer 076/2022 (ANEXO C). O ensaio clínico também foi aprovado pelo Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (REBEC) (ANEXO D).

Os benefícios da participação dos sujeitos na pesquisa foram subsidiar estratégias de redução da dor em pacientes com feridas submetidos à realização de curativos e avaliar os eventuais benefícios da hipnose neste processo. Os riscos desta pesquisa foram classificados como mínimos para os sujeitos participantes, em que foi utilizado para a intervenção o uso de um fone de ouvido externo e a voz do pesquisador previamente gravada para a condução da técnica, respeitando a segurança do paciente e assepsia dos materiais utilizados. O paciente foi orientado a interromper o processo quando desejar ou diante de qualquer desconforto, sendo acolhido pelo pesquisador e oferecendo todo o suporte necessário.

5. RESULTADOS

Foram avaliados 61 pacientes portadores de feridas com necessidade de realização de curativo na Unidade de Saúde da Família. Destes 17 foram alocados no grupo controle, 21 no auto-hipnose e 23 no grupo auto-hipnose com PNL. Observou-se que em termos de características sociodemográficas os grupos não diferiram entre si (Tabela 1).

Os pacientes com feridas crônicas neste estudo tinham idades compreendidas entre 24 e 85 anos, com média de idade de 61,3, o que não diferiu significativamente entre os três grupos. Houve um predomínio do sexo feminino nos grupos (58,8% controle e 52,2% auto-hipnose) e do sexo masculino (57,1%) no grupo auto-hipnose com PNL. A renda mensal de até um salário mínimo foi maioria nos grupos (64,7% controle, 77,3% auto-hipnose e 75% auto-hipnose com PNL).

A ocupação inativa foi hegemônica nos grupos (88,2% controle, 91,3% auto-hipnose e 71,4% auto-hipnose com PNL). Prevaleceu o nível de escolaridade analfabeto/ensino fundamental nos grupos (64,7% controle e 52,4% auto-hipnose com PNL) e ensino médio/superior (52,2%) no grupo auto-hipnose. Ficou evidente a situação conjugal sem companheiro nos grupos (70,6% controle, 60,9% auto-hipnose e 71,4% auto-hipnose com PNL). Notou-se que o tempo de convivência da ferida de até um ano foi prevalente nos grupos (76,5% controle, 60,9% auto-hipnose e 57,1% auto-hipnose com PNL).

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica da população do estudo de acordo com os grupos de alocação, Salvador, BA, Brasil, 2024.

(continua)

Variáveis	Grupo controle (n=17)		Auto-hipnose (n=23)		Auto-hipnose com PNL (n=21)		p valor
	n	%	N	%	n	%	
Sexo							
Feminino	10	58,8	12	52,2	09	42,9	0,61
Masculino	07	41,2	11	47,8	12	57,1	
Idade	63,0±10,9		64,6±13,8		56,4±12,7		0,06
Renda mensal*							
Até 01 SM	11	64,7	17	77,3	15	75,0	0,83
Mais de 01 SM	05	29,4	05	22,7	05	25,0	
Status ocupacional							
Ativo	02	11,8	02	8,7	06	28,6	0,17
Inativo	15	88,2	21	91,3	15	71,4	
Escolaridade							
Analfabeto/Ensino Fundamental	11	64,7	11	47,8	11	52,4	0,56
Ensino Médio/Superior	06	35,3	12	52,2	10	47,6	

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica da população do estudo de acordo com os grupos de alocação, Salvador, BA, Brasil, 2024.

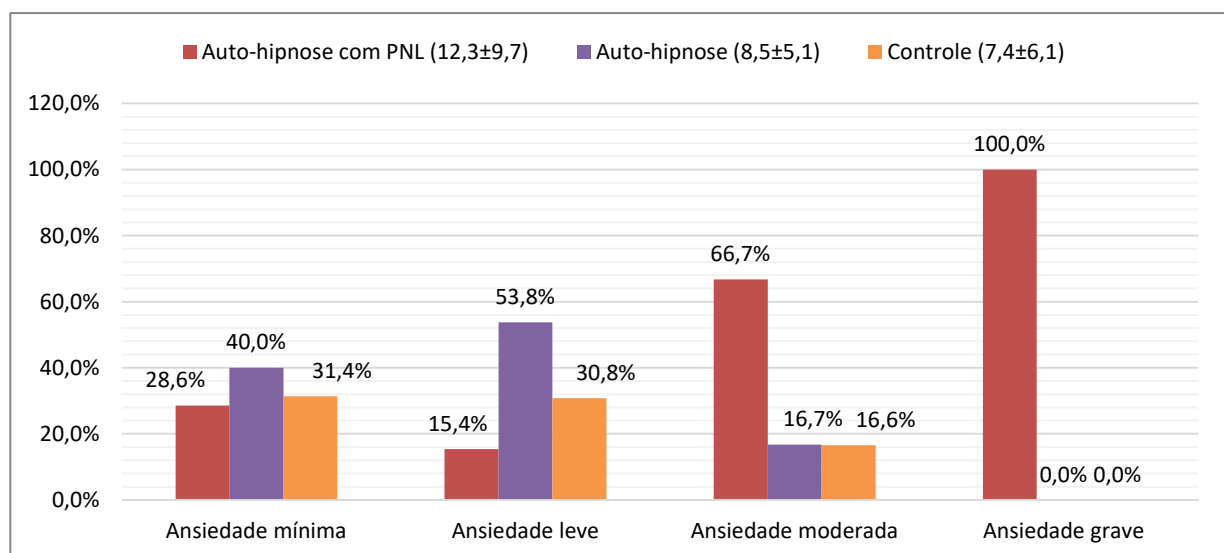
(continuação)

Variáveis	Grupo controle (n=17)		Auto-hipnose (n=23)		Auto-hipnose com PNL (n=21)		p valor
Situação conjugal							
Com companheiro	05	29,4	09	39,1	06	28,6	0,71
Sem companheiro	12	70,6	14	60,9	15	71,4	
Tempo de convivência com a ferida							
Até 01 ano	13	76,5	14	60,9	12	57,1	0,43
Mais de 01 ano	04	23,5	09	39,1	09	42,9	

*Houve perda da informação para 01 indivíduo de cada grupo.

Na amostra do estudo, 35 participantes (57,4%) foram classificados com ansiedade mínima e apenas 01 (1,6%) com ansiedade grave. A média geral do escore para esta variável foi de 9,5 pontos, tendo o grupo auto-hipnose com PNL apresentado maior valor. O grupo controle apresentou melhor perfil neste quesito (Figura 1).

Figura 11 Níveis de ansiedade de acordo com os grupos de alocação, Salvador, BA, Brasil, 2024.



A análise de amostras independentes pelo teste de Kruskal-Wallis para os níveis de dor antes da intervenção não apresentou significância estatística ($p=0,310$), denotando

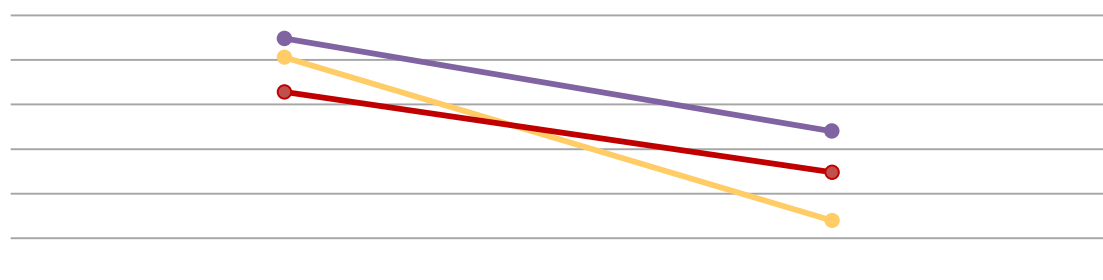
homogeneidade do grupo para esta condição. Por outro lado a avaliação da dor para o grupo depois da intervenção assumiu um valor $p=0,014$ indicando que houve diferença nos níveis de dor referida pelos participantes. Neste quesito, a análise *post-hoc* pelo método Dunn-Bonferroni evidenciou diferença estatisticamente significativa entre a auto-hipnose e o controle ($p=0,012$) (Tabela 2).




Tabela 2 Análise post-hoc da comparação entre grupos, Salvador, BA, Brasil, 2024.

Grupo	χ^2	p valor
Controle x Auto-hipnose	15,76	0,012
Controle x PNL	7,17	0,591
PNL x Auto-hipnose	8,58	0,286

A avaliação de resultado para cada grupo em separado através da análise de amostras pareadas pelo teste de Friedman indicou que o nível de dor referido foi reduzido significativamente em todos os grupos de alocação, com destaque para o controle, cujo valor máximo de dor referido após a intervenção foi 6 (Figura 2).

Figura 12 Estratificação da dor antes e após a realização do curativo de acordo com os grupos de alocação, Salvador, BA, Brasil, 2024.



Grupo	Estratificação da dor antes	Estratificação da dor depois	Diferença observada	p valor
Controle 	2,53	0,70	- 1,83	<0,001
Auto-hipnose com PNL 	2,14	1,24	- 0,9	<0,01
Auto-hipnose 	2,74	1,70	- 1,04	<0,001

6. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo que buscou avaliar os efeitos da hipnose em pacientes com feridas crônicas de uma forma mais ampla, visto que os estudos existentes que utilizaram a hipnose até o período foram limitados ao grupo de pacientes queimados.

O presente estudo mostrou um perfil de pacientes do sexo feminino com feridas crônicas com até um ano de ferida, idosos, baixa renda socioeconômica, sem ocupação ativa, com baixa escolaridade e sem companheiro. Ressalta-se que a composição do grupo auto-hipnose com PNL divergiu dos outros grupos no quesito sexo, e o grupo auto-hipnose divergiu no quesito nível de escolaridade, porém não foram consideradas diferenças estatisticamente significantes quando comparados com a composição dos outros grupos do estudo.

Os achados deste estudo corroboram com os resultados encontrados em pesquisas realizadas com pacientes ambulatoriais do SUS como a de Ruiz; Poletti e Lima (2022) que analisou os perfis demográfico, clínico e terapêutico dos pacientes atendidos em uma Unidade de Tratamento Integral de Ferida em Vitória da Conquista- BA em que a maioria era do sexo feminino, com média de idade de 71,4 anos.

Também se assemelham aos achados da pesquisa de Zanoti (2021) que apresentou dados sobre o acompanhamento de pacientes com feridas crônicas, usuários de uma Unidade Básica de Saúde de um município do interior paulista, em que a maioria era do sexo feminino, com companheiro e com baixa renda salarial; bem como a pesquisa de Vieira e Araújo (2018) que analisou a prevalência de lesão por pressão, úlcera diabética e vasculogênica e os fatores associados em idosos assistidos na atenção básica, em que a média das idades foi de 71,1 anos, predominando o sexo feminino, com companheiro, sem escolaridade, aposentados, com renda salarial de 1 a 3 salários mínimos, sendo que estes dois últimos estudos divergiram apenas no item situação conjugal do que foi encontrado no presente estudo.

Vale destacar que a literatura também aponta outros achados em que o sexo masculino é mais predominante nos pacientes com feridas crônicas, o que parece não ser significativo quando não se considera um tipo específico de ferida (ALMEIDA *et al.*, 2023; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

As feridas podem atingir qualquer indivíduo independente da faixa etária, porém com o aumento da idade ocorre uma maior incidência de doenças crônicas e fatores próprios da

idade como a imobilidade e comorbidades, que impactam na ocorrência das feridas crônicas (RODRIGUES, 2020; NASCIMENTO *et al.*, 2023).

A ocupação inativa, a baixa renda socioeconômica, a baixa escolaridade e a situação conjugal sem companheiro encontrados neste estudo são fatores que podem refletir na situação de saúde dos pacientes e a adesão aos cuidados propostos, demonstrando a importância de conhecer o perfil dos pacientes que usam os serviços de saúde, possibilitando criar estratégias para a construção do plano de cuidados, ampliando a acessibilidade, por exemplo, do público masculino com ferida crônica, que pode não estar indo até o serviço, bem como a conexão com outros pontos da rede de atenção que fortaleçam a rede de apoio, a saúde mental e o cuidado a saúde integral dos pacientes.

A fragilização da saúde emocional foi verificada neste estudo, ao se evidenciar a presença de níveis de ansiedade em todos os pacientes, com destaque para o grupo de hipnose que integrou os pacientes com os maiores percentuais de ansiedade mínima e leve; e para o grupo de hipnose com PNL que integrou os pacientes com os maiores percentuais de ansiedade moderada e grave quando comparados com o grupo controle.

