

José Eduardo de Meneses Dias Pinheiro Rosa



**Hipnose Clínica: aplicações em psicoterapia. Um estudo
qualitativo junto de profissionais portugueses.**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2022

José Eduardo de Meneses Dias Pinheiro Rosa



**Hipnose Clínica: aplicações em psicoterapia. Um estudo
qualitativo junto de profissionais portugueses.**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2022

**Hipnose Clínica: aplicações em psicoterapia. Um estudo qualitativo
junto de profissionais portugueses.**

José Eduardo de Meneses Dias Pinheiro Rosa

Assinatura _____

Dissertação apresentada à Universidade
Fernando Pessoa, como parte dos requisitos
para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde sob orientação
da Professora Doutora Zélia de Macedo
Teixeira.

Resumo

As palavras hipnose e hipnotismo comportam uma carga semântica negativa ligada a preconceitos, receios ou mesmo medo, provavelmente devido em grande parte às associações redutoras atinentes a práticas ritualísticas ou artísticas. Da mesma forma e inevitavelmente, a Hipnose Clínica torna-se refém dos mesmos enviesamentos. Enviesamentos esses que poderão não estar restringidos ao grande público, mas também se estenderem à comunidade científica e clínica.

Dessa forma, esta investigação pretendeu auscultar psicólogos na partilha das suas experiências, vivências, receios e preferências relacionados com a aplicação de Hipnose Clínica no âmbito da saúde mental. Através dos relatos importou também compreender de que forma é que esta abordagem pode contribuir para a prática clínica.

Foi realizada uma investigação de vertente qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas, com questões abertas e exploratórias, a psicólogos que utilizam Hipnose Clínica na prática psicoterapêutica.

De um modo geral, os resultados apontam no sentido da falta de conhecimento que se pode traduzir tanto em subestimar, como em sobrestimar o potencial terapêutico da Hipnose Clínica. Não obstante, parece haver uma evolução positiva, de maior abertura e respeito em relação à Hipnose Clínica, mais acentuada no público, em geral, do que na classe profissional. Nesse seguimento, manifestou-se uma tendência para o receio de julgamentos negativos por parte dos colegas de profissão.

Por fim, foram elencadas várias vantagens da utilização de Hipnose Clínica, podendo-se destacar, para a psicoterapia, a possibilidade de ser integrada em vários modelos psicoterapêuticos. Foi ainda explorada a temática da oferta formativa, tanto profissional como académica e da regulamentação da área.

Palavras-chave: Psicologia; hipnose; Hipnose Clínica.

Abstract

The words hypnosis and hypnotism carry a negative semantic weight linked to prejudices, apprehensions or even fear, probably due in large part to the reductive associations related to ritualistic or artistic practices. In the same way and inevitably, Clinical Hypnosis becomes hostage to the same biases. These biases may not be restricted to the general public, but also extend to the scientific and clinical community.

Thus, this investigation aimed to listen to psychologists in sharing their experiences, experiences, fears and preferences related to the application of Clinical Hypnosis in the field of mental health. Through the reports, it was also important to understand how this approach can contribute to clinical practice.

A qualitative investigation was carried out, through semi-structured interviews, with open and exploratory questions, to psychologists who use Clinical Hypnosis in psychotherapeutic practice.

In general, the results point towards the lack of knowledge that can translate into either underestimating or overestimating the therapeutic potential of Clinical Hypnosis. Nevertheless, there seems to be a positive evolution, of greater openness and respect in relation to Clinical Hypnosis, more accentuated in the public, in general, than in the professional class. In this follow-up, there was a tendency to fear negative judgments by professional colleagues.

Finally, several advantages of the use of Clinical Hypnosis were listed, highlighting, for psychotherapy, the possibility of being integrated into various psychotherapeutic models. The issue of training offer, both professional and academic, and the regulation of the area was also explored.

Keywords: Psychology; hypnosis; Clinical Hypnosis.

Agradecimentos

À Professora Doutora Zélia Teixeira, a minha mais profunda gratidão pelo exemplo profissional e académico que me permitiu evoluir muito como estudante de Psicologia e futuro psicólogo.

À Rita, pelo altruísmo. Vamos continuar este percurso na nossa nova área profissional!

À Tânia.

À Carla, por ter estado presente sempre que eu necessitei.

Ao Pedro e ao Rui, pela partilha generosa dos seus conhecimentos.

À minha Mãe, pelo amor e encorajamento incondicionais que me permitiram chegar a bom porto. E ao meu irmão. Estamos perto. Ao meu querido Pai, *in memoriam*.

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento teórico.....	4
1. História e evolução do conceito	4
2. Hipnose Clínica	18
2.1. Hipnose Clínica – uma terapia ou um instrumento de intervenção?	19
2.2. Fenomenologia hipnótica	20
2.3. Contra-indicações/riscos	22
2.4. Hipnose e a relação terapêutica	22
2.5. Aplicações de Hipnose Clínica	24
2.5.1. Terapia Cognitivo Comportamental e Hipnose Clínica	24
2.5.2. Ansiedade	25
2.5.3. Depressão	26
2.5.4. Stress	28
2.5.5. Perturbação de stress pós-traumático (PTSD)	28
2.5.6. Dor	29
2.5.7. Oncologia	30
2.5.8. Medicina Dentária	31
2.5.9. Desporto	32
2.5.10. Dermatologia	32

2.5.11. Síndrome Cólon Irritável (SCI)	33
2.5.12. Tabagismo	35
2.5.13. Obesidade	35
2.5.14. Esclerose Múltipla (EM)	36
2.6. Estado da arte em Portugal sobre Hipnose Clínica	37
II. Estudo Empírico	41
1. Método	41
1.1. Grupo de Participantes	41
1.2. Instrumentos	42
1.2.1. Questionário Sociodemográfico	43
1.2.2. Entrevista Semiestruturada	43
1.2.3. Guião de entrevista	43
1.3. Procedimento	45
1.3.1. Recolha de informação	45
1.3.2. Metodologia de análise da recolha de informação	47
1.3.2.1. O método qualitativo	47
1.3.2.2. Grounded Theory ou Teoria Sustentada nos Dados (TSA)	48
2. Apresentação dos resultados	50
2.1. Resultados das entrevistas semiestruturadas	50
2.1.1. Resultados obtidos na questão 1a: “Na sua opinião, como definiria Hipnose?”	50

2.1.2. Resultados obtidos na questão 1b: “Como definiria a área de intervenção habitualmente designada como Hipnose Clínica (HC)?”	51
2.1.3. Resultados obtidos na questão 2.1.: “Seria possível falar sobre o seu percurso no domínio da HC? Como começou, como se desenvolveu...?”	52
2.1.4. Resultados obtidos na questão 2.2.: “Especializou-se em alguma abordagem específica de Hipnose Clínica?”	53
2.1.5. Resultados obtidos na questão 2.3.: “Tendo em conta a sua prática psicoterapêutica, de que forma integra a HP na sua intervenção clínica? (especificar se necessário: que peso tem esta linha de intervenção na sua prática regular?)” ...	54
2.1.6. Resultados obtidos na questão 3.: “Seria possível explorarmos o tema dos critérios necessários para considerar a HC como resposta terapêutica adequada? (se necessário especificar áreas de aplicação, escolha de casos exemplificativos).” ...	56
2.1.7. Resultados obtidos na questão 4.: “O que lhe sugere o tema do nível de hipnotizabilidade (Hptz) do cliente?”	58
2.1.8. Resultados obtidos na questão 5.: “Na sua opinião, que vantagens e que limitações podem ser associadas à HC?”	60
2.1.9. Resultados obtidos na questão 6.: “No que diz respeito à Hipnose Clínica, qual é a sua opinião sobre o estado da arte em Portugal? (tanto em termos de formações, como de utilização em contexto clínico?).”	62
2.1.10. Resultados obtidos na questão 7.: “Tendo em conta a sua experiência qual é a sua perspetiva sobre a opinião da generalidade dos terapeutas que conhece, acerca da HC? (Como se sente quando a Hipnose Clínica é abordada em conversa? Se adequado).”	64

2.1.11. Resultados obtidos na questão 8.: “Quando considera o público nacional, em geral, qual é a sua opinião sobre a forma como a Hipnose Clínica é vista / percebida / entendida? (Especificar...O que poderá explicar esta visão?)”	65
2.1.12. Resultados obtidos na questão 9.: “Numa perspetiva temporal, qual acha que tem sido a evolução destas opiniões (terapeutas e público em geral) nos últimos anos?”	66
2.1.13. Resultados obtidos na questão 10.: “Se lhe fosse oferecida uma oportunidade de formação neste domínio, seria algo atrativo para si?”	68
2.1.14. Resultados obtidos na questão 11.: “No que respeita à prática de Hipnose Clínica, e face ao atual estado da arte em Portugal, qual seria o caminho que gostaria de ver implementado no futuro? (mudanças, complementos, sugestões...)”	69
2.1.15. Resultados obtidos na questão 12.: “De que forma sumaria ou resumiria, o que pensa acerca da Hipnose Clínica?”	70
3. Análise e discussão dos resultados	71
III. Conclusão.....	92
IV. Referências Bibliográficas	99
V. Anexos	112

Índice de Figuras

Figura 1 - <i>Questão 1.a: na sua opinião, como definiria Hipnose (H)?</i>	50
Figura 2 - <i>Questão 1. b: “Como definiria a área de intervenção habitualmente designada como Hipnose Clínica (HC)?”</i>	51
Figura 3 - <i>Questão 2.1.: “Seria possível falar sobre o seu percurso no domínio da HC?”</i>	52
Figura 4 - <i>Questão 2.2.: Especializou-se em alguma abordagem específica de Hipnose Clínica?</i>	53
Figura 5 - <i>Questão 2.3. Tendo em conta a sua prática psicoterapêutica, de que forma integra a HP na sua intervenção clínica?</i>	54
Figura 6 - <i>Questão 3: Seria possível explorarmos o tema dos critérios necessários para considerar a HC como resposta terapêutica adequada?</i>	56
Figura 7 - <i>Questão 4: O que lhe sugere o tema do nível de hipnotizabilidade (Hptz) do cliente?</i>	58
Figura 8 - <i>Questão 5. Vantagens e limitações associadas à HC?</i>	60
Figura 9 - <i>Questão 6. O estado da arte em Portugal.</i>	62
Figura 10 - <i>Questão 7. Opinião dos terapeutas.</i>	64
Figura 11 - <i>Questão 8. Opinião do público nacional.</i>	65
Figura 12 - <i>Questão 9. A evolução das opiniões.</i>	67
Figura 13 - <i>Questão 10. Oportunidade de formação em HC.</i>	68
Figura 14 - <i>Questão 11. Qual seria o caminho que gostaria de ver implementado no futuro?</i>	69
Figura 15 - <i>Questão 12. De que forma sumaria ou resumiria, o que pensa acerca da Hipnose Clínica?</i>	70

Lista de Abreviaturas

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ASCH	<i>American Society of Clinical Hypnosis</i>
AT	Aliança Terapêutica
H	Hipnose
HC	Hipnose Clínica
NL	Neurolinguística
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
PNL	Programação Neurolinguística
POC	Perturbação Obsessivo-Compulsiva
PTSD	Perturbação de Stress Pós-traumático
SCI	Síndrome Cólon Irritável
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental

Introdução

Os termos *hipnose* e *hipnotismo* penetraram extensivamente o senso comum com uma carga negativa de preconceitos que se, por um lado, os desviam da sua natureza científica, por outro, acarretam uma dificuldade no reconhecimento de manifestações ou características afins à hipnose. Como afirma Carreiro (2006, p. 1) “mesmo entre pessoas com alto nível de escolaridade, o desconhecimento sobre este tema é bastante generalizado e, no conceito popular, a descrença de que os efeitos hipnóticos existam ou possam ser provocados é geralmente substituído por um temor supersticioso”.

A associação a rituais paranormais, bem como a exibição espetacular da denominada hipnose de palco, aliadas à falta de conhecimento da aplicabilidade do fenómeno em contexto clínico, poderão ser fatores decisivos para uma visão estreita, ambígua ou até mesmo equivocada da hipnose. O artigo de Lynn et al. (2020) elenca vinte e uma destas ideias incorretas que, para além de poderem contribuir para a criação de preconceitos no público geral, também poderão influenciar negativamente a área da hipnose, tanto na componente clínica, como na componente científica e de investigação

A forma como os media caracterizam a hipnose suporta grande parte da responsabilidade por esta visão enviesada (Barret, 2006; Capafons, 1998; Capafons et al., 2008), que encontramos no público em geral, mas também não raro nos próprios profissionais de saúde não familiarizados com o tema (Carvalho, 2012). Desta forma, ao longo da história do cinema não é raro encontrar filmes em que técnicas hipnóticas são utilizadas como método de sedução, de controlo mental e de regressão a vidas passada (Carvalho, 2012).

No entanto, os resultados da revisão de Krowel (2017), a 31 artigos, não indicam que a maioria do público geral possui uma visão negativa sobre a hipnose por influência dos media. De acordo com este estudo, de uma forma geral, existe receptividade para a hipnoterapia se esta abordagem for utilizada como complemento de um tratamento médico ou psicológico e se o hipnotizador apresentar as devidas qualificações, inseridas no campo da Medicina ou Psicologia (Krouwel, 2017).

Outro fator a ter em consideração prende-se com a objetividade do método científico que, sendo previsível e controlável, permitiu que a ciência se constituísse como

tal. Assim, a ciência desenvolve-se através da análise do objeto. Contudo, no caso da Psicologia, o objeto é o próprio sujeito, o que confere uma subjetividade antagônica ao próprio conceito de ciência, um impasse difícil, enquanto conhecimento com pretensão de cientificidade (Neubern, 2004). Uma consequência deste impasse terá sido o obscurecimento das raízes históricas da Psicologia, especificamente em relação à hipnose, remetida ao esquecimento por sobreposição de outras correntes com maior facilidade de validação científica (Neubern, 2008). Haley (1986) traz uma luz sobre este obscurecimento: os princípios basilares das terapias condicionativas, de Thorndike e Skinner, partem de Pavlov, “imerso em teorias hipnóticas”(p. 18); uma parte da teoria comportamental, na forma de inibição recíproca, de Wolpe, derivou da sua experiência com a hipnose; a modalidade psicanalítica da Psicoterapia Dinâmica evoluiu em fins do século XIX, um período de imensas experiências hipnóticas; o trabalho de Freud teve como base uma orientação hipnótica.

Como resumo e de acordo com o exposto, ainda que talvez menor do que à partida se pensaria, existirá uma falta de conhecimento, tanto do público geral, como do mundo científico, sobre o assunto, que tem como consequência uma propagação de conceitos enviesados ou mesmo errados. Por outro lado, como se verá adiante, a publicação científica sobre a utilização de hipnose é prolífica, tanto no campo da Medicina, como da Psicologia. Contudo, apesar de existir um conceito de hipnose validado pela *Society of Psychological Hypnosis* (SPH), Divisão 30 da *American Psychology Association* (APA), este não é consensual, tal como o conceito de estado de transe não o é, nem o são os mecanismos inerentes ao fenómeno (Elkins, 2015). Chertok e Stengers (1992) questionam o custo que um fenómeno requiere, à luz do método científico, para se tornar objeto de estudo. “E não é uma questão de a hipnose ser incapaz de pagar esse preço, mas antes se esse pagamento faz com que a relação hipnótica se torne não um objeto científico, mas sim um espelho enganador, em que a sua ambição de se submeter à ciência está refletida” (Chertok & Stengers, 1992, p. xi). Será que as seguintes palavras de Hartland (1971) sobre hipnose ainda contêm um fundo de atualidade: “a profissão médica deve aceitar uma certa parte da responsabilidade pelo estado das coisas dado que foi a sua própria relutância em investigar o assunto de forma científica que conduziu a que o mesmo passasse, maioritariamente, para as mãos de artistas públicos e charlatões” (p. 3)? E será que, nos dias de hoje, não caberia à Psicologia arcar com parte significativa dessa responsabilidade?

Reorientar a hipnose para o devido quadro epistemológico torna-se essencial na abordagem, a uma área que, a respeito do seu objeto e do seu estágio de evolução, ainda não prescinde de afastar de si todos os preconceitos e equívocos que justificam um aparente descrédito generalizado.

A presente dissertação decorre nesta temática e organiza-se em dois capítulos distintos. O primeiro, que corresponde à sustentação bibliográfica e teórica do tema, principia com uma descrição, aprofundada, da evolução histórica da hipnose. De seguida, aborda-se a utilização clínica deste fenómeno, nas vertentes concetual e prática. Assim, são descritas algumas particularidades e contraindicações. São também descritos, de forma sumária, os estudos de maior relevância em temáticas, direta ou indiretamente relacionadas com a Psicologia. Por fim, há uma breve exposição sobre o estado da arte da Hipnose Clínica em Portugal.

O segundo capítulo, o estudo empírico, tem como objetivo principal dar voz a um grupo de profissionais de saúde mental portugueses, com prática no campo da hipnose, no que se refere à sua experiência subjetiva de aplicação desta abordagem na sua prática clínica. Pretende-se aceder às suas perspetivas, opiniões, conhecimentos e vivências associadas à prática da Hipnose Clínica. Importa também compreender e descrever de que forma é que a Hipnose Clínica pode contribuir para o domínio da intervenção psicológica, na expectativa de aumentar a compreensão em profundidade de um fenómeno que em Portugal ainda se reveste de pouco destaque e aparente reduzida utilização, tanto a nível científico, como em contexto psicoterapêutico. Trata-se de uma investigação de carácter qualitativo, através da realização de entrevistas semidiretivas, com questões abertas e exploratórias, a psicólogos que utilizam Hipnose Clínica na prática psicoterapêutica. Os resultados da partilha destes discursos são analisados e integrados com referências teóricas na parte final deste segundo capítulo, e que antecede as conclusões consideradas mais relevantes.

I. Enquadramento teórico

1. História e evolução do conceito

Embora não seja clara a sustentação científica, vários autores referem a conjugação frequente de estados modificados de consciência e cerimónias ritualísticas. A associação entre um “estado de transe” e processos de cura pode ser encontrada tanto em qualquer cultura, como em qualquer período da história (Williamson, 2012). Marto e Simões (2013) apontam que a utilização de práticas hipnóticas, ritualísticas ou altamente sugestivas remonta à pré-história. Existiam rituais cerimoniosos, com danças, cantos, e percussão e práticas terapêuticas levadas a cabo por feiticeiros-médicos; nestes eventos os indivíduos experienciavam alterações fisiológicas, como rigidez muscular, insensibilidade perante a dor e um estado similar ao estado de sono (Marto & Simões, 2013). Além da utilização destas técnicas, as sociedades primitivas tinham acesso a substâncias naturais, indutoras de estados de transe, e que faziam parte das cerimónias de culto religioso (Carreiro, 2006). A este propósito Lebate e Sena (1998) referem a existência de cerca de 100 vegetais com potencial para despoletar o estado hipnótico, sendo alguns classificados como alucinogénios, podendo-se nomear alguns exemplos: os chás Ayahuasca e Jurema, o Peiote, um cato, os cogumelos,

Krippner (2001) refere os sacerdotes e os xamãs tribais como os percursores destas práticas terapêuticas. Williamson (2012) explica que na perspetiva da tradição xamânica, presente durante o Paleolítico as enfermidades resultavam de uma desarmonia com o universo e aponta procedimentos semelhantes aos hipnóticos como estando presentes na corte do Faraó Khufu, em 3766 A.C. Edmonston (1986) sugere que rituais descritos no Papiro de Ebers (1550 A.C.) contêm características que podem ser fortemente associadas a procedimentos hipnóticos, entre os quais a redução de estímulos sensoriais, a fixação de olhar e a utilização de “passes” com as mãos. Simons et al. (2007) explicam que este documento é um texto médico, com uma descrição dos Templos de Sono, onde os sacerdotes realizavam sugestões curativas durante o sono induzido dos pacientes. Carreiro (2006) acrescenta que nestes rituais estava presente a recitação de mantras, hipnóticos pela repetição, monotonia, sonoridade, e ritualidade. No século IV A.C. está descrito um “sono de templo”, nos templos de Asclepius, com rituais realizado por sacerdotes (Krippner, 2001). Paralelamente, os druidas celtas das Ilhas Britânicas utilizavam um estado descrito como “sono druídico” com propósitos curativos (Simons

et al., 2007). Edmonston (1986), estabelece um paralelismo entre os procedimentos descritos ao longo da história, até ao presente, destacando a utilização das mãos para efeitos de cura, a utilização de imanes ou objetos magnetizados e uma indução de alguma forma de sono como os pontos comuns mais evidentes. Todos estes fenómenos poderão ser clarificados com a seguinte explicação de transe hipnótico:

O estado mental resultante de alterações na neurofisiologia. Pode ser provocado por várias situações, como ingestão de substâncias químicas, mas também pode ser produzido por simples estímulos sensoriais normais; auditivos, visuais, táteis e olfativos, além de situações como jejuns nutricionais, isolamento social, sono intenso sem possibilidade de dormir, abstinência sexual, comportamento motor intensivo, meditação, relaxamento físico e mental ou atitudes contemplativas de fundo religioso ou místico. (Carreiro, 2006, p.1)

Torna-se pertinente evidenciar que este conceito não será de consenso universal, porém, tendo em conta a clara associação entre os fenómenos descritos e a definição transcrita, a sua premência torna-se óbvia.

Durante os estados de transe ocorre um aumento de foco interno e, conseqüentemente, uma redução da percepção externa do meio circundante (Williamson, 2012). Estímulos sensoriais ou símbolos tornam-se âncoras daquele estado, uma situação que pode ser vista como semelhante ao fenómeno que ocorre durante uma sessão de Hipnose Clínica, em que o foco do cliente poderá ser a voz do terapeuta, o som de música, visualização guiada (Williamson, 2012).

Um dos pontos comuns às práticas previamente descritas era o facto de normalmente ocorrerem em ambientes sociais fortemente condicionadores em que os dirigentes sabiam precisamente o estado que buscavam e em que os sujeitos apresentavam uma forte predisposição para irem ao encontro desses mesmos fins. Williamson (2012) esclarece que “rituais promovem a confiança dos participantes, elevam as expectativas para um resultado positivo, transparecem segurança e promovem obediência inquestionável” (p. 33). Carreiro (2006) acrescenta que a combinação de rituais religiosos com o transe hipnótico, utilizando linguagem simbólica, desencadeia um marcado aumento da percepção normativa e que os efeitos curativos podem ser de tal forma marcantes, que podem até ser difíceis de compreender. O autor explica ainda que as pessoas mais suscetíveis a este tipo de rituais, também serão mais suscetíveis a

desenvolverem patologias psicossomáticas, portanto da mesma forma que a sugestão funcionou como estímulo desencadeante da doença, também funcionará como estímulo terapêutico (Carreiro, 2006).

Este fenômeno ritualístico pode ser observado ainda atualmente, não só em rituais de certas religiões ou seitas, mas também na já mencionada hipnose de palco. Apesar de se tratar de uma forma de entretenimento, não se pode deixar de referir que muitos dos princípios e técnicas utilizados são semelhantes àqueles que se aplicam em contexto clínico. Apesar do seu maior ou menor sucesso, a verdade é que este tipo de práticas acaba por contaminar o senso comum, afastando potenciais utentes de um complemento terapêutico que poderia revelar-se clinicamente benéfico.

Na idade média, a cura era associada a Deus e estados de transe eram conotados como maléficos e associados a práticas de bruxaria (Simons et al., 2007; Williamson, 2012). Dessa forma, não surpreende que a utilização de hipnose tenha conduzido vários indivíduos à morte (Marto & Simões, 2013). No entanto, um monarca inglês, e como tal, visto como o representante de Deus na terra, Eduardo o Confessor, utilizava uma técnica de cura através do toque (Marto & Simões, 2013; Williamson, 2012), resultado explicado pela crença que a pessoa teria em ser curada pelas mãos do seu rei (Marto & Simões, 2013). Carreiro (2006) sugere que a utilização das mãos para obter efeitos terapêuticos sempre terá sido de origem hipnótica. O autor aponta ainda que, também no Oriente é frequente encontrar esta técnica, tendo sido adotada no Ocidente com o nome de *reiki* (Carreiro, 2006).

No mundo ocidental existia uma crença que associava a doença mental a possessões demoníacas e, portanto, o recurso ao exorcismo era necessário; por outro lado, no médio-orientes, até recentemente, apesar de também existir uma associação entre doenças mentais e possessão, estas pessoas recebiam tolerância ou até eram vistas como “santas” (Williamson, 2012). Carreiro (2006), no seguimento desta ideia, aponta que no Oriente os efeitos hipnóticos estavam habitualmente relacionados com processos de cura e não sofreram grandes alterações. O árabe Ibn Sina (980-1037), médico e filósofo, conhecido no mundo Ocidental como Avicenna pode ser um exemplo desta ideia. Para além das evoluções médicas que precipitou, também estabeleceu uma relação entre as componentes psicológicas - imaginação, vontade, e discurso - e as respostas fisiológicas (Carreiro, 2006). No Ocidente sofreram alterações, de acordo com o pensamento

dominante, com valores, e fantasias advindas de interações étnicas e culturais, com destaque para a Europa, onde o processo de colonização fomentou esta agregação de povos e culturas (Carreiro, 2006). Com efeito, apesar da paulatina progressão do conhecimento científico, na Idade Média ainda se perpetuava uma explicação de teor hagiográfico das terapias realizadas ao nível psicossomático.

Na Grécia antiga já eram atribuídas propriedades curativas aos ímanes naturais e tanto Aristóteles, como Galeno, defendem essas atribuições; assim, a ideia de metais magnéticos servirem de proteção contra enfermidades persiste desde esta época (Carreiro, 2006). Ao longo da História, a utilização da palavra hipnose foi precedida por designações como magnetismo animal, mesmerismo, sono lúcido, entre outras. A teoria do magnetismo animal teve a sua origem em pleno Renascimento, quando Philippus Theophrastus Bombast von Hohenheim (1493-1541), mais conhecido como Paracelso, na sua *Practica D. Theophrasti* (1529), defendeu a existência de um fluido vital ou universal emanado dos astros que interagia com os seres, podendo estes influenciar-se mutuamente, o que no caso de pessoas enfermas resultaria em cura (Carreiro, 2006; Marto & Simões, 2013; Simons et al., 2007). Paracelso utilizava ímanes como artefactos curativos, dirigia sessões, individuais e coletivas, com cantos, danças, orações, rituais e palavras e defendia que, tanto a fé, como a imaginação, tinham um impacto, positivo ou negativo na saúde (Carreiro, 2006). Ao longo de um século, esta teoria evoluiu culminando no conceito de magnetismo animal, a capacidade humana para criar mudanças ou cura, em outras pessoas, através da canalização desta força magnética (Simons et al., 2007).

Um padre católico, de nome Johann Joseph Gassner (1727 - 1779) explicava as enfermidades com a possessão demoníaca, sendo o exorcismo a cura possível (Carreiro, 2006; Marto & Simões, 2013). Gassner sistematizou as induções hipnóticas, utilizando o exorcismo como pano de fundo, bem como as características propícias para o transe, comuns a estes eventos, e já citadas previamente (Carreiro, 2006).

Franz Anton Mesmer (1734-1819) assistiu a várias apresentações de Gassner (Carreiro, 2006). Formado em Medicina, defende, em 1766, a tese de doutoramento *Dissertatio Physico-Medica de Planetarium Influxu* (Marto & Simões, 2013) e segue as correntes do magnetismo animal, representando o maior expoente desta teoria (Simons et al., 2007). O médico rejeita as explicações de Gassner para o fenómeno e atribui o fruto dos processos de cura ao crucifixo metálico utilizado pelo padre; desta forma o objeto

serviria de canalizador dos fluidos astrais (Carreiro, 2006). Mesmer inicia a prática clínica, em Viena, com base neste método e ocupa-se de casos como o tratamento de dores dentárias e de ouvidos (Hartland, 1971; Simons et al., 2007), ataques de paralisia, de retenção urinária, e de cegueira temporária e obtém um desaparecimento total de sintomas em doentes considerados incuráveis (Hartland, 1971).

É de destacar o caso de Maria Theresa Paradis, 21 anos de idade, diagnosticada com cegueira histérica e que não obtinha cura após intervenção de vários médicos, entre os quais o influente vienense Dr. Stoerk (Carreiro, 2006; Marto & Simões, 2013; Simons et al. 2007). Através do magnetismo e de demonstrações de afeto e atenção, a paciente recuperou a visão, resultado que conduz Mesmer à fama na Europa (Carreiro, 2006). Neste ponto, convém evidenciar aquilo que hoje se sabe, através de Carl Rogers, a relevância da relação empática e o sucesso do processo terapêutico (Witty, 2007). Os pormenores das consequências deste sucesso não são consensuais. Há versões de ciúmes da esposa de Mesmer, da revolta do pai da paciente (que teria perdido a pensão que receberia devido à cegueira da filha) acusando o magnetizador de charlatonice, de uma comissão de médicos ter considerado o método ineficaz e até de um conluio difamatório entre o pai da paciente, a esposa de Mesmer e o Dr. Stoerk (Carreiro, 2006; Marto & Simões, 2013; Simons et al. 2007). O médico muda-se de Viena para Paris, onde obtém grande sucesso (Marto & Simões, 2013), “o mesmerismo tornou-se moda na aristocracia francesa, era o assunto de todos os salões” (Carreiro, 2006, p. 40). É conveniente apontar que o magnetismo nunca tinha sido eficiente em casos de idiotia, de doenças repulsivas, como deformidades físicas, chagas, portadores de loucura agressiva; dessa forma, em Paris, Mesmer não se ocupava deste tipo de casos (Carreiro, 2006).

Mesmer passa a acreditar que a base curativa não provém dos objetos metálicos, como defendido por Paracelsus, mas era sim uma influência magnética inerente ao ser humano (Carreiro, 2006; Marto & Simões, 2013). Desta forma, a técnica utilizada consistia em colocar as mãos sobre os enfermos, para que a transferência dos fluidos ocorresse, podendo também ser utilizados outros objetos para o armazenamento do magnetismo, como varinhas, vasilhas com água, cristais (Carreiro, 2006). A procura pelos serviços de Mesmer era de tal forma elevada, que o médico chegou mesmo a criar um sistema para cura em massa, instalado num ambiente ritualístico e cerimonioso, aparentemente impreterível, para a eficácia obtida: instalou recipientes, *baquets* (reservatórios com água, com partículas de ferro magnetizadas, de onde saíam varas

metálicas que eram agarradas pelas pessoas), usados para difundir as correntes magnéticas, vestia um robe lilás de seda, usava uma comprida varinha de ferro e deslocava-se, tocando pontualmente as pessoas, enquanto era possível ouvir uma suave música de fundo (Carreiro, 2006; Hartland, 1971; Marto & Simões, 2013; Simons et al., 2007). Pode-se assim verificar uma técnica hipnótica por sugestão indireta (Carreiro, 2006). Dos pacientes, alguns declaravam nada sentir, outros apresentavam variadas reações físicas e ainda outros caíam num estado convulsivo (Hartland, 1971). Este estado, que passou a ser conhecido como a crise, era considerado benéfico (Hartland, 1971; Simons et al., 2007). O motivo decorria do facto dos pacientes declararem terem sido curados após a experiência reiterada da crise (Simons et al., 2007) ou, como afirma Carreiro (2006), “certo é que curas espetaculares aconteciam” (p. 43).

Carreiro (2006) estabelece um paralelismo entre o mesmerismo e o hipnotismo atual na forma sugestiva como a clínica de Mesmer era apresentada aos pacientes: tapetes espessos, elementos astrológicos preenchiam as paredes, cortinas fechadas e a “sala de crises” estava forrada a colchões e continha o reservatório para a água. Este paralelismo pode ser ainda mais evidente com um debruçar sobre os avanços psicológicos ocorridos, por exemplo, em Medicina Dentária, no campo de ansiedade dentária. Glazer (2001) aponta como um dos níveis de hipnose dentária, que corresponde à parte não formal do processo, a criação de um ambiente pacífico, em que sugestões diretas e indiretas, verbais e não verbais são entregues, com o propósito de eliciar o conforto e cooperação do paciente. Glazer (2001), apesar de todos estes elementos sugestivos, destaca como crucial a postura e capacidade comunicativa do médico, paralelismo que também pode facilmente ser efetuado com as características já descritas sobre como Mesmer se apresentava.

Cerca de 1780, o mesmerismo, mais tarde conhecido como hipnose, difunde-se pela Europa, as manifestações hipnóticas passam a ser explicadas pela teoria mencionada e deixam a explicação religiosa (Carreiro, 2006). Também Chertok e Stengers (1992) salientam a diferença existente entre o período pré-mesmeriano, com crenças associadas a demónios e entidades sobrenaturais e o período em que o vienense estudou e tentou compreender o fenómeno que explicou como fluido magnético. Apesar de aos olhos da ciência atual a explicação de Mesmer parecer disparatada, estes autores sublinham a raiz científica que sustenta a explicação:

Ele inventou o baquet, que servia tanto como instrumento terapêutico, como demonstrativo: as curas produzidas através do baquet iriam demonstrar a existência do fluido. Desta forma, o magnetismo animal é “inseparável do projeto de constituição de uma ciência. Similarmente, a hipnose, que sucedeu ao magnetismo animal, ativou uma relação purificada de qualquer crença em uma causalidade sobrenatural; tem como objetivo explicar o que previamente parecia sobrenatural em termos de conhecimento científico, descobrir a verdade científica por trás dos transe, possessões, taumaturgias prodigiosas, etc. No entanto, tanto hipnose como o magnetismo tiveram uma relação problemática com o conhecimento científico. (Chertok & Stengers, 1992, p. X)

Indo de encontro à ideia anterior sobre a busca científica de Mesmer, importa acrescentar que o médico austríaco, em 1779, divulgou uma comunicação com 27 pressupostos inerentes à teoria do magnetismo animal (Marto & Simões, 2013).

Ao estrondoso êxito inicial sucedeu-se, porém, um evidente fracasso na sequência da intervenção de uma comissão de inquérito, constituída por reputados cientistas da época, entre os quais Lavoisier, Benjamin Franklin e Guillotine, que rejeitou a existência do magnetismo animal e o seu autor foi desacreditado, acabando por abandonar Paris (Carreiro, 2006; Chertok & Stengers, 1992; Hartland, 1971; Marto & Simões, 2013; Simons et al., 2007).

A rejeição das práticas de Mesmer não ditaram, contudo, o fim do magnetismo. Um dos seus discípulos, Armand Marc Jacques de Chastenet, o Marquês de Puységur (1751-1825), supôs ter descoberto o sonambulismo artificial (Carreiro, 2006; Marto & Simões, 2013). Deste conceito destacam-se duas diferenças fundamentais em relação ao magnetismo: as ideias e as ações da pessoa magnetizada poderem ser dirigidas pelo magnetizador; as agitações clássicas não ocorriam, mas em vez disso, a pessoa parecia estar num sono profundo, com movimentos respiratórios calmos, mas com capacidade para falar e com uma lucidez maior do que a habitual (Carreiro, 2006; Hartland, 1971; Marto & Simões, 2013; Simons, 2007). Carreiro (2006) aponta este estado como o mais profundo do transe hipnótico: o sonambulismo. Estas ideias não foram, todavia, universalmente aceites.

Apesar de o Magnetismo, como se verá adiante, acabar por dar lugar ao hipnotismo, existe uma corrente paralela, protagonizada pelo médico Denizard Hippolyte

Léon Rivail (1804-1869), mais conhecido como Allan Kardec, o codificador da crença espírita, e que defende que o poder curativo se deve aos espíritos (Carreiro, 2006).

Um monge de ascendência portuguesa, José Custódio de Faria, mais conhecido como Abade Faria (1756-1825), ao contrário das ideias do Marquês de Puységur, considera ser o poder da sugestão e a vontade recetiva do paciente os ingredientes primaciais para o que ele passou a designar como sono lúcido (Carreiro, 2006; Marto & Simões, 2013; Simons et al., 2007). Além disso, a utilização de uma indução hipnótica verbal, praticamente semelhante a um método contemporâneo, com fixação de olhar e simplesmente dizendo “dorme!”, também o distinguiu dos seus predecessores (Carreiro, 2006). O alcance das suas soluções foi a ponto de merecer, desde então, o distinto reconhecimento por parte dos mais ilustres e conceituados elementos da comunidade científica. A este propósito, vale a pena recordar as palavras de Egas Moniz:

É o momento de fazermos justiça à grande maioria dos autores franceses contemporâneos, que dão hoje a Faria o lugar que ele merece como criador da doutrina da sugestão no hipnotismo que todos hoje professamos. Já não procedem assim os autores ingleses e americanos, que atribuem a Braid a descoberta que pertence ao português. (Moniz, 1977, p. 69)

John Elliotson (1791-1868), reputado médico e professor catedrático, introduziu o uso do estetoscópio na Inglaterra, juntamente com técnicas para exame, em cardiologia e pneumonologia, semelhantes às atuais (Carreiro, 2006). Utilizou o mesmerismo para casos de histeria, melancolia acompanhada de delírio, ideias fixas, mas colocou de parte o seu uso para situações graves, como loucos e retardados (Carreiro, 2006). Contudo, os feitos mais assinaláveis serão as mais de 400 cirurgias, auto-reportadas, levadas a cabo em pacientes sonambúlicos (Simons et al., 2007). Escolhe o mesmerismo como tema de ensino na University College Hospital, em Londres; sofre a oposição dos pares e abandona o seu cargo de docente (Hartland, 1971; Marto & Simões, 2013).

Na mesma época, James Esdaile (1808-1859), cirurgião escocês, realizou numerosas intervenções cirúrgicas na Índia, incluindo amputações, utilizando o mesmerismo como indutor de anestesia (Carreiro, 2006; Marto & Simões, 2013; Simons et al., 2007). O médico, através de um trabalho de magnetização contínua, afagando o corpo do paciente durante horas, conseguia elicitar um estado semelhante a animação suspensa, conhecido como Esdaile State; a verificação da preparação para a cirurgia era efetuada através de um choque elétrico ou o apertar dos testículos e caso, não obtivesse resposta, o procedimento seria iniciado (Simons et al., 2007). Elman (1984) explica que

neste estado a pessoa fica catatónica e automaticamente anestesiada sem uma sugestão para tal e, o mesmo autor, aponta que Esdaile conseguiu obter uma redução de 50% para 8% de taxa de mortalidade cirúrgica. Uma revisão de 2021 indica a existência de evidências para que, durante o estado de hipnose, com sugestões de relaxamento, o nível de atividade parassimpática aumente, com uma consequente redução de vários índices de atividade simpática (Fernandez et al., 2021). No entanto, no caso de Esdaile, por estimulação sensorial, o corpo dos pacientes ficava tão rígido que os estímulos físicos deixavam de ser percebidos. Duas das formas possíveis de entrada em hipnose que Unestahl (1982, como citado em Unestahl, 2018) aponta são um aumento de estimulação exteroceptiva e/ou atividade motora e um aumento súbito de emoções negativas, com destaque para o medo. Ou seja, os pacientes de Esdaile provavelmente entrariam no estado de hipnose, não por relaxamento, via parassimpática, mas sim por via simpática, através de estimulação sensorial tátil, sentindo cada vez mais tensão e medo, fatores promotores da anestesia que se instalava. Em todo o caso, os feitos do médico não foram reconhecidos pelos pares (Hartland, 1971; Marto & Simões, 2013; Simons et al., 2007). O artigo intitulado *The introduction of mesmerism as an anaesthetic and curative agent into the hospitals of India*, publicado em 1852, baseou-se nessas experiências médico-cirúrgicas (Marto & Simões, 2013).

Deixando de lado a disputa Faria/Braid pouco frutífera em torno da atribuição da paternidade da hipnose, permanece incontestável o valor do impacto das descobertas que James Braid (1795-1860) realizou, ao longo da primeira metade do século XIX. O médico oftalmologista e cirurgião escocês começou por explorar o magnetismo, mas acabou por descartar as teorias magnéticas. Em vez disso, entendeu que se tratava de um fenómeno fisiológico, definindo-o como sono nervoso ou hipnotismo (Carreiro, 2006; Marto & Simões, 2013; Simons et al., 2007). Nas suas próprias palavras, consistia numa “condição peculiar do sistema nervoso, induzida pela atenção e fixação abstrata do olho visual e mental, num objeto de natureza não excitante” (Braid, 1843, p. 9). O médico utiliza o hipnotismo como anestesia para realizar intervenções cirúrgicas (Simons et al., 2007), continua a investigar o fenómeno e acaba por concluir que este não era dependente do sono (Carreiro, 2006). Apesar de a controvérsia sobre o assunto não ter terminado, Braid permite que a Medicina científica receba a hipnose (Simons et al., 2007), dando lugar a uma nova fase de investigação científica.

Por seu turno, um notável neurologista europeu da segunda metade do século XIX que se especializara no tratamento de doentes histéricos, Jean-Martin Charcot (1825-1893), considerava que a hipnose era uma manifestação semelhante à histeria, portanto de origem neurológica (Hartland, 1971; Rubin, 2017), tendo chegado mesmo a concluir tratar-se de uma neurose experimental (Rubin, 2017). Apesar dos testes que ele e os seus colegas do Hospital de Salpêtrière efetuaram, deu-se muito pouco valor à sugestão e à imaginação, por oposição à escola de Nancy, que valorizava a sugestão (Carreiro, 2006). É de ressaltar que, apesar de as teorias de Charcot não estarem corretas, o neurologista conferiu um caráter de objetividade e de racionalidade ao fenómeno, tendo também elencado três estados, que considerava fundamentais, na hipnose: o catalético, o letárgico e o sonambúlico (Marto & Simões, 2013; Rubin, 2017).

Os princípios da Escola de Salpêtrière foram especificamente contestados pela comunidade de estudiosos que ficou conhecida como Escola de Nancy, da qual se destacaram duas personalidades, Ambroise-Auguste Liébeault (1823-1904) e Hippolite Bernheim (1840-1919). O primeiro, visto por muitos como o pai da hipnose moderna, argumentava a favor da subjetividade dos fenómenos hipnóticos, foi o fundador das sugestões terapêuticas e o primeiro a demonstrar os valores curativos da hipnose em larga escala (Hartland, 1971; Marto & Simões, 2013). Liébeault, de acordo com os princípios genéricos da altura, usava o olhar fixo, contudo privilegiava a sugestão verbal direta para induzir a hipnose, sendo considerado o precursor da escola verbal (Carreiro, 2006). Liébeault também se destacou por defender que o transe profundo não será necessário para a maioria dos casos (Marto & Simões, 2017).

Por sua vez, Bernheim, neurologista e professor da Universidade de Nancy, seguindo as experiências de Liébeault, interessou-se vivamente pelo estudo do hipnotismo, tendo descrito as suas aplicações terapêuticas no livro *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique* (1886). Rubin (2017) considera Bernheim como um dos pioneiros da psicoterapia moderna. Ao contrário de Charcot, que via a sugestão como consequência da hipnose, ao conduzir a sintomas histéricos, para Bernheim a sugestão era um fenómeno humano, o que criava um caminho para uma terapia psicológica baseada na hipnose (Rubin, 2017). Forel (1907, como citado em Carreiro, 2006) acrescenta que o neurologista “definiu os efeitos pós-hipnóticos da sugestão como elemento provocador das ações inconscientes e compulsivas e propôs aplicar como terapia” (p.76). Os inúmeros

casos de sucesso, tratados por Liébault e por Bernheim, atraíram a atenção de grandes nomes, entre os quais Freud (Carreiro, 2006; Hartland, 1971).

A importância da psicanálise e do seu criador, Sigmund Freud (1856-1939), para a psicoterapia prescindem, nos dias de hoje, de uma exaustiva demonstração. Não obstante, é de assinalar que, antes da criação deste método, e apesar de Freud ser apontado como pouco experiente como hipnotizador (Schneck, 1954, como citado em Bachner-Melman & Lichtenberg, 2001), a verdade é que larga parte do trabalho clínico do psicanalista incluiu a utilização de hipnose (Bachner-Melman & Lichtenberg, 2001; Carreiro, 2006; Kluft, 2018).

Dessa forma, importa explorar as utilizações que Freud deu à hipnose e os motivos do seu abandono. Freud, utilizou inicialmente o hipnotismo como forma de exploração de um local de armazenamento de informações e de emoções, esquecidas (Carreiro, 2006), “uma instância autônoma – primeiro denominada memória e posteriormente inconsciente” (Rubin, 2017, p. 123). De acordo com esta ótica, a sintomatologia física poderia ter como causa a libertação de traumas psíquicos, de tal forma fortes, que foram reprimidos (Carreiro, 2006). Assim, o hipnotismo permitiria o tratamento sintomático, bem como desvendar a origem do problema (Carreiro, 2006). Freud utilizava técnicas hipnóticas regressivas para a exploração de memórias reprimidas, cuja libertação nomeou catarse e que, hoje em dia, dá pelo nome ab-reação (Simons et al., 2007).

De acordo com Carreiro (2006), as técnicas de hipnoanálise, precursoras da psicanálise, baseiam-se em interpretações de ocorrências durante o estado hipnótico têm como objetivo a análise humana e permitem ultrapassar problemas existenciais através da interpretação de ocorrências durante o estado de hipnose. A hipnoanálise, através da sugestão, permite que o material onírico esteja focado em um determinado assunto ou problema, contornando a resistência descrita (Carreiro, 2006). O autor acrescenta ainda que, no estado de transe, poderão ser obtidas imediatas associações sobre o significado do sonho, difíceis de obter durante o estado desperto (Carreiro, 2006).

Freud estabelece uma cisão em relação à norma tradicional, no sentido em que defende que os sonhos não podem ser interpretados por uma pessoa externa e nesse sentido teria de ser o próprio sonhador a explicar o significado do conteúdo onírico (Carreiro, 2006). Por esta perspectiva, o psicanalista melhorou a técnica hipnoanalítica de

indução de sonhos; por outro lado é frequente as pessoas não recordarem o que sonharam ou não mesmo sonharem com o que não pretendem recordar (Carreiro, 2006).

Bachner-Melman e Lichtenberg (2001) estabelecem outro paralelismo entre a hipnose e a psicanálise: “o fenómeno de transferência era uma reencarnação do conceito de sugestibilidade de Bernheim” (p.40). Nas próprias palavras de Freud (1989), sobre Bernheim: “ele não sabia que a sua *suggestibilité* dependia da sexualidade, na atividade da libido. Apercebemo-nos que abandonamos a hipnose, apenas para redescobrir a sugestão na forma de transferência” (p. 555).

Os motivos para este abandono não são consensuais. Para além da já mencionada “falta de experiência” de Freud, Silva (2019) cita os seguintes possíveis motivos para o abandono da utilização de hipnose: o fato de nem todos os pacientes de Freud entrarem em transe, a não extinção permanente dos sintomas e a falta de confiança no motivo do acontecimento traumático, relatado pelos pacientes em transe. “A nova conceção freudiana de-enfatiza a sugestão, marginaliza a dissociação, falha em não estudar as diferenças individuais na responsividade hipnótica” (Kluft, 2018, p. 308).

Outro fator teria sido a incapacidade de ultrapassar a resistência dos clientes, o que o método de associação livre permitiria (Freud, 1989). Rubin (2017) explica que este conceito de resistência não está relacionado com as qualidades do hipnotizador, nem com uma determinação oposta do cliente, mas que se refere sim ao fato de a hipnose não permitir um acesso direto às representações inconscientes. Ou seja, ultrapassada a barreira criada pela hipnose, pela parte consciente, não isenta de críticas, com o método de associação livre, as associações seriam um produto do inconsciente e a interpretação destas permitiria descobrir o trauma causador da perturbação do cliente (Carreiro, 2006). Outro fator a ter em consideração seria ainda a dificuldade que Freud estaria a ter, por parte dos pares, que a Psicanálise fosse aceite, e se combinada com hipnose essa aceitação seria ainda mais difícil (Carreiro, 2006).

Após estas considerações sobre o abandono de Freud em relação à hipnose será pertinente ter em conta o seguinte sobre a relação desta com a Psicanálise. De acordo com Halama (1994), para Freud, a hipnose era eficiente no tratamento de várias patologias orgânicas e psicológicas. A hipnose atual tem uma afinidade próxima com a Psicanálise, no sentido de técnicas hipnóticas modernas advirem diretamente dos conceitos de consciente e inconsciente, podendo ainda considerar-se a livre associação de ideias como

uma técnica hipnótica (Carreiro, 2006). No seguimento destes raciocínios, consegue-se compreender a lógica de Kleine (1955): “dado que ele incorporou várias das suas observações e insights em relação ao comportamento hipnótico e fenomenologia na dinâmica da Psicanálise, pode-se dizer que Freud circunscreveu em vez de ter abandonado a hipnose” (p. 55, como citado em Bachner-Melman & Lichtenberg, 2001). Carreiro (2006) vai de encontro a este raciocínio ao defender que Freud em vez de ter abandonado a hipnose, encobriu-a, sendo que, nos dias de hoje, este fenómeno tem como base fundamentos da Psicanálise.

Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936), fisiologista e médico russo notabilizou-se pela teoria do reflexo condicionado e aborda a hipnose com uma perspetiva neurofisiológica, inovador para a época (Carreiro, 2006; Marto & Simões, 2013). Neste sentido, não é apologista de denominações como sugestão, emoções, desejos e sentimentos e opta por estado modificado de consciência como substituição de transe hipnótico (Carreiro, 2006). Após a Psicanálise, a hipnose passou por um período de descrédito, associada a misticismo, fomentado pela hipnose de palco e a interpretação do médico russo, de base meramente fisiológica e orgânica, contribuiu para uma suavização desse descrédito e permitiu a possibilidade da hipnose, apesar de polémica, poder ser encarada como um fenómeno científico (Carreiro, 2006; Marto & Simões, 2013). A polémica da época perdura até aos dias de hoje, podendo-se identificar uma corrente, russa, que estabelece um paralelismo entre hipnose e o reflexo condicionado e, portanto, aceita a hipnose em animais, facilmente colocados em catalepsia por excitação sensorial; da mesma forma, a corrente mesmerista também aceita a hipnose efetuada através do toque físico, com base no magnetismo (Carreiro, 2006). Outras correntes, advindas da escola de Nancy e da sugestão verbal remetem a hipnose apenas para o ser humano (Carreiro, 2006). Da conjugação das ideias de Pavlov com a utilização de hipnose em Medicina surgiram aplicações e termos como sonoterapia, parto sem dor e neurolinguística (NL), com utilização terapêutica na Medicina psicossomática russa; a NL evoluiu para Programação Neurolinguística (PNL) através de Richard Bandler e de John Grinder (Carreiro, 2006). Bandler e Grinder, basearam-se nas abordagens de Milton Erickson (psiquiatra e hipnoterapeuta), Fritz Perls (fundador da terapia *Gestalt*) e Virginia Satir (terapeuta familiar), para distinguir a eficácia das várias intervenções terapêuticas (Williamson, 2012). A PNL surge com a análise de padrões de linguagem em contexto psicoterapêutico com o intuito de compreender o mecanismo interno que permite a

persistência dos fatores de manutenção da disfuncionalidade (Williamson, 2012). Esta análise permitiu elaborar conclusões sobre uma estrutura de linguagem que a hipnose segue e dessa forma, a PNL define, através de modalidades de comunicação, de palavras e de gestos, a forma mais eficiente para criar uma sugestão (Carreiro, 2006).

Émile Coué (1857 – 1926) notabilizou-se por difundir vários princípios sobre a sugestão, nomeadamente a autosugestão, bem como defender a não dependência desta de um estado de transe (Marto & Simões, 2013). Utilizava técnicas terapêuticas de auto-hipnose, baseadas em repetição, de forma a transformar ações conscientes em ações inconscientes; desta forma, a hipnose sai da esfera apenas religiosa e terapêutica, passando a ser englobada nos mecanismos de autoajuda e as frases e princípios de Coué estão presentes, hoje em dia, nos livros desta temática (Carreiro, 2006).

A atitude de rejeição que Freud adotou em relação à hipnose, conjugada com o fato de esta abordagem não permitir uma cura permanente da histeria quase resultaram numa extinção desta abordagem (Hartland, 1971). Contudo, o reduzido número de psiquiatras durante a Primeira Guerra Mundial conduziu a uma demanda de abordagens psicoterapêuticas breves, revivendo a utilização de Hipnose Clínica, tanto para a remoção direta de sintomas, como para o resgate de memórias traumáticas reprimidas (Hartland, 1971).

Milton H. Erickson (1901-1980), psiquiatra, foi descrito como “um dos psicoterapeutas mais influentes de todos os tempos” (*The Psychotherapy Networker*, 2006, como citado em Rosi & Rossi, 2008, p. 5). Haley (1986) utiliza o termo terapia estratégica, para definir uma abordagem específica para cada caso, e em que o terapeuta toma a responsabilidade de iniciar os acontecimentos durante o processo, por oposição a uma atitude de espera pela atitude do cliente. Erickson notabilizou-se como terapeuta estratégico (Haley, 1986). Fundou os princípios da hipnose moderna, por oposição aos modelos comuns até então, em que o terapeuta adquiria uma postura autoritária, com sugestões diretas e perante um cliente passivo e destacou-se por basear a sua abordagem terapêutica no cliente, com a utilização dos recursos desse cliente, frequentemente de forma permissiva (Marto & Simões, 2013; Williamson, 2012). Para o psiquiatra, a eficácia da terapia não dependia de um estado formal de transe; uma ausência de *rappor*t com a mente inconsciente seria a causa dos problemas e dessa forma a hipnose permitiria aproximar as mentes consciente e inconsciente, de forma a que o cliente pudesse utilizar

os seus próprios recursos (Simons, et al., 2007). Um contexto clínico com uma boa relação terapêutica, uma abordagem permissiva, e uma linguagem aberta são facilitadores da sugestão (Williamson, 2012). Com as palavras do próprio será possível ter uma noção mais clara desta abordagem:

Eu não pretendo estruturar a minha psicoterapia mais do que de um modo vago, geral. E nesse modo vago, geral, o paciente a estrutura... de acordo com as suas próprias necessidades... A primeira consideração ao tratar os pacientes é dar-se conta de que cada um deles é um indivíduo... Assim, não tente encaixá-los no seu conceito de como eles deveriam ser... Você pode tentar descobrir, o que o conceito do próprio paciente parece ser... Não é a quantidade de tempo. Não é a teoria da terapia. É como chegar à personalidade da pessoa dizendo a coisa certa no tempo certo. (Erickson, s.d., como citado em Rossi & Rossi, 2008, p. 7)

O médico destacou-se ainda pela utilização precisa de ferramentas como a linguagem e a imaginação, de metáforas, de técnicas de confusão, de surpresa e de humor (Simons, et al., 2007). Para uma melhor compreensão da utilização destas técnicas, Zeig (1983) explica que, da mesma forma que o paciente pode comunicar em vários níveis, incluindo o simbólico e o histórico, Erickson demonstrou que o terapeuta também o pode fazer, sendo que “a comunicação terapêutica não precisa ser clara, concisa e direta” (p. 30).

2. Hipnose Clínica

Para iniciar a contextualização da hipnose na prática clínica atual, será lógico começar por uma definição do fenómeno. No entanto, como afirma Yapko (2012), “(...) até os praticantes de longa data acharão mais fácil a descrição do que a definição de hipnose” (p. 5). Esta dificuldade advém do fato de a natureza e os mecanismos inerentes ao fenómeno ainda não serem completamente compreendidos e da falta de precisão de definições enviesadas, que foram conduzindo a que a *Society of Psychological Hypnosis, Division 30 of the American Psychological Association* (Divisão 30 da APA) fosse adotando diferentes definições de conceitos relacionados com hipnose (Elkins et al., 2015). Portanto, em 2015, a Divisão 30 da APA, publicou um artigo com uma revisão de conceitos como *hipnose* de forma “(...) concisa e heurística, mas suficientemente ampla

para não restringir diferentes teorias sobre os mecanismos do fenómeno (a serem determinados em estudos empíricos)” (Elkins et al., 2015, p.1).

Assim, por hipnose entendeu-se “um estado de consciência que envolve atenção focada e uma redução da percepção do meio envolvente, caracterizado por um aumento da capacidade de resposta a sugestões” (Elkins et al., 2015, p. 6). Para além deste, foram definidos outros dois conceitos basilares: o de indução hipnótica enquanto “procedimento designado para induzir hipnose” (Elkins et al., 2015, p. 6) e o de hipnoterapia como “utilização de hipnose no tratamento de uma desordem ou problema médico ou psicológico” (Elkins et al., 2015, p. 6). A definição de Yapko (2012), embora bastante mais longa e menos concisa e, portanto, potencialmente mais sujeita a um viés, talvez permita obter uma ideia mais clara sobre Hipnose Clínica:

Uma experiência focada de absorção atencional, que convida a pessoa a responder, experiencialmente, em múltiplos níveis, para amplificar e utilizar os seus recursos pessoais, de uma forma orientada para um objetivo. Em contexto clínico, hipnose envolve prestar uma maior atenção às habilidades de utilização de palavras e gestos, em formas particulares, para atingir resultados terapêuticos específicos, reconhecendo e utilizando os vários e complexos fatores, interpessoais, e conceptuais que se combinam em vários graus, para influenciar a responsividade do cliente. (Yapko, 2012, p 7)

2.1. Hipnose Clínica – uma terapia ou um instrumento de intervenção?

Não existe consenso neste aspeto. Uma posição é a que encara hipnose como uma terapia por si só, sendo que neste caso, o termo hipnoterapia é comumente utilizado, e a hipnose é o mecanismo fundamental de intervenção (Yapko, 2012). Neste caso, a hipnose é percecionada como uma modalidade de tratamento, distinta de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), por exemplo. A outra posição é a integração de hipnose num procedimento mais abrangente e em que esta funcionará mais como uma ferramenta do que como um processo (Yapko, 2012). Spiegel e Spiegel (2004) estão de acordo com esta perspetiva ao considerarem a hipnose como um potenciador de uma estratégia terapêutica e não uma terapia por si só. Em todo o caso, num estudo que incide sobre 40 anos de pesquisa sobre o assunto, Lynn et al. (2019) apontam que “a hipnose é efetiva de forma

isolada ou, como mais comumente uma técnica auxiliar, que fornece aos clínicos uma metodologia flexível e com bom custo-benefício, para aliviar uma miríade de condições médicas e psicológicas, facilitar a resiliência e aumentar o potencial humano” (p. 498).