A intensidade da dor apresentada pelos pacientes com ansiedade pode se confundir, visto que os pacientes com feridas crônicas têm sofrimento psicológico e mais dor, e como utiliza o mesmo circuito neural, a dor e a ansiedade se sobrepõem o que exacerba a dor (AMBRON, 2023; SPOER *et al.*, 2023; JARRIN, FINN, 2019).

Estudos como os de Kumar *et al.* (2020) mostrou forte associação de ansiedade e depressão com o atraso na cicatrização de feridas devido a alteração imunológica celular e humoral, bem como a liberação de citocinas pró-inflamatórias. O que nos remete a considerar a importância do controle da ansiedade para o manejo da dor e do tempo de existência da ferida, reduzindo os impactos negativos que a ferida crônica resulta.

Os profissionais das unidades de saúde onde esse estudo foi realizado foram informados sobre os pacientes identificados com ansiedade grave para que fosse realizado o tratamento e devidos encaminhamentos.

Houve redução de dor em todos os grupos, com evidência para o grupo controle que apresentou os melhores resultados na redução dos níveis categóricos (sem dor, dor leve, moderada, intensa e muito intensa) de dor quando comparado com o grupo hipnose e hipnose com PNL. Foi observado que o grupo hipnose com PNL foi o que apresentou o pior achado em relação à ansiedade o que pode ter influenciado na resposta à redução da dor.

O estudo randomizado e controlado de Jafarizadeh *et al.* (2018) que avaliou 60 homens adultos com queimaduras, e realizou 4 sessões de hipnose, demonstrou que não houve

diferença significativa entre os grupos na redução da intensidade da dor, mas houve redução significativa na qualidade da dor e na ansiedade. Esses achados embora sejam divergentes quanto à redução da dor, mostram resultados positivos para o controle da ansiedade o que não foi avaliado nesse estudo.

Esses resultados também divergem do estudo de Ma *et al.* (2024) sobre os “Efeitos de intervenções não farmacológicas sobre a dor em pacientes feridos durante a troca de curativos: Uma revisão sistemática”, em que foram avaliados 951 pessoas em onze investigações que abrangeram sete terapias não farmacológicas, dentre elas a hipnose em crianças com queimaduras com resultado fraco para redução de dor. Entretanto, é válido destacar que o público-alvo do presente estudo não incluiu as crianças.

E corroboram com os resultados da revisão sistemática e meta-análise que revelou redução na dor e ansiedade dos pacientes submetidos a cuidados com queimaduras, mas foi divergente ao se comparar a hipnose com o grupo controle que foi uma diferença média de 8,90% nas escalas de dor e de 21,78% nas escalas de ansiedade (PROVENÇAL *et al.*, 2018).

Essa divergência pode se justificar, pois neste estudo foi utilizado um áudio binaural no grupo controle o que também trouxe uma resposta benéfica para a redução da dor dos pacientes por ter sido considerado uma distração durante a realização do curativo.

Segundo Ambron (2023) o controle da dor é resultante da interferência nos circuitos de dor e atenção, visto que a dor é subjetiva e sofre influência quanto ao humor, à crença, à recompensa e às circunstâncias presentes e passadas, além da atenção que é dada pelo indivíduo. Portanto, determinadas intervenções não farmacológicas podem ter mais efeito de acordo com o estado de cada indivíduo.

Esse estudo apresentou algumas limitações, no que diz respeito à avaliação da ansiedade que só foi verificada antes da realização do procedimento do curativo, não sendo possível avaliar se as intervenções propostas tiveram influência também na redução da ansiedade. Além disso, as intervenções realizadas foram aplicadas durante a realização do curativo em apenas uma sessão, não sendo avaliado os seus efeitos quando aplicadas antes do procedimento e com mais frequência. E como estratégia para facilitar a intervenção na prática dos serviços de saúde, optou-se por realizar um áudio padrão, o que pode ter interferido nos resultados apresentados, visto que a hipnose é uma técnica utilizada de forma individual e direcionada para cada necessidade.

7. CONCLUSÃO

A auto-hipnose, a auto-hipnose com PNL e o áudio binaural têm efeitos na redução da dor em pacientes com ferida crônica durante a realização do curativo. Os pacientes com ferida crônica com maiores níveis de ansiedade apresentaram menor redução de dor quando comparados com os pacientes com menores níveis de ansiedade.

As intervenções não farmacológicas como a auto-hipnose, auto-hipnose com PNL e o áudio binaural são estratégias válidas para o controle da dor em conjunto com as terapias convencionais, melhorando o desconforto dos pacientes que convivem com ferida crônica, favorecendo a utilização com menor frequência das opções farmacológicas, reduzindo as reações adversas, visando o bem-estar físico, mental e social de forma integrada.

Implantar inovações em saúde de baixo custo e com efeitos para a redução da dor nos processos de trabalho implica em melhorias para a qualidade do serviço e do bem estar para o paciente, bem como em segurança para os profissionais que realizarão os procedimentos, podendo ser reproduzido essas práticas em outras salas de curativos, ampliando o uso da hipnose na assistência e fortalecendo as PICs nos serviços de saúde.

A partir do produto técnico desenvolvido foi possível qualificar os profissionais das salas de curativo quanto à temática hipnose e dor em pacientes com feridas possibilitando ampliar as opções terapêuticas para o manejo da dor em pacientes com feridas crônicas despertando a implantação de inovações nas unidades de saúde.

REFERÊNCIAS

ABD-ELSAIED, A.; DEER, T. R. Different Types of Pain. **Pain** 2019; 15–6. Disponível em: [doi:10.1007/978-3-319-99124-5_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-99124-5_3).

ABDULLAYEV, R.; ULUDAG, O.; CELIK, B. Índice de Analgesia/Nocicepção: avaliação da dor aguda pós-operatória. **Brazilian Journal of Anesthesiology** 2019. Disponível em: [doi:10.1016/j.bjan.2019.01.003](https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.01.003).

ABEDIAN, S. et al. The effect of Lavender on pain and healing of episiotomy: A systematic review. **Complement Ther Med**. Sep 2020; 53: 102510. Available from: [doi: 10.1016/j.ctim.2020.102510](https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102510).

AGUIAR, D. P. et al. Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. **BrJP** 2021; 4 (3): 257-67. Available from: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210041>.

ALARCÃO, G. G.; MOTA, A. História crítica da hipnose na psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil, entre 1930-1970. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** 2019; 23. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/2019.v23/e180346/pt>.

ALMEIDA, L. C.; MERCÊS, M. C.; ALENCAR, D. C.; ALENCAR, A. M. P. G. Fatores associados à prevalência de cicatrização de feridas crônicas em uma unidade de saúde da família. **R Pesq Cuid Fundam**. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.13054>.

ALTHAUS, A.; ARRÁNZ, B. O.; NEUGEBAUER, E. Distinguishing between pain intensity and pain resolution: using acute post-surgical pain trajectories to predict chronic post-surgical pain. **Eur J Pain**. 2014; 18 (4): 513-21. Available from: [doi: 10.1002/j.1532-2149.2013.00385.x](https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2013.00385.x).

AMADO, D. M. et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. **Journal of Management & Primary Health Care** 2018; 8 (2): 290–308. Available from: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/537>.

AMBRON, R. Toward the unknown: consciousness and pain. **Neuroscience of Consciousness** Fev. 2023; 1:1-11. Available from: <https://doi.org/10.1093/nc/niad002>.

AMORIM, M. H. C.; LOPES-JÚNIOR, L. C.. Psychoneuroimmunology and nursing research: discovery, paradigm shifts, and methodological innovations. **Acta Paul Enferm.** 2021; 34. Available from: DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021EDT1>.

APELIAN, C. Normas Francesas para a Escala de Hipnotização Online Sussex-Waterloo. **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, 2022; 70(4): 350-358. Available from: DOI: 10.1080/00207144.2022.2124377.

BANDLER, Richard; GRINDER, John;. **A Estrutura da Magia: um livro sobre linguagem e terapia**. Rio de Janeiro: LTC; 2019.

BARROS, Newton. **Entendendo a dor**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, A. T. et al. **Beck Anxiety Checklist. Unpublished Manuscript**. University of Pennsylvania, 1988.

BIGLIARDI, P. L. et al.. Opioids and skin homeostasis, regeneration and ageing – What's the evidence? **Exp Dermatol** 2016; 25: 586-91. Available from: <https://doi.org/10.1111/exd.13021>.

BORGES, E. L.; CARVALHO, D. V. Pele Lesada. In: GAMBA, M. A; PETRI, V; COSTA, M. T. F. **Feridas – Prevenção, causas e tratamento**. 1 edição. Rio de Janeiro: Santos, 2016.

BOWERS, K. S. The Waterloo-Stanford Group C (WSGC) scale of hypnotic susceptibility: Normative and comparative data. **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis** 1993; 41: 35–46. Available from: doi:10.1080/00207149308414536.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Diário Oficial da União 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Diário Oficial da União 2018; 21 mar. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 2013; 12 dez. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

BUSHNELL MC, CEKO M, LOW LA. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. **Nat Rev Neurosci**. Jul. 2013; 14 (7): 502-11. Available from: doi: 10.1038/nrn3516.

CAMPOS, A. C. P. et al. Neuroinflamação, dor e depressão: uma visão geral dos principais achados. **Frente Psicol**. 2020; 11: 1825. Available from: doi: 10.3389/fpsyg.2020.01825.

CARDINELLI, C. C.; LOPES, L. P. N.; DI PIERO, K. C.; FREITAS, Z. M. F. de . Instruments for wound assessment: scoping review. **Research, Society and Development**. 2021; 10 (11). Available from: DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19246.

CARLSON, L. E.; et al.. The Role of Hypnosis in Cancer Care. **Curr Oncol Rep**. Nov 2018; 20 (12): 93. Available from: doi: 10.1007/s11912-018-0739-1.

CARMO, S. S. et al.. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. **Rev Eletr Enf**. mai/ago, 2007; 9 (2): 506-17. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7208>.

CARVALHO, E. S. de S.; SADIGURSKY, D.; VIANA, R. Artigo Original 2. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy** 2016; 4 (2). Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/20>.

CASTANEDA, E.; KRIKORIAN, A.. Aplicaciones actuales de la hipnosis clínica en Latinoamérica: una revisión sistemática de la literatura. **Avances en Psicología Latinoamericana** 2018; 36 (2): 269–83. Available from: DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5488>.

CAVASSAN, N. R. V. et al. Correlation between chronic venous ulcer exudate proteins and clinical profile: a cross-sectional study. **J Proteomicsv**. 2019; 192: 280-90. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.jprot.2018.09.009>.

CHAKRAVARTHY, K. et al. Review of Recent Advances in Peripheral Nerve Stimulation (PNS). **Curr Pain Headache Rep**. 2016; 20 (11): 60. Available from: doi: 10.1007/s11916-016-0590-8.

CLAUW, D. J. Fibromyalgia and related conditions. **Mayo Clin Proc**. May 2015; 90 (5): 680-92. Available from: doi: 10.1016/j.mayocp.2015.03.014.

COFEN. **Resolução COFEN N° 581/2018, de 11 de julho de 2018**. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós – Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Diário Oficial da União 2018; 11 jul. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/07/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0581-2018.pdf>.

COSTA, Ramilton Marinho; LIMA, Amanda Marques de. O transe das possibilidades ressignificando a hipnose e a filosofia na extensão universitária. **Rev. UFG** 201; 24: 141-53. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/58602/33123>.

CUNHA, Jurema Alcides et al. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo 2011:11-13.

CUOMO, R. et al. Fat graft for reducing pain in chronic wounds. **Wound Repair Regen**. Nov. 2020; 28 (6): 780-8. Available from: doi: 10.1111/wrr.12846.

DAHL CJ, WILSON-MENDENHALL CD, DAVIDSON RJ. The plasticity of well-being: A training-based framework for the cultivation of human flourishing. **Proc Natl Acad Sci U S A**. Dec. 2020; 117(51):32197-206. Available from: doi: 10.1073/pnas.2014859117.

DALMOLIN, I. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Integrative and complementary practices in Primary Care: unveiling health promotion. **Rev Lat Am Enfermagem**. Jun. 2020; 8 (28). Available from: doi: 10.1590/1518-8345.3162.3277.

DELMAS, P., HAO, J., & RODAT-DESPOIX, L. Molecular mechanisms of mechanotransduction in mammalian sensory neurons. **Nature Reviews Neuroscience**, 2011; 12 (3): 139–53. Available from: doi:10.1038/nrn2993.