2.2. Fenomenologia hipnótica

De acordo com Yapko (2012), estes fenômenos são a pedra basilar do potencial terapêutico do estado de hipnose. Podem ser associados ao estado de hipnose a modificação de processos psicológicos, da percepção de *inputs* sensoriais, motores e *outputs* autonômicos (Williamson, 2012). No entanto, estes fenômenos ocorrem naturalmente, no dia a dia (Spiegel & Spiegel, 2004; Williamson, 2012, Yapko, 2012) apenas diferindo da aplicação hipnótica em intensidade e podem ser utilizados pelo terapeuta para elicitare, no paciente, experiências específicas, com objetivos positivos específicos (Yapko, 2012).

Spiegel e Spiegel (2004) destacam três componentes chave do estado hipnótico: absorção, dissociação e sugestibilidade. A absorção pode ser vista como uma redução da percepção de estímulos (Spiegel & Spiegel, 2004). Em hipnose, o nível de absorção é fluutuável, ou seja, o nível de foco na experiência hipnótica varia durante uma sessão, com momentos de maior atenção a sugestões ou desatenção, motivada por uma distração ou pensamentos intrusivos (Yapko, 2012).

A dissociação, indispensável para a ocorrência do estado de hipnose, significa que partes de um indivíduo, que normalmente funcionam de forma integrada, passam a poder responder autonomamente; por norma, existe uma associação direta entre o grau de dissociação e a subjetividade da experiência de hipnose (Yapko, 2012).

Permanecem dúvidas sobre o conceito de sugestibilidade, “se reflete uma inclinação para, passivamente, aceitar sugestões e obedecer a comandos ou, então, a habilidade para, ativamente, transformar instruções hipnóticas em monoteísmos plásticos: ambos podem criar respostas comportamentais, mas apenas a última pode resultar numa mudança experiencial” (Facco, 2022, p. 25).

Está bem estabelecido que a responsividade às sugestões hipnóticas varia de sujeito para sujeito e os pesquisadores tipicamente dividem os indivíduos em baixos,

médios ou altos, de acordo com o tipo de respostas a experiências de sugestão, com instrumentos padronizados (Yapko, 2012). Carvalho (2012) distingue o fato dos instrumentos utilizados medirem a responsividade às sugestões e não a capacidade para experimentar hipnose ou a profundidade de transe. O termo que deverá designar a responsividade às sugestões hipnóticas, bem como fazer a distinção de outros tipos de sugestibilidade não hipnótica não é consensual (Carvalho, 2012). Facco (2022), por exemplo, dá preferência a habilidade hipnótica em detrimento de hipnotizabilidade, enquanto que Carvalho (2012) utiliza sugestibilidade hipnótica.

Existem vários instrumentos criados para medir esta característica, sendo que os mais modernos são aplicáveis tanto a nível experimental, como clínico (Facco, 2022). Contudo, Acunzo et al. (2019) defendem a necessidade de novas escalas, não apenas focadas na sugestibilidade, mas incluindo dimensões comportamentais e experienciais.

Dado o foco da presente investigação ser clínico, o aspeto mais relevante a destacar será a relação entre o nível de sugestibilidade e o sucesso terapêutico. A meta-análise de Montgomery et al. (2011), sobre hipnoterapia aplicada a várias desordens (ansiedade, cefaleias, oncologia, etc.), verificou uma baixa correlação entre sugestibilidade hipnótica e os resultados obtidos. Importa incluir que, na meta-análise de Thompson et al. (2019), sobre hipnose e dor aguda, os sujeitos com nível de hipnotizabilidade média-alta responderam de forma marcada a sugestões diretas de analgesia, por oposição aos sujeitos de nível baixo de hipnotizabilidade. No entanto, este estudo referia-se a procedimentos cirúrgicos, com sugestões diretas. Assim, o aspeto mais relevante a reter, para a Psicologia, será o fato da baixa sugestibilidade não constituir um impedimento clínico para hipnoterapia, já que uma boa relação terapêutica e procedimentos específicos podem influenciar positivamente esta característica (Carvalho, 2012).

2.3. Contra-indicações/riscos

Yapko (2012) considera que os riscos inerentes à utilização de HC são semelhantes aos riscos em lidar com um grupo de pacientes vulneráveis e em sofrimento e que não existem evidências que hipnose cause psicose, precipite o suicídio, despoiete um episódio de pânico. Peebles (2018) defende que as características do estado hipnótico podem expor subitamente essas vulnerabilidades. Phillips et al. (2022) seguem esta linha de pensamento, alertando que a exploração do mundo interno de alguém implica que nunca se saiba, com certeza, o que poderá surgir, havendo a possibilidade do aparecimento de reações adversas, ou sinais de *distress*, relacionados com experiências traumáticas despoletados durante a experiência hipnótica.

Eimer (2012) nomeia grupos da população que requerem uma atenção especial e só deveriam fazer HC por clínicos competentes nessas áreas e em circunstâncias como uma forte aliança terapêutica ou um hospital: indivíduos marcadamente paranoides, psicoses ativas, esquizofrênicos, *borderline* severos, pessoas com condições médicas instáveis.

2.4. Hipnose e a relação terapêutica

Oliveira et al. (2015, p. 125) afirmam que “a Aliança Terapêutica (AT) tem sido apontada como importante sinalizador de resultados em psicoterapia”. Spiegel et al. (2019) enfatizam esta ideia ao considerarem como bem estabelecida a importância da relação terapêutica na influência dos resultados. Dessa forma importa abordar não apenas os aspectos mais técnicos da HA, mas também a componente relacional. O tema foi abordado na reunião anual da *American Society of Clinical Hypnosis* (ASCH), em formato de mesa redonda, composto por um painel de psicólogos, especialistas em hipnoterapia relacional, e resultou na publicação de um artigo científico, do qual, quer pela relevância, quer para evitar enviesamentos de informação, serão transcritas as principais ideias. Os especialistas foram escolhidos tendo em consideração o conhecimento académico e clínico que pudesse enriquecer a mesa redonda (Spiegel et al., 2019).

Para uma ideia da especificidade da AT em HC, alguns principais temas abordados, de acordo com Spiegel et al. (2019, p. 133):

- . a riqueza experiencial do processo de *attunement* hipnótico;
- . a influência bidirecional da relação, durante estado hipnóticos;
- . como aspetos de “ser” e de presença facilitam a ação terapêutica e desenvolvimento adaptativo de personalidade no paciente;
- . utilização hipnótica com o intuito de simbolizar uma relação experiencial implícita, partilhada durante a terapia;
- . a importância do acompanhar e do permanecer presente durante estados dolorosos do paciente e do papel destas posturas na cura;
- . o efeito da contratransferência na presença do terapeuta durante procedimentos hipnóticos;
- . a co-regulação de afeto na relação terapêutica e como hipnose serve para conter afetos desregulados.

O tema do *attunement* foi abordado concretamente:

Com ênfase na *utilização* e *pacing*, a hipnoterapia informada relacionalmente requer um seguimento, momento-a-momento, da experiência do paciente. Como isto é uma variação de *attunement* empático de terapia tradicional, um hipnoterapeuta *attuned* está, em última análise, a espelhar o seu, ou sua, paciente e a devolver uma versão positiva, reformulada, desta experiência, que pode ser inicialmente sentida (somática e afetivamente) e posteriormente internalizada e integrada, de forma permanente, na estrutura cognitiva de identidade do paciente (Baker, 2000 como citado em Spiegel et al., 2019, p.133; Wall, 2018, como citado em Spiegel et al., 2019, p.133). A vantagem que este tipo de hipnoterapia oferece em relação a formas mais tradicionais é a habilidade de canalizar aspetos experienciais do processo terapêutico para a construção de uma estrutura de desenvolvimento e de carácter (ex., regulação de afeto, desenvolvimento de limites, auto-definição, auto-diferenciação) (Baker, 2000, como citado em Spiegel et al. 2019, p.133) e o desenvolvimento de processos secundários de linguagem, tendo em vista o funcionamento reflexivo (Spiegel, 2016a, como citado em Spiegel et al., 2019, p.133).

2.5. Aplicações de Hipnose Clínica

As áreas de intervenção foram agrupadas de acordo com um domínio específico de aplicação, uma patologia, uma síndrome, uma condição de saúde ou um sintoma. Estes agrupamentos podem ser uma área concreta da Psicologia (ex. depressão), pode tipicamente envolver comorbilidades específicas da Psicologia (ex. ansiedade) ou a intervenção pressupor mudanças emocionais, comportamentais, ou sociais, portanto também inerentes à Psicologia (ex. obesidade ou desporto).

A pesquisa teve como foco prioritário artigos de revisão e meta-análises datados a partir de 2016. Foram incluídos outros artigos cuja relevância o parece justificar, quer pela qualidade, por serem inéditos no objeto de estudo ou por terem sido publicados após a revisão mais recente sobre o tema.

O objetivo principal foi elencar as conclusões científicas ou clinicamente relevantes sobre a utilização da hipnoterapia em cada agrupamento. Contudo, também foram incluídas algumas descrições sobre mecanismos de ação da hipnoterapia em algumas temáticas. Ao longo desta pesquisa a foi sendo encontrada uma grande quantidade de publicações com foco na integração de HC em abordagens com Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Desta forma, pela relevância deste modelo, também foram agrupadas investigações que abordam esta combinação terapêutica.

2.5.1. Terapia Cognitivo Comportamental e Hipnose Clínica

Ramondo et al. (2021) destacam duas linhas principais de investigação de HC: a comparação desta área com diversos grupos controlo, que permitem a obtenção de evidências indiretas de hipnose como um tratamento adjuvante; uma linha mais consistente, que visa a comparação de terapia comportamental ou cognitiva, com a mesma terapia, mas com a integração de HC (CBTH). Dessa forma, as diferenças presentes poderão ser atribuídas à HC, tendo sido essa a abordagem seguida por Kirsch et al. (1995) (Ramondo et al., 2021). De acordo com Ramondo et al. (2021), os resultados de Kirsch (1995) evidenciam a HC, não apenas como um tratamento adjuvante, mas também como

um catalisador da TCC, apontando, no entanto, que este estudo não foi capaz de concluir em que situações clínicas a eficácia da CBTH é superior à da TCC. Dessa forma, Ramondo et al. (2021) realizaram uma meta-análise, a 48 publicações e a 25 “follow-ups” com o objetivo de comparar a TCC com a CBTH. Os resultados do estudo apontam no sentido de a abordagem combinada conduzir a resultados mais eficazes e duradouros, com 66% dos participantes em pós-tratamento e 72% em *follow-up*, do grupo CBTH, por comparação com o grupo TCC (Ramondo, 2021). Mais concretamente, esta combinação aumenta a eficácia e a durabilidade da TCC na depressão e dor pós-interventiva, com maior evidência para o tratamento da obesidade e apresenta resultados prometedores na Anorexia Nervosa, na Depressão Major, em desordens do sistema imunitário, na SCI e no tabagismo.

2.5.2. Ansiedade

A revisão de Cowen (2016) considera a hipnoterapia como efetiva no tratamento de ansiedade, em situações como alopecia, asma, cancro da mama, gestão de cancro, tratamentos dentários, *distress* emocional, fobias, gravidez e procedimentos médicos.

A revisão sistemática de Trumm (2018), concluiu que não existem evidências suficientes que permitam apontar a utilização de hipnose como efetiva para o tratamento de desordens de ansiedade e, dessa forma, recomenda uma continuação de pesquisa com mais rigor metodológico. Assim, o autor considera que a hipnoterapia pode ter potencial, em termos de celeridade e de custo-benefício, como alternativa da terapia farmacológica, com destaque para as populações de crianças e de jovens adultos (Trumm, 2018). Uma revisão bastante mais antiga, também não encontrou evidências suficientes, bem como evidenciou a escassez de amostras e de qualidade metodológica (Coelho, 2007).

Por outro lado, a meta-análise de Valentine et al. (2019), aponta a hipnose como altamente efetiva no tratamento para a ansiedade. Os resultados desta investigação também indicam que a utilização de hipnose para ansiedade produz melhores resultados quando combinada com outras abordagens, como Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) ou *Biofeedback*, do que quando utilizada como único método (Valentine et al., 2019). Esta investigação acrescenta ainda que as intervenções analisadas aparentam um nível de eficácia semelhante ao da utilização de TCC, de Relaxamento Muscular

Progressivo, e de Psicoterapia Psicodinâmica e possivelmente mais eficazes do que *Mindfulness* (Valentine et al., 2019). Parte destes resultados vão no sentido dos resultados da revisão de Mendonza (2009) que indica que a hipnoterapia pode contribuir para a eficácia da TCC no tratamento de ansiedade.

2.5.3. Depressão

A investigação de Alladin et al. (2007) foi a primeira a comparar a utilização de Hipnose Clínica como adjuvante da TCC para a depressão, de Beck (uma terapia psicológica bem estabelecida para esta área), com a mesma terapia sem a integração de hipnoterapia. A hipnoterapia cognitiva, denominação dada a essa combinação, foi apontada como provavelmente eficaz, tendo em conta os critérios da APA (Alladin et al., 2007).

Yapko (2010) destaca duas formas fundamentais de ajuda a um paciente deprimido: ajudá-lo a desenvolver expectativas positivas de que é possível ocorrer uma mudança para melhor e a interrupção dos padrões negativos de pensamentos, sentimentos e comportamentos. Neste artigo o autor descreve vários pontos comuns entre a depressão e a hipnose, bem como elenca várias aplicações da hipnose no tratamento da depressão (Yapko, 2010). Dessas aplicações podem ser destacadas: a redução de sintomas; a ressignificação; o desenvolvimento de estratégias de associação e de desassociação, como a mudança de foco de emoções para pensamentos; permitir um maior distanciamento de sentimentos esmagadores, de forma a que estes possam ser enfrentados e resolvidos; o acesso a recursos pessoais e a criação de estratégias de *coping* (Yapko, 2010). Contudo, apesar dos resultados significativos obtidos na investigação da hipnoterapia como tratamento da depressão, estes ainda necessitariam de evoluir até que esta abordagem pudesse ser considerada pela APA como um tratamento bem estabelecido para a depressão (Aladin, 2012).

Gonzalez-Ramirez (2017) realizou uma investigação comparativa, em indivíduos com depressão moderada, entre grupos de controlo, com aplicação de terapia *Gestalt* e com aplicação de Hipnose Clínica. Os resultados indicam que o grupo de Hipnose Clínica obteve uma diferença estatística, em comparação com os outros e os autores

concluem que esta abordagem mostrou ser um tratamento eficaz para a depressão (Gonzalez-Ramirez, 2017).

O estudo de caso de Shakil (2020) investigou a combinação de TCC breve com hipnoterapia para o tratamento de depressão. O autor concluiu que a utilização de hipnose demonstrou ser uma forma de empoderamento especialmente relevante, se utilizada como adjunto de TCC.

De acordo com Bowen (2016), apesar das indicações sobre a eficácia da hipnoterapia no tratamento da depressão, esta abordagem apenas poderá ficar bem estabelecida nesta área após a obtenção de resultados como tratamento primário e não como adjuvante. Assim, na meta-análise de Miling et al. (2019) os resultados sugerem que a Hipnose Clínica é uma forma muito eficiente de reduzir os sintomas depressivos e são aproximadamente comparáveis aos obtidos em terapias como a TCC. Os autores colocam em consideração a variabilidade de formas em como esta abordagem pode ser integrada no tratamento de pacientes deprimidos (Miling et al., 2019). É de referir, que esta investigação teve como objetivo uma quantificação da eficácia da hipnoterapia por comparação com uma condição de controlo (Miling et al., 2019) e não por comparação direta com a TCC. Assim, o ensaio clínico randomizado cego e controlado de Fuhr et al. (2021) pretendeu determinar se a hipnoterapia não é inferior à TCC, considerada como a terapia psicológica de referência para estes quadros, através da redução sintomática, em casos de depressão de média a Depressão Major. Os autores concluem que esta investigação é a primeira a demonstrar a não inferioridade da hipnoterapia em relação à TCC em Depressão Major.

A investigação de Haupt et al. (2022) afirma ser a primeira a explorar a variância de respostas cerebrais entre a aplicação de TCC ou de hipnoterapia em pacientes com depressão, de leve a moderada. Dado ser a primeira investigação do género, os autores evidenciam o cuidado na proposta: as diferenças observadas devem-se ao fato de, durante a hipnose existir uma promoção de experiências emocionais, enquanto que na TCC o objetivo passa pela ativação comportamental e pela mudança de crenças negativas. A investigação conclui que Hipnose Clínica influencia o processamento emocional, que por sua vez, é moderado pela ruminação.

2.5.4. Stress

A revisão de literatura de Fisch et al., (2017) incidiu na utilização de hipnose para a redução de stress. A investigação demonstra a falta de estudos clínicos, bem como a falta de detalhe e utilização de técnicas heterogéneas como limitações evidentes (Fisch et al., 2017). No mesmo sentido, o foco terapêutico também não foi coerente, consistindo não apenas na redução de stress, mas também na investigação sobre o efeito das técnicas no sistema imunológico (Fisch et al., 2017). Os autores evidenciam que a hipnose poderá dotar os pacientes de recursos, tanto cognitivos, como comportamentais, facilitadores da gestão de stress, que ultrapassam as técnicas de relaxamento (Fisch et al., 2017). Por último, Fisch et al. (2017) sugerem futuras investigações que permitam a comparação de resultados entre a utilização de técnicas gerais de relaxamento e a utilização de sugestões e de técnicas específicas.

2.5.5. Perturbação de stress pós-traumático (PSPT)

Rotaru et al. (2016) realizaram uma meta-análise sobre a eficácia da hipnoterapia no alívio de sintomas de PSPT, com a conclusão de que os resultados são prometedores. Além disso, esta abordagem poderá ser considerada útil tanto como única abordagem, como abordagem integrada (Rotaru et al., 2016). Os autores consideram existir fortes evidências de uma ligação estreita entre estados de hipnose, trauma e experiências dissociativas (Rotaru et al., 2016). Dessa forma, uma das aplicações desta abordagem será ensinar os pacientes a automatizar e regular experiências dissociativas, de forma a que o comportamento baseado em uma dissociação problemática possa ser transformado em uma forma mais adaptativa (Rotaru et al., 2016).

A dissertação de doutoramento de Klissourov (2018), uma meta-análise, encontrou sustentação na efetividade da hipnoterapia para a intervenção em pacientes com PTSD. O autor analisa e descreve as características de personalidade que mais beneficiariam de terapia com hipnose (Klissourov, 2018). O estudo também concluiu que a combinação de hipnoterapia com TCC aumenta, em muito, a eficiência dos resultados (Klissourov, 2018).

2.5.6. Dor

A revisão de Mendoza et al. (2009) considera a utilização de hipnose para controlo de dor como eficaz, bem estabelecida e empiricamente validada.

A meta-análise de Teficow et al. (2013) analisou a aplicação de Hipnose Clínica em vários parâmetros relacionados com procedimentos cirúrgicos: *distress* emocional, dor, medicação, parâmetros fisiológicos, convalescença, tempo cirúrgico. Os resultados são definidos como efeitos de leve a moderados (Teficow et al., 2013).

Na revisão de Cowen (2016), de 28 artigos analisados, 27 apontam respostas benéficas da aplicação de Hipnose Clínica em várias áreas de dor (aguda, crónica, operatória) e o restante artigo obteve resultados inconclusivos. O autor sugere a possibilidade de, com o suporte de futuras investigações, a hipnoterapia poder ser incluída em seguros de saúde e em situações de acidentes de trabalho (Cowen, 2016).

A meta-análise de Thompson et al. (2018), a 85 ensaios experimentais controlados concluiu existirem evidências convincentes do efeito anestésico produzido com hipnoterapia, do qual resultou uma redução ótima de dor, em pacientes com nível alto de hipnotizabilidade. De acordo com os dados recolhidos, os autores consideram que esta abordagem permite um alívio doloroso substancial para a maioria da população (Thompson et al., 2018).

A revisão sistemática de Flynn (2018) teve como objetivo determinar a eficácia de hipnoterapia no tratamento de um tipo específico de cefaleia, a enxaqueca. Os resultados sustentam as conclusões de vários estudos anteriores e demonstram que esta opção terapêutica teve um impacto significativo na dor causada por enxaqueca (Flynn, 2018).

Milling et al. (2021) realizaram uma meta-análise compreensiva sobre estudos controlados, enquadrados em 20 anos de investigação sobre a utilização de hipnose para o alívio de dor. A conclusão dos autores é que este método é muito eficaz para o alívio de dor (Leonard et al., 2021). A eficácia da hipnose, em média, aparenta ser semelhante à eficácia de TCC, distração, *Biofeedback* e *Mindfulness*, no entanto, poderá ser ainda mais elevada em indivíduos com um nível elevado de sugestibilidade hipnótica (Milling

et al., 2021). Os efeitos da analgesia hipnótica foram verificados em todas as dimensões de dor (aguda, crónica, operatória, sensorial e afetiva) (Milling et al., 2021).

A revisão de McKittrick et al. (2021) sobre a aplicação de hipnoterapia para a dor neuropática relata uma baixa evidência devido à esquematização dos estudos. No entanto os autores classificam os resultados como encorajadores, tanto para o efeito analgésico, bem como para a restauração da funcionalidade. Por outro lado, dois estudos publicados posteriormente obtiveram resultados positivos. A revisão de Ruan et al. (2022) concluiu como benéfica a utilização de hipnose na dor crónica inferior de costas, não apenas com a etiologia clássica, mas incluindo gravidez, diabetes e neuropatia associada ao HIV. Os autores destacam a versatilidade da hipnose, que permite a combinação com outras abordagens, como TCC, psico-educação, terapia musical e estimulação olfativa (Ruan et al., 2022). Langlois et al. (2022) efetuaram uma revisão e uma meta-análise sobre hipnose, ou auto-hipnose, para a gestão de dor crónica musculoesquelética e neuropática. Os autores relatam uma evidência de efetividade para a gestão da intensidade de dor, bem como para a redução da interferência nas atividades diárias (Langlois et al., 2022). A investigação apresenta ainda o número de 8 sessões como a diferença entre efeitos reduzidos ou efeitos de moderados a elevados (Langlois et al., 2022).

2.5.7. Oncologia

No presente ano, foi publicada uma revisão sistemática a ensaios clínicos controlados sobre o efeito da utilização de hipnose, como terapia complementar, com foco na dor e na ansiedade em pacientes oncológicos (Sine, et al., 2022). Nos estudos avaliados, estas duas condições desceram significativamente, em comparação com os procedimentos habituais, do que resulta a conclusão que a utilização de Hipnose Clínica, para gestão de ansiedade e de dor em pacientes oncológicos, sugere resultados prometedores (Sine, et al., 2022).

Outra revisão da literatura aponta a consensualidade dos estudos revistas sobre a eficácia da hipnose na redução de vários sintomas em pacientes oncológicos, com destaque para dor, ansiedade, depressão, fadiga e insónias (Remondes-Costa, et al., 2021). Assim, esta revisão concluiu que os estudos revistos demonstram um impacto positivo da

utilizam desta abordagem como complemento de terapia oncológica (Remondes-Costa, et al., 2021). Ambos os estudos recomendam uma continuação da pesquisa (Remondes-Costa, et al., 2021; Sine et al., 2022).

A investigação de Bissonnette et al. (2022) consiste numa revisão sistemática sobre a utilização de hipnose e de música em cuidados paliativos, com foco na ansiedade, dor, sono e bem-estar. Os autores referem que, embora limitados pelo reduzido número de estudos incluídos, estes apontam para uma melhoria das áreas supracitadas e resultados prometedores em termos de viabilidade e aceitabilidade (Bissonnette et al., 2022). No entanto, os dados disponíveis são insuficientes para estabelecer comparações de eficácia entre intervenções e para avaliar o potencial benefício da combinação de hipnose com música (Bissonnette et al., 2022). Os autores destacam a importância de mais investigação em intervenções complementares com esta combinação de abordagens (Bissonnette et al., 2022).

2.5.8. Medicina Dentária

A investigação de Santos et al. (2019) efetuou uma revisão de literatura sobre a ação de hipnose no controlo de ansiedade e dor em pacientes pediátricos de Medicina Dentária. Os autores definem os resultados como prometedores e apontam que a utilização de hipnose poderá conduzir a um aumento de cooperação e a um decréscimo de resistência dos pacientes infantis (Santos et al., 2019). Como vantagens são elencadas, entre outras, as seguintes: o estabelecimento de uma relação terapêutica (Wood et al., 2007), que conduzirá a um maior estado de relaxamento durante a consulta (Santos, 2019); a possibilidade de modificar a perceção sobre estímulos visuais, auditivos, e olfativos, como instrumentos, sons, cheiros e de reduzir a ansiedade (Huet et al.; 2011). A revisão de Silva et al. (2022) afirma que a hipnoterapia é efetiva na gestão de dor em Medicina Dentária. Os autores apontam ainda outros usos: sedação, analgesia, anestesia e hemóstase.

2.5.9. Desporto

De acordo com Mendo et al. (2017) a hipnoterapia aplicada ao desporto apresenta resultados contraditórios, no entanto, de acordo com os estudos pesquisados, os autores elencam as áreas em que esta abordagem parece mostrar eficácia: basquetebol, futebol, críquet, levantamento de peso, na precisão de tiro, otimização de rendimento em natação de águas abertas, em algumas modalidades de atletismo.

Lars-Eric (2018) explica que a *Sport Hypnosis* é caracterizada pelos processos mentais derivados da combinação de auto-hipnose, hipnose de olhos abertos e hipnose clássica de olhos fechados. O autor destaca o estado de *sport hypnotic state*, em que o indivíduo atinge um estado de “hipnose em alerta”, um estado modificado de consciência, que permite uma melhoria de resultados, com uma redução de esforço (Lars-Eric, 2018). Para além deste estado, o atleta aprende a libertar sugestões pós-hipnóticas, com o objetivo de aumento de rendimento (Lars-Eric, 2018).

Li et al. (2022) afirmam a existência de grande evidência sobre a utilidade da hipnoterapia na prática desportiva, como o aumento de auto-confiança, o aumento de concentração, tanto no treino, como na competição, para a melhoria de habilidades e redução da fadiga. No entanto, a escassez de estudos, tanto empíricos, como experimentais não permitem a comprovação destes mecanismos (Li et al., 2022). Ainda assim, um estudo recente pode servir de exemplo da aplicabilidade desta abordagem no desporto. Pates (2021), conclui que uma abordagem baseada em hipnoterapia, com regressão, uma técnica de libertação de sugestões pós-hipnóticas e uma sistematização do comportamento anterior à tacada, pode ser uma forma efetiva de preparação de atletas profissionais de golf.

2.5.10. Dermatologia

De acordo com Shenefelt (2017), a hipnoterapia pode ser utilizada como abordagem psicoterapêutica complementar em dermatologia, para melhorar ou curar distúrbios desta área. O estudo reporta as seguintes situações em que a hipnoterapia pode ser benéfica: alopecia areata; dermatite atópica; eritrodermia ictiosiforme congénita;

eritromelalgia; furúnculos; neurodermatite; tricotilomania; urticária; prurido; verrugas; vitiligo; dermatite disidrótica; glossodinia; herpes simplex; líquen plano; neuralgia pós-herpética; dermatite numular; rosácea (Shenefelt, 2017). Blunsden (2011) descreve um caso de psicoterapia breve, com hipnose, para a redução de emoções negativas, exacerbadores de uma desordem dérmica crónica, o líquen escleroso.

Delaitre et al. (2020) explicam que a hipnoterapia pode ser utilizada em dermatologia de várias formas, entre as quais a redução de desconforto causado por comichão, alteração de hábitos como coçar, a promoção de cura de desordens dérmicas, a investigação e alívio de sintomas dérmicos de origem psicossomática e a ressignificação de padrões cognitivos e emocionais associados a desordens dérmicas. Sobre a dermatite atópica, Delaitre et al. (2020) afirmam que a hipnoterapia parece ser um tratamento efetivo.

Lopes et al. (2020) conclui que a hipnoterapia pode ser uma alternativa eficiente para o tratamento de prurido.

A revisão sistemática de Qureshi et al. (2019) sobre a aplicação de terapias psicológicas em casos de psoríase concluiu ser necessário uma maior investigação para avaliar os potenciais benefícios da hipnoterapia nesta patologia dérmica.

2.5.11. Síndrome Cólon Irritável (SCI)

De acordo com Hetterich (2020), a Organização Mundial de Gastroenterologia recomenda a hipnoterapia para pacientes com SCI refratária como substituição a terapia farmacológica.

A efetividade da hipnoterapia para o alívio dos sintomas gastrointestinais da SCI foi demonstrada (Krouwel, et al. 2021). De acordo com esta investigação, um maior número de sessões de GHD aumenta a eficácia da redução sintomática. Tanto abordagens com uma elevada frequência de sessões, como terapia de grupo são efetivas para a redução da sintomatologia gastro-intestinal da SCI.

De acordo com a revisão de Paine (2021), faltam evidências de nível de qualidade elevado sobre a eficácia, tanto da *Gut Directed Hypnosis (GDH)*, uma abordagem

específica de hipnoterapia para a SCI, como da TCC. Contudo, a eficácia de ambas as abordagens, parece estar bem estabelecida (Paine, 2021). O autor aponta a avaliabilidade reduzida como a maior limitação clínica destas duas opções (Paine, 2021). O estudo qualitativo de Pemberton et al. (2020), investigou a percepção dos profissionais, em relação à utilização da GDH. Os participantes relataram uma eficácia de aproximadamente 80%, associados a uma melhoria na área da ansiedade, na ativação do sistema nervoso, na redução da excitabilidade autónoma e da hipersensibilidade visceral, no impacto no eixo mente-cérebro e no desacelerar da mente consciente (Pemberton et al., 2020).

A revisão de Gillan (2021) indica que, para pacientes com sintomas moderados da SCI, a hipnoterapia de grupo, para adultos, e a hipnoterapia de auto-ajuda, para crianças, podem ser tratamentos efetivos. Os resultados desta abordagem foram relatados como não inferiores a uma abordagem individual e com durabilidade a longo-prazo (Gillan, 2021). Os dados não são suficientes para avaliar o impacto desta terapia de grupo em casos severos de SCI, mas em casos moderados o efeito custo-eficácia e a facilidade de acesso poderão ser vantajosos (Gillan, 2021).

O ensaio randomizado controlado de Hoekman et al. (2021) encontrou resultados semelhantes entre a eficácia de hipnoterapia e dos tratamentos médicos tradicionais para a SCI. Com base no alívio sintomático, ambas as opções parecem aplicáveis na prática clínica (Hoekman et al., 2021). Estes resultados contrariam a revisão de Palsson (2015), a artigos de evidência empírica, que indica que, para pelo menos metade dos pacientes que não obteve melhorias com os tratamentos médicos tradicionais, são esperadas melhorias com o tratamento com hipnoterapia.

Donnet et al. (2022) investigaram as expectativas e percepção dos pacientes em relação a uma abordagem terapêutica com Hipnose Clínica. De acordo com o estudo, a hipnoterapia tem, não apenas benefícios sintomatológicos consideráveis, mas também apresenta vantagens a nível de qualidade de vida, depressão e ansiedade (Donnet et al., 2022). Tanto a população médica, como o público geral apresenta uma visão cética em relação à hipnoterapia, mas os resultados não foram, necessariamente, influenciados por esta visão (Donnet et al., 2022). Os autores salientam a importância da inclusão da perspectiva do paciente, ao permitir conferir uma visão mais abrangente ao estudo, por oposição a estudos em que apenas são apresentados resultados de variações sintomáticas (Donnet et al., 2022). Dessa forma “(...) nem sempre o que os criadores dos ensaios

clínicos acham sobre as pretensões dos pacientes sobre o tratamento corresponde ao que realmente os pacientes pretendem” (Donnet et al., 2022, p. 10).

2.5.12. Tabagismo

A revisão sistemática de Barnes et al. (2019) analisou 14 estudos sobre a utilização de hipnoterapia para a cessação tabágica. Os autores concluem que não existem evidências sobre a eficácia desta abordagem em comparação com outras, nem com nenhuma intervenção (Barnes et al., 2019). Nos 5 estudos que avaliaram uma intervenção combinada foram encontradas diferenças estatisticamente significativas; contudo, em 4 desses estudos o risco de enviesamento é elevado (Barnes et al., 2019),

Lourmière et al. (2022) desconstroem a dependência psicológica do tabaco numa tríade: a componente emocional, correspondente a uma aparente sensação de prazer, de maior concentração, de utilidade para lidar com o stress, a componente comportamental ou ambiental, à qual a componente anterior está associada e a componente da pressão social. Os autores argumentam que a hipnoterapia pode atuar sobre estas 3 dimensões (nomeadamente no controlo da ânsia de fumar, no controlo da irritabilidade e no controlo da ansiedade), enquanto que, geralmente, apenas uma abordagem terapêutica é utilizada para a cessação tabágica, que apenas irá atuar sobre uma dessas dimensões (Lourmière et al., 2022). Neste estudo piloto, que visou a comparação da aplicação de *nicotine-replacement therapies* (NRT) com hipnoterapia, os resultados sugerem que a combinação destas duas abordagens pode ser uma solução viável para a redução da intensidade dos sintomas de cessação (Lourmière et al., 2022).

2.5.13. Obesidade

Uma meta-análise antiga (Kirsch, 1996), sobre perda de peso, comparou ensaios com utilização de TCC, com ensaios com utilização de TCC com integração de hipnoterapia; os resultados demonstram, de forma quantitativa, os efeitos elevados desta combinação.

A meta-análise de Milling et al. (2018) pretendeu avaliar a eficácia da hipnoterapia para a obesidade e adicionar ao trabalho de Kirsch (1996) os dados obtidos desde então. Os autores explicam que a hipnoterapia pode ser utilizada com base em sugestões diretas focadas em dados concretos como redução do apetite, alimentação saudável, exercício, sensação negativa ao comer em demasia (Milling et al., 2018). Outras formas de intervenção seriam a integração destas sugestões numa terapia com TCC ou a utilização do estado de hipnose como base para a terapia com TCC (Milling et al., 2018). Os autores concluem que a hipnoterapia parece ser um método muito efetivo para a perda de peso e que, se combinada com TCC, produz resultados superiores às intervenções individuais e evidenciam o ensino de auto-hipnose como essencial nesta abordagem combinada (Milling et al., 2018).

No entanto, e de forma surpreendente tendo em conta os estudos anteriores, duas revisões de 2021 apresentam outros resultados. A revisão narrativa de Pellegrini et al. (2021), teve como foco de investigação a utilização de estratégias de auto-ajuda, hipnoterapia e *Mindfulness*, para a obesidade. Ambas, quando inseridas em programas de controlo de peso, com ou sem outra abordagem psicológica, foram benéficas (Pellegrini et al., 2021). Contudo, a hipnoterapia e o *Mindfulness* não foram abordagens homogéneas e a maioria dos estudos era de curta duração e, portanto, os autores recomendam uma continuação da investigação (Pellegrini et al., 2021).

A revisão narrativa de Lua et al. (2021) investigou a aplicação de terapias alternativas e complementares para a perda de peso. Os autores incluem a hipnoterapia nas abordagens que apresentam alguns resultados prometedores, mas consideram não existirem dados suficientes sobre a eficácia desta opção para a perda de peso (Lua et al., 2021).

2.5.14. Esclerose Múltipla (EM)

A investigação de Clark (2015) consistiu, primeiro, numa revisão e análise de informação sobre o a aplicação de hipnoterapia em casos de esclerose múltipla, presente em pesquisa científica, livros, cursos e através de entrevistas a hipnoterapeutas com relatos de sucesso neste campo. Numa segunda fase, a autora criou um programa

específico, o *Multiple Sclerosis Hypnotherapy Program*, não existindo grupo de controlo para o estudo que se seguiu (Clark, 2015). Os resultados indicam que este programa pode reduzir os sintomas, tanto físicos, como psicológicos dos pacientes (Clark, 2015). A autora indica ainda que a eficácia da hipnoterapia para a EM implica dotar os pacientes de recursos de auto-gestão sintomática, sendo necessário, primeiro, uma auto-consciencialização e depois uma modificação dos padrões psicológicos comuns aos pacientes com EM (Clark, 2015).

A revisão narrativa sistemática de Maresca et al. (2022) a 14 de 121 publicações concluiu que a hipnoterapia é uma terapia psicológica adequada para a EM, para a gestão sintomática de stress, dor crónica, baixa qualidade de vida e um baixo bem-estar psicológico.

2.6. Estado da arte em Portugal sobre Hipnose Clínica

O estudo de Carvalho et al. (2007), teve como amostra uma população portuguesa, e utilizou o instrumento *Valencia scale of attitudes and beliefs towards hypnosis-client version*. Esta escala contém fatores, agrupados numa visão positiva e cooperante em relação à hipnose e em *misconception*, ideias enviesadas. O estudo concluiu que os participantes que já tinham uma experiência prévia de hipnose obtiveram resultados mais elevados no primeiro grupo de fatores, enquanto que os resultados dos outros participantes foram mais marcados no segundo grupo de fatores. Como reforço destes dados obtidos, um estudo espanhol, semelhante, Capfons et al. (2008), com uma amostra mais diversificada, alcançou resultados similares. O instrumento utilizado foi o mesmo e os participantes com experiência prévia de hipnose obtiveram resultados mais elevados nos fatores relacionados com atitude positiva e abertura em relação à hipnose (Capfons et al., 2008).

A versão portuguesa da “*Escala de Valencia de Actitudes e y Creencias Hacia la Hipnosis*” – EVACH – T foi aplicada em 495 profissionais de saúde portugueses (Carvalho et al., 2012). Esta escala é semelhante à referida nos dois estudos anteriores, mas é dirigida a profissionais de saúde, que neste caso foram: 223 (45,1%) psicólogos, 96 (19,4%) médicos, 135 (27,3%), enfermeiros e 41 (8,3%) foram classificados como

outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, técnicos de diagnóstico e terapeutas ocupacionais e de reabilitação). Globalmente, de acordo com os resultados do estudo, os participantes não revelaram recear a hipnose, não vêm HC como uma solução mágica e não a consideram não científica (Carvalho et al., 2012). No entanto, também demonstraram conhecimento enviesado sobre mecanismos de ação da hipnose e uma tendência para não aceitar a ideia desta abordagem ser um bom coadjuvante terapêutico (Carvalho et al., 2012). Especificamente em relação aos psicólogos, este grupo apresentou crenças mais positivas relativamente à hipnose e na possibilidade da utilização desta como coadjuvante terapêutico do que os outros grupos profissionais (Carvalho et al., 2012).

Por sua vez, os meios institucionais de ensino da hipnoterapia assumem uma crucial relevância para o domínio e a aplicação da técnica. Neste sentido, importou verificar as condições de possibilidade de aprendizagem de hipnose no contexto português atual, tanto a nível académico, como extra-académico. Assim, no âmbito desta dissertação, o autor procedeu à realização e ao levantamento sobre a eventual disponibilidade de unidades curriculares que abordem diretamente a hipnose nas instituições de ensino superior, que lecionam Psicologia, nacionais, públicas e privadas. Após a revisão das unidades curriculares destas instituições encontrou-se, nos conteúdos programáticos revistos, apenas um curso de Psicologia fazia referência à hipnose. Seria interessante, num estudo futuro, aprofundar este assunto e verificar que tipo de presença terá a hipnose nas disciplinas de História da Psicologia de cada universidade e faculdade.

Procedimento semelhante foi realizado para ofertas de formação profissional e pós-graduada. Foi encontrada a possibilidade de aprendizagem de Hipnose Clínica, na forma de pós-graduação académica, na Universidade Fernando Pessoa, para o ano 2020-2021.

No que diz respeito a formações de curta duração ou conferências no âmbito da hipnose, a partir de 2000 estas têm ocorrido regularmente, contando-se várias por ano, maioritariamente organizadas por instituições privadas.

Por outro lado, a oferta fornecida por instituições sem ligação académica, de acordo com o levantamento realizado pelo autor, aparenta ser substancialmente maior. Importa ainda, pela relevância internacional, mencionar a existência de dois Institutos Milton Erickson, um sediado em Lisboa e outro no Porto.

Também as associações profissionais deveriam desempenhar um importante contributo para a credibilização da HC. Assim, foram encontradas AHCP (Associação de Hipnose Clínica de Portugal), APHCH, (Associação Portuguesa de Hipnose Clínica e Hipnoanálise), Imaginal (Associação Portuguesa de Hipnose Clínica e Experimental), SPHT (Sociedade Portuguesa de Hipnose Terapêutica), Sociedade Portuguesa de Hipnose Clínica e Experimental. Destas, três estão intrinsecamente ligadas a instituições não académicas de ensino de hipnoterapia e duas poderão considerar-se mais próxima do ensino académico.

Ainda sobre as associações, cada entidade formadora está ligada a uma associação diferente. Assim, o que se verifica habitualmente após o término da formação, é que o aluno fica, praticamente de uma forma automática, inscrito como membro da associação que está ligada à entidade formadora. Não foi possível determinar com exatidão quais os pré-requisitos necessários para a inscrição nessas entidades de formação de HC, tendo-se apenas a certeza que uma delas exige que os alunos possuam um curso superior na área de saúde e outras duas não fazem esse tipo de seleção.

Outro fator a ter em conta é a divulgação. De acordo com o levantamento efetuado e com os resultados verificados com pesquisas com as palavras “hipnose”, “Portugal”, e “formação”, a força publicitária levada a cabo pelas instituições não académicas parece bastante superior àquela que os meios académicos agilizam. Em teoria, este será o meio mais utilizado por interessados, tanto pacientes como profissionais. Ora, sem uma divulgação forte, será menor probabilidade de os interessados terem acesso à oferta de determinados cursos validados academicamente ou ministrados por profissionais de saúde que utilizem a hipnoterapia devidamente creditados.

Importa também verificar a posição de entidades representativas das classes profissionais. Neste caso serão a OPP e o Colégio de Psiquiatria (CP). Foram encontrados dois pareceres, que abordam especificamente o assunto, um da OPP (2008), e outro do Colégio (CP) (2018), da Ordem dos Médicos. Será de destacar o seguinte:

“(…) a hipnose é uma das técnicas e ferramentas de intervenção das quais a Psicologia se pode socorrer (...) o sujeito permanece num estado alternativo (*sic*) de consciência, mas acordado e com controlo de si próprio (...) apenas deve ser realizada por profissionais com formação específica para tal.” (OPP, 2008, p.2)

De acordo com o CP: “a Hipnose Clínica, utilizada no contexto Médico, é uma forma de psicoterapia e em alguns casos, um método complementar de outros modelos de intervenção psicoterapêutica.” Não foram encontrados mais dados de relevo sobre o tema e assim este assunto será aprofundado no capítulo da discussão de resultados, articulando as múltiplas referências com o trabalho de investigação que sustenta o capítulo que se segue.

II. Estudo Empírico

1. Método

Esta investigação dá a conhecer o ponto de vista de um grupo de psicólogos portugueses no que concerne à sua experiência subjetiva de aplicação de Hipnose Clínica na sua prática profissional. Pretende-se, assim, aceder às suas perspetivas, opiniões, conhecimentos e vivências associadas à prática da Hipnose Clínica. Além disso, é fundamental compreender e descrever em que medida a Hipnose Clínica pode contribuir para a eficácia terapêutica, propiciando a compreensão em profundidade de um fenómeno que em Portugal ainda se reveste de pouco destaque e, aparente reduzida utilização, quer no âmbito científico, quer na prática clínica.

1.1. Grupo de Participantes

O grupo em estudo é constituído por 7 participantes, sendo composto por 3 elementos do sexo masculino e 4 elementos do sexo feminino, distribuídos num intervalo entre os 35 e os 61 anos de idade.

Na tabela 1, é apresentada a informação recolhida, por meio da administração do questionário sociodemográfico criado para o efeito (cf. Anexo A), que caracteriza os participantes nesta pesquisa.

Todos os participantes deste grupo são psicólogos, com o tempo de exercício da profissão a variar entre os 7 e os 38 anos. O tempo de utilização de Hipnose Clínica situa-se num intervalo entre os 5 e os 26 anos.

TABELA 1*Caracterização sociodemográfica do grupo de participantes (N = 7)*

	Sexo	Idade	Profissão	Habilitações literárias	Tempo de exercício da profissão	Tempo de utilização de HA
Sujeito 1	Masculino	35	Psicólogo	Licenciatura	12 anos	5 anos
Sujeito 2	Masculino	61	Psicólogo	Doutoramento	38 anos	26 anos
Sujeito 3	Feminino		Psicóloga	Licenciatura	12 anos	5 anos
Sujeito 4	Masculino	38	Psicólogo	Mestrado	14 anos	8 anos
Sujeito 8	Feminino	47	Psicólogo	Licenciatura	22 anos	6 anos
Sujeito 10	Feminino	57	Psicóloga	Mestrado	30 anos	25 anos
Sujeito 11	Feminino	45	Psicóloga	Mestrado	7 anos	5 anos

1.2. Instrumentos

Tendo em conta o objetivo de estudo, foram usados os seguintes instrumentos:

- Questionário Sociodemográfico (cf. Anexo A)
- Guião de entrevista semiestruturada com doze questões (cf. Anexo B)

Para a presente investigação, procedeu-se à utilização do consentimento informado fornecido pela Universidade Fernando Pessoa, que atende à proteção dos direitos dos participantes, no qual é assegurada a sua confidencialidade e anonimato, garantindo que todos os participantes tiveram conhecimento da investigação em causa, assim como das condições éticas que a suportam.

1.2.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico teve como propósito a recolha dos seguintes dados: sexo, idade, profissão, habilitações literárias, tempo de exercício da profissão, tempo de utilização de Hipnose Clínica como parte integrante da prática clínica.

1.2.2. Entrevista Semiestruturada

As entrevistas pautaram-se pelas seguintes linhas orientadoras: conceptualização de Hipnose e de Hipnose Clínica; métodos de utilização de Hipnose Clínica; critérios de utilização, vantagens e limitações de Hipnose Clínica; percepção sobre a visão do público geral e dos profissionais sobre a temática.

1.2.3. Guião de entrevista

O guião completo encontra-se no anexo B, e contempla as questões a aplicar aos participantes com efetiva atividade clínica nesta área, havendo possibilidade de, na ausência de experiência significativa, manter a presença do participante no estudo, contribuindo com as suas respostas a parte das questões.

As questões que constituíram o guião são as que se seguem:

1. Na sua opinião, como definiria Hipnose? E como definiria a área de intervenção, habitualmente designada, como Hipnose Clínica (HC)?

2. Utiliza HC na sua prática regular? A HC, já fez ou faz parte, da sua intervenção, enquanto terapeuta?
 - 2.1. Seria possível falar sobre o seu percurso no domínio da HC? Como começou, como se desenvolveu...?

- 2.2. Especializou-se em alguma abordagem específica de Hipnose Clínica?
- 2.3. Tendo em conta a sua prática psicoterapêutica, de que forma integra a HP na sua intervenção clínica? (especificar se necessário: que peso tem esta linha de intervenção na sua prática regular?)
3. Seria possível explorarmos o tema dos critérios necessários para considerar a HC como resposta terapêutica adequada? (se necessário especificar áreas de aplicação, escolha de casos exemplificativos)
4. O que lhe sugere o tema do nível de hipnotizabilidade do cliente? (se necessário especificar).
5. Na sua opinião, que vantagens e que limitações podem ser associadas à HC?
6. No que diz respeito à Hipnose Clínica, qual é a sua opinião sobre o estado da arte em Portugal? (tanto em termos de formações, como de utilização em contexto clínico?).
7. Tendo em conta a sua experiência qual é a sua perspetiva sobre a opinião da generalidade dos terapeutas que conhece, acerca da HC?
(Como se sente quando a Hipnose Clínica é abordada em conversa? Se adequado)
8. Quando considera o público nacional, em geral, qual é a sua opinião sobre a forma como a Hipnose Clínica é vista / percebida / entendida? (Especificar...O que poderá explicar esta visão?)
9. Numa perspetiva temporal, qual acha que tem sido a evolução destas opiniões (terapeutas e público em geral) nos últimos anos?
10. Se lhe fosse oferecida uma oportunidade de formação neste domínio, seria algo atrativo para si?

11. No que respeita à prática de Hipnose Clínica, e face ao atual estado da arte em Portugal, qual seria o caminho que gostaria de ver implementado no futuro? (mudanças, complementos, sugestões...).

12. De que forma sumaria ou resumiria, o que pensa acerca da Hipnose Clínica?

1.3. Procedimento

1.3.1. Recolha de informação

Após submissão e aprovação pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa teve lugar o início de convite/recrutamento dos participantes recorrendo aos métodos descritos em seguida.

Foi efetuada uma pesquisa sobre as várias associações de Hipnose Clínica encontradas em Portugal: LCCH Portugal (<https://www.lcchportugal.com/>); Associação de Hipnose Clínica de Portugal (<https://www.ahcp.pt/>); Instituto Português de Hipnose (<https://www.institutoportugueshipnose.com/>); Associação Portuguesa de Hipnose Clínica e Hipnoanálise (<https://www.aphch.pt/>); Instituto Milton Erickson de Portugal - zona norte (<https://www.erickson-foundation.org/connections/name/instituto-milton-h-erickson-de-portugal-zona-norte/>); Instituto Milton Erickson - Lisboa (<https://www.ericksonlisboa.pt/>). Foi enviado um e-mail para estas associações, com a apresentação do investigador e uma descrição sumária do estudo: objetivos gerais e específicos, critérios de inclusão dos participantes, menção de que as entrevistas serão realizadas online e confidencialmente. Foi pedido a cada associação que divulgue, reencaminhando o e-mail junto dos seus membros, que caso aceitem colaborar, poderão contactar o investigador através de um e-mail dirigido a um endereço eletrónico exclusivamente criado para o contexto da investigação, que será eliminado após a conclusão da mesma.

Também foram contactados, por e-mail (idêntico ao supra descrito), autores portugueses de publicações científicas sobre Hipnose Clínica, bem como psicólogos ou psiquiatras, com ou sem experiência e/ou formação em Hipnose Clínica, com os quais o

investigador tem contato (e onde estará o participante “zero”) e a partir do qual foi aplicado o método de bola de neve.

Após a expressão da vontade dos terapeutas contatados para participarem na investigação, foi enviado o protocolo desta pesquisa (objetivos e metodologia) e garantindo o esclarecimento de qualquer dúvida. Mantido o interesse na participação no estudo, foi disponibilizada, em suporte digital, a Declaração de Consentimento da Universidade Fernando Pessoa (Anexo D) para preencher e comunicado que deverá ser retornada devidamente preenchido pelo mesmo meio, antes do início da entrevista.

A referida Declaração assegura que todos os participantes tiveram conhecimento do estudo e confere autorização para prosseguir.

As entrevistas foram realizadas online (em sala de conversação), em plataforma escolhida pelos participantes.

Foram assegurados o respeito pelo participante, o anonimato, a confidencialidade, a proteção de dados, e foi esclarecido que a qualquer momento poderiam desistir da participação na investigação.

Sugeriu-se a adoção de um nome fictício, ou *nickname*, durante a entrevista, de forma a reforçar a salvaguarda das suas identidades e, conseqüentemente, minimizar a sua perceção de qualquer vulnerabilidade associada à partilha de informação. Em nenhum momento foi solicitado qualquer dado (nome, instituição de formação) que permita a identificação do participante.

Concluída a recolha da informação, procedeu-se ao tratamento da mesma a partir, num primeiro momento da análise global dos discursos recolhidos e em seguida do conteúdo. Apenas os investigadores envolvidos no projeto tiveram acesso à informação recolhida, não constando quaisquer dados que permitam identificar os participantes. Após a finalização da investigação, toda a informação recolhida foi destruída.

1.3.2. Metodologia de análise da recolha de informação

1.3.2.1. O método qualitativo

Uma abordagem quantitativa da investigação em ciências sociais pretende uma generalização dos dados obtidos, para outras populações, idealmente replicável por outros estudos (Rodrigues, 2011). Por outro lado, uma vertente qualitativa busca a compreensão máxima de uma realidade, fenómeno social, com a consequente criação de teorias inovadoras (Rodrigues, 2011) e procura responder às questões que enfatizam a forma como a experiência social é criada e percebida (Martins, 2012).

Como afirma Rodrigues (2011), o método qualitativo pretende “absorver ao máximo os valores, crenças e processos do facto social em análise, de maneira a dotar o investigador da visão do mundo através da perspectiva dos atores que visa estudar” (p.172). Para atingir este propósito, a análise de dados é o foco central do processo, conduzindo a uma classificação e interpretação de informação para criar afirmações sobre o que está representado no material recolhido, em que o propósito final é, frequentemente, obter uma generalização dessas mesmas afirmações (Flick, 2014).

É claro que a objetividade de uma pesquisa quantitativa permite uma menor distorção analítica e de interpretação de resultados. Assim, instrumentos de avaliação de percepção sobre hipnose permitem obter uma noção mais robusta sobre a percepção que o público-alvo terá relativamente à hipnose, contemplando alguns conceitos, como abertura, curiosidade, receio, ou outros fatores. No entanto, a pesquisa qualitativa permite descrever a complexidade de certos fenómenos. Neste caso particular, não se trata apenas da complexidade do fenómeno *hipnose*, mas também da forma como é experienciada, aplicada e regulamentada.

Especificamente sobre metodologia na pesquisa sobre hipnose (Neubern, 2009) afirma que:

Em termos gerais, é possível salientar que os procedimentos metodológicos estatísticos e experimentais distanciam-se do contexto relacional em que os processos hipnóticos emergem, para se centrar apenas nas respostas isoladas dos indivíduos. A resposta emitida numa determinada

situação torna-se mais importante que o contexto, que os processos relacionais com os pesquisadores, que o tipo de vínculo que desenvolvem, as possíveis expectativas dos sujeitos, suas emoções quanto a tal processo e, enfim, tudo o que possa constituir a subjetivação presente na hipnose. Em suma, para tais perspectivas, o contexto precisa ser controlado ou purificado ao invés de compreendido e assumido, já que não é concebido como condição para o acontecer do processo hipnótico em toda sua complexidade. (p.202)

Sem a desvalorização, de forma alguma, das qualidades inerentes a uma investigação quantitativa, uma metodologia qualitativa, de acordo com tudo o exposto, a metodologia qualitativa estará perfeitamente enquadrada para explorar as experiências, subjetivas, de profissionais de saúde acerca de um fenómeno, complexo e subjetivo, neste caso, hipnose e Hipnose Clínica.

1.3.2.2. *Grounded Theory* ou Teoria Sustentada nos Dados (TSA)

As teorias podem ser desenvolvidas tanto através do raciocínio indutivo, bem como do dedutivo, ou então podem advir de uma combinação dos dois, como é exemplo a Teoria Sustentada nos Dados (TSA) (Cassiani, 1996).

A TSA, desenvolvida por Barney Glaser e Anselm Strauss, no início da década de sessenta (Dantas, 2009) parte para o objeto de estudo sem uma teoria a ser testada (Pinto, 2012). Retira dos participantes conteúdo relevante, permitindo a interligação de construtos teóricos (Dantas, 2009). Ou seja, os dados recolhidos são transformados em estruturas teóricas, categorias, que permitem uma estruturação e interpretação dos eventos (Felizola, 2012). Assim, a teoria tem como base estes dados e não um corpo teórico existente e a análise qualitativa desses dados, conjugada com outras teorias, tem o intuito de acrescentar novas perspectivas à visão de um certo fenómeno (Cassiani, 1996).

O processo indutivo parte da recolha dos dados iniciais, que após codificados, vão permitir uma dedução, para tanto gerar mais dados, como para a formação de uma teoria (Cassiani, 1996). A codificação dos dados iniciais implica a identificação de um padrão, que permita a obtenção de uma afirmação generalizada (Thornberg e Charmaz, 2014). Convém referir que Thornberg e Charmaz (2014) optam pelo termo abdução em vez de

dedução, argumentando que os “(...) ‘melhores’ códigos teóricos são criados (ou construídos) como ferramentas analíticas para se relacionarem entre elas para serem integradas numa TSD” (p. 161). Em todo o caso, através das várias formas de recolha de dados, a informação é acumulada, comparada, codificada, o sentido da mesma é retirado e são obtidas conclusões. (Pinto, 2012). Neste sentido, a teoria não é o que irá ser avaliado, mas a conclusão da análise comparativa dos dados (Pinto, 2012).