ELDER, D. E.; MURPHY, J. F. **Lever's Histopathology of the Skin**, eleventh ed., Wolters Kluwer Health, Philadelphia, 2015.

ELKINS, G. R.; BARABASZ, A. F.; COUNCIL, J. R.; SPIEGEL, D. Avançando na pesquisa e na prática: A definição revisada de hipnose da Divisão 30 da APA . **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis** 2015; 63 (1): 1 – 9. Available from: doi: doi.org/10.1080/00207144.2014.961870.

EPSTEIN, F. H.; SINGER, A. J.; CLARK, R. A. F. Cutaneous Wound Healing. **New England Journal of Medicine** 1999; 341 (10): 738–46. Available from: doi:10.1056/NEJM199909023411006.

ESDAILE J. **Mesmerism in India, and its Practical Application in Surgery and Medicine.** Silus Andrus, Hartford, CT, 1850.

FACCO, E. et al. On the way of liberation from suffering and pain: role of hypnosis in palliative care. **Ann. Palliat. Med.** 2018; 7: 63–74. Available from: doi: 10.21037/apm.2017.04.07.

FERREIRA, K. S. et al. Cognitive deficits in chronic pain patients, in a brief screening test, are independent of comorbidities and medication use. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria** 2016; 74 (5): 361-6. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0004-282X20160071>.

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

FREITAG, VERA LUCIA et al. Benefits of Reiki in older individuals with chronic pain. **Texto & Contexto - Enfermagem** 2014; 23 (4): 1032-40. Available from: Doi: doi.org/10.1590/0104-07072014001850013.

FILLINGIM, R. B. et al.. Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. **J Pain** 2016; 17 (9): 10-20. Available from: doi: 10.1016/j.jpain.2015.08.010.

FINNERUP, N. B.; KUNER, R.; JENSEN, T. S. Neuropathic Pain: From Mechanisms to Treatment. **Physiol Rev.** Jan. 2021; 101 (1): 259-301. Available from: doi: 10.1152/physrev.00045.2019.

FRANCESKO, A.; PETKOVA, P.; & TZANOV, T. Hydrogel Dressings for Advanced Wound Management. **Current Medicinal Chemistry** 2018; 25 (41): 5782–97. Available from: doi:10.2174/0929867324666170920161246.

FRYKBERG, R. G., BANCOS, J. Challenges in the Treatment of Chronic Wounds. **Adv Wound Care (New Rochelle)** Sep. 2015; 4 (9):560-82. Available from: DOI: 10.1089/wound.2015.0635.

GALLAGHER, E. J.; LIEBMAN, M.; BIJUR, P. E.. Prospective validation of clinically important changes in pain severity measured on a visual analog scale. **Ann Emerg Med** 2001; 38 (6): 633-8. Available from: <https://doi.org/10.1067/mem.2001.118863>.

GARDNER, S. E., et al. Factors associated with high pain intensity during wound care procedures: A model. **Wound Repair Regen** 2017; 25 (4): 558-63. Available from: <https://doi.org/10.1111/wrr.12553>.

GASTERATOS, K. et al.. Adjunctive Nonpharmacologic Interventions for the Management of Burn Pain: A Systematic Review. **Plast Reconstr Surg** May 2022; 149 (5): 985-94. Available from: doi: 10.1097/PRS.00000000000009059.

GILLUM, M. et al.. Nonpharmacologic Management of Procedural Pain in Pediatric Burn Patients: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. **J Burn Care Res** Mar 2022; 43 (2): 368-73. Available from: doi: 10.1093/jbcr/irab167.

GOULD, L. et al. Chronic wound repair and healing in older adults: current status and future research. **J Am Geriatr Soc** 2015; 63: 427-38. Available from: DOI: 10.1111/wrr.12245.

GURTNER, G. C. et al. Wound repair and regeneration. **Nature** 2008; 453(7193): 314-21. Available from: DOI:10.1038/nature07039.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. 1st ed. São Paulo: Roca; 2004.

HAMLIN, A. S.; ROBERTSON, T. M. Dor e Terapias Complementares. **Crit Care Nurs Clin North Am** Dez 2017; 29 (4). Available from: doi: 10.1016/j.cnc.2017.08.005.

HAWKER, G. A. et al.. Measures of adult pain: visual analog scale for pain (VAS pain), numeric rating scale for pain (NRS pain), McGill PainQuestionnaire (MPQ), short-form McGill PainQuestionnaire (SF-MPQ), chronic PainGrade scale (CPGS), short Form-36 bodily pain scale (SF-36 BPS), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (ICOAP). **Arthritis Care Res (Hoboken)** 2011; 63 (11): 240-52. Available from: doi: 10.1002/acr.20543.

HELLSTRÖM, A. et al. Úlceras de perna em idosos: um estudo nacional abordando variação no diagnóstico, dor e distúrbios do sono. **BMC Geriatr** 2016; 16 (1): 25. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0198-1>.

HERRING, M. Strategies and Design of Hypnosis Intervention for Tobacco Cessation. **Am J Clin Hypn** Apr 2019; 61 (4): 345-69. Available from: Doi: 10.1080/00029157.2018.1491386.

HYLANDS-WHITE, N.; DUARTE, R. V.; RAPHAEL, J. H. An overview of treatment approaches for chronic pain management. **Rheumatol Int** Jan 2017; 37 (1): 29-42. Available from: doi: 10.1007/s00296-016-3481-8.

ISCHKANIAN, P. C, PELICIONI, M. C. F. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando à promoção da saúde. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum.** 2012; 22 (1): 233-8. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/44936/48558>.

JAFARIZADEH, H. et al.. Hypnosis for reduction of background pain and pain anxiety in men with burns: A blinded, randomised, placebo-controlled study. **Burns.** Feb. 2018; 44 (1): 108-17. Available from: doi: 10.1016/j.burns.2017.06.001.

JARRIN, S.; FINN, D. P. Optogenetics and its application in pain and anxiety research. **Neurosci Biobehav Rev** 2019; 105: 200-211. Available from: doi:10.1016/j.neubiorev.2019.08.007

KELLER, S. et al. Validity of the brief pain inventory for use in documenting the outcomes of patients with noncancer pain. **Clin J Pain** Sep-Oct 2004; 20 (5): 309-18. Available from: doi: 10.1097/00002508-200409000-00005.

KHOO, R., JANSEN, S. The Evolving Field of Wound Measurement Techniques: A Literature Review. **Wounds** jun 2016; 28 (6): 175-81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27377609>.

KUCHARZEWSKI, M. et al., Novel trends in application of stem cells in skin wound healing. **Eur J Pharmacol** 2019; 843: 307-15. Available from: doi: 10.1016/j.ejphar.2018.12.012.

KUMAR, N. et al. Papel da ansiedade hospitalar e depressão na cicatrização da úlcera crônica de perna: Um estudo prospectivo. **Int Wound J** Dez 2020; 17(6):1941-7. Available from: DOI: 10.1111/iwj.13485.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. **Robbins patologia básica**. Rio de Janeiro: GEN. Editora Guanabara Koogan Ltda., 2021.

KÜMPER, M.; STEINKAMP, J.; ZIGRINO, P. Metalloproteinasas in dermal homeostasis. **Am J Physiol Cell Physiol** Oct 2022; 323 (4): 1290- 303. Available from: doi: 10.1152/ajpcell.00450.2021.

LANGLOIS, P. et al. Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain: A systematic review and meta-analysis. **Neurosci Biobehav Ver** Apr 2022; 135. Available from: doi: 10.1016/j.neubiorev.2022.104591.

LEÃO, Marcos Creder de Souza. A dor como metáfora da unidade: o diálogo analítico entre o corpo e a psique. **Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)** - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2002. Disponível em: <http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/166>.

LEKNES, S.; TRACEY, I. A common neurobiology for pain and pleasure. **Nat Rev Neurosci** Apr 2008; 9 (4): 314-20. Available from: doi: 10.1038/nrn2333.

LEMOS, C. S., et al. Práticas integrativas e complementares em saúde no tratamento de feridas crônicas: revisão integrativa da literatura. **Aquichan**. 2018; 18 (3): 327-42. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n3/1657-5997-aqui-18-03-00327.pdf>.

LEREN, L. et al. Pain in persons with chronic venous leg ulcers: A systematic review and meta-analysis. **Int Wound J** Apr 2020; 17 (2): 466-84. Available from: doi: 10.1111/iwj.13296.

LEWIN, G. R.; MOSHOURAB, R. Mechanosensation and pain. **J Neurobiol** Oct 2004; 61 (1): 30-44. Available from: doi: 10.1002/neu.20078.

LI, S., et al. Imaging in Chronic Wound Diagnostics. **Adv Wound Care (New Rochelle)** 2020; 9 (5): 245-63. Available from: doi: 10.1089/wound.2019.0967.

LU, X. et al.. Therapeutic Effect of a Traditional Chinese Medicine on the Treatment of Painful Leg Ulcer. **Int J Low Extrem Wounds**. 2020; 19 (1): 89-98. Available from: doi: 10.1177/1534734619873786.

MA, Y et al. Efeitos de intervenções não farmacológicas na dor em pacientes feridos durante a troca de curativo: Uma revisão sistemática. **Enfermagem Aberta**. Fev 2024; 11 (2). Disponível em DOI: 10.1002/nop2.2107.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARKOVA, A. MOSTOW, E. N. . US skin disease assessment: ulcer and wound care. **Dermatol Clin**, 2012; 30 (1): 107-11. Available from: DOI: 10.1016/j.det.2011.08.005.

MARTINEZ, J. E., GRASSI, D. C., MARQUES, L. G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev Bras Reumatol** 2011; 51 (4): 304-8. Disponível em: DOI: 10.1590/S0482-50042011000400002.

MARTINENGO, L. et al. Prevalence of chronic wounds in the general population: Systematic review and meta-analysis of observational studies. **Annals of Epidemiology** 2018. Available from: doi:10.1016/j.annepidem.2018.10.005.

MATA, Verônica Elizabeth; PORTO, Fernando; FIRMINO, Flávia. TEMPO E CUSTO DO PROCEDIMENTO: CURATIVO EM ÚLCERA VASCULOGÊNICA. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online** 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/816>.

MASOPUST, V. et al. Neuromodulation in the treatment of postoperative epidural fibrosis: comparison of the extent of epidural fibrosis and the effect of stimulation. **Physiol Res**. Jul 2021; 70 (3): 461-8. Available from: doi: 10.33549/physiolres.934617.

MAZZOLA, L. A.; et al. Hypnosis for chronic pain management. **Physiother. Rehabil** 2017; 2: 128. Available from: doi: 10.4172/2573-0312.1000128.

MCCAIG, R. G. et al.. Modulação melhorada do córtex pré-frontal rostral usando treinamento de fMRI em tempo real e consciência meta-cognitiva. **Neuroimagem**. Abr 2011; 55 (3):1298-305. Disponível em: DOI: 10.1016/j.neuroimage.2010.12.016.

MCEWEN, B. S.; GIANAROS, P. J. Stress- and allostasis-induced brain plasticity. **Annu Rev Med** 2011; 62: 431-45. Available from: doi: 10.1146/annurev-med-052209-100430.

MEINTS, S. M.; EDWARDS, R. R. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry** Dec 2018; 20 (87): 168-82. Available from: doi: 10.1016/j.pnpbp.2018.01.017.

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

MELZACK, R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain** Sep 1975; 1 (3): 277-99. Available from: doi: 10.1016/0304-3959(75)90044-5.

MENON, G. K.; CLEARY, G. W.; LANE, M. E. The structure and function of the stratum corneum. **International Journal of Pharmaceutics** 2012; 435 (1): 3–9. Available from: doi:10.1016/j.ijpharm.2012.06.005.

MIOT, H. A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **J Vasc Bras** 2011; 10 (4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1677-54492011000400001>.

MITTAG, Barbara Franco; et al.. Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem. **ESTIMA** 2017; 15 (1): 19-25. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/314145321_Cuidados_com_Lesao_de_Pele_Acoes_da_Enfermagem.

MORAIS, G. F. C; OLIVEIRA, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto contexto-enferm** mar 2008; 17 (1): 98-105. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000100011>.

MORTON, L. M., PHILLIPS, T. J. Wound healing and treating wounds: Differential diagnosis and evaluation of chronic wounds. **J Am Acad Dermatol** Apr 2016; 74 (4): 589-605. Available from: doi: 10.1016/j.jaad.2015.08.068.