Após a recolha de dados, através da comparação dos mesmos, são criados códigos analíticos categorizados (Felizola, 2012). De acordo com o autor, esta codificação passa por três etapas: a codificação aberta ou inicial, codificação axial e codificação seletiva/teórica (Felizola, 2012). Este processo de codificação permite a redução de dados, essencial para a obtenção de uma teoria (Dantas, 2009) e a obtenção de categorias (Cassiani, 1996). O passo seguinte é a formulação teórica, resultante, tanto de um processo dedutivo obtido sobre uma estrutura indutiva, como da conjugação com teorias externas (Felizola, 2012).

No presente estudo, como garantia de uma maior variabilidade de dimensões, a amostra incluiu participantes de diversas idades, psicólogos, titulares de cargos académicos, prática pública e privada e com formação de hipnose em diferentes escolas.

Os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas, foram examinados linha por linha, e as unidades de análise foram recortadas. Dessa forma, cada unidade de análise foi nomeada com uma palavra ou frase, exprimindo o significado desta para a investigação, passo correspondente à codificação aberta. Como verificado, de acordo com Cassiani (1996), nesta fase estão presentes categorias construídas pelo investigador e categorias correspondentes à linguagem da pesquisa.

Os procedimentos seguintes consistiram num processo indutivo de redução, obtendo-se categorias de segunda ordem e de primeira ordem, correspondentes respetivamente, aos processos de codificação axial e seletiva. Este processo passou, sobretudo por uma rotulagem de informação, de forma a sintetizar e organizar os dados.

A fase final do procedimento consistiu na construção do discurso de grupo, que neste caso corresponde ao corpo de sustentação da análise e discussão de resultados.

2. Apresentação dos resultados

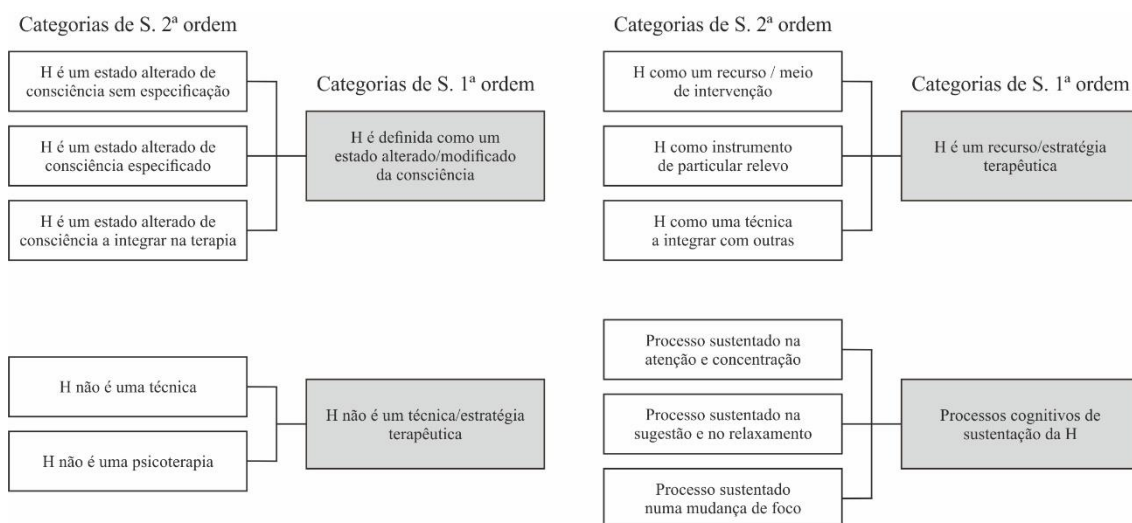
2.1. Resultados das entrevistas semiestruturadas

Os resultados que se seguem são fruto do processo de categorização axial a que foram submetidas as respostas obtidas a cada questão da entrevista semiestruturada. O processo inicia-se com a seleção das unidades discursivas, agregadas sequencialmente em categorias de segunda ordem e de primeira ordem (ou finais).

Na descrição dos resultados que se segue, recorreu-se à apresentação esquemática das categorias encontradas, dado o elevado número de unidades discursivas e a diversidade de categorias de 2ª ordem que emergiram da primeira análise dos dados. No anexo E encontram-se as tabelas que sustentaram os esquemas, onde pode ser consultada a totalidade dos conteúdos selecionados e respetiva categorização.

2.1.1. Resultados obtidos na questão 1a: “Na sua opinião, como definiria Hipnose (H)?”

FIGURA 1 - QUESTÃO 1.A: NA SUA OPINIÃO, COMO DEFINIRIA HIPNOSE (H)?

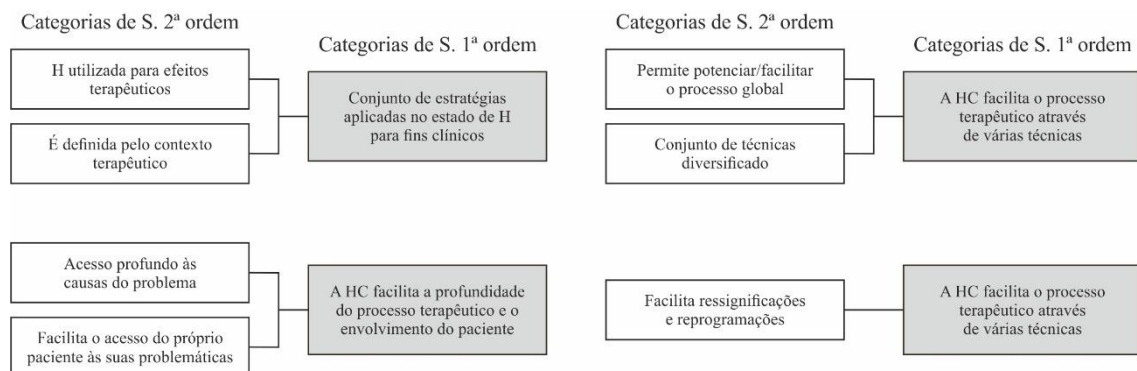


Nesta questão pretendeu-se averiguar o significado do conceito de hipnose para

cada entrevistado. Da análise das unidades discursivas emergiram quatro categorias de primeira ordem. A primeira categoria é praticamente consensual: **a hipnose é definida como um estado alterado/modificado da consciência**. A segunda e terceira categorias finais refletem entendimentos opostos quanto ao tema da pergunta: **hipnose é um recurso/estratégia terapêutica; hipnose não é uma técnica/estratégia terapêutica**. Já a categoria **processos cognitivos de sustentação da hipnose** surge a partir de três categorias de segunda ordem - processos sustentados numa mudança de foco, processos de sugestão e relaxamento, processos de atenção e concentração.

2.1.2. Resultados obtidos na questão 1b: “Como definiria a área de intervenção habitualmente designada como Hipnose Clínica (HC)?”

FIGURA 2 - QUESTÃO 1. B: COMO DEFINIRIA A ÁREA DE INTERVENÇÃO HABITUALMENTE DESIGNADA COMO HIPNOSE CLÍNICA (HC)?



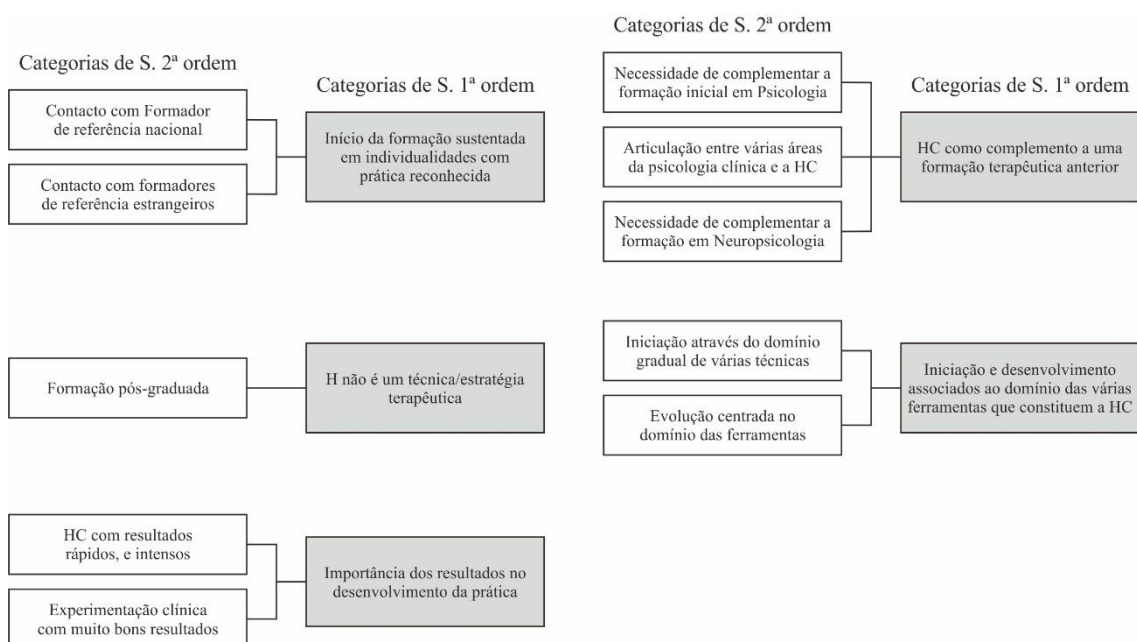
Na segunda parte da primeira questão, referente ao conceito mais específico de Hipnose Clínica, obtiveram-se quatro categorias de primeira ordem, podendo-se destacar a categoria final **conjunto de estratégias aplicadas no estado de hipnose para fins clínicos**. As restantes categorias espelham a presença no discurso dos participantes do reconhecimento da Hipnose Clínica associada a um aumento de eficácia do processo terapêutico.

Essa eficácia reflete-se na relação terapêutica (**a HC facilita a profundidade do processo terapêutico e o envolvimento do paciente**), na versatilidade de procedimentos

(a **HC facilita o processo terapêutico através de várias técnicas**) e nos resultados pretendidos (a **Hipnose Clínica facilita ressignificações**).

2.1.3. Resultados obtidos na questão 2.1.: “Seria possível falar sobre o seu percurso no domínio da HC? Como começou, como se desenvolveu...?”

FIGURA 3 - QUESTÃO 2.1.: SERIA POSSÍVEL FALAR SOBRE O SEU PERCURSO NO DOMÍNIO DA HC?

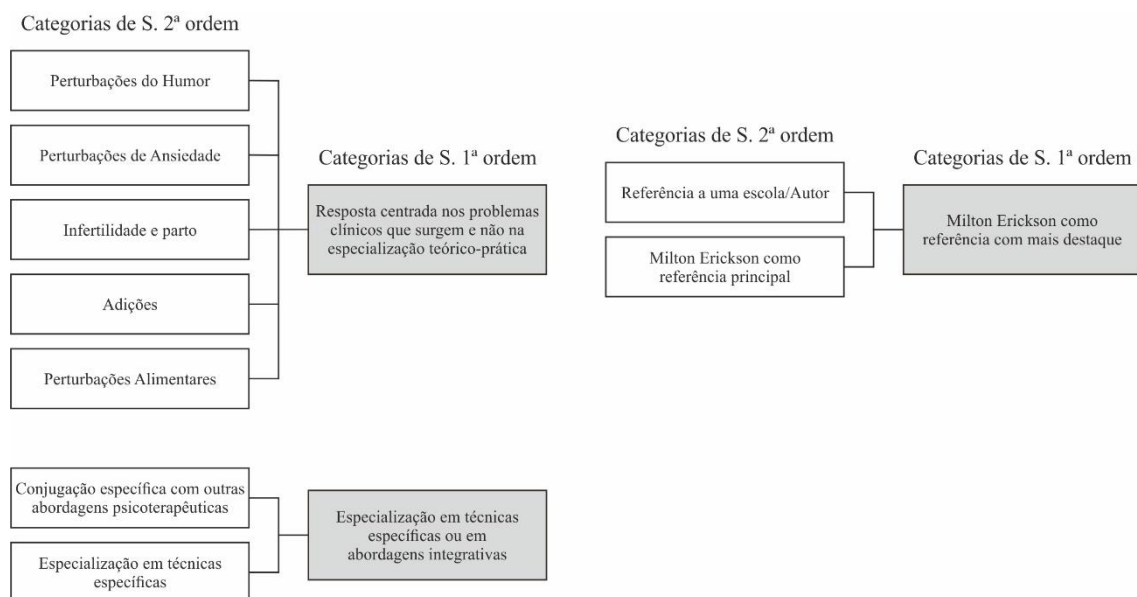


Esta questão teve como intuito explorar a forma como os entrevistados contactaram com a HC e como desenvolveram esse percurso. A análise de dados permitiu a criação de cinco categorias de primeira ordem. Três destas estão relacionadas com a área formativa: **início da formação sustentada em individualidades com prática reconhecida; HC como complemento a uma formação terapêutica anterior; formação pós-graduada.** Podem ser referidos como exemplos de unidades de análise desta última categoria: “inicie o meu percurso da hipnose com a parte da formação, fiz aquelas duas formações e depois... com a pós-graduação.” (S.8); “enquanto psicólogos não há uma resposta imediata em relação a empregabilidade... uma pós-graduação em Hipnose Clínica foi um explorar...” (S.1). Neste caso verifica-se que a possibilidade de uma maior oferta de emprego foi o fator motivacional para a aprendizagem de HC.

As duas últimas categorias de primeira ordem que emergiram da hierarquização sequencial dos discursos foram a **iniciação e desenvolvimento associados ao domínio das várias ferramentas que constituem a HC e importância dos resultados no desenvolvimento da prática**. Neste caso verifica-se uma situação de um participante que já tinha um contacto reduzido com HC, a nível de formação e que decidiu “utilizar uma ferramenta... e a experiência com aquele paciente foi incrível.” (S.4)

2.1.4. Resultados obtidos na questão 2.2.: “Especializou-se em alguma abordagem específica de Hipnose Clínica?”

FIGURA 4 - QUESTÃO 2.2.: ESPECIALIZOU-SE EM ALGUMA ABORDAGEM ESPECÍFICA DE HIPNOSE CLÍNICA?



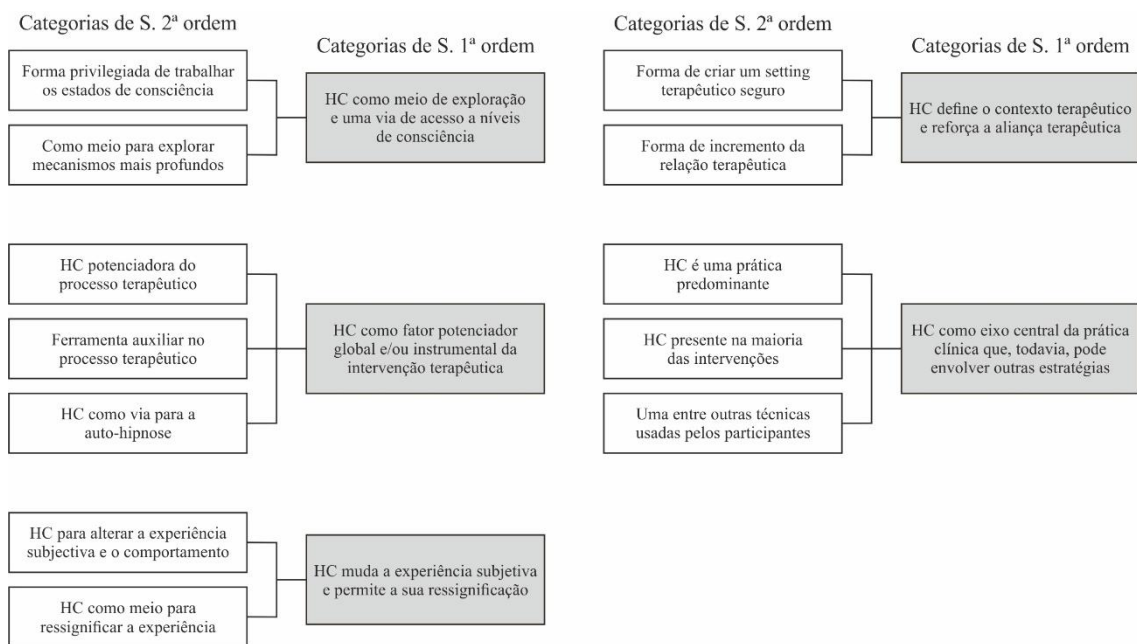
Nesta questão, relacionada com a especialização dos participantes dentro do campo da HC, emergiram da análise dos discursos dos participantes quatro categorias de primeira ordem. A primeira categoria - **resposta centrada nos problemas clínicos que surgem e não na especialização teórico-prática** - surge das categorias de segunda ordem correspondentes a problemas da prática clínica para os quais os entrevistados utilizam a HC: Perturbações do Humor; Perturbações de Ansiedade; infertilidade e parto; Adições; Perturbações Alimentares.

A categoria **Milton Erickson como referência com mais destaque** evidencia na voz de vários participantes o relevo da abordagem preconizada pelo autor norte-

americano. A restante categoria - **especialização em técnicas específicas ou em abordagens integrativas** - reflete uma dimensão eclética de articulação com outros domínios psicoterapêuticos, e ao mesmo tempo uma especificidade técnica reconhecida pelos participantes.

2.1.5. Resultados obtidos na questão 2.3.: “Tendo em conta a sua prática psicoterapêutica, de que forma integra a HP na sua intervenção clínica? (especificar se necessário: que peso tem esta linha de intervenção na sua prática regular?)”

FIGURA 5 - QUESTÃO 2.3. TENDO EM CONTA A SUA PRÁTICA PSICOTERAPÊUTICA, DE QUE FORMA INTEGRA A HP NA SUA INTERVENÇÃO CLÍNICA?



O objetivo desta questão foi a compreensão da forma como a HC é integrada na prática psicológica dos entrevistados e a análise qualitativa dos discursos permitiu evidenciar a emergência de cinco categorias de primeira ordem.

Duas das categorias de primeira ordem referem-se a processos mais subjetivos de mudança terapêutica - **HC muda a experiência subjetiva e permite a sua ressignificação** e **HC como meio de exploração e uma via de acesso a níveis de consciência**. São exemplos de unidades de análise que contribuíram para estas categorias, respetivamente: “através da hipnose (...), regular os seus estados emocionais para manter

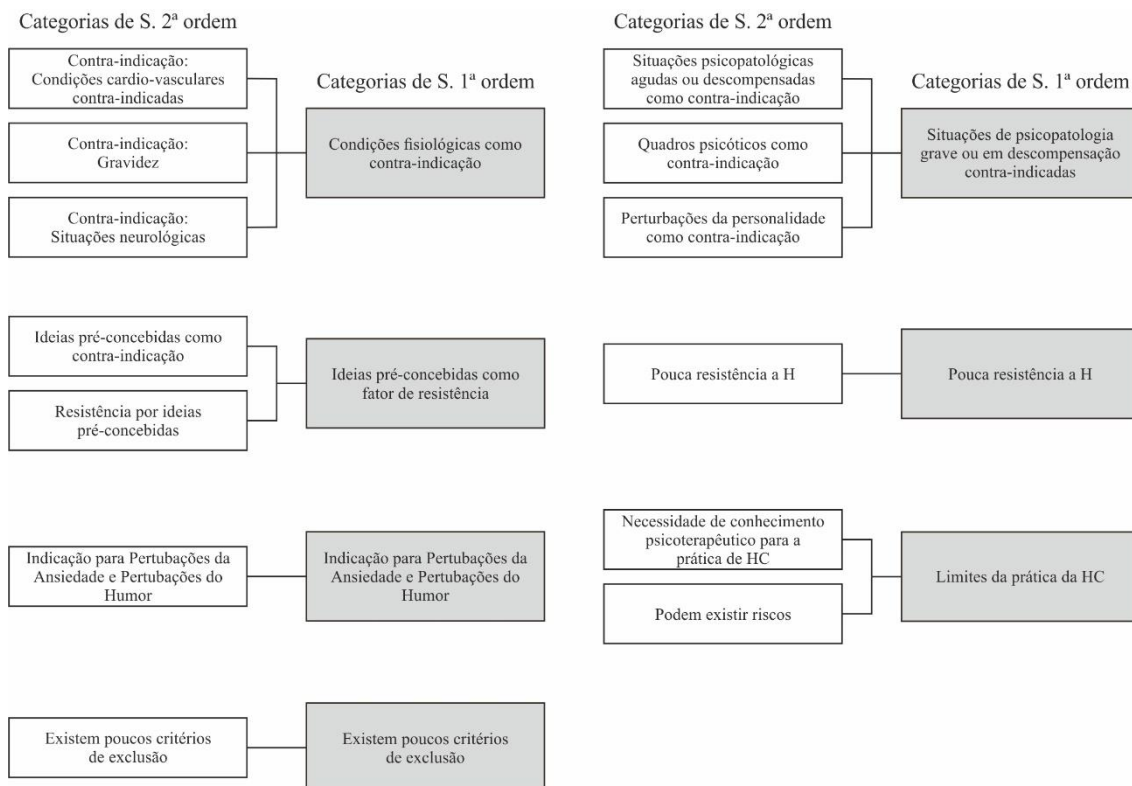
uma atitude mais positiva e assertiva em situações de adversidade” (S. 8); “apelamos ao inconsciente e tentamos perceber quais são as idades em que existem bloqueios”(S.1).

Paralelamente surge a categoria final que apresenta a **HC como eixo central da prática clínica, que todavia, pode envolver outras estratégias**. Como exemplos de unidades de análise que contribuíram para esta categoria podem ser elencados os seguintes: “estamos a falar de cerca de 75%...Tem um peso grande” (S.4); “sempre que possível e aplicável utilizo a hipnose” (S.8).

As restantes categorias de primeira ordem que resultam da hierarquização sequencial dos discursos recolhidos apresentam a **HC como fator potenciador global e/ou instrumental da intervenção terapêutica** (as categorias de segunda ordem que lhe deram origem sublinham que a HC é utilizada para potenciar o processo terapêutico, como meio auxiliar do mesmo e ainda para ensinar auto-hipnose aos clientes) e, acrescentam que a **HC define o contexto terapêutico e reforça a aliança**.

2.1.6. Resultados obtidos na questão 3.: “Seria possível explorarmos o tema dos critérios necessários para considerar a HC como resposta terapêutica adequada? (se necessário especificar áreas de aplicação, escolha de casos exemplificativos).”

FIGURA 6 - QUESTÃO 3: SERIA POSSÍVEL EXPLORARMOS O TEMA DOS CRITÉRIOS NECESSÁRIOS PARA CONSIDERAR A HC COMO RESPOSTA TERAPÊUTICA ADEQUADA?



Com a questão três pretendeu-se aceder às vozes dos participantes no que concerne aos critérios subjacentes à escolha da HC como possibilidade terapêutica e a informação recolhida permitiu a emergência de sete categorias de primeira ordem. De uma forma geral a ideia relatada foi que **existem poucos critérios de exclusão**.

A categoria de primeira ordem **limites da prática da HC** foi construída com base em duas categoriais de segunda ordem ou intermédias e evidencia a sobreposição dos conceitos de contra-indicações e de limites da prática desta intervenção. Apesar desta sobreposição, a riqueza das unidades discursivas que sustentaram a categorização sequencial justificam a sua remissão para maior detalhe na discussão de resultados.

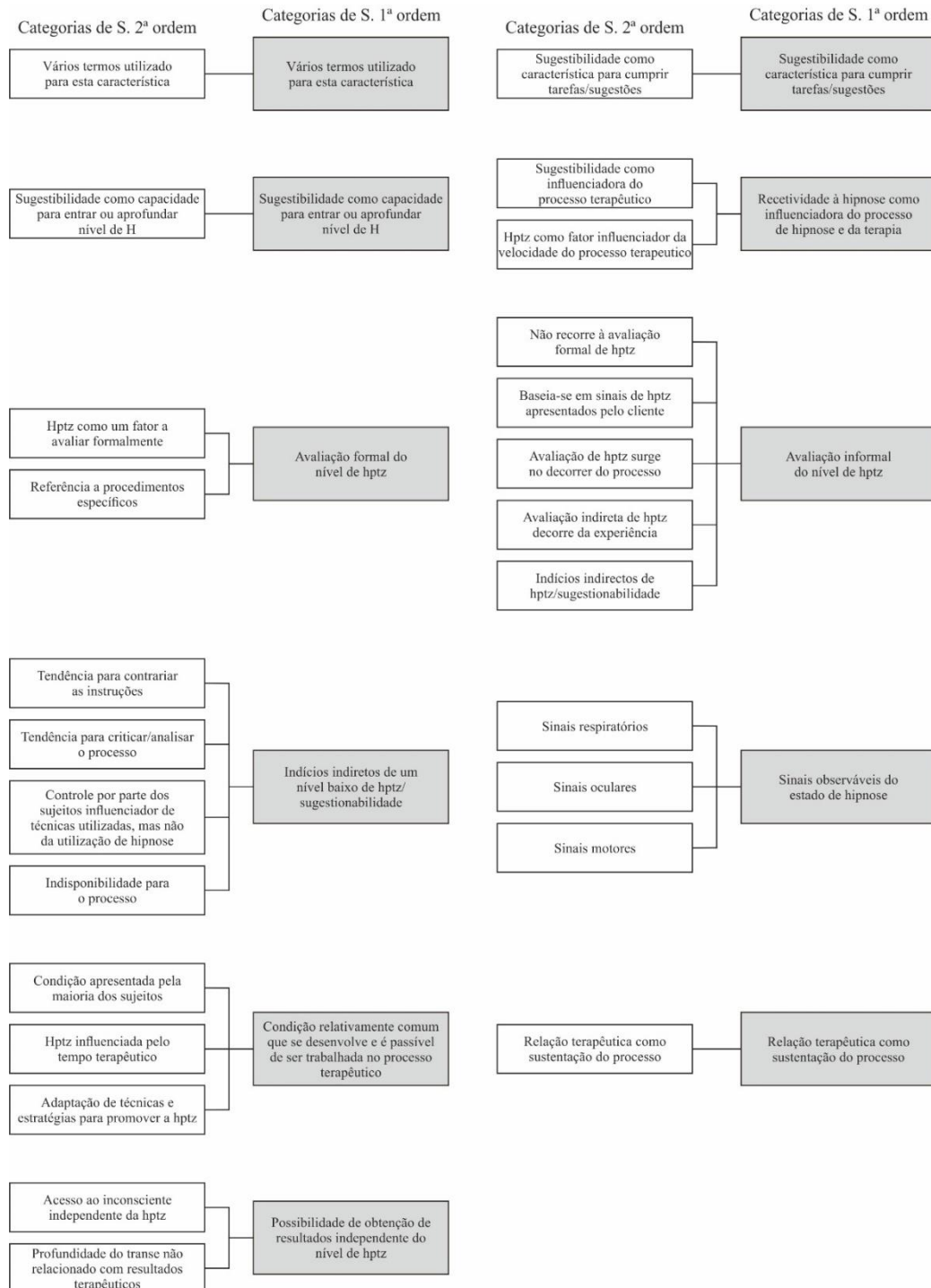
Três categorias de primeira ordem que se evidenciaram dos discursos recolhidos estão relacionadas com condições que podem, de acordo com os sujeitos, constituir-se como contra-indicações para a utilização de HC: **condições fisiológicas como contra-indicação; situações de psicopatologia grave ou em descompensação contra-**

indicadas. Algumas das unidades de análise utilizadas para criar esta última categoria foram: “se tivermos uma pessoa com esquizofrenia (...)” (S.3) “doença bipolar” (S.10) “(...) situações, condições mais dissociadas” (S.10).

Ainda sobre possíveis contra-indicações pode observar-se a categoria de primeira ordem: **ideias pré-concebidas como fator de resistência** sendo que a categoria pouca resistência a H apresenta algumas ideias potencialmente contrárias à anterior, algo que será explorado posteriormente. Além de situações a evitar, também foram referidas casos de indicação: **indicação para Perturbações de Ansiedade e Perturbações do Humor.**

2.1.7. Resultados obtidos na questão 4: “O que lhe sugere o tema do nível de hipnotizabilidade (Hptz) do cliente?”

FIGURA 7 - QUESTÃO 4: O QUE LHE SUGERE O TEMA DO NÍVEL DE HIPNOTIZABILIDADE (HPTZ) DO CLIENTE?



Apesar de a presente questão apenas estar relacionada com uma palavra, emergiram onze categorias de primeira ordem relativamente à mesma. A categoria de primeira ordem - **vários termos utilizados para esta característica** – é demonstrativa da deriva terminológica encontrada, sendo exemplos: “hipnosensibilidade” (S.1); “sugestibilidade” (S.2).

Para além da diversidade terminológica acabada de referir, também encontramos nos discursos recolhidos múltiplas significações para um mesmo conceito como se verifica em duas das categorias de primeira ordem ou centrais (**sugestibilidade como característica para cumprir tarefas/sugestões e sugestibilidade como capacidade para entrar ou aprofundar nível de H**).