MOSS D, WILLMARTH E. Hypnosis, anesthesia, pain management, and preparation for medical procedures. **Ann Palliat Med** Sep 2019; 8 (4). Available from: doi: 10.21037/apm.2019.07.01.

MUROYAMA, A; LECHLER, T. Polarity and stratification of the epidermis. **Semin Cell Dev Biol** Oct 2012; 23 (8): 890-6. Available from: doi: 10.1016/j.semcdb.2012.08.008.

NAIME, Fauzia F.. **Manual de tratamento da dor: dor aguda e dor de origem oncológica: tratamento não invasivo**. 2. ed., Barueri, SP: Manole, 2013. 250p.

NASCIMENTO, S. da S.; et al.. Tratamento farmacológico e não farmacológico no manejo da dor de pacientes em pós-operatório imediato (POI). **Revista Contexto & Saúde** 2020; 20 (40): 102–17. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/9654/6489>.

NASCIMENTO, T. P. F. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos e aceitabilidade da terapia larval em pacientes com feridas crônicas. **R Pesq Cuid Fundam** 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12583>.

NEDEL, Wagner Luis; SILVEIRA, Fernando da. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva** 2016; 28 (3): 256-60. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507X-rbti-28-03-0256.pdf>.

NEUBERN, M. S. Hipnose e dor: origem e tradição clínicas. **Estudos de Psicologia** 2009; 14 (2): 105-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000200003>.

NEWBERN, S. Identifying Pain and Effects on Quality of Life from Chronic Wounds Secondary to Lower-Extremity Vascular Disease. **Adv Skin Wound Care** 2018; 31 (3): 102-8. Available from: doi: 10.1097/01.ASW.0000530069.82749.e5.

OKUR, M. E. et al. Recent trends on wound management: new therapeutic choices based on polymeric carriers. **Asian J Pharm Sci** 2020; 15 (6): 661-84. Available from: <http://doi.org/10.1016/j.ajps.2019.11.008>.

OLIVEIRA, Paula Francielle Tavares de, et al.. Avaliação da dor durante a troca de curativo de úlceras de perna. **Texto Contexto Enferm** Out-Dez, 2012; 21 (4): 862-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/17.pdf>.

OLIVEIRA, A. C. et al. Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. Artigo Original. **Acta Paul Enferm** Mar-Apr 2019; 32 (2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900027>.

OLSSON M., et al.. The humanistic and economic burden of chronic wounds: A systematic review. **Wound Repair Regen** Jan 201; 27 (1): 114-125. Available from: doi: 10.1111/wrr.12683.

OSSIPOV, M. H.; MORIMURA, K.; PORRECA, F. Descending pain modulation and chronification of pain. **Curr Opin Support Palliat Care** Jun 2014; 8 (2): 143-51. Available from: doi: 10.1097/SPC.0000000000000055.

OTTE, J. L. et al. Self-Hypnosis for Sleep Disturbances in Menopausal Women. **J Womens Health** (Larchmt) Mar 2020; 29 (3): 461-3. Available from: doi: 10.1089/jwh.2020.8327.

PACHECO, R.L. et al. Guidelines para publicação de estudos científicos. Parte 3: Como publicar ensaios clínicos. **Diagn Tratamento** 2017; 22 (4): 169-175. Disponível em: rdt_v22n4_169-175.pdf.

PAMUK CEBECI S, ACAROĞLU R. Use of Silver-Containing Hydrofiber and Chlorhexidine-Impregnated Tulle Gras Dressings for Second-Degree Burns. **Adv Skin Wound Care** Jul 2019; 32 (7): 1-5. Available from: doi: 10.1097/01.ASW.0000553598.12820.e7.

PAUS, R. et al.. Neuroendocrinology of the hair follicle: principles and clinical perspectives, **Trends in Molecular Medicine** 2014; 20 (10): 559-70. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.molmed.2014.06.002>.

PEREZ, H. O., et al. Binaural beats through the auditory pathway: from brainstem to connectivity patterns. **eNeuro** 2020. Available from: <https://pasteur.hal.science/pasteur-02484658v2>.

PINHO-RIBEIRO, F. A.; VERRI, W. A. JR.; CHIU I. M. Nociceptor Sensory Neuron-Immune Interactions in Pain and Inflammation. **Trends Immunol** jan 2017; 38 (1): 5-19. Available from: doi: 10.1016/j.it.2016.10.001.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** 1996; 30 (3): 473-83. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62341996000300009>>.

POUGET, C. et al. Polymicrobial Biofilm Organization of *Staphylococcus aureus* and *Pseudomonas aeruginosa* in a Chronic Wound Environment. **Int J Mol Sci** 2022; 23 (18): 10761. Available from: doi: 10.3390/ijms231810761.

PROVENÇAL, S. C. et al., Hypnosis for burn wound care pain and anxiety: A systematic review and meta-analysis, **Burns** 2018. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2018.04.017>.

RAIZMAN, R.; GAVISH, L. At-Home Self-Applied Photobiomodulation Device for the Treatment of Diabetic Foot Ulcers in Adults With Type 2 Diabetes: Report of 4 Cases. **Can J Diabetes** 2020; 44 (5): 375-78. Available from: doi: 10.1016/j.cjcd.2020.01.010.

RAJA, S. N., et al.. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain United States** 2020. Available from: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.

RAMOT, Y., BÖHM, M., PAUS, R. Translational Neuroendocrinology of Human Skin: Concepts and Perspectives. **Trends Mol Med** jan 2021; 27 (1): 60-74. Available from: doi: 10.1016/j.molmed.2020.09.002.

RAZ, A. Does Neuroimaging of Suggestion Elucidate Hypnotic Trance?, **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis** 2011; 59 (3): 363-77. Available from: DOI: [10.1080/00207144.2011.570682](https://doi.org/10.1080/00207144.2011.570682).

REICHLING, D. B.; GREEN, P. G.; LEVINE, J. D. The fundamental unit of pain is the cell. **Pain** Dec 2013; 154 (1): 2-9. Available from: doi: 10.1016/j.pain.2013.05.037.

RIERA, Rachel et al.. O que as revisões sistemáticas Cochrane dizem sobre o uso das 10 novas práticas de medicina integrativa incorporadas ao Sistema Único de Saúde. **Diagn Tratamento**. 2019; 24 (1): 25-36. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005094/rdt-v24n1_25-36.pdf.

ROBINSON, H. et al. The effects of expressive writing before or after punch biopsy on wound healing. **Brain Behav. Immun**. 2017; 61: 217-27. Available from: doi: 10.1016/j.bbi.2016.11.025.

RODRIGUES, Andrea Bezerra; et al.. **Guia da enfermagem: rotinas, práticas e cuidados fundamentados**. 3. ed., São Paulo: Érica, 2020.

ROWIN, J. Integrative neuromuscular medicine: Neuropathy and neuropathic pain: Consider the alternatives. **Muscle Nerve** 2019; 60 (2): 124-36. Available from: doi: 10.1002/mus.26510.

RUIZ, P. B. DE O., POLETTI, N. A. A., & LIMA, A. F. C.. PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE TRATAMENTO INTEGRAL DE FERIDA. **Cogitare Enfermagem**, 2022; 27. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82948>.

SALOMÉ, G. M., et al. The impact of venous leg ulcers on body image and self-esteem. **Adv Skin Wound Care** 2016; 29 (7): 316-21. Available from: doi: 10.1097/01.ASW.0000484243.32091.0c.

SALOMÉ, G. M.; FERREIRA, L. M.. The impact of decongestive physical therapy and elastic bandaging on the control of pain in patients with venous ulcers. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões** 2018; 45 (2). Available from: doi:10.1590/0100-6991e-20181385.

SALTIS, J; et al.. Hypnosis for Pain Relief. In: YONG, R; et al.. **Pain Medicine**. An Essential Review. Springer, 2017.

SANDVIK, R. K. et al. Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: a scoping review. **J. Clin. Nurs**. 2020; 29: 1488–98. Available from: doi: 10.1111/jocn.15194.

SANGESLAND, A.; STOREN, C.; VAEGTER, H. B. As avaliações experimentais da dor pré-operatória estão correlacionadas com os resultados clínicos da dor após a cirurgia? Uma revisão sistemática. **Scand J Pain** 2017; 15: 44-52. Disponível em: doi: 10.1016/j.sjpain.2016.12.002.

SANTARCANGELO, E. L.; CARLI, G. Individual Traits and Pain Treatment: The Case of Hypnotizability. **Front Neurosci** Jun 2021; 15. Available from: doi: 10.3389/fnins.2021.683045.

SAWNI, A.; BREUNER, C. C. Clinical Hypnosis, an Effective Mind-Body Modality for Adolescents with Behavioral and Physical Complaints. **Children (Basel)** Mar 2017; 24 (4): 19. Available from: doi: 10.3390/children4040019.

SCHEFFLER, M. et al.. Efficacy of non-pharmacological interventions for procedural pain relief in adults undergoing burn wound care: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Burns** Nov 2018; 44 (7): 1709-20. Available from: doi: 10.1016/j.burns.2017.11.019.

SEABRA, P. D. M. et al. The use of hypnosis in dental care - a literature review. Rio de Janeiro. **Dental Journal** (Revista Científica do CRO-RJ) 2019; 4 (1): 16–20. Available from: doi: 10.29327/24816.4.1-4.

SEATON, P. C. J.; CANT, R. P.; TRIP, H. T. Quality indicators for a community-based wound care centre: An integrative review. **Int Wound J** jun., 2020; 17 (3): 587-600. Available from: doi: 10.1111/iwj.13308.

SEIDEL, D.; LEFERING, R.; DiaFu study group. NPWT resource use compared with standard moist wound care in diabetic foot wounds: DiaFu randomized clinical trial results. **J Foot Ankle Res** 2022; 30 (1): 72. Available from: doi: 10.1186/s13047-022-00569-w.

SHOR, R., ORNE, E. **The harvard group scale of hypnotic susceptibility**. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1962.

SHUBHANGI, V. A. Chronic leg ulcers: epidemiology, aetiopathogenesis and management. **Ulcers** 2012; 30 (1): 107-11. Available from: <https://doi.org/10.1155/2013/413604>.

SILVEIRA, D. S. C., et al.. Lactobacillus bulgaricus inhibits colitis-associated cancer via a negative regulation of intestinal inflammation in azoxymethane/dextran sodium sulfate model. **World J Gastroenterol** 2020; 26 (43): 6782-94. Available from: DOI: <https://doi.org/10.3748/wjg.v26.i43.6782>.

SLOMINSKI, A., WORTSMAN, J. Neuroendocrinology of the skin. **Endocr Ver** 2000; 21 (5): 457-87. Available from: DOI: 10.1210/edrv.21.5.0410.

SOUSA, I. M. C.; HORTALE, V. A.; BODSTEIN, R. C. A. Traditional Complementary and Integrative Medicine: challenges in constructing an evaluation model of care. **Cien Saude Colet** Out 2018; 23 (10): 3403-12. Disponível em: doi: 10.1590/1413-812320182310.23792016.

SOUZA, M. A. D. et al.. TRPA1 as a therapeutic target for nociceptive pain. **Expert Opin Ther Targets** Oct 2020; 24 (10): 997-1008. Available from: doi: 10.1080/14728222.2020.1815191.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** Jun., 2002; 10 (3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/k49DRq3JDKvVqHt8kBR3BtS/?lang=pt>.

SPOER, D. L. et al. Examining the unmet needs of chronic wound patients with common mental disorders. **J Plast Reconstr Aesthet Surg** 2023; 82:176-185. Available from: doi:10.1016/j.bjps.2023.02.032.

ST JOHN SMITH, E. Advances in understanding nociception and neuropathic pain. **J Neurol**. Feb 2018; 265 (2): 231-8. Available from: doi: 10.1007/s00415-017-8641-6.

TANK, J. C. et al. O uso de cloreto de etila melhora os escores de dor relatados pelo paciente com alterações de curativos de ferida de pressão negativas? Um teste controlado prospectivo e randomizado. **J Trauma Acute Care Surg** Jun 2021; 90 (6): 1061-6. Disponível em: doi: 10.1097/TA.0000000000003157.

TAYLOR, D. A.; GENKOV, K. A. Hypnotherapy for the Treatment of Persistent Pain: A Literature Review. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association** 2020; 26 (2): 157–61. Available from: doi: 10.1177/1078390319835604.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. Fisiopatologia da dor. In: ALVES NETO, Onofre; et al.. **Dor: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 1428 p.