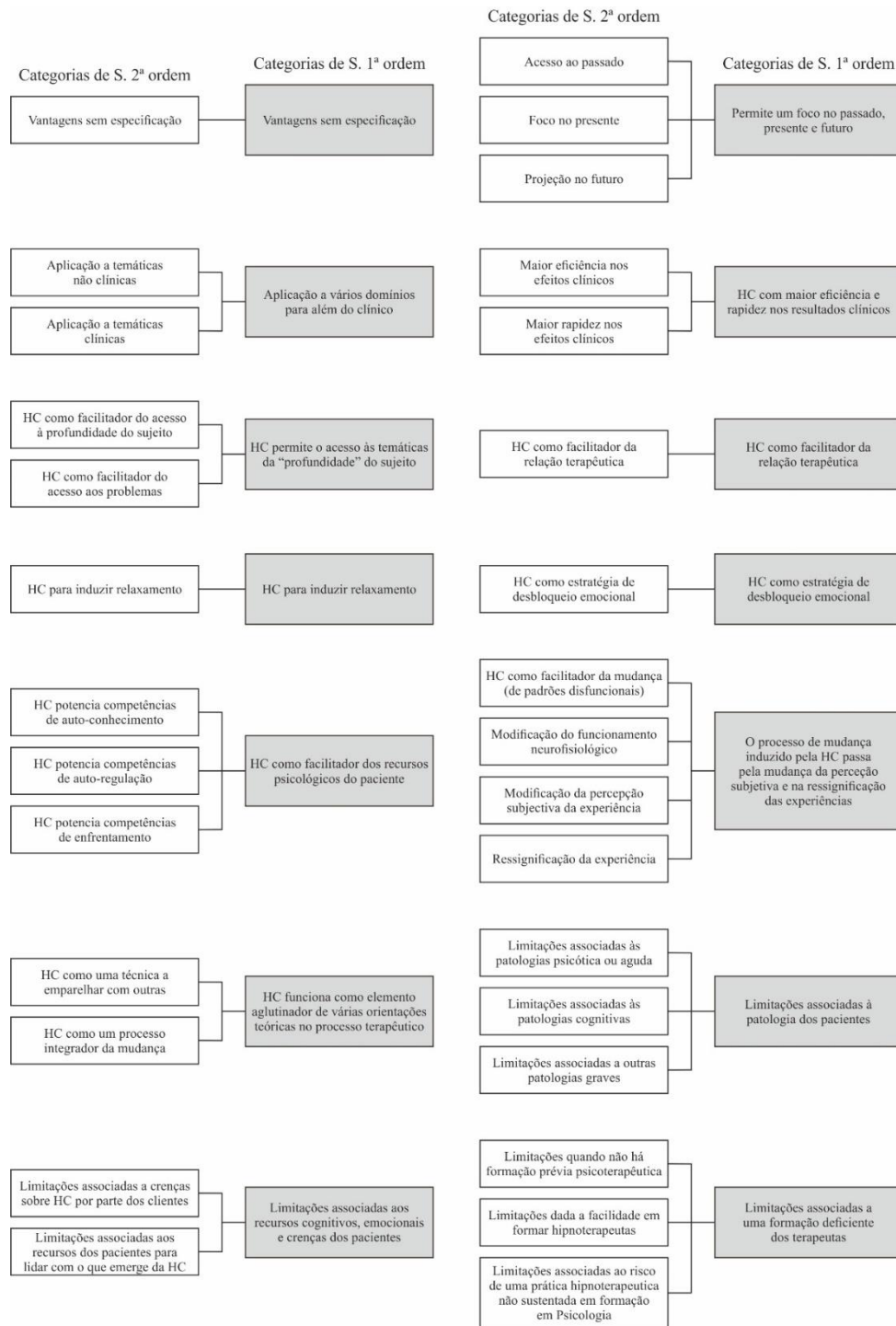
Outra das categorias de primeira ordem sumariza a **recetividade à hipnose como influenciadora do processo de hipnose e da terapia**. Esta categoria derivou das seguintes categorias de segunda ordem: sugestibilidade como recetividade ao processo de hipnose; sugestibilidade como influenciadora do processo terapêutico; hipnotizabilidade como fator influenciador da velocidade do processo terapêutico. Apesar desta relação hipnotizabilidade/hipnose existirá a **possibilidade de obtenção de resultados independente do nível de hipnotizabilidade**, tendo como exemplo uma das unidades de análise que conduziram a esta categoria: “a verdade é que não é necessário transes profundos para haver mudanças significativas no cérebro (S11)”.

Na voz dos participantes quando responderam a esta questão verifica-se que surgiram, na forma de categorias finais, distintas formas de avaliação desta característica: **avaliação formal do nível de hipnotizabilidade e avaliação informal do nível de hipnotizabilidade**), através de **indícios indiretos de um nível baixo de hipnotizabilidade/sugestionabilidade**, bem como de **sinais observáveis do estado de hipnose**.

Finalmente, as unidades discursivas recolhidas e categorizadas evidenciaram o reconhecimento por parte dos participantes de que a hipnotizabilidade é uma **condição relativamente comum que se desenvolve e é passível de ser trabalhada no processo terapêutico** e re-emerge a dimensão da **relação terapêutica como sustentação do processo (de hipnotizabilidade)**

2.1.8. Resultados obtidos na questão 5: “Na sua opinião, que vantagens e que limitações podem ser associadas à HC?”

FIGURA 8 - QUESTÃO 5. VANTAGENS E LIMITAÇÕES ASSOCIADAS À HC?



A análise das respostas a esta questão permitiu sistematizar onze categorias de primeira ordem, correspondentes a vantagens relacionadas com a HC. A HC é descrita pela voz dos participantes como eclética (**aplicação a vários domínios para além do clínico**) e versátil (**permite um foco no passado, presente e futuro**).

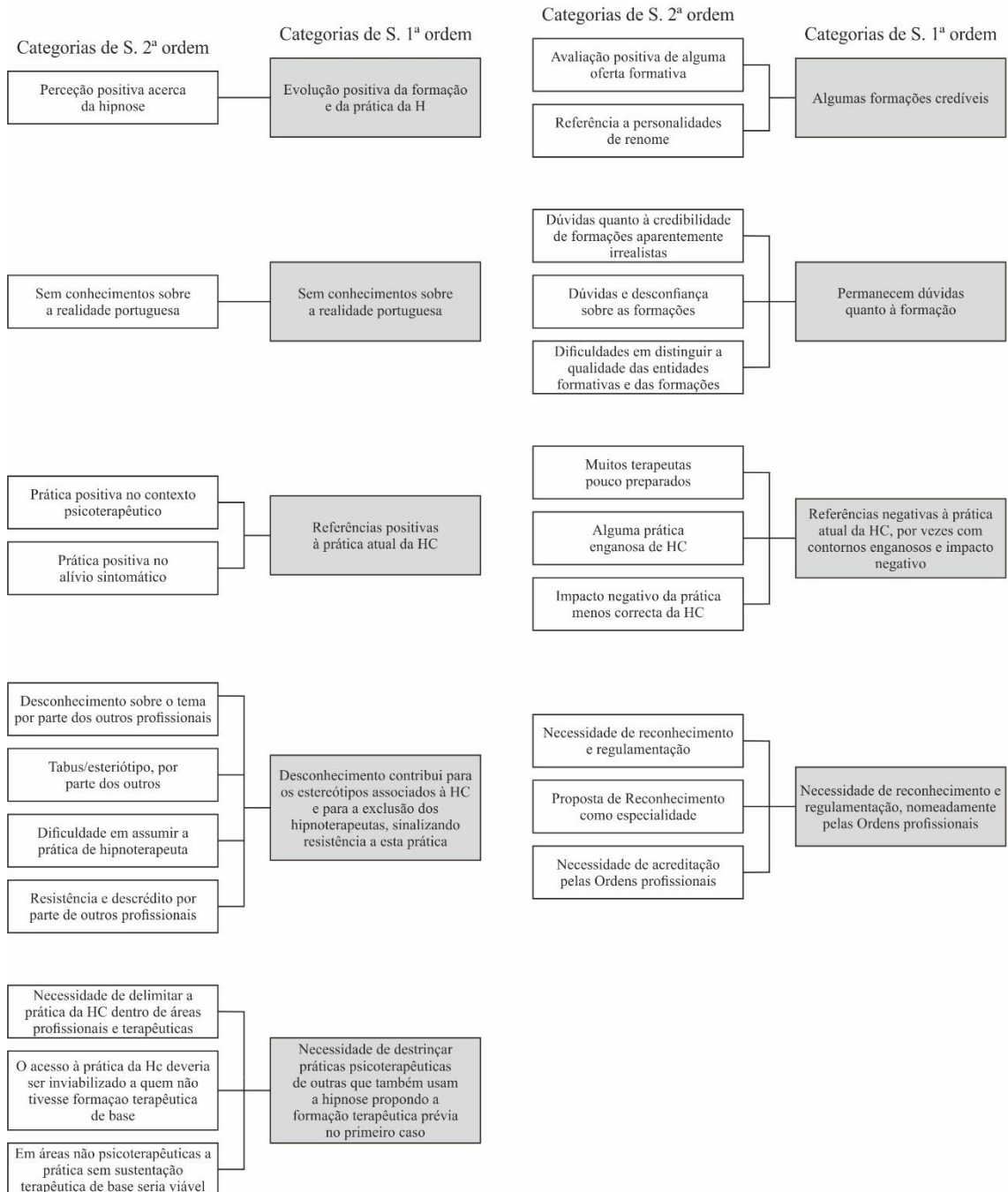
Evidenciou-se uma dimensão facilitadora do processo de mudança individual em três das categorias de primeira ordem ou finais (**HC permite o acesso às temáticas da “profundidade” do sujeito; HC como estratégia de desbloqueio emocional; HC como facilitador dos recursos psicológicos do paciente**) a par de uma dimensão promotora da eficácia do processo terapêutico em outras três (**HC como facilitador da relação terapêutica; HC com maior eficiência e rapidez nos resultados clínicos; HC funciona como elemento aglutinador de várias orientações teóricas no processo terapêutico**).

Os participantes sublinharam a utilização da **HC para induzir relaxamento**, que todavia pode ir além desta especificidade (**o processo de mudança induzido pela HC passa pela mudança da perceção subjetiva e pela ressignificação das experiências**).

Relativamente às limitações da HC obtiveram-se três categorias de primeira ordem a partir da análise categórica sequencial: **limitações associadas à patologia dos pacientes** (associadas a esta categoria destacam-se as categorias de segunda ordem: limitações associadas às patologias psicóticas ou agudas; limitações associadas às patologias cognitivas); **limitações associadas aos recursos cognitivos, emocionais e crenças dos pacientes**; **limitações associadas a uma deficiente formação dos terapeutas**.

2.1.9. Resultados obtidos na questão 6.: “No que diz respeito à Hipnose Clínica, qual é a sua opinião sobre o estado da arte em Portugal? (tanto em termos de formações, como de utilização em contexto clínico?).”

FIGURA 9 - QUESTÃO 6. O ESTADO DA ARTE EM PORTUGAL.



Nesta questão, foram reunidas 9 categorias de primeira ordem, sendo a primeira a **evolução positiva da formação e da prática da HC**. As restantes foram agrupadas para melhor compreensão.

Assim, sobre a oferta formativa surgem três categorias de primeira ordem: **algumas formações credíveis; sem conhecimentos sobre a realidade portuguesa; permanecem dúvidas quanto à formação**.

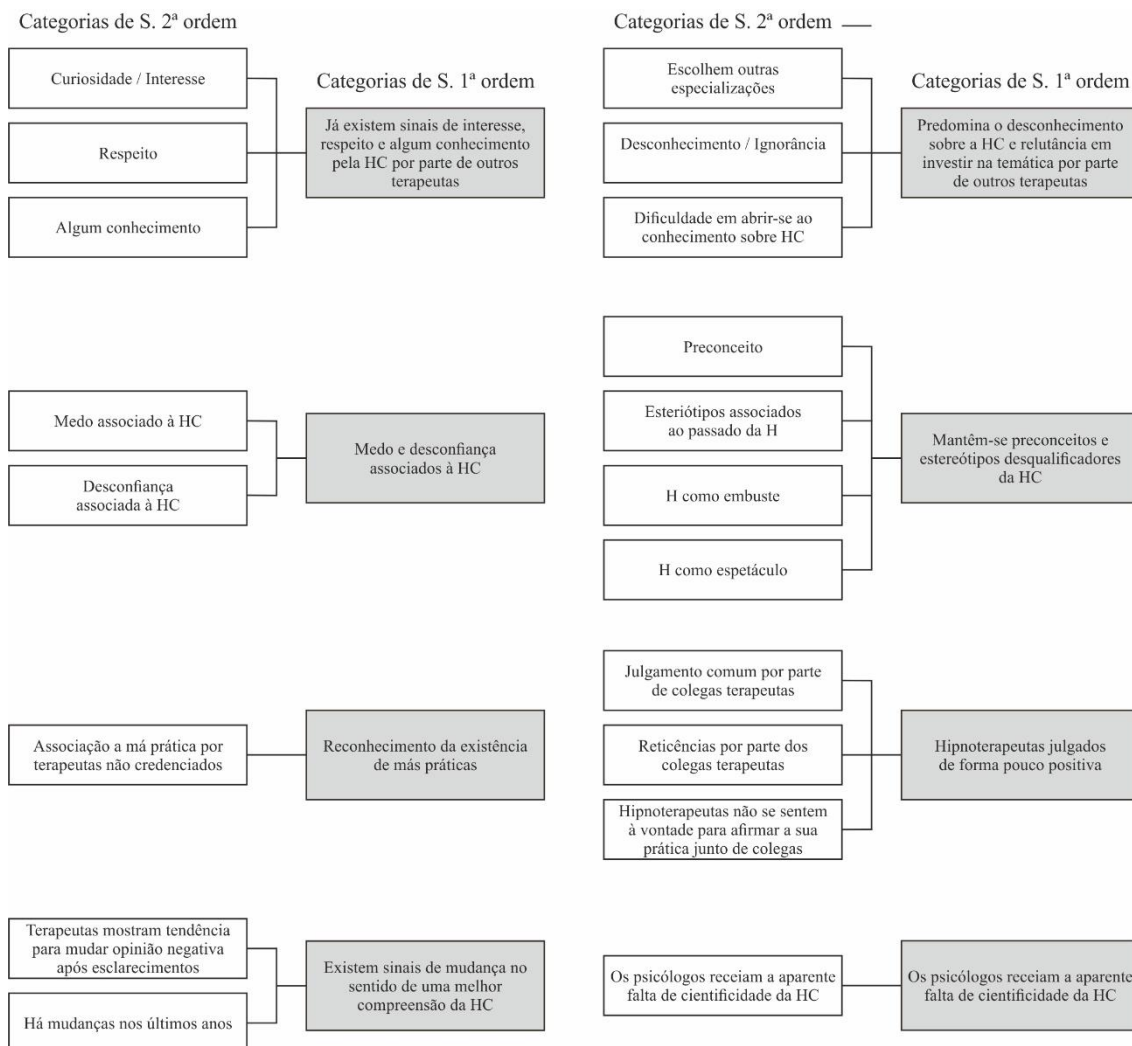
No que concerne a prática efetiva verificam-se duas categorias, com ideias contrárias: **referências positivas à prática atual da HC; referências negativas à prática atual da HC, por vezes com contornos enganosos e impacto negativo**.

Relativamente ao pensamento dos outros, o **desconhecimento contribui para os estereótipos associados à HC e para a exclusão dos hipnoterapeutas, sinalizando resistência a esta prática**.

Por fim, foram sugeridas propostas/recomendações: **necessidade de reconhecimento e regulamentação, nomeadamente pelas Ordens profissionais; necessidade de destrinçar práticas psicoterapêuticas de outras que também usam a hipnose propondo a formação terapêutica prévia no primeiro caso**.

2.1.10. Resultados obtidos na questão 7.: “Tendo em conta a sua experiência qual é a sua perspectiva sobre a opinião da generalidade dos terapeutas que conhece, acerca da HC? (Como se sente quando a Hipnose Clínica é abordada em conversa? Se adequado).”

FIGURA 10 - QUESTÃO 7. OPINIÃO DOS TERAPEUTAS.



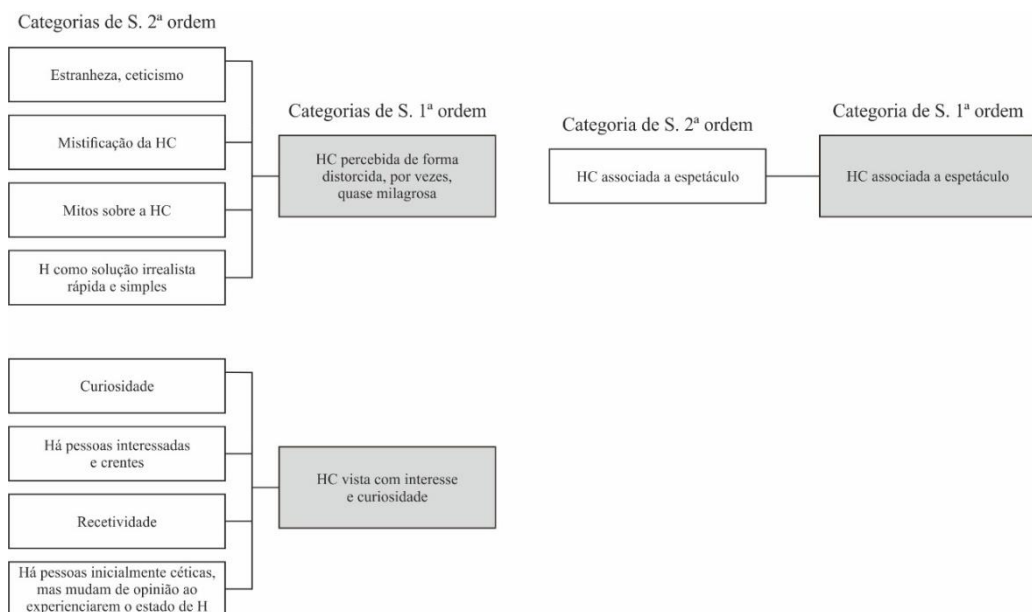
A questão sete pretendeu obter a perspectiva dos sujeitos sobre a perceção que os colegas de profissão terão sobre o tema de HC, tendo sido reunidas oito categorias de primeira ordem após a categorização das unidades discursivas selecionadas. Observa-se que apenas duas categorias de primeira ordem transparecem uma perceção positiva: **já existem sinais de interesse, respeito e algum conhecimento pela HC por parte de**

outros terapeutas; existem sinais de mudança no sentido de uma melhor compreensão da HC.

Espelhando uma perspectiva menos positiva observam-se as categorias **hipnoterapeutas julgados de forma pouco positiva; medo e desconfiança associados à HC; mantêm-se preconceitos e estereótipos desqualificadores da HC; os psicólogos receiam a aparente falta de cientificidade da HC.** Sobre esta última, são exemplos de unidades de análise: “nós, enquanto... estudamos Psicologia, sempre nos inculiram a ideia da evidencia científica, a ideia daquilo que são critérios científicos, o que é que é clínico” (S.4) e “enquanto psicólogos, eu acho que somos um bocado programados, tem que ser assim” (S.11). Esta visão menos positiva poderá contribuir para as categorias de primeira ordem restantes: **predomina o desconhecimento sobre a HC e relutância em investir na temática por parte de outros terapeutas e reconhecimento da existência de más práticas.**

2.1.11. Resultados obtidos na questão 8.: “Quando considera o público nacional, em geral, qual é a sua opinião sobre a forma como a Hipnose Clínica é vista / percebida / entendida? (Especificar...O que poderá explicar esta visão?)”

FIGURA 11 - QUESTÃO 8. OPINIÃO DO PÚBLICO NACIONAL.



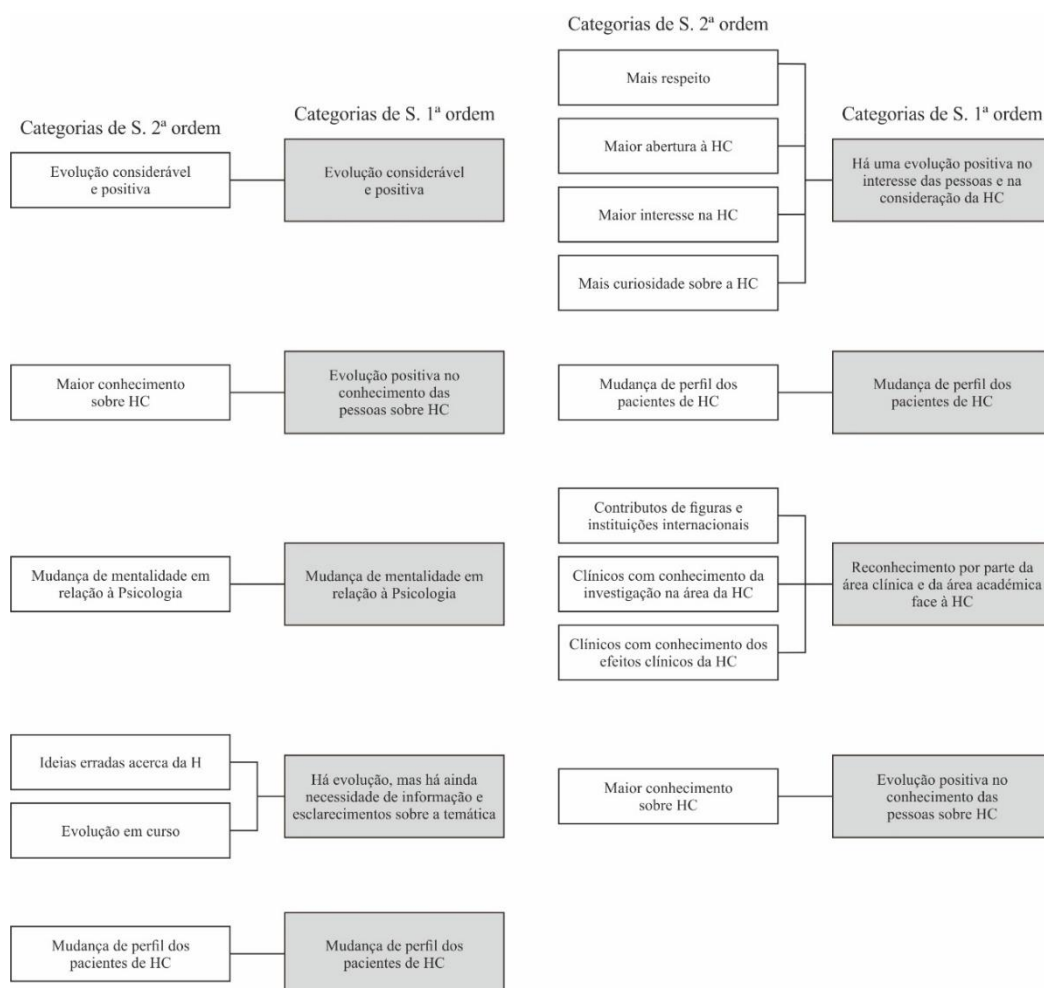
Na questão oito, o objetivo era semelhante ao da questão anterior, mas neste caso pretendeu-se compreender a opinião dos participantes sobre a visão que o público, em geral, terá sobre HC. Das respostas recolhidas e categorizadas foram obtidas três categorias de primeira ordem, duas delas com uma conotação menos positiva: **HC percebida de forma distorcida, por vezes, quase milagrosa** (são exemplos unidades de análise associadas a esta categoria: “pensa-se que a pessoa vai a uma única sessão de hipnose e resolve lá, metade da vida dela” (S.2); “(...) que a hipnose resolve tudo” (S.1)); **HC associada a espetáculo**.

A categoria positiva obtida foi: **HC vista com interesse e curiosidade**, tendo como exemplos de unidades de análise base: “Sim, por isso, há uma maior receptividade em relação ao público em geral (S.11)” e “é incrível a curiosidade que algumas pessoas têm acerca do assunto.” (S.10).

2.1.12. Resultados obtidos na questão 9.: “Numa perspetiva temporal, qual acha que tem sido a evolução destas opiniões (terapeutas e público em geral) nos últimos anos?”

A questão nove segue a linha de pensamento das duas anteriores. Neste caso, pretendeu-se averiguar se os sujeitos consideram, ou não, ter havido uma alteração da forma como os colegas de profissão e o público em geral veem atualmente a HC, em comparação com a visão do passado.

FIGURA 12 - QUESTÃO 9. A EVOLUÇÃO DAS OPINIÕES.

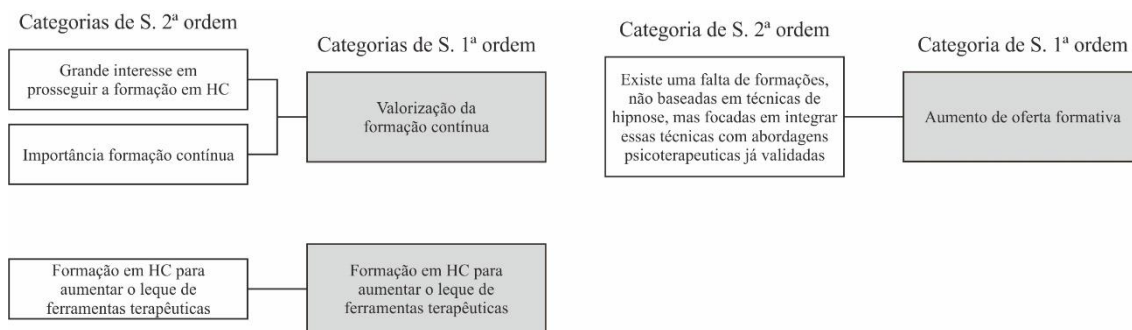


A partir desta questão foram obtidas 9 categorias de primeira ordem. De uma forma geral, como denota a primeira categoria, o discurso dos sujeitos sinaliza que se assiste a uma **evolução considerável e positiva**. No entanto, esta alteração será mais marcada no público em geral do que na comunidade profissional, sendo que todos os sujeitos contribuíram para a segunda categoria de primeira ordem que regista que **há uma evolução positiva no interesse das pessoas e na consideração da HC**. Esta aparente evolução estará relacionada com as ideias presentes nas seguintes categorias de primeira ordem: **mudança de mentalidade em relação à Psicologia; divulgação para o público geral; mudança de perfil dos pacientes de HC**.

Apesar disso, **há ainda necessidade de informação e esclarecimentos sobre a temática**. As restantes categorias de primeira ordem é: **reconhecimento por parte da área clínica e da área académica face à HC**

2.1.13. Resultados obtidos na questão 10.: “Se lhe fosse oferecida uma oportunidade de formação neste domínio, seria algo atrativo para si?”

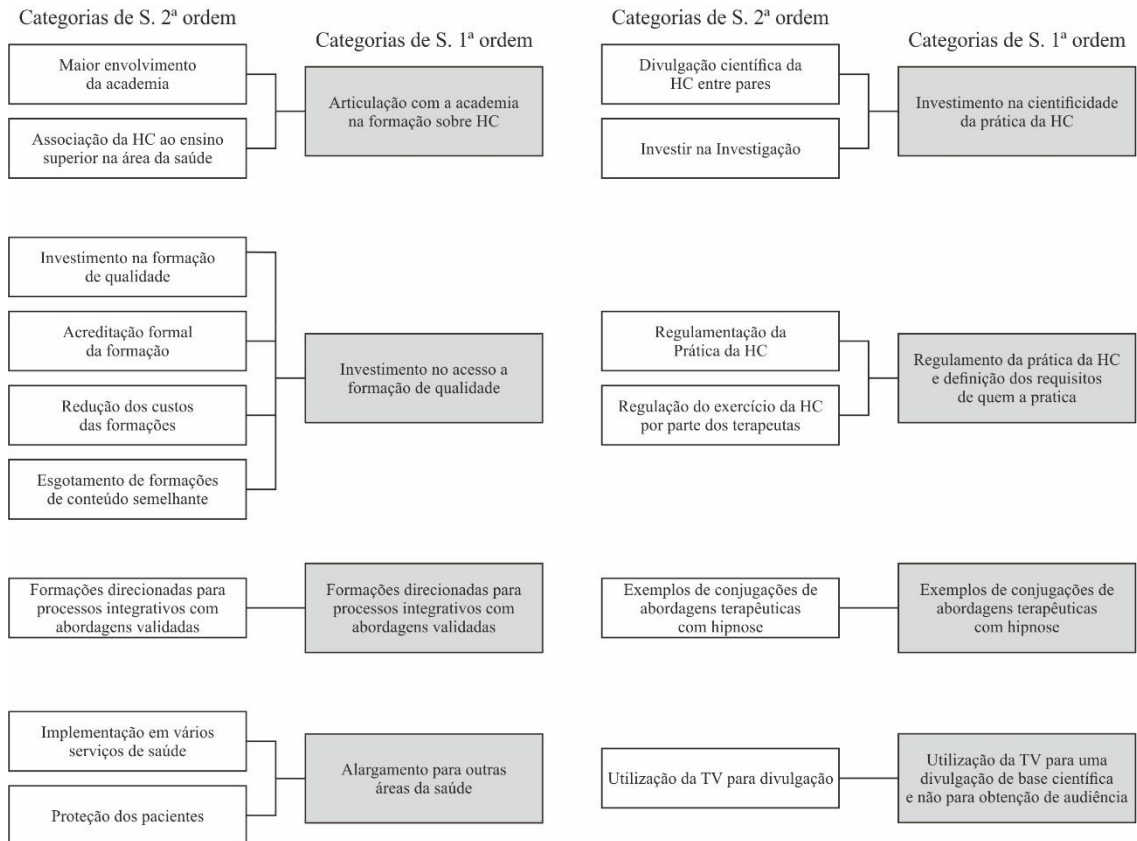
FIGURA 13 - QUESTÃO 10. OPORTUNIDADE DE FORMAÇÃO EM HC.



O objetivo da questão dez passou por compreender a existência, ou não, de um interesse em participar numa formação sobre HC e permitiu a obtenção de três categorias de primeira ordem. Denota-se uma **valorização da formação contínua**. A segunda categoria, **formação em HC para aumentar o leque de ferramentas terapêuticas** espelha esta valorização. Um dos sujeitos apresentou uma perspetiva diferente, verificada na segunda categoria de primeira ordem: **existe uma falta de formações, não baseadas em técnicas de hipnose, mas focadas em integrar essas técnicas com abordagens psicoterapêuticas já validadas**, servindo a seguinte unidade de análise como exemplo desta visão: “então estamos a falar, por exemplo, terapia focada nas emoções *under hypnosis*” (S.4).

2.1.14. Resultados obtidos na questão 11.: “No que respeita à prática de Hipnose Clínica, e face ao atual estado da arte em Portugal, qual seria o caminho que gostaria de ver implementado no futuro? (mudanças, complementos, sugestões...)”

FIGURA 14 - QUESTÃO 11. QUAL SERIA O CAMINHO QUE GOSTARIA DE VER IMPLEMENTADO NO FUTURO?



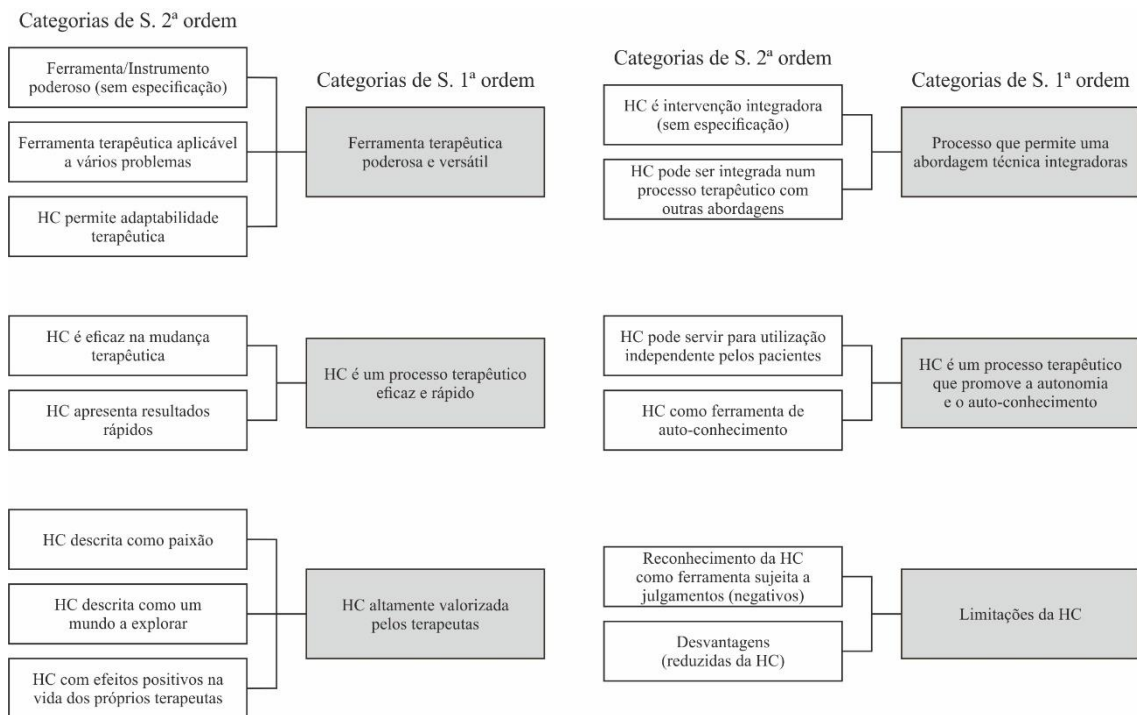
A questão onze passou por obter a opinião dos sujeitos sobre eventuais mudanças que poderiam ser implementadas na área da HC. Obtiveram-se oito categorias de primeira ordem, sendo que três dessas estão associadas com a área da formação: **articulação com a academia na formação sobre HC; investimento no acesso a formação de qualidade; formações direcionadas para processos integrativos com abordagens validadas.**

Outras quatro categorias de primeira ordem que resultaram da análise das unidades discursivas e subseqüentes categorias de segunda ordem, dizem respeito a sugestões relacionadas com a utilização profissional de HC: **exemplos de conjugações**

de abordagens terapêuticas com hipnose; investimento na cientificidade da prática da HC; regulamento da prática da HC e definição dos requisitos de quem a pratica;

2.1.15. Resultados obtidos na questão 12.: “De que forma resumiria ou resumiria, o que pensa acerca da Hipnose Clínica?”

FIGURA 15 - QUESTÃO 12. DE QUE FORMA SUMARIZARIA OU RESUMIRIA, O QUE PENSA ACERCA DA HIPNOSE CLÍNICA?



A questão doze teve como intento explorar de que forma é que os participantes resumem o que pensam acerca de HC. Da análise categórica sequencial obtiveram-se seis categorias de primeira ordem. Em duas categorias observa-se a percepção positiva dos sujeitos sobre a utilização de HC: **ferramenta terapêutica poderosa e versátil** e **HC altamente valorizada pelos terapeutas**. Três outras categorias poderão estar relacionadas com estas duas, já que representam vantagens da HC: **Processo que permite uma abordagem técnica integradora** (sendo exemplos de unidades de análise que originaram esta categoria: “(...) acho que é uma conjugação das duas coisas” (H e terapia) (S.3)”; “permite enriquecer o processo terapêutico de uma forma integradora” (S.1); **HC**

é um processo terapêutico eficaz e rápido; HC é um processo terapêutico que promove a autonomia e o auto-conhecimento.

A restante categoria refere-se a **limitações da HC**, cujas principais ideias são o reduzido número de desvantagens e o reconhecimento da HC como estando sujeita a julgamentos negativos.

3. Análise e discussão dos resultados

Neste ponto será efetuada uma análise aprofundada e discussão dos dados recolhidos a partir das entrevistas aos sete participantes, correspondente à última etapa do processo da *Grounded Analysis* - a construção do discurso de grupo.

A primeira questão incidiu sobre a opinião dos sujeitos acerca dos conceitos de hipnose e de Hipnose Clínica. À primeira vista obteve-se um corpo teórico de grande diversidade, até um pouco fragmentado e a presença de ideias aparentemente opostas, fatores que obrigam a uma análise cuidadosa sobre os dados obtidos. Nas publicações científicas a definição destes conceitos é extremamente diversificada. Dessa forma, optou-se pela utilização como referência das últimas definições publicadas pela Divisão 30 da APA (Elkins et al., 2015).

Duas das categorias de primeira ordem obtidas através da análise realizada foram a **hipnose é definida como um estado alterado/modificado da consciência** e existem vários **processos cognitivos de sustentação da hipnose**. Estes processos, correspondentes a categorias de segunda ordem são: uma mudança de foco, sugestão, relaxamento, atenção e concentração. Assim, verifica-se um encontro de ideias com a definição da divisão 30 da APA sobre hipnose: “um estado de consciência que envolve atenção focada e uma redução da percepção do meio envolvente, caracterizado por um aumento da capacidade de resposta a sugestões” (Elkins et al., 2015, p. 6), sendo o “relaxamento” a exceção. No entanto, em outras categorias de primeira ordem, verifica-se a presença de ideias opostas. Por um lado, a **hipnose é um recurso/estratégia terapêutica** mas para alguns participantes a **hipnose não é uma técnica/estratégia terapêutica**.

Sobre o conceito de Hipnose Clínica, a categoria de primeira ordem - **conjunto de estratégias aplicadas no estado de hipnose para fins clínicos** – também vai de encontro à definição aceite pela Divisão 30 da APA: “utilização de hipnose no tratamento de uma desordem ou problema médico ou psicológico” (Elkins et al., 2015, p. 6). As restantes categorias estão associadas a um aumento de eficácia do processo terapêutico - **a HC facilita a profundidade do processo terapêutico e o envolvimento do paciente; a HC facilita o processo terapêutico através de várias técnicas; a Hipnose Clínica facilita ressignificações.**

O artigo de Elkins et al. (2015), da Divisão 30 da APA pretendeu obter uma definição o mais universal possível, que permitisse ultrapassar a dificuldade do fato da natureza e dos mecanismos inerentes ao fenómeno ainda não serem completamente compreendidos e da falta de precisão de definições enviesadas. Assim, as categorias de primeira ordem que não vão ao encontro da definição da divisão 30 da APA permitem várias reflexões.

Primeiro, a presença de ideias opostas. São exemplos de unidades de análise que contribuíram para estas ideias: “(...) é uma ferramenta que uso para fazer psicoterapia (S.4)”; “(...) uma ferramenta muito importante (S.3)”; “É uma forma, uma técnica (S.3) (...)”; “(...) por si só, não é uma técnica (S.1)”; “(...) hipnose, em si, não pode ser considerada uma técnica, na minha opinião (S.1)”. A definição proposta pela Divisão APA de *hypnotherapy*, hipnoterapia, é: “utilização de hipnose no tratamento de uma desordem ou problema médico ou psicológico” (Elkins et al., 2015, p. 6). Em Portugal, tanto o termo hipnoterapia, como Hipnose Clínica são utilizados. No entanto, em linguagem coloquial, será comum a utilização do termo hipnose como sinónimo dos dois anteriores. Ou seja, os sujeitos ao mencionarem “ferramenta” e “técnica”, apesar da questão ser sobre Hipnose, na verdade poderiam estar a referir-se à utilização clínica da mesma, poderiam estar a falar de Hipnose Clínica. Esta caso poderá ser um exemplo da falta de precisão de definições enviesadas a que Elkins et al. (2015) se referiam.

No decurso deste trabalho, a questão de a Hipnose Clínica aproximar-se mais de um processo ou de uma ferramenta já foi abordada e, de acordo com Yapko (2012), as duas posições estão presentes. No entanto, é de sublinhar que estamos a falar da aplicação de Hipnose com um fim clínico, hipnoterapia ou HC e não de hipnose. Sobre HC

verificam-se uma série de exemplos dos discursos recolhidos que podem ser enquadrados na definição aceite pela Divisão 30 da APA: “é utilizar esse estado para fazermos uma técnica terapêutica” (S.10); “(...) são uma série de ferramentas mais focadas numa vertente” (S.1); “(...) é uma ferramenta, que é usada através de uma meditação guiada” (S.11); “(...) é precisamente isto aplicado a um contexto clínico” (S.2); “(...) nós pegamos na hipnose, na ferramenta, e utilizamo-la para o contexto clínico” (S.4); “(...) é a prática de hipnose num contexto de uma prática de intervenção terapêutica” (S.8). Portanto, a partir destes exemplos também será possível inferir que estes sujeitos verão a HC como parte de um processo mais abrangente. Posto isto, nas publicações científicas podem-se encontrar exemplos de estudos com abordagens combinadas ou de aplicação isolada de HC. Por exemplo, sobre PTSD, Klissourov (2018) evidencia a combinação de HC com TCC, enquanto que Rotaru et al. (2016) apontam a utilidade de HC, seja como terapia única ou integrada. Já a meta-análise de Miling et al. (2019) obteve resultados que vão no sentido de a HC ser muito eficiente na redução de sintomas depressivos.

Outro caso de um aparente enviesamento ou falta de precisão serão as categorias de primeira ordem - **a HC facilita a profundidade do processo terapêutico e o envolvimento do paciente; a HC facilita o processo terapêutico através de várias técnicas; a Hipnose Clínica facilita ressignificações** – que foram utilizadas para definir um conceito, contudo, serão vantagens associadas a esse mesmo conceito e não o conceito em si. Como diz Yapko (2012, p.5), “(...) até os praticantes de longa data acharão mais fácil a descrição do que a definição de hipnose”, assim, nestes casos, teremos exemplos mais próximos de uma descrição do que de uma definição.

Ainda outro exemplo desta falta de precisão será a utilização do termo “relaxamento” na definição de hipnose, como verificado nas seguintes unidades de análise: “(...) base é, sobretudo a sugestão e o relaxamento (S.2)”; “parte (...) da sugestão, do relaxamento da pessoa” (S.2); “esse estado é induzido através de técnicas de relaxamento” (S.10).

Analisando novamente a definição de Elkins et al. (2015, p.6), da Divisão 30 da APA, “um estado de consciência que envolve atenção focada e uma redução da percepção do meio envolvente, caracterizado por um aumento da capacidade de resposta a sugestões” pode verificar-se a semelhança com as seguintes unidades de análise: “é uma estratégia de modificação do estado de consciência das pessoas (S.2)”; “há um foco da

atenção para algo que é sugerido (S.8)”, “estado induzido através de técnicas de foco (S.10)”. O que sucederá em vários casos será que, em contexto clínico, a técnica mais comum de conduzir o paciente a um estado modificado de consciência, de hipnose, será através de sugestões de relaxamento, ou de foco no relaxamento. Ou seja, os sujeitos poderão ter utilizado o termo “relaxamento” por ser uma estratégia comum na sua prática regular. Tal, poderá ser verificado num excerto, da questão quatro, de uma das entrevistas:

Entrevistador: “ou seja... se... não estivermos a falar de relaxamento, considera que não estamos a falar de hipnose?”

S.2: “Ok, ok, estou a perceber a sua questão... da maneira como eu uso a hipnose, normalmente uso num contexto de relaxamento, mas é verdade que nós podemos ser altamente sugestivos e obter bons resultados sem passar por um relaxamento...”

Situações como a utilização de HC no desporto, hipnose de palco, e técnicas de catalepsia muscular poderão ser exemplos de um estado modificado de consciência, sem a utilização do relaxamento. Nas seguintes definições de hipnose “(...) o estado mental resultante de alterações na neurofisiologia” (Carreiro, 2006, p.1) e “uma experiência focada de absorção atencional, que convida a pessoa a responder, experiencialmente (...)” (Yapko, 2012, p 7) o termo relaxamento também não é mencionado. O que é mencionado é a possibilidade de respostas ou alterações, que em contexto clínico será frequentemente o relaxamento. Na literatura podem encontrar-se vários exemplos de uma carência de uniformidade. Este fator pode levantar uma questão: será que alguns profissionais de saúde, sem o saberem, utilizam o estado de hipnose para o tratamento de alguns pacientes? Ou são processos diferentes? Tomando como exemplo um relaxamento progressivo com visualização guiada (Felix et al., 2018), nesta abordagem pode-se constatar atenção focada, uma redução da percepção do meio envolvente, e um aumento da capacidade de resposta a sugestões (dado que com imaginação o indivíduo produz alterações musculares). Todas estas características enquadram-se nas definições anteriores de hipnose.

Como sumário, especificamente sobre o presente estudo, pode-se considerar a presença de enviesamentos e falta de precisão nas definições solicitadas aos sujeitos. No entanto, após uma reflexão e análise detalhadas, também se poderá verificar que a

perceção dos sujeitos sobre os conceitos de Hipnose e de Hipnose Clínica vão de encontro ao preconizado pela Divisão 30 da APA (Elkins et al., 2015).

Na primeira alínea da questão dois respeitante ao percurso profissional, destacam-se as categorias de primeira ordem - **início da formação sustentada em individualidades com prática reconhecida; formação pós-graduada; HC como complemento a uma formação terapêutica anterior.** Assim, verifica-se que alguns sujeitos foram positivamente influenciados por algumas individualidades, que iniciaram o percurso de HC com formações, já como psicólogos e algumas das unidades de análise referem a integração de HC com a Psicologia, sendo exemplos: “pode (...) coadjuvar com a Psicologia Clínica, cognitiva comportamental e com outras áreas da Psicologia” (S.4); “precisava de procurar outras ferramentas que eu pudesse englobar na vertente psicológica” (S.1), bem como uma possível saída profissional “enquanto psicólogos não há uma resposta imediata em relação a empregabilidade... uma pós-graduação em Hipnose Clínica foi um explorar...” (S.1).

Na segunda alínea da questão dois, quando o tema da especialização dentro de HC foi abordado, surgem com maior evidência as categorias de primeira ordem: **Milton Erickson como referência com mais destaque e resposta centrada nos problemas clínicos que surgem e não na especialização teórico-prática.** Estes problemas, categorias de segunda ordem, precursores desta última categoria foram: Perturbações do Humor; Perturbações de Ansiedade; infertilidade e parto; adições; Perturbações Alimentares. Sobre as unidades de análise, observa-se uma variedade de problemáticas, com uma maior prevalência da área de Perturbações de Ansiedade, considerando-se as seguintes como coincidentes com estudos relevantes, referidos na pesquisa teórica efetuada: “(...) depressão” (S.1); ; “(...) ansiedade, ataques de pânico” S.1; “(...) perturbações ansiosas (...)” (S.10); “(...) ataques de pânico (...)” (S.10); “(...) stress intenso (...)” (S.10);); “(...) fobias (...)”; “(...) traumatologia” (temática relacionada com trauma); “aprofundei o conhecimento na área da fertilidade” (S.3); “comportamentos aditivos” (S.1) considerando o tabagismo. Não foram encontrados estudos com relevo suficiente para as restantes unidades: “POC” (Perturbação Obsessiva-Compulsiva) (S.4); “Condições como roer unhas” (...)” S.10; “luto” (S.1); “anorexia, bulimia” (S.1); “anorexias” (S.4).

Na terceira alínea da segunda questão, relativa à integração da HC na prática clínica, duas das categorias de primeira ordem obtidas foram: **HC como eixo central da**

prática clínica que, todavia, pode envolver outras estratégias; HC como fator potenciador global e/ou instrumental da intervenção terapêutica. Ou seja, nos discursos recolhidos a HC apresenta-se com grande relevância, serve para aumentar a eficácia da intervenção, no entanto não será de utilização independente. Tal poderá ser verificado através das seguintes unidades de análise: “para mim, tem muito peso” (S.1); “(...) estamos a falar de cerca de 75%...Tem um peso grande” (S.4); “(...) talvez com uma média de frequência, em cerca de 40%-50% dos casos (S.8); “a hipnose serve como o meu potenciador de terapia” (S.4); “(...) a mesma (H) auxilia e potencializa o processo” (S.8); “(...) há momentos e há sessões em que é preciso trabalhar com psicoterapia” (S.4); “(...) primeiro Psicologia e depois hipnose, mas eu integro as duas numa sessão” (S.1) “(...) é um dos instrumentos principais, não é o único, mas é um dos...” (S.2).

No ponto 1.2.4. Aplicação de Hipnose Clínica são vários os estudos que evidenciam a eficácia de abordagens integradas. Serão citados alguns exemplos. Ramondo et al. (2021) aponta a vantagem da combinação de Hipnose Clínica com TCC em áreas como depressão, dor pós-interventiva, e obesidade. A meta-análise de Valentine et al. (2019), sobre ansiedade, indica a que a combinação de HC com TCC ou *Biofeedback* produz melhores resultados. Em relação à utilização de HC como terapia complementar para a ansiedade e dor em oncologia, a revisão sistemática de Sine et al. (2022) revela resultados prometedores.

Nas outras categorias desta questão estão presentes formas mais específicas de como a HC é utilizada: **HC como meio de exploração e como uma via de acesso a níveis de consciência; HC muda a experiência subjetiva e permite a sua resignificação.** Estas duas ideias podem ser enquadradas nas seguintes aplicações de HC apontadas por Yapko (2010): a resignificação; o desenvolvimento de estratégias de associação e de desassociação, como a mudança de foco de emoções para pensamentos; permitir um maior distanciamento de sentimentos esmagadores, de forma a que estes possam ser enfrentados e resolvidos.

HC define o contexto terapêutico e reforça a aliança terapêutica. Para uma ideia mais concreta destas formas de utilização de HC podem ser referidas as seguintes unidades de análise: “(...) fazemos um resgate da criança interior, ou seja, irmos a essas idades e resignificamos, não fazendo esquecer, mas tirando a carga emocional” (S.1); “através da hipnose a pessoa desenvolve um sistema de autopercepção que possibilita

perceber as alterações que estão a ocorrer na mente” (S.8); “O que nós fazemos (...) não é alteração neurológica, nós alteramos a experiência subjetiva” (S.4); “A experiência subjetiva do sujeito, face à realidade, é mudada a nível cerebral” (S.4).

A questão três diz respeito aos critérios necessários para considerar a HC como resposta terapêutica adequada. Uma das ideias presentes foi a nomeação de áreas consideradas como indicadas para o uso de HC: **indicação para Pertubações da Ansiedade e Pertubações do Humor**, verificando-se estar de acordo com os resultados das seguintes investigações (abordadas no ponto 1.2.4. Aplicações de Hipnose Clínica): Ramondo et al., (2021); Shakil (2020); Miling et al. (2019); Valentine et al. (2019); Gonzalez-Ramirez (2017); Cowen (2016).

Outra das ideias refere-se à não existência de muitos critérios de exclusão para a utilização de HC, ideia partilhada por Yapko (2012), que aponta os riscos inerentes à utilização de HC como semelhantes aos riscos em lidar com um grupo de pacientes vulneráveis e em sofrimento. Dessa forma foi criada a categoria **existem poucos critérios de exclusão**, apontando-se como exemplos: “(...) em quase todas as pessoas que chegam até mim, a hipnose é adequada” (S.11); “(...) tirando isso (...) a hipnose só tem benefícios” (S.3) “(...) a maior parte das situações que eu tenho são elegíveis para a prática de hipnose” (S.8).

A maioria das restantes categorias concernem fatores de potencial exclusão ou maior dificuldade de utilização de HC. Assim, verificam-se as três categorias seguintes: **condições fisiológicas como contra-indicação; situações de psicopatologia grave ou em descompensação contra-indicadas**. Algumas das unidades de análise utilizadas para criar esta última categoria foram: “se tivermos uma pessoa com esquizofrenia” (S.3) “doença bipolar” (S.10) “situações, condições mais dissociadas” (S.10). De acordo com Elman (2012), os seguintes grupos da população requerem uma atenção especial para a utilização de HC: indivíduos marcadamente paranoides, psicoses ativas, esquizofrénicos, borderline severos, pessoas com condições médicas instáveis. Consegue-se, portanto, verificar uma consistência de ideias em relação à pesquisa bibliográfica.

A seguinte categoria de primeira ordem está relacionada com fatores que podem dificultar a utilização de HC: **ideias pré-concebidas como fator de resistência** servindo como exemplo as unidades de análise que se seguem: “(...) têm um conjunto de ideias pré-concebidas associadas, que muitas vezes podem servir como um bloqueio” (S.8);

“(…) quando a pessoa não está pronta. Há pessoas que têm muito medo da hipnose” (S.11); “se alguém vem com uma ideia de fazer uma regressão a uma vida passada para ver o que é que foi, não faço” (S.3). Lynn et al. (2020) agregam e exploram várias destas ideias, das quais se podem referir: as pessoas não conseguem resistir a sugestões hipnóticas; as pessoas ou são hipnotizáveis ou não são.

Apesar destas categorias, também foi possível a obtenção da categoria de primeira ordem **pouca resistência a H**. Algumas das unidades de análise base desta foram: “(…) as pessoas podem dizer ‘nunca tinha pensado sobre isso’ ou ‘tenho aqui uma ideia pré-concebida’” (S.3) “(…) mas se estão disponíveis para a terapia, elas aderem, pelo menos da minha experiência” (S.3); “(…) quem apresenta resistência à psicoterapia também vai apresentar resistência à hipnose” (S.3). Analisando estas categorias pode-se deduzir que, de acordo com os participantes, as referidas resistências estarão relacionadas com falta de conhecimento, receio ou mesmo indisponibilidade para psicoterapia.

A restante categoria - **limites da prática da HC** – está associada à perspetiva de alguns sujeitos de a prática de HC necessitar de uma sustentação de conhecimento de Psicologia, sendo esta sustentação um critério de eleição necessário para a utilização desta abordagem. Alguns exemplos desta visão são: “a hipnose, só por si, pode mexer em questões muito sensíveis... e difíceis de gerir posteriormente (...)” (S.3); “(…) por causa do poder das estratégias a pessoa pode ter vivências emocionais muito intensas” (S.2); “é muito importante percebermos o indivíduo como um todo e analisar a questão emocional e psicológica... ou seja, eu não faço só hipnose” (S.3). Sobre o tópico, Peebles (2018) aponta que fatores comuns do estado de hipnose como o aparecimento de sensações e percepções incomuns, intensificação emocional, perda de orientação da realidade, entre outros, poderão expor, de forma súbita as vulnerabilidades dos pacientes. Da mesma forma, Phillips et al. (2022), alertam para a possibilidade do surgimento de reações adversas durante uma exploração hipnótica.

A temática da hipnotizabilidade foi abordada na questão quatro e a utilização deste termo não é unânime, constatando-se uma assinalável deriva terminológica, aparecendo nas publicações científicas, preferências por palavras como responsividade (Yapko, 2012), sugestibilidade hipnótica (Carvalho, 2012) ou habilidade hipnótica (Facco, 2022). Da mesma forma, as denominações utilizadas pelos participantes também foram variadas, como está patente na categoria de primeira ordem - **vários termos utilizados para esta**

característica – criada a partir das seguintes unidades de análise: “hipnosensibilidade” (S.1), “sugestibilidade e hipnotizabilidade” (S.2), “(...) o nível de transe do paciente” (S.3); “(...) grau de sugestionabilidade” (S.8), “hipnotizabilidade” (S.11), “(...) pessoas mais suscetíveis” (S.12).

Como se verifica em Facco (2022, p. 25), o conceito de sugestibilidade também não é consensual: “se reflete uma inclinação para, passivamente, aceitar sugestões e obedecer a comandos ou, então, a habilidade para, ativamente, transformar instruções hipnóticas em monoteísmos plásticos: ambos podem criar respostas comportamentais, mas apenas a última pode resultar numa mudança experiencial”. A opinião dos participantes sobre este conceito também não se verificou coincidente, como se constata nas categorias de primeira ordem: **sugestibilidade como característica para cumprir tarefas/sugestões; sugestibilidade como capacidade para entrar ou aprofundar nível de H.**

Por outro lado, de acordo com Yapko (2012), não existem dúvidas de que a responsividade às sugestões hipnóticas varia de sujeito para sujeito, e sobre este assunto, os resultados obtidos estão de acordo com o corpo teórico pesquisado, tal como é observável nos seguintes exemplos: “há pessoas que, efetivamente, são mais suscetíveis à hipnose (S.11); “(...) para algumas pessoas a sugestibilidade e a capacidade de colaborar numa hipnose é muito baixa” (S.2). Assim, poder-se-á estabelecer um paralelismo entre esta variância de responsividade e a categoria de primeira ordem - **recetividade à hipnose como influenciadora do processo de hipnose e da terapia**. Esta categoria partiu de outras duas, de segunda ordem: sugestibilidade como influenciadora do processo terapêutico; hipnotizabilidade como fator influenciador da velocidade do processo terapêutico, sendo exemplos de unidades de análise, respetivamente: “quando as pessoas são razoavelmente sugestionáveis, isso facilita-me a tarefa” (S.2); “(...) enquanto uma pessoa que não é tão suscetível à hipnose, há um caminho mais lento” (S.11).

Sobre a relação entre o nível de hipnotizabilidade e os resultados clínicos, a meta-análise de Montgomery et al. (2011), sobre hipnoterapia aplicada a várias desordens (ansiedade, cefaleias, oncologia, etc.), verificou uma baixa correlação entre sugestibilidade hipnótica e os resultados obtidos e Carvalho (2012) aponta uma boa relação terapêutica e procedimentos específicos como potenciadores desta característica.