TREDE, R. D. et al. Chronic pain as a symptom and a disease: the IASP classification of chronic pain for the international classification of diseases ICD-11. **PAIN** Jan. 2019; 160 (1): 19–27. Available from: doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384.

UNESTAHL, L. E. Alert, Eyes-Open Sport Hypnosis. **Am J Clin Hypn** Oct 2018; 61 (2): 152-72. Available from: doi: 10.1080/00029157.2018.1491387.

URITS, I. et al. A Comprehensive Review of Alternative Therapies for the Management of Chronic Pain Patients: Acupuncture, Tai Chi, Osteopathic Manipulative Medicine, and Chiropractic Care. **Adv Ther** Jan 2021; 38 (1): 76-89. Available from: doi: 10.1007/s12325-020-01554-0.

VALENTINE, K. E.. THE EFFICACY OF HYPNOSIS AS A TREATMENT FOR ANXIETY: A META-ANALYSIS. **Int J Clin Exp Hypn** Jul-Sep 2019; 67 (3): 336-63. Available from: doi: 10.1080/00207144.2019.1613863.

VANHAUDENHUYSE, A.; LAUREYS, S.; FAYMONVILLE, M. E. Neurophysiology of hypnosis. **Neurophysiologie Clinique Elsevier Masson SAS** 2014; 44 (4): 343–53. Available from: doi: 10.1016/j.neucli.2013.09.006.

VAN HELMOND, N. et al. O teste sensorial quantitativo pré-operatório está relacionado à dor pós-cirúrgica persistente? Uma revisão sistemática da literatura. **Anesth Analg** Oct, 2020; 131 (4): 1146-55. Disponível em: doi: 10.1213/ANE.0000000000004871.

VAROLI, F. K.; PEDRAZZI, V. Adapted version of the McGill Pain Questionnaire to Brazilian Portuguese. **Braz Dent J** 2006; 17 (4): 328-35. Available from: doi: 10.1590/s0103-64402006000400012.

VIEIRA, C. P. B.; ARAÚJO, T. M. E. Prevalence and factors associated with chronic wounds in older adults in primary care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** 2018; 52. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017051303415>.

VON KORFF, M. et al.. Graded chronic pain scale revised: mild, bothersome, and high-impact chronic pain. **Pain** Mar 2020; 161 (3): 651-61. Available from: doi: 10.1097/j.pain.0000000000001758.

WANG, Y. et al. Burn injury: Challenges and advances in burn wound healing, infection, pain and scarring. **Adv Drug Deliv Ver** Jan 2018; 123: 3-17. Available from: doi: 10.1016/j.addr.2017.09.018.

WATT, F. M.. Mammalian skin cell biology: at the interface between laboratory and clinic. **Science** Nov 2014; 346 (6212): 937-40. Available from: Doi: 10.1126/science.1253734.

WEITZENHOFFER, A., & HILGARD, E. R.. **Revised stanford profile scales of hypnotic susceptibility scale: Forms I and II**. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1967.

WERDIN F. et al. Evidence-based management strategies for treatment of chronic wounds. **Eplasty**, 2009. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691645/>.

WILKINSON, H. N; HARDMAN, M. J. Wound healing: cellular mechanisms and pathological outcomes. **Open Biol** 2020; 10 (9). Available from: doi: 10.1098/rsob.200223.

WILLIAMS, H. M. et al.. Efficacy and cultural appropriateness of psychosocial interventions for paediatric burn patients and caregivers: a systematic review. **BMC Public Health** Mar 2020; 20 (1): 284. Available from: doi: 10.1186/s12889-020-8366-9.

WOOLF, C. J., SALTER, M. W.. Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. **Science** 2000; 288 (5472): 1765-9. Available from: doi: 10.1126/science.288.5472.1765.

YANG, Y. et al. Nav1.7-A1632G Mutation from a Family with Inherited Erythromelalgia: Enhanced Firing of Dorsal Root Ganglia Neurons Evoked by Thermal Stimuli. **Journal of Neuroscience** jul. 2016; 36 (28): 7511–22. Available from: doi: 10.1523/JNEUROSCI.0462-16.2016.

YEK, M. H.; ELKINS, G. R. Therapeutic Use of the Elkins Hypnotizability Scale: A Feasibility Study, **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis** 2021; 69 (1): 124-41. Available from: DOI: 10.1080/00207144.2021.1831390.

ZANOTI, Marcia Diana Umebayashi. Acompanhamento de pacientes com feridas crônicas em uma unidade básica de saúde do interior paulista. **CuidArte, Enferm**, 2021: 196-204. Disponível em: <https://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2021v2/p.196-204.pdf>.

ZHAO, J. et al. Research progress of infrared light promoting wound healing. **Zhonghua Shao Shang Za Zhi** 2022; 38 (9): 870-3. Available from: doi: 10.3760/cma.j.cn501120-20211028-00371.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – CAMPUS I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) Participante;

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**EFEITOS DA HIPNOSE NA DOR: UM ENSAIO CLÍNICO EM PACIENTES COM FERIDA CRÔNICA**” orientada por Magno Conceição das Mercês, professor doutor da Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências da Vida, Salvador – Bahia.

Esta pesquisa atende o disposto na Resolução CNS 466/12 e tem como objetivo geral medir o efeito de umas das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), em pacientes com ferida crônica durante a realização do curativo em um multicentro e unidades de saúde do município de Salvador.

Por tratar-se de uma prática que não utiliza medicamentos nem intervenções invasivas, os efeitos adversos são menores, contribuindo para a melhor qualidade de vida do paciente e menor custo, se justificando pelas contribuições inovadoras na prática profissional do enfermeiro no manejo da dor em feridas.

Esta pesquisa está dividida em dois momentos: o primeiro momento será de rastreamento, em que serão selecionados os pacientes com dor leve, moderada e intensa considerando a escala numérica de dor (0 a 10) conforme os critérios de inclusão (ter idade igual ou superior a 18 anos, apresentar uma ferida com tempo de existência maior ou igual a quatro semanas, com queixa de dor com intensidade classificada em leve, moderada e intensa), e aos critérios de exclusão (os pacientes com alteração na acuidade auditiva e pacientes com desorientação no tempo e no espaço). Os participantes serão randomizados em três grupos: um grupo controle e dois grupos de intervenção após um sorteio realizado com os pacientes participantes. Os pacientes selecionados, antes da realização do curativo, responderão a um questionário com o perfil socioeconômico e clínico, e após o procedimento serão avaliados quanto à intensidade da dor e da intervenção a qual foi submetido na pesquisa.

Desta forma, solicitamos a sua permissão para entrevistá-lo (a) e para aplicação da PIC. Garantimos total acesso ao final da pesquisa, bem como a todas as informações resultantes dela. Esses registros serão devidamente guardados sob nossa responsabilidade, sendo mantido o sigilo permanente das informações colhidas e após o período de cinco anos estes arquivos serão destruídos.

A você será garantido(a) o sigilo de todas as informações referidas, bem como o direito de recusar-se a participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízo. O benefício potencial desta sua participação será fornecer subsídios para estratégias de redução da dor em pacientes com feridas crônicas submetidos à realização de curativos e avaliar os eventuais benefícios de umas das PICS neste processo. Você não terá qualquer despesa financeira enquanto participante da pesquisa. Caso haja, nos comprometemos a ressarcir-lo(a).

Os riscos desta pesquisa são classificados como mínimos para os sujeitos participantes, com intervenção mínima com o uso de um fone de ouvido externo e o áudio com a técnica selecionada, respeitando a sua segurança e a assepsia dos materiais. O participante poderá sentir-se desconfortável com as intervenções realizadas, porém durante todo o processo o paciente poderá se comunicar e interromper a sua participação se assim desejar. Caso o participante seja exposto a algum risco inerente a pesquisa ou relate algum desconforto durante os procedimentos, o mesmo será devidamente atendido pela equipe de pesquisadores e, quando for o caso, orientado a não mais participar da pesquisa e/ou ser indenizado nas formas definidas pela legislação referente à questão. Além disso, ressaltamos que, a qualquer momento da realização da pesquisa, você poderá desistir de participar do estudo.

Este termo será assinado em duas vias de forma que, uma delas estará de posse do participante e outra dos pesquisadores.

Colocamo-nos à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida.

Magno Conceição das Mercês
Telefone: (75) 991415377 – (71) 31172200
E-mail: mmerces@uneb.br
Endereço: Rua Silveira Martins, 2555, Cabula, Salvador– Bahia

Lorena de Carvalho Almeida
Telefone: (75)99251-0962
E-mail: lolydecarvalho@hotmail.com
Endereço: Rua Silveira Martins, 2555, Cabula, Salvador – Bahia

Entrevistado do Estudo

Prof. Dr.º Magno Conceição das Mercês
Matrícula funcional: 74.555.978-2

Pesquisador Lorena de Carvalho Almeida
Matrícula institucional 102210228

Comitê de Ética em Pesquisa- CEP/UNEB Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 2º andar, sala 23, Água de Meninos, Salvador- BA. CEP: 40460-120. Tel.: (71) 3312-3420, (71) 3312-5057, (71) 3312-3393 ramal 250, e-mail: cepuneb@uneb.br
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP- End: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte
CEP: 70719-040, Brasília-DF

APÊNDICE B- FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO

Grupo de estudo:

- Auto-hipnose
- Auto-hipnose com PNL
- Controle

DADOS SOCIOECONÔMICOS

Sexo

- Feminino
- Masculino

Faixa Etária

- 18 – 29
- 30 – 39
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 – 79
- 80 ou mais

Cor da pele

- Branco
- Pardo
- Preto
- Amarelo
- Indígena

Renda

- Até ½ SM
- Mais de ½ a 1 SM
- Mais de 1 a 2 SM
- Mais de 2 a 3 SM
- Mais de 3 a 5 SM
- Mais de 5 a 10 SM
- Mais de 10 a 20 SM
- Mais de 20 SM
- Ignorado

Nível de escolaridade

- Analfabeto
- Lê e escreve
- Ensino fundamental Incompleto
- Ensino fundamental Completo
- Ensino médio Incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação incompleta
- Pós-graduação completa

Situação ocupacional

- Ativo
- Aposentado
- Afastado
- Desempregado

Situação conjugal

- Com companheiro
- Sem companheiro

Religião

- Católico
- Evangélico
- Espírita
- Matriz Africana
- Outras Religiões
- Sem religião

DADOS CLÍNICOS**Histórico de morbidade**

- HAS
- DM
- Doença Falciforme
- Doença Vascular
- Outros: _____

Etiologia da Ferida

- Úlcera venosa
- Úlcera Arterial
- Úlcera Mista
- Úlcera Falciforme
- Úlcera Diabética
- Úlcera Por Pressão

Tempo de convivência com a ferida

- 1 mês – 4 meses
- 5 meses – 8 meses
- 9 meses – 1 ano
- 2 anos – 3 anos
- 4 anos – 5 anos
- 6 anos – 7 anos
- 8 anos – 9 anos
- Mais que 10 anos

Localização da ferida

- Pé
- Perna
- Sacra
- Outra: _____

Intensidade da dor (Escala 0-10):

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

Faz uso de analgésico

- Sim
- Não

Há quanto tempo tomou o analgésico

- 30 min ou menos
- 1-6 horas
- 7-12 horas
- 13-18 horas
- 19-24 horas
- 2 dias ou mais

APÓS A REALIZAÇÃO DO CURATIVO**Intensidade da dor (Escala 0-10):**

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

A hipnose te beneficiou:

- Sim
- Não

Recomendaria a hipnose para outros pacientes

- Sim
- Não

A hipnose reduziu a sua dor

- Sim
- Não

APÊNDICE C – DESCRIÇÃO DO ÁUDIO AUTO-HIPNOSE

Olá, você sabia que você é capaz de controlar a sua dor? para isso você precisa compreender como funciona a sua mente. Quando alguém partilha com você uma situação, você já parou pra perceber que o seu corpo sente as sensações daquilo que você pensa ou imagina? diante de uma lembrança de um dia especial, o seu corpo vibra, o seu sorriso aparece, o seu coração fica cheio de emoção e uma sensação boa se espalha no seu corpo, mas diante de uma notícia triste o seu corpo parece perder as forças, o seu coração bate muito rápido e uma sensação ruim se espalha, tremores, dor de cabeça, aperto no peito, falta de ar e muitos outros sintomas que você começa a perceber sem que esteja doente. Assim é a dor, e por vezes sentimos na ferida a dor de uma experiência emocional que vivenciamos ou que estamos vivendo naquele momento. Busque lembrar de um dia que você estava muito feliz e muito bem com você mesmo, a dor poderia até estar presente, mas ela não te trazia tanto desconforto quanto naquele dia que você não estava muito bem, portanto vou te convidar a mergulhar em você mesmo e controlar a sua dor. Você só precisa ficar concentrado nas minhas palavras e experimentar as mudanças nas sensações, percepções, pensamentos e comportamentos que influenciam a sua dor. Fique numa posição confortável, repouse os seus braços sobre as suas pernas e siga todas as orientações que serão feitas durante o processo. Você ficará tão relaxado que poderá até dormir. Feche os seus olhos, respire profundamente, perceba o ar entrando pelo seu nariz bem devagar, segure a sua respiração e solte o ar pela boca bem devagar. Quando você puxar o ar contraia todo o seu corpo e relaxe ao soltar o ar. E à medida que você respira você vai desacelerando e se concentrando apenas na sua respiração, percebendo o ar entrando e saindo bem devagar; percebendo essa sensação boa que é respirar. Agora imagina um dia que você estava assistindo TV e de repente você dormiu, mas você queria tanto assistir aquela reportagem que você tenta abrir os olhos para assistir, mas eles estão tão pesados que você fecha novamente; e você tenta abrir, mas não consegue e abre de novo e fecha; e como naquele dia você sabe que poderá abrir os olhos a qualquer momento, mas prefere não abrir, prefere deixar os olhos pesados, desligados, relaxados, e mesmo com barulho ao seu redor, pessoas falando, porta se abrindo, você consegue relaxar e se aprofunda ainda mais nessa experiência. Permita que esse relaxamento se distribua por todo o seu corpo, desde os seus pés até o seu couro cabeludo, permita que o corpo fique completamente desligado focando apenas da minha voz. Preste atenção em cada parte do seu corpo: seus pés, as suas pernas, seu abdome, seu tórax, seus braços, seu pescoço, a sua face, a sua língua, o seu couro cabeludo, e vai percebendo que cada parte do seu corpo vai ficando completamente dormente. Agora com o corpo completamente relaxado, vamos relaxar a mente deixando a sua mente leve, livre de qualquer pensamento e mesmo que os pensamentos venham a sua cabeça, você apenas foca na sua respiração, percebendo o ar entrando e o ar saindo. Imagine agora você no topo de uma escada com 5 degraus: a cada degrau que você desce você vai se sentindo mais leve como se todo o peso da sua mente e do seu corpo fosse sendo tirado de você, no quinto degrau você bem leve, no quarto sentindo todo o relaxamento, no terceiro degrau aprofundando cada vez mais o relaxamento, no segundo degrau em um estado de relaxamento muito profundo e no primeiro degrau completamente relaxado. Imagine-se em um local tranquilo, pode ser na praia, em frente a um lago ou no campo. Observe o

movimento das ondas ou o vento mexendo no galho das árvores, vai se atentando aos detalhes, vai sentindo as sensações que o seu corpo te traz, que você vê, o cheiro que você sente, o gosto, o toque, os sons e continue respirando bem devagar. Agora concentre-se no controle da sua dor e se imagine como você deseja se sentir nesse momento, daqui a algumas horas, daqui a alguns dias, meses, anos, e retornando aquela escada inicial vamos nos preparando para voltar, trazendo todo esse aprendizado no quinto degrau sabendo que poderá controlar a sua dor quando desejar, no quarto degrau com o sorriso no rosto, no terceiro degrau se sentindo leve e tranquilo, no segundo degrau se sentindo muito confortável com o seu corpo e a sua mente e no primeiro degrau você sentindo a reconstrução, a ressignificação e no seu momento você poderá abrir os seus olhos e acordar se sentindo muito bem. Parabéns você foi responsável por toda a sua transformação, que você possa levar todo esse aprendizado para a sua vida, tenha um bom dia e que você seja muito feliz!

APÊNDICE D – DESCRIÇÃO DO ÁUDIO AUTO-HIPNOSE ASSOCIADO À PNL

Olá, você sabia que você é capaz de controlar a sua dor? Para isso, você precisa compreender como funciona a sua mente. Quando alguém partilha com você uma situação, você já parou pra perceber que o seu corpo sente as sensações daquilo que você pensa ou imagina? Diante de uma lembrança de um dia especial, o seu corpo vibra, o seu sorriso aparece, o seu coração fica cheio de emoção e uma sensação boa se espalha no seu corpo, mas diante de uma notícia triste, o seu corpo parece perder as forças, o seu coração bate muito rápido, uma sensação ruim se espalha, tremores, dor de cabeça, aperto no peito, falta de ar e muitos outros sintomas que você começa a perceber sem que esteja doente. Assim é a dor, e por vezes sentimos na ferida a dor de uma experiência emocional que vivenciamos, ou que estamos vivendo naquele momento. Busque lembrar de um dia que você estava muito feliz e muito bem com você mesmo; a dor poderia até estar presente, mas ela não te trazia tanto desconforto quanto naquele dia que você não estava muito bem. Portanto, vou te convidar a mergulhar em você mesmo e controlar a sua dor. Você só precisa ficar concentrado nas minhas palavras e experimentar as mudanças nas sensações, percepções, pensamentos e comportamentos que influenciam a sua dor. Fique numa posição confortável, repouse os seus braços sobre as suas pernas e siga todas as orientações que serão feitas durante o processo. Você ficará tão relaxado que poderá até dormir. Feche os seus olhos! respire profundamente, perceba o ar entrando pelo seu nariz bem devagar, segure a sua respiração, e solte o ar pela boca bem devagar. Quando você puxar o ar contraia todo o seu corpo e relaxe ao soltar o ar. E à medida que você respira você vai desacelerando e se concentrando apenas na sua respiração, percebendo o ar entrando e saindo bem devagar, percebendo essa sensação boa que é respirar. Agora imagine um dia que você estava assistindo TV e de repente você dormiu, mas você queria tanto assistir aquela reportagem que você tenta abrir os olhos para assistir, mas eles estão tão pesados que você fecha novamente e você tenta abrir mas não consegue; e abre de novo e fecha os olhos, e como naquele dia você sabe que poderá abrir os olhos a qualquer momento, mas prefere não abrir, prefere deixar os olhos pesados, desligados, relaxados e mesmo com o barulho ao seu redor, pessoas falando, porta se abrindo, você consegue relaxar e se aprofunda ainda mais nessa experiência. Permita que esse relaxamento se distribua por todo o seu corpo desde os seus pés até o couro cabeludo, permita que o corpo fique completamente desligado, focando apenas na minha voz. Preste atenção em cada parte do seu corpo: os seus pés, as suas pernas, o seu abdome, o seu tórax, os seus braços, o seu pescoço, a sua face, a sua mandíbula, a sua língua, o seu couro cabeludo... e vai percebendo que cada parte do seu corpo vai ficando completamente dormente. Agora com o corpo completamente relaxado, vamos relaxar a mente, deixando a sua mente leve, livre de qualquer pensamento, e mesmo que os pensamentos venham à sua cabeça você apenas foca na sua respiração, percebendo o ar entrando e o ar saindo. Imagine agora você no topo de uma escada com 5 degraus. A cada degrau que você desce, você vai se sentindo mais leve como se todo o peso da sua mente e do seu corpo fosse sendo tirado de você, no 5º você bem leve, no 4º sentindo todo o relaxamento, no 3º aprofundando cada vez mais o relaxamento, no 2º em um estado de relaxamento muito profundo, no 1º completamente relaxado. Imagine agora que você tenha a oportunidade de reduzir de tamanho como se fosse um comprimido e você consegue se engolir, você engole a si mesmo visualizando tudo o que tem dentro do seu corpo. Dentro do seu corpo é como se fosse um grande painel de controle em que cada alavanca é responsável pelo controle de um órgão e de tudo o que você sente; e tem uma dessas alavancas que se relaciona com a sua dor, a dor que você sente agora. Mentaliza essa dor, sinta essa dor e perceba que essa alavanca está bem elevada, porque você está sentindo muita dor nesse momento; segura agora com a sua mão direita essa alavanca, aperte bem a sua mão e vai

puxando essa alavanca para baixo, isso, e quando você vai descendo essa alavanca você percebe que a dor que você estava sentindo diminui; e você descobre que a dor que você sentia era apenas porque a alavanca estava elevada. Então agora desça o máximo que você conseguir essa alavanca e vai percebendo essa sensação boa que você está sentindo de conforto, de alegria, de leveza, de tranquilidade; e quando eu bater uma palma a sua mão relaxa e a dor vai embora, isso, relaxa a sua mão e a dor vai embora. Quando você olha para a alavanca agora você percebe, o quanto você conseguiu puxar, mas talvez você tenha percebido que é capaz de diminuir ainda mais essa dor, então se concentre mais uma vez naquela alavanca que você já sabe controlar. Observe como ela está agora, feche a sua mão segurando essa alavanca e vai puxando para baixo o máximo que você conseguir, e quando eu bater uma palma a sua mão relaxa e a sua dor vai embora, relaxa a sua mão e a dor vai embora, e quando você olha para a alavanca você percebe que ela está exatamente onde você queria. Agora que você estava dentro de você mesmo controlando esta alavanca da dor você volta ao meio externo deixando a forma de comprimido, retornando ao seu tamanho normal e percebendo o quanto você é capaz de controlar o que você quiser dentro de você e se imaginando como você deseja se sentir nesse momento, daqui a umas horas, daqui a uns dias, meses, anos.... E agora retornando aquela escada inicial vamos nos preparando para voltar, trazendo todo esse aprendizado: no quinto degrau, sabendo que poderá controlar a sua dor quando desejar; no quarto degrau, com um sorriso no rosto; no terceiro degrau, se sentindo leve e tranquilo; no segundo degrau, se sentindo muito confortável com o seu corpo e a sua mente; e no primeiro degrau você sentindo a reconstrução; a ressignificação, e no seu momento você pode abrir os olhos e acordar se sentindo muito bem. Parabéns! Você foi responsável por toda a sua transformação, que você possa levar todo esse aprendizado para a sua vida. Tenha um bom dia e que você seja muito feliz!

APÊNDICE E – PRODUTO TÉCNICO

HIPNOSE NO MANEJO DA
DOR EM

FERIDAS

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL



LORENA DE CARVALHO ALMEIDA

QUALIFICAÇÃO
PROFISSIONAL

SALVADOR
2024

HIPNOSE NO MANEJO DA DOR EM FERIDAS



UNIVERSIDADE DO
ESTADO DA BAHIA - UNEB
DEPARTAMENTO DE
CIÊNCIAS DA VIDA (DCV) -
CAMPUS I
MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE COLETIVA -
MEPISCO

LORENA DE CARVALHO
ALMEIDA

Mestre em Saúde Coletiva

PROF. DR. MAGNO
MERCÊS
orientador

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

4 Apresentação

INTRODUÇÃO

5 Introdução

QUALIFICAÇÃO

6 Treinamento

PROGRAMAÇÃO

7 Programação



APRESENTAÇÃO

Essa qualificação é para o profissional de saúde que trabalha com curativos e lida diariamente com as queixas de dor. A partir dessa qualificação o profissional de saúde conhecerá uma opção terapêutica não invasiva, de baixo custo e com resultados surpreendentes para o manejo da dor de forma integrada e complementar aos cuidados tradicionais da clínica.

O profissional de saúde aprenderá sobre os conceitos, a história, a fisiologia, as técnicas e o uso da hipnose clínica no manejo da dor durante a realização do curativo e estará apto a manejar a dor dos pacientes na sala de curativo. A qualificação contará com relatos de experiência, discussão de casos clínicos e os profissionais de saúde, além da oportunidade de aplicar na prática toda a teoria aprendida, poderão acompanhar a intervenção realizada por outros participantes.

A inovação na prática dos profissionais de saúde faz a diferença na qualidade da assistência e no cuidado prestado ao paciente.

INTRODUÇÃO



As feridas são decorrentes de traumas que acometem a estrutura e a fisiologia da pele, sofrendo influência de fatores como: a idade, nutrição, tabagismo e antecedentes patológicos, como o diabetes mellitus (BORGES e CARVALHO, 2016).

Os pacientes que convivem com feridas crônicas apresentam a imagem corporal alterada, limitações na autonomia e modificações no convívio familiar, impactando social e economicamente a vida do paciente e do sistema de saúde. (AL-GHARIBI; SHARSTHA; AL-FARAS, 2019).

A dor se destaca quanto a sua relevância para o cuidado voltado a qualidade de vida. Segundo Gardner et al. (2017), a dor é resultado dos estímulos sensoriais dos receptores presentes no fecho da ferida, intensificados pela realização do curativo.

Os prejuízos à qualidade de vida e os custos envolvidos na complexidade da assistência ao paciente com ferida se caracterizam como um problema de saúde pública, trazendo à tona a importância das práticas de saúde no manejo das feridas, considerando as particularidades de cada indivíduo (MITTAG, 2017).



O enfermeiro é o profissional que lida diariamente com a prática de curativos, e a sua atuação é de importância fundamental no manejo da dor para a qualidade de vida do paciente e gerenciamento de custos.

A hipnose, embora seja uma prática antiga, tem o seu uso regulamentado na prática do profissional da enfermagem apenas em 2018, através da Resolução COFEN N° 581/2018, e mesmo assim se percebe a escassez de registros científicos da sua utilização na prática clínica, em especial em procedimentos como curativos, o que justifica a ampliação do uso dessa prática possibilitando evidenciar os benefícios da atenção integral e sustentável.



PROGRAMAÇÃO

ETAPA ONLINE



Data: julho/24
Carga Horária:
8 horas
Plataforma Google
Meet

08:00 Acolhimento
08:15 Dinâmica (Hipnose para relaxamento)
08:30 Apresentação da metodologia do treinamento
08:40 O que é a hipnose
09:00 História da hipnose
09:50 Fisiologia da Hipnose
10:50 O uso da Hipnose no manejo da dor.
Intervalo
13:00 Apresentação dos resultados da dissertação do mestrado.
15:00 Caso clínico: pacientes com feridas na atenção básica
16:50 Preenchimento do formulário de frequência

08:00 Acolhimento
08:15 Dinâmica (Hipnose para relaxamento)
08:30 Passo a passo da técnica de hipnose no manejo da dor em feridas.
09:00 Prática entre os participantes
11:40 Preenchimento do formulário de frequência
11:50 Avaliação e entrega dos certificados



Data: Julho/24
Carga Horária:
Plataforma Google
Meet

ETAPA ONLINE- AO VIVO

AVALIAÇÃO

Ao final da qualificação haverá uma avaliação por meio de um formulário semi-estruturado, abordando os pontos chave para o desenvolvimento das competências propostas, bem como as questões sobre a metodologia e a estrutura da qualificação.

CERTIFICAÇÃO

A certificação será disponibilizada para os profissionais com participação nos dois momentos.



**LORENA DE
CARVALHO
ALMEIDA**

contato

(75)99251-0962
lolydecarvalho@hotmail.com

ENFERMEIRA, HIPNÓLOGA,
AURICULOTERAPEUTA,
MESTRE EM SAÚDE COLETIVA
E DOUTORANDA EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE.

Realizar essa qualificação em Hipnose no manejo da dor em feridas com os profissionais de saúde que vivenciam o cuidado ao paciente nas salas de curativo, possibilitará produzir saberes e práticas que visam o bem-estar físico, mental e social de forma integrada e complementar ao cuidado, considerando o paciente como um sujeito ativo, trazendo contribuições inovadoras no cuidado com as feridas na prática profissional do enfermeiro, com baixo custo para a sua execução, além de ampliar o uso da hipnose no campo de prática da saúde.

Venha fazer parte dessa transformação!

*Lorena de Carvalho
Almeida*

ANEXO A- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DOR MCGILL

McGill Pain Questionnaire – Português

Nome _____ Data _____ Hora _____

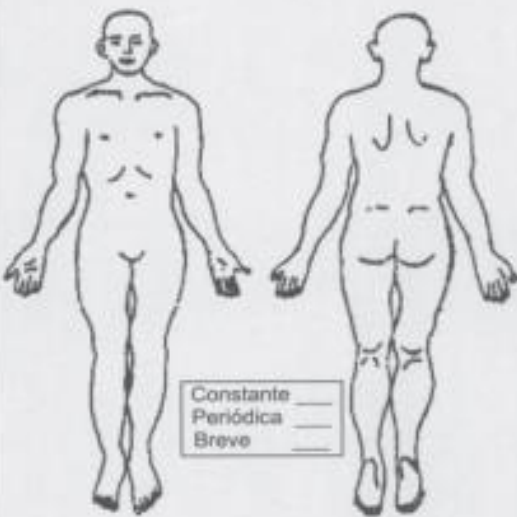
Analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____

analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____

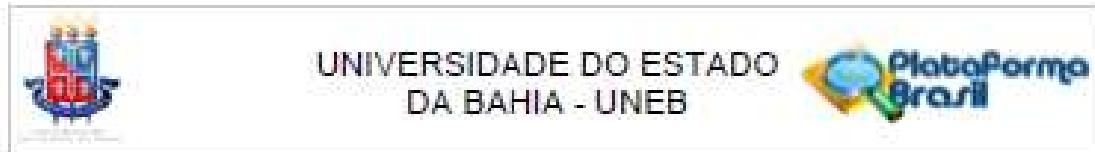
Intervalo de Administração dos Analgésicos +4 +1 +2 +3

IAD: S _____ Af _____ Av _____ M(S) _____ M(AfAv) _____ M(T) _____ PRI (T) _____

(1-10) (11-15) (16) (17-19) (20) (17-20) (1-20)

<p>1 Espasmódica _____</p> <p>Tremor _____</p> <p>Pulsátil _____</p> <p>Latejante _____</p> <p>Martelante _____</p>	<p>11 Cansativa _____</p> <p>Exaustiva _____</p> <p>12 Enjoativa _____</p> <p>Sufocante _____</p> <p>13 Amedrontadora _____</p> <p>Apavorante _____</p> <p>Atemorizante _____</p> <p>14 Castigante _____</p> <p>Debilidade _____</p> <p>Cruel _____</p> <p>Perversa _____</p> <p>Mortal _____</p> <p>15 Desgraçada _____</p> <p>Enlouquecedora _____</p> <p>16 Incômoda _____</p> <p>Perturbadora _____</p> <p>Desconforto _____</p> <p>Intensa _____</p> <p>Insuportável _____</p> <p>17 Difusa _____</p> <p>Irradiante _____</p> <p>Penetrante _____</p> <p>Que transpassa _____</p> <p>18 Aperto _____</p> <p>Dormente _____</p> <p>Estirante _____</p> <p>Esmagadora _____</p> <p>Demolidora _____</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Intensidade Atual de Dor (IAD) _____ Comentários: _____ </div> <div style="text-align: center;">  <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px; margin-top: 10px;"> Constante _____ Periódica _____ Breve _____ </div> </div>																																				
<p>2 Crescente _____</p> <p>Repentina _____</p> <p>Provocada _____</p> <p>3 Picada _____</p> <p>Agulhada _____</p> <p>Perfurante _____</p> <p>Punhalada _____</p> <p>Lancinante _____</p> <p>4 Aguda _____</p> <p>Cortante _____</p> <p>Dilacerante _____</p> <p>5 Beliscante _____</p> <p>Pressionante _____</p> <p>Pinçante _____</p> <p>Cãibra _____</p> <p>Esmagamento _____</p> <p>6 Fisgada _____</p> <p>Puxão _____</p> <p>Distensão _____</p> <p>7 Quente _____</p> <p>Queimação _____</p> <p>Escaldante _____</p> <p>Queimadura _____</p> <p>8 Formigamento _____</p> <p>Coceira _____</p> <p>Ardência _____</p> <p>Ferroadia _____</p> <p>9 Insensibilidade _____</p> <p>Sensibilidade _____</p> <p>Que Machuca _____</p> <p>Dolorida _____</p> <p>Forte _____</p> <p>10 Suave _____</p> <p>Tensão _____</p> <p>Esfolante _____</p> <p>Rompimento _____</p>	<p>19 Fresca _____</p> <p>Fria _____</p> <p>Congelante _____</p> <p>20 Importunante _____</p> <p>Nauseante _____</p> <p>Angustiante _____</p> <p>Desagradável _____</p> <p>Torturante _____</p> <p style="text-align: center;">IAD</p> <p>0 Sem dor _____</p> <p>1 Leve _____</p> <p>2 Desconfortante _____</p> <p>3 Angustiante _____</p> <p>4 Horrível _____</p> <p>5 Excruciante _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 25%;">Sintomas que Acompanham:</td> <td style="width: 25%;">Sono:</td> <td style="width: 50%;">Ingestão de alimentos:</td> </tr> <tr> <td>náusea _____</td> <td>Bom _____</td> <td>Boa _____</td> </tr> <tr> <td>Dor de cabeça _____</td> <td>Descontínuo _____</td> <td>Alguma _____</td> </tr> <tr> <td>Tontura _____</td> <td>Insônia _____</td> <td>Pouca _____</td> </tr> <tr> <td>Sonolência _____</td> <td>Comentários: _____</td> <td>Nenhuma _____</td> </tr> <tr> <td>Constipação _____</td> <td></td> <td>Comentários: _____</td> </tr> <tr> <td>Diarréia _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Comentários: _____</td> <td>Atividades:</td> <td>Comentários: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Boa _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Alguma _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Pouca _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nenhuma _____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Sintomas que Acompanham:	Sono:	Ingestão de alimentos:	náusea _____	Bom _____	Boa _____	Dor de cabeça _____	Descontínuo _____	Alguma _____	Tontura _____	Insônia _____	Pouca _____	Sonolência _____	Comentários: _____	Nenhuma _____	Constipação _____		Comentários: _____	Diarréia _____			Comentários: _____	Atividades:	Comentários: _____		Boa _____			Alguma _____			Pouca _____			Nenhuma _____	
Sintomas que Acompanham:	Sono:	Ingestão de alimentos:																																				
náusea _____	Bom _____	Boa _____																																				
Dor de cabeça _____	Descontínuo _____	Alguma _____																																				
Tontura _____	Insônia _____	Pouca _____																																				
Sonolência _____	Comentários: _____	Nenhuma _____																																				
Constipação _____		Comentários: _____																																				
Diarréia _____																																						
Comentários: _____	Atividades:	Comentários: _____																																				
	Boa _____																																					
	Alguma _____																																					
	Pouca _____																																					
	Nenhuma _____																																					

ANEXO B – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITOS DA HIPNOSE NA DOR: UM ENSAIO CLÍNICO EM PACIENTES COM FERIDA CRÔNICA

Pesquisador: Magno Conceição das Mercês

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66617023.2.0000.0057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.939.866

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo experimental, prospectivo, ensaio clínico randomizado, com a finalidade de avaliar os efeitos da técnica de hipnose na redução da dor durante a realização do curativo. O estudo será desenvolvido na sala de curativo de um multicentro de saúde do município de Salvador, Bahia. A população do estudo será constituída por pacientes adultos com ferida crônica (tempo igual ou maior que quatro semanas) que apresentam queixas algicas, classificadas quanto ao nível da dor em moderada a intensa medida através da escala de avaliação numérica de dor (NRS-11) e caracterizada conforme a escala de dor de Mc Gill reduzida e validada. A amostra será formada pelos sujeitos que buscarem a sala de curativos do multicentro no período da coleta de dados e que atendam aos critérios de inclusão (ter idade igual ou superior a 18 anos, apresentar uma ferida com tempo de existência maior ou igual a quatro semanas, com queixa de dor com intensidade classificada em moderada a intensa), e aos critérios de exclusão (os pacientes com alteração na acuidade auditiva e pacientes com desorientação no tempo e no espaço). A coleta de dados será realizada por meio de entrevista, utilizando um formulário contendo questões fechadas, dividido em duas partes: a primeira parte com os dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, cor da pele, renda, nível de escolaridade, situação ocupacional, situação conjugal, religião) e a segunda parte com os dados clínicos (antecedentes pessoais patológicos, etiologia da ferida, tempo de convivência com a ferida, localização), além do questionário de Mc Gill reduzido, validado na versão brasileira, que inclui o uso de medicamentos analgésicos nas últimas 24h e a

Endereço: Avenida Engenheiro César Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 2º andar, sala 1, Água de Meninos,
 Bairro: Água de Meninos CEP: 40.460-120
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3612-1330 Fax: (71)3612-1300 E-mail: cepuneb@uneb.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB



Continuação do Protocolo: 5.939.800

frequência de uso; a intensidade, frequência e localização da dor, qualidades sensoriais, afetivas, avaliativas e aspectos diversos relacionadas com o processo doloroso e a escala NRS-11. O desenho do estudo será realizado a partir do rastreamento dos pacientes quanto à presença de dor, seguido da seleção dos participantes conforme os critérios de inclusão e exclusão, e depois a randomização dos grupos de estudo e controle na proporção 1:1:1 de forma aleatória, onde será realizado a intervenção com a hipnose, auto-hipnose e controle, sendo realizado o cegamento apenas com os pacientes participantes do estudo quanto ao grupo de intervenção/controle. Os dados serão coletados em dois momentos: antes e após a realização do curativo. No primeiro momento, antes da realização do curativo será aplicado o formulário com os dados socioeconômicos e clínicos, além do questionário de Mc Gill e a escala NRS-11. No segundo momento, após a realização do curativo, será aplicado apenas a escala NRS-11. O pesquisador acompanhará todos os pacientes participantes durante a realização dos curativos, que ao entrarem na sala receberão um fone de ouvido e uma máscara em gel para olhos, sendo orientados quanto aos procedimentos que serão submetidos. Para os pacientes do grupo intervenção com a hipnose será realizado o direcionamento pelo pesquisador/hipnotólogo durante a realização do curativo, os pacientes do grupo de intervenção auto-hipnose será utilizado apenas o áudio previamente gravado, e os pacientes do grupo controle não será realizado nenhuma intervenção. A intervenção com a hipnose/auto-hipnose seguirá um padrão conforme os seguintes passos: rapport, pré-talk, contrato hipnótico, indução ao transe, aprofundamento, sugestões de anestesia, imersão do transe. Os dados coletados serão codificados, agrupados e submetidos à análise quantitativa, no Programa Statistical Package for Social Science Versão 20.0 (SPSS Versão 20.0), e apresentados em gráficos e tabelas. A inclusão dos sujeitos no estudo será realizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Os benefícios da participação dos sujeitos na pesquisa será fornecer

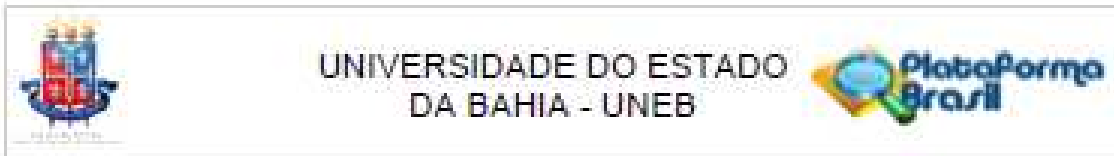
Hipótese: A hipnose tem efeito na redução da dor em pacientes com feridas crônicas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Medir o efeito da hipnose em pacientes com ferida crônica durante a realização do curativo em um multicentro de saúde do município de Salvador, no ano de 2023.

Objetivo Secundário: Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com feridas em

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Merinos,
Bairro: Água de Merinos CEP: 40.490-120
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3612-1330 Fax: (71)3612-1300 E-mail: ospunet@uneb.br



Continuação do Parecer: 5.939.955

um multicentro de saúde no município de Salvador, no ano de 2023.- Classificar o nível de dor dos pacientes com feridas que foram submetidos à realização do curativo, em dois momentos: antes e depois do procedimento, em um multicentro de saúde no município de Salvador, no ano de 2023.- Aplicar a intervenção durante a realização do curativo, por meio da técnica de hipnose nos pacientes com feridas, classificados com dor de moderada a intensa, que aceitem esta opção terapêutica, em um multicentro de saúde no município de Salvador, no ano de 2023.- Comparar o nível de dor dos pacientes com feridas que foram submetidos à realização do curativo, em dois momentos: antes e depois da intervenção com a hipnose, em um multicentro de saúde no município de Salvador, no ano de 2023.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador informa dentro da eticidade os riscos e benefícios, respeitando os princípios éticos da pesquisa. Destacamos que as linhas de raciocínio explicitadas neste parecer não são restritivas as formas de aplicar os benefícios e atenuar os riscos em campo, sempre em prol dos princípios éticos. Assim, os riscos e benefícios descritos conforme os princípios éticos, recomendamos sinalizar suporte de apoio ao pesquisado ao apresentar características referente aos riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

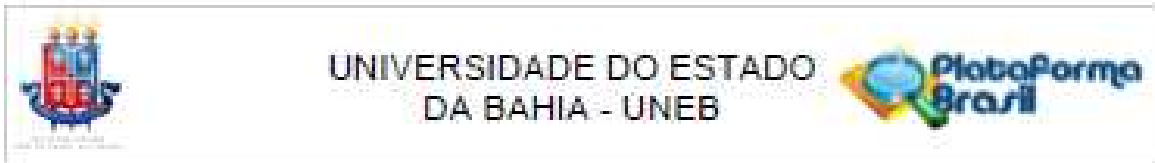
Destacamos que todos os comentários deste parecer são baseados na correlação dos princípios éticos (autonomia, não maleficência, beneficência, equidade e justiça) com os aspectos da pesquisa (objeto, participante, metodologia e aspectos do campo). Sempre na perspectiva da orientação e sem julgamento de valores, conforme preconiza a ética no seu significado mais profundo que é propor a dignidade humana.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na perspectiva da normativa, conforme segue:

- 1 – Termo de compromisso do pesquisador responsável: Em conformidade com a normativa;
- 2 – Termo de confidencialidade: Em conformidade;
- 3 – A autorização institucional da proponente: Em conformidade
- 4 – A autorização da instituição coparticipante: Em conformidade.
- 5 - Folha de rosto: Em conformidade;
- 6 – Modelo do TCLE: Em conformidade;

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
 Bairro: Água de Meninos CEP: 40.460-120
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3612-1330 Fax: (71)3612-1300 E-mail: ceponeb@uneb.br



Continuação do Parecer: 5.036/2023

7 - Declaração de concordância com o desenvolvimento do projeto de pesquisa: Em conformidade; Os modelos para adaptação à realidade da pesquisa e outras orientações para construção do protocolo de pesquisa, estão disponível em www.uneb.br/comitedeetica.

Recomendações:

Descrever suporte de apoio ao pesquisado se o mesmo apresentar desconforto conforme sinalizado pelo pesquisador, Importante ressaltar que o apoio ao pesquisado não é considerado apenas na desistência da pesquisa ou sigilo da pesquisa. Verificar resolução 466/2012.

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise consideramos que o projeto encontra se aprovado para a execução uma vez que atende ao disposto nas resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos não havendo pendências ou inadequações a serem revistas.

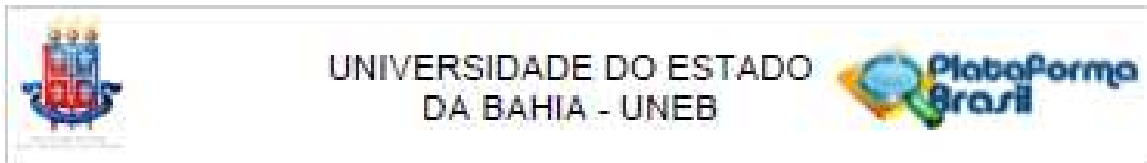
Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2074018.pdf	15/01/2023 15:00:17		Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	15/01/2023	Magno Conceição	Aceito

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pereira s/n, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
 Bairro: Água de Meninos CEP: 40.480-120
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3812-1330 Fax: (71)3812-1300 E-mail: cep@uneb.br



Continuação do Parecer: 5.936.668

Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	15:55:18	das Mercês	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	16/01/2023 15:55:04	Magno Conceição das Mercês	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSO.pdf	16/01/2023 15:50:55	Magno Conceição das Mercês	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAODECONCORDANCIA.pdf	16/01/2023 15:47:12	Magno Conceição das Mercês	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAODAINSTITUCAOEINFRAESTRUTURA.pdf	16/01/2023 15:38:20	Magno Conceição das Mercês	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	10/01/2023 01:12:46	Magno Conceição das Mercês	Aceito
Outros	TAI.pdf	10/01/2023 01:10:32	Magno Conceição das Mercês	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/01/2023 00:59:59	Magno Conceição das Mercês	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/01/2023 00:59:02	Magno Conceição das Mercês	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/01/2023 00:56:41	Magno Conceição das Mercês	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 13 de Março de 2023

Assinado por:
Aderval Nascimento Brito
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Engenheiro César Pontes s/n, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
Bairro: Água de Meninos CEP: 40.460-120
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3612-1330 Fax: (71)3612-1300 E-mail: copuneb@uneb.br

ANEXO C – PARECER TÉCNICO/SMS Nº.076/2022



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SMS
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

Salvador, 27 de dezembro de 2022.

PARECER Nº. 076/2022

PROJETO/TÍTULO:

- EFEITOS DA HIPNOSE NA DOR: UM ENSAIO CLÍNICO EM PACIENTES COM FERIDA CRÔNICA.

OBJETIVO GERAL:

- Medir o efeito da hipnose em pacientes com ferida crônica durante a realização do curativo em um multicentro de saúde do município de Salvador, no ano de 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com feridas em um multicentro de saúde no município de Salvador, no ano de 2023;
- Classificar o nível de dor dos pacientes com feridas que foram submetidos à realização do curativo, em dois momentos: antes e depois do procedimento, em um multicentro de saúde no município de Salvador, no ano de 2023;
- Aplicar a intervenção durante a realização do curativo, por meio da técnica de hipnose nos pacientes com feridas, classificados com dor de moderada a intensa, que aceitem esta opção terapêutica, em um multicentro de saúde no município de Salvador, no ano de 2023;
- Comparar o nível de dor dos pacientes com feridas que foram submetidos à realização do curativo, em dois momentos: antes e depois da intervenção com a hipnose, em um multicentro de saúde no município de Salvador, no ano de 2023.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

- Prof. Dr. Magno Conceição, das Mercês, orientador; Lorena de Carvalho Almeida, mestranda.



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SMS
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS**

INSTITUIÇÃO PROPONENTE:

- Universidade do Estado da Bahia.

INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE:

- Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Salvador.

CONSIDERAÇÕES:

- Considerando a Carta Nº. 0244/2010, CONEP/CNS; a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº. 466/12; Resolução do CNS. Nº. 510/2016; Resolução Nº. 580 de 22 de março de 2018; a Lei Nº. 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso a informações; a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) Nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018.

ITENS OBSERVADOS:

ITEM	CONTEMPLADO	PARCIALMENTE CONTEMPLADO	NÃO CONTEMPLADO	NÃO SE APLICA
JUSTIFICATIVA	X			
OBJETIVOS	X			
METODOLOGIA	X			
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	X			
INSTRUMENTOS DE COLETA	X			
LOCOS DA PESQUISA	X			
RISCOS E ENCAMINHAMENTOS CASO NECESSÁRIO	X			
MEIOS DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS	X			
TGE / TALE OBS. A RESOLUÇÃO 466/12. LINGUAGEM CLARA E ACESSÍVEL	X			
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE ENTREVISTAS E/OU ACESSO A DOCUMENTOS	X			
CRONOGRAMA	X			
OUTROS (Orçamento)	X			



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SMS
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

OBSERVAÇÃO:

Encaminhar o parecer de aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa para o email abaixo:

- pesquisas.sms@gmail.com

SITUAÇÃO:

- APROVADO

Salvador, 27 de dezembro de 2022.



Alcides Sales Ferreira
Alcides Sales Ferreira
Médico(a) Responsável
CRM: 123456789

ANEXO D – APROVAÇÃO DO ESTUDO PELO REBEC

The screenshot displays the ReBEC (Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos) website interface. At the top, the browser address bar shows the URL <https://ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-296drgz>. The website header includes a navigation menu with links for 'Simplifique!', 'Comunica BR', 'Participe', 'Acesso à informação', 'Legislação', and 'Canais'. The main content area features the ReBEC logo and the text 'Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos'. A search bar contains the text 'MELHORADO PELO Google'. Below the search bar, the page title 'Estudo publicado' is visible. The main content area displays the following information:

RBR-296drgz Effects of deep relaxation on pain in patients with chronic wounds
Data de registro: 20/11/2023 (dd/mm/yyyy)
Última data de aprovação: 20/11/2023 (dd/mm/yyyy)

ANEXO E – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

Inventário de Ansiedade de Beck

Abaixo está uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado(a) por cada um dos sintomas durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "X" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

SINTOMAS	0 <u>Absolutamente não</u>	1 <u>Levemente</u> Não me incomodou muito	2 <u>Moderadamente</u> Foi muito desagradável, mas pode suportar	3 <u>Gravemente</u> Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado (a) ou tonto (a)				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio/inseguro(a)				
9. Aterrorizado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo (a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado (rubor facial)				
21. Suor (não devido ao calor)				

<p>INTERPRETAÇÃO 0 a 10 pontos: dentro do limite mínimo (ansiedade mínima) 11 a 19 – ansiedade leve 20 a 30 – ansiedade moderada 31 a 63 ansiedade grave</p>