As seguintes categorias de primeira ordem vão de acordo com estas ideias: **relação terapêutica como sustentação do processo; possibilidade de obtenção de resultados independente do nível de hipnotizabilidade**, podendo destacar-se as unidades de análise: “a verdade é que não é necessário transe profundos para haver mudanças significativas no cérebro” (S.11); “na verdade, os testes só nos servem para dizer se a pessoa vai mais fundo ou não” (S.10). Ou seja, analisando os dados, pode-se concluir que os sujeitos consideram que o nível de hipnotizabilidade pode traduzir-se em vantagens ou desvantagens no processo terapêutico, mas não é considerado como fator essencial.

A categoria **condição relativamente comum que se desenvolve e é passível de ser trabalhada no processo terapêutico** aponta que esta condição não é estanque. O artigo de Lynn et al. (2020) vai no mesmo sentido, com a menção de estratégias influenciadoras dos níveis de sugestibilidade hipnótica, como aumento motivacional, expectativas positivas, desmistificação e treino a responder a testes de sugestões.

Sobre as formas de avaliação desta característica, estão presentes duas categorias de primeira ordem: **avaliação formal do nível de hipnotizabilidade e avaliação informal do nível de hipnotizabilidade**, podendo esta última ser associada a **indícios indiretos de um nível baixo de hipnotizabilidade/sugestibilidade**, bem como a **sinais observáveis do estado de hipnose**. A análise dos dados permite verificar que os sujeitos consideram o nível de hipnotizabilidade como um fator relevante, no entanto é maioritariamente avaliado de forma informal, seja através de indícios ou da postura do paciente: “(...) há pequenos sinais” (S.10); “as pessoas mais críticas (...) de alguma forma estão a (...) julgar este processo (S.11); “(...) se a pessoa facilmente adere ou cumpre algum tipo de prescrições terapêuticas” (S.8). Como exemplo de avaliação formal, importa referir a existência de uma versão portuguesa de avaliação da suscetibilidade hipnótica (Carvalho et. al. 2006).

A questão cinco incidiu sobre os pontos de vista mais positivos e menos positivos sobre HC. Das onze categorias de primeira ordem, correspondentes a vantagens relacionadas com HC, três categorias são generalistas: **vantagens sem especificação; HC com maior eficiência e rapidez nos resultados clínicos; HC funciona como elemento aglutinador de várias orientações teóricas no processo terapêutico**.

As categorias restantes são mais concretas. Assim, estão presentes: **permite um foco no passado, presente e futuro; HC como facilitador dos recursos psicológicos**

do paciente; HC para induzir relaxamento; o processo de mudança induzido pela HC passa pela mudança da percepção subjetiva e pela ressignificação das experiências. A ideia presente nesta última poderá ficar mais clara com as seguintes unidades de análise: “(...) psicoterapeuticamente nós conseguimos falar com a pessoa, ressignificar as crenças, tornar diferente a percepção face à situação, existe algum resultado, mas não é o resultado... ou seja, não há alteração da experiência subjetiva”(S.4); “(...) pegamos nessa pessoa e levamo-la, em imaginação até essa experiência traumática, com técnicas pós-regressivas” (S.4); “(...) é nós pegarmos numa situação traumática e nós podermos alterar a experiência subjetiva face a ela” (S.4). Estas vantagens poderão ser relacionadas com a fenomenologia hipnótica, já explorada na revisão teórica, a modificação de processos psicológicos, da percepção de *inputs* sensoriais, motores e *outputs* autonómicos (Williamson, 2012). Da mesma forma, também podem ser relacionadas com parte da definição que Yapko (2012, p.7) faz sobre HC: “Uma experiência focada de absorção atencional, que convida a pessoa a responder, experiencialmente, em múltiplos níveis, para amplificar e utilizar os seus recursos pessoais, de uma forma orientada para um objetivo.”

HC permite o acesso às temáticas da “profundidade” do sujeito foi outra das vantagens elencadas, podendo ser melhor entendida com as unidades de análise: “(...) estado muito focado de atenção, onde, no fundo, a mente racional está menos presente” (S.10); “(...) cria condições muito boas para a pessoa se permitir ir ao encontro dos seus problemas” (S.2); “(...) porque a pessoa acaba por ter consciência de situações que, até então não tinha ainda tido esta percepção” (S.8). Estas unidades também permitirão a compreensão da ideia por trás da categoria seguinte: **HC como estratégia de desbloqueio emocional.** Yapko (2010) refere várias aplicações de HC, das quais - o acesso a recursos pessoais e a criação de estratégias de *coping* – podem enquadrar-se nestas duas categorias.

São ainda apresentadas duas categorias de primeira ordem, correspondentes a vantagens da aplicação de HC: **aplicação a vários domínios para além do clínico e HC como facilitador da relação terapêutica**, que pode ser exemplificada com: “(...) conversa vai ser reforçada num estado focado de atenção” (S.10). Esta unidade de análise pode ser relacionada com a explicação de Baker (2000, como citado em Spiegel et al. 2019, p.133): “a vantagem que este tipo de hipnoterapia oferece em relação a formas mais tradicionais é a a habilidade de canalizar aspetos experienciais do processo terapêutico (...)”.

Relativamente às limitações da HC encontram-se três categorias de primeira ordem. Às **limitações associadas à patologia dos pacientes** estão associadas as categorias de segunda ordem: limitações associadas às patologias psicóticas ou agudas e limitações associadas às patologias cognitivas. Neste ponto, verifica-se um reforço das ideias presentes na questão três, referente aos critérios de utilização de HC. A segunda categoria também se relaciona com características dos pacientes, mas neste caso trata-se de **limitações associadas aos recursos cognitivos, emocionais e crenças dos pacientes**. Relacionada com esta categoria pode destacar-se a categoria de segunda ordem: limitações associadas aos recursos dos pacientes para lidar com o que emerge da HC. Por sua vez, pode-se entender a relação desta última com a categoria de primeira ordem restante: **limitações associadas a uma deficiente formação dos terapeutas**. De uma forma mais concreta: “(...) e isso é algo que as pessoas sem formação em Psicologia ou Psiquiatria, que fazem hipnose, (...) não têm essa capacidade de perceber o doente e fazer esta análise, dos recursos que ele tem antes da prática da hipnose” (S.8); “(...) se for um hipnoterapeuta que não tenha formação numa vertente psicológica, esta plasticidade do cérebro pode ser moldada de uma forma menos boa. Então, claro que há riscos” (S.11). Carvalho (2012) sobre o tema, aponta que para um indivíduo abordar um problema com recurso a HC deveria ser capaz de o fazer sem HC, ou seja, já deve ter conhecimento base sobre esse problema.

O assunto da questão seis centra-se na opinião dos sujeitos sobre o estado da arte de HC Portugal. Nesta questão, foram reunidas dez categorias de primeira ordem, as quais foram, por sua vez, agrupadas para uma melhor explicitação do conteúdo. De uma forma geral, os sujeitos consideram existir uma **evolução positiva da formação e da prática da HC**.

Sobre a oferta formativa estão presentes três categorias de primeira ordem: **algumas formações credíveis, sem conhecimentos sobre a realidade portuguesa, permanecem dúvidas quanto à formação**.

No que concerne à prática efetiva, existe uma repetição de uma ideia já exposta numa questão anterior: **necessidade de requisitos profissionais prévios**. Existem também duas categorias com ideias opostas: **referências positivas à prática atual da HC; referências negativas à prática atual da HC, por vezes com contornos enganosos e impacto negativo**. As ideias referentes a esta categoria podem ser exemplificadas com

as seguintes unidades de análise: “(...) chegam muitas pessoas ao consultório (que) traziam informações muito negativas sobre o que tinham feito com hipnose” (S.3); “(...) há pessoas que vendem hipnose como quem vende a famosa banha da cobra” (S.2).

O pensamento dos outros está patente na categoria: **desconhecimento contribui para os estereótipos associados à HC e para a exclusão dos hipnoterapeutas, sinalizando resistência a esta prática**. Contribuíram para esta quatro categorias de segunda ordem, sendo que três destas dizem respeito a opiniões menos positivas de colegas de profissão: desconhecimento sobre o tema por parte dos outros profissionais; tabus/esteriótipos, por parte dos outros; dificuldade em assumir a prática de hipnoterapia perante colegas; resistência e descrédito por parte de outros profissionais. Em relação à pesquisa bibliográfica verifica-se coincidência com um aspeto e não coincidência com outro. De acordo com o estudo de Carvalho et. al. (2012), os profissionais não consideram a hipnose como não científica e não revelaram rejeitar a hipnose. Por outro lado, revelaram conhecimento enviesado sobre os mecanismos de ação e uma tendência para não aceitar a ideia desta abordagem ser um bom coadjuvante terapêutico (Carvalho et al., 2012), que podem considerar-se como alinhados com os resultados das entrevistas. Contudo, convém salientar que, especificamente em relação aos psicólogos, este grupo apresentou crenças mais positivas relativamente à Hipnose e na possibilidade da utilização desta como coadjuvante terapêutico do que os outros grupos profissionais (Carvalho et al., 2012).

Por último, foram apresentadas propostas/recomendações: **necessidade de reconhecimento e regulamentação, nomeadamente pelas Ordens profissionais; necessidade de destrinçar práticas psicoterapêuticas de outras que também usam a hipnose propondo a formação terapêutica prévia no primeiro caso**.

Sobre este conteúdo torna-se pertinente abordar novamente o já exposto no subcapítulo do estado da arte. Existem dois pareceres, que abordam especificamente o assunto, um da OPP (2008), e outro do Colégio de Psiquiatria (CP) (2018), da Ordem dos Médicos.

(...) a hipnose é uma das técnicas e ferramentas de intervenção das quais a Psicologia se pode socorrer (...), o sujeito permanece num estado alternativo (*sic*) de consciência, mas acordado e com controlo de si próprio (...) apenas deve ser realizada por profissionais com formação específica para tal. (OPP, 2008, p.2)

Desta forma, verifica-se a existência de uma postura oficial da OPP sobre esta

temática, no entanto essa formação específica não é elaborada nem, após pesquisa, foi possível encontrar formações de HC com acreditação ou homologação por esta entidade. Como já explicitado no subcapítulo referente ao estado da arte, no respeitante à HC em Portugal, pode existir determinada informação, mas de difícil acesso. Poderá ser o caso. Também será de acrescentar que, embora a descrição acima citada possa parecer redutora, foi efetuada vários anos antes de uma posição oficial por parte da APA. Contudo, as únicas atualizações encontradas foram casos particulares sobre os quais a OPP tem uma opinião discordante.

De acordo com o CP: “a Hipnose Clínica, utilizada no contexto médico, é uma forma de psicoterapia e em alguns casos, um método complementar de outros modelos de intervenção psicoterapêutica.” Portanto, verifica-se mais uma situação de falta de uniformidade sobre HC ser uma terapia por si só ou uma ferramenta, parte de um processo.

Assim, analisando os dados, pode-se constatar que, apesar de uma perceção geral positiva sobre a evolução de HC em Portugal, os sujeitos consideram ainda ser necessária uma grande evolução, seja sobre a oferta formativa, sobre a prática efetiva, sobre a opinião dos outros, especialmente dos colegas, e sobre regulamentação da prática.

Pode-se constatar também, não apenas com base no conteúdo desta questão, mas também de acordo com dados de respostas anteriores que os sujeitos consideram ser necessário uma formação académica para a prática de HC. Contudo, este tema poderá ser mais complexo do que à partida parecerá. Pode colocar-se a questão: que tipo de formação académica deverão os sujeitos possuir? De acordo com Carvalho (2012, p.15) “a hipnose não é uma terapia, é um coadjuvante terapêutico, e como tal, só deverá ser usado por um profissional de saúde devidamente habilitado a tratar aquilo que se propõe a tratar sem hipnose”.

As seguintes unidades de análise referem-se à utilização de HC em áreas maioritariamente da Psicologia: “(...) a Hipnose Clínica devia ser integrada nomeadamente na área psicoterapêutica, por psicólogos, médicos e, in extremis, enfermeiros” (S.4); “(...) deveria haver uma condição para que as pessoas só pudessem praticar a hipnose sob a alçada de um certificado de psicólogo ou de psiquiatra” (S.8); “(...) há hipnoterapeutas que são clínicos com uma formação mais ou menos sólida, em Psicologia, por vezes até em Enfermagem, que usam a hipnose como instrumento

efetivamente terapêutico” (S.2). Para evitar desvios de compreensão, neste caso a palavra hipnoterapeuta está a ser utilizada para designar qualquer indivíduo que utilize HC na sua prática profissional. Este termo é habitualmente utilizado como referência a quem utiliza HC, mas como terapia psicológica por si só, sem formação académica base de Psicologia ou Psiquiatria. Portanto, esses casos serão referidos como “hipnoterapeutas”. Com os dados anteriores entende-se a existência de dois pontos de vista sobre o assunto: um que defende a exclusividade da HC, numa esfera mais psicológica, a psicólogos ou psiquiatras e outra que inclui outros profissionais de saúde.

Podem observar-se ainda as unidades de análise: “há pessoas (...) que usam a hipnose, sobretudo, como sugestão para manejar sintomas, diminuir um pouco o sintoma, atenuar sintomas” (S.2) “(...) há pessoas (...) por não terem formação clínica suficiente para isso, têm receio de entrar num território, propriamente, de terapia profunda” (S.2) “(...) alguns terapeutas (...) estão apenas a ser honestas quando fazem isso” (S.2) “(...) alguns terapeutas (...) sentem que têm um limite claro da sua atuação e da sua competência” (S.2) “(...) alguns terapeutas (...) quando acham que já não é com elas, remetem para outros clínicos” (S.2). Por estas unidades depreende-se existir a aceitação de determinados indivíduos, sem formação em Psicologia ou Psiquiatria, poderem atuar de forma mais superficial nessa área, não estando perfeitamente claro se esses indivíduos possuem, ou não, uma formação base no campo da saúde.

Pelo exposto, surgem várias questões que merecerão consideração pelas classes profissionais. Só alguém proveniente de uma determinada área base é que pode utilizar HC nessa área? E se alguém sem essa formação base, atua sobre sintomas e obtém resultados positivos? A população vai ser privada desses resultados? E se não for, como se distingue quem obtém resultados, mas possui conhecimento, ou tem consciência das suas limitações para encaminhar o caso, se necessário? Essa pessoa consegue distinguir uma comorbilidade de uma patologia ou perturbação? Consegue diagnosticar uma Perturbação de Personalidade? Que áreas de saúde é que poderão ser incluídas? Medicina e Enfermagem? Todas as especialidades de Medicina? E Medicina Dentária e Fisioterapia? Um psicólogo pode atuar em casos de dor física? Em casos de bruxismo dentário? Um médico dentista pode utilizar HC para ansiedade ou fobia dentária? E para SCI? Quem deveria tratar problemas dermatológicos de origem psicossomática? Um dermatologista ou um psicólogo? E se um enfermeiro tiver conhecimento suficiente de HC para o fazer? Um “hipnoterapeuta” com 20 ou 30 anos de experiência deveria ser

proibido de exercer?

A questão sete procurou obter a perspectiva dos sujeitos sobre a forma como a HC é vista pelos colegas e permitiu a categorização de oito unidades de primeira ordem. Verifica-se que, destas, apenas a primeira e a sétima categorias transparecem uma percepção positiva: **já existem sinais de interesse, respeito e algum conhecimento pela HC por parte de outros terapeutas; existem sinais de mudança no sentido de uma melhor compreensão da HC**. Neste caso, convém destacar uma das categorias de segunda ordem utilizada para a obtenção da anterior: terapeutas mostram tendência para mudar opinião negativa após esclarecimentos. São exemplos de unidades de análise:

“todos eles, em primeiro lugar, ficam hun... hun... dão aquele esgar, quando eu explico, pragmaticamente o que é e o que não é (...) e aí, eles dizem “ah, ok, faz sentido” (S.4);

“(...) quando saímos desse plano e colocamos pragmaticamente o que faz, o que não faz e como pode ajudar, aí há logo uma ressignificação da situação” (S.4).

As categorias que se seguem espelham uma visão negativa sobre a HC: **medo e desconfiança associados à HC; mantêm-se preconceitos e estereótipos desqualificadores da HC; reconhecimento da existência de más práticas; hipnoterapeutas julgados de forma pouco positiva**. As ideias constantes nestas categorias poderão ser explicadas pelas restantes. São exemplos de unidades de análise associadas à categoria **Predomina o desconhecimento sobre a HC e relutância em investir na temática por parte de outros terapeutas**: “(...) acho que quando não se conhece alguma coisa, se teme” (S.2); “(...) as pessoas têm uma ideia errada, muitas das vezes, do que é que é” (S.4). A categoria os **psicólogos receiam a aparente falta de cientificidade da HC** poderá ser um dos motivos para o aparente afastamento. A ideia subjacente poderá ficar mais clara com a leitura das unidades de análise: “(...) nós, enquanto... estudamos Psicologia, sempre nos inculiram a ideia da evidencia científica, a ideia daquilo que são critérios científicos, o que é que é clínico” (S.4) “(...) quando nós passamos para a parte mais clínica, os psicólogos querem coisas concisas, sistematizadas” (S.4); “(...) enquanto psicólogos, eu acho que somos um bocado programados: tem que ser assim” (S.11). Como resumo, o fato dos mecanismos subjacentes à hipnose ainda não serem claros (Elkins et al., 2015), a falta de conhecimento sobre a abordagem e a associação da mesma a má prática, de acordo com os sujeitos, estarão na base do medo, desconfiança e preconceitos das classes profissionais sobre HC. No entanto, e como já

visto na exploração da questão seis, sobre o estado da arte, os resultados de Carvalho et al. (2012) indicam, contrariamente a estes, que os profissionais não consideram a HC como não científica e não revelaram rejeitar esta abordagem. Também de acordo com o apresentado na questão seis, a categoria - **predomina o desconhecimento sobre a HC**- pode ser considerada como indo de encontro ao resultado *conhecimento enviesado* presente em Carvalho et al., (2012). Da mesma forma, de um modo geral, também será possível considerar que estes resultados vão de encontro à ideia presente em Carvalho et al. (2012), ao defender a informação e eventual treino em hipnose na formação de profissionais de saúde.

A questão oito visou a opinião dos sujeitos sobre a percepção do público nacional, em geral, sobre HC. Os dados obtidos foram agrupados em três categorias de primeira ordem, duas delas com uma conotação menos positiva. A categoria **HC associada a espetáculo** está de acordo com o já exposto na revisão teórica, bem como as unidades de análise subjacentes, como por exemplo: “(...) o seu maior desenvolvimento deu-se na área circense” (S.4). Através da categoria **HC percebida de forma distorcida, por vezes, quase milagrosa** verifica-se a ideia de um crédito exagerado à utilidade terapêutica da HC: “(...) que a hipnose resolve tudo” (S.1); “(...) pensa-se que a pessoa vai a uma única sessão de hipnose e resolve lá, metade da vida dela” (S.2). Lynn et al. (2020), apontam a visão sobre HC como sendo uma panaceia ou uma cura rápida, como um dos mitos comuns sobre hipnose.

A categoria de primeira ordem restante, **HC vista com interesse e curiosidade**, foi baseada nas seguintes categorias de segunda ordem: curiosidade; há pessoas interessadas e crentes; receptividade; há pessoas inicialmente céticas, mas mudam de opinião ao experienciarem o estado de H.

Analisando os dados obtidos, pode-se verificar que, de acordo com os sujeitos, ainda existe uma visão enviesada sobre HC. No entanto, grande parte da população terá uma opinião positiva, ou pelo menos, de abertura em relação à HC: “(...) há aquelas pessoas que acreditam, que acham que vai ajudar (...)” (S.1); “(...) o que eu noto é que as pessoas têm muita curiosidade” (S.8); “(...) desperta muito interesse” (S.10). Importa ainda destacar a ideia da opinião do público em geral, sobre HC, ser mais positiva do que a opinião dos colegas de classe profissional: “(...) não estão condicionadas, não estão de alguma forma sugestionadas. São mais livres para pensar por elas próprias” (S.11); “Sim,

por isso, há uma maior receptividade em relação ao público em geral” (S.11). Este conteúdo permite retirar a ideia de que o público em geral terá menos restrições do que as classes profissionais para se afastar de HC, que acaba por estar em consonância com os resultados da questão anterior. Nessa questão, sete, verificou-se que o fato dos mecanismos inerentes à hipnose não estarem bem definidos, a falta de conhecimento sobre a abordagem e a associação da mesma a má prática poderiam ser os percussores de uma visão negativa por parte dos colegas de profissão. Para o público em geral, os mecanismos de ação serão de interesse secundário e a existência de má prática também poderá ser menos reconhecida. Além disso, também não é desprovido de lógica, e está de acordo com os dados obtidos, que as pessoas não tenham problemas em assumir falta de conhecimento sobre a área: “(...) mas as pessoas não têm problemas em assumir isto” (a falta de conhecimento) (S.3).

A questão nove segue a linha das duas anteriores, pretendendo-se verificar a percepção dos sujeitos sobre a evolução da opinião, da classe profissional e público em geral, acerca da HC em Portugal. Análise dos dados obtidos permitiu a obtenção de dez categorias de primeira ordem. Duas dessas categorias são mais generalistas. Na primeira nota-se uma **evolução considerável e positiva**, destacando as unidades de análise: “(...) completamente diferente” (S.1); “(...) isto tem sido uma grande evolução” (S.10). A outra categoria tem patente que **há evolução, mas há ainda necessidade de informação e esclarecimentos sobre a temática**, devido a “(...) ideias erradas, pré-concebidas erradas” (S.3), “muito medo” (S.8), “ceticismo” (S.8), “estranheza” (S.10).

Especificamente sobre o público em geral verificam-se três categorias: **há uma evolução positiva no interesse das pessoas e na consideração da HC; evolução positiva no conhecimento das pessoas sobre HC; tem existido divulgação para o público geral**. As categorias de segunda ordem resumem a visão dos sujeitos sobre a mudança positiva ocorrida no público em geral, considerando existir um maior respeito, abertura, interesse, curiosidade e conhecimento sobre HC. Esta alteração terá alguma relação com as categorias: **mudança de mentalidade em relação à Psicologia e mudança de perfil dos pacientes de HC**, sendo uma unidade de análise exemplificativa: “tínhamos um perfil de pacientes que estava mais ligado à parte mais holística (...) agora temos pacientes mais ligados à área psicoterapêutica, de patologia clínica, etc.” (S.4).

As categorias restantes focam-se na componente profissional e académica.

Verifica-se um **reconhecimento por parte da área clínica e da área académica face à HC**, bem como um **aumento de oferta formativa**. No entanto, a **formação deficiente contribui para a falta de credibilidade e de conhecimento**.

A questão dez pretendeu averiguar um possível interesse dos sujeitos numa formação sobre HC. De uma forma geral, as respostas foram no sentido de interesse e de **valorização da formação contínua**. Para além da importância da progressão de aprendizagem, observa-se **formação em HC para aumentar o leque de ferramentas terapêuticas** como outra justificação.

A restante categoria merece destaque, por representar uma ideia demarcada das restantes: **existe uma falta de formações, não baseadas em técnicas de hipnose, mas focadas em integrar essas técnicas com abordagens psicoterapêuticas já validadas**. São exemplos de unidades de análise as seguintes: “(...) aquilo que eu sinto que há essa lacuna, é a integração (...) entre o estado hipnótico com as técnicas psicoterapêuticas com evidência científica, nomeadamente TCC, Terapia Focada nas Emoções...” (S.4); “(...) Terapia Focada nas Emoções *under hypnosis*” (S.4). Estas sugestões enquadram-se na perspetiva de Spiegel e Spiegel (2004), que pauta a hipnose como um potenciador de uma estratégia terapêutica. Especificamente sobre investigações de tratamentos combinados podem ser destacados as seguintes investigações: Ramondo et al. (2021) sobre combinação de HC com TCC; Valentine et al. (2019), também de TCC com HC, para ansiedade; Shakil (2020) que aborda a integração de HC com TCC breve; (Rotaru et al., 2016) e Klissourov (2018) para a abordagem integrada de HC para PTSD; Sine, et al. (2022) para dor e ansiedade em oncologia; Remondes-Costa, et al. (2021) para dor, ansiedade, depressão, fadiga e insónias, em oncologia; Shenefelt (2017) em dermatologia.

A questão onze pretendeu compreender, tendo em conta o atual estado da arte de HC em Portugal, qual seria o caminho que os participantes gostariam de ver implementado no futuro. Com base nos dados obtidos foram criadas três categorias de primeira ordem relacionadas com a processos de formação. Assim, verifica-se a categoria de primeira ordem - **investimento no acesso a formação de qualidade** e como unidade de análise exemplificativa: “(...) formações de hipnose sejam supervisionadas e possamos perceber os conteúdos programáticos, se estão adequados para alguém que trabalhe a saúde mental” (S.1). O levantamento efetuado pelo autor, descrito no ponto 1.2.5., sobre o estado da arte em Portugal, permitiu encontrar um curso de formação de

hipnose que exigia uma formação académica em saúde como pré-requisito.

Está presente também a ideia da HC constar do conteúdo programático universitário, na categoria **articulação com a academia na formação sobre HC**, podendo ser referidas as unidades de análise: “veria isto em faculdades de Medicina, (...) Psiquiatria, (...) Psicologia, (...) Enfermagem” (S.2); “(...) o estudante de Psicologia já deveria começar a perceber como funciona” (S.8). Sobre esta ideia, como exposto no capítulo 1.2.5. sobre o estado da arte em Portugal, o levantamento realizado pelo autor verificou que, para o curso de Psicologia, apenas uma Universidade no país apresenta uma unidade curricular sobre o tema.

Consta ainda uma ideia já exposta anteriormente: **formações direcionadas para processos integrativos com abordagens validadas**, exprimida em unidades de análise como: “(...) para deixarem o demo e comecem a perceber que nós podemos utilizar técnicas para a depressão com ferramentas hipnóticas... não quer dizer que seja só hipnose... é esta desmistificação...” (S.4); “(...) é pegar nas outras ferramentas, das outras técnicas, das outras correntes e de certa forma fazer o processo integrativo” (S.4). A categoria - **investimento na cientificidade da prática da HC** – também pode considerar-se como indo de encontro às ideias das anteriores. como para o público geral.

A última categoria de primeira ordem referente a esta questão diz respeito à **regulamentação da prática da HC e definição dos requisitos de quem a pratica**. Como exemplos de unidades discursivas observam-se: “(...) para acreditá-la mais, será importante que tanto a Ordem dos Psicólogos, como a Ordem dos Psiquiatras (*sic*) se envolvam mais neste processo de acreditação (S.1); “(...) de alguma forma, haver, como há uma ordem em relação aos psicólogos... E também há muitas associações... (S.11). O das associações já foi abordado na primeira parte deste trabalho e está de acordo com os resultados verificados. A principal ideia aqui patente será que esta diversidade de associações dificulta a uniformização de regras.

Na questão doze, pretendeu-se obter um resumo sobre HC. A opinião dos participantes tomou um sentido positivo, verificando-se a categorias de primeira ordem: **ferramenta terapêutica poderosa e versátil**. Três outras categorias, na prática servem de justificação para a primeira categoria: **processo que permite uma abordagem técnica integradora** (sendo exemplos de unidades de análise que originaram esta categoria: “(...) acho que é uma conjugação das duas coisas” (H e terapia) (S.3)”; “permite enriquecer o

processo terapêutico de uma forma integradora” (S.1); **HC é um processo terapêutico eficaz e rápido; HC é um processo terapêutico que promove a autonomia e o auto-conhecimento.**

A restante categoria **HC altamente valorizada pelos terapeutas** resultou de várias, entre as quais: HC descrita como paixão e HC descrita como um mundo a explorar. Como exemplos observam-se: “sou um apaixonado por hipnose, não pela parte dos fenómenos, não pela coisa de criar brincadeiras...” (S.4); “(...) um mundo a explorar... Um mundo...” (S.11). À partida, estas afirmações poderão parecer pouco científicas. Contudo, Alladin, et al. (2007, p.126) referem:

“Para a HC adquirir uma maior legitimidade na formação profissional, será importante que os formadores, professores, estudantes não sucumbam a um romanticismo indevido (por exemplo, demasiado ênfase na arte e em aspetos indeterminados do tratamento), nem a um cientificismo (por exemplo, limites demasiados estreitos ou limitadores relacionados unicamente com a eficácia).”

Por todo o rico o conteúdo presente nas entrevistas, os participantes do estudo parecem enquadrar-se nesta pressuposição..

III. Conclusão

O propósito deste estudo foi receber a partilha de psicólogos portugueses acerca da aplicação da hipnose na prática clínica e, por esse meio, promover a compreensão e descrição do potencial terapêutico da HC na intervenção psicológica. A investigação levada a cabo procurou ainda explorar as razões para que, em Portugal, a HC pareça ter uma relevância e utilização diminutas, tanto no domínio científico quanto em contexto psicoterapêutico. De uma forma geral, estes objetivos podem considerar-se como atingidos. No entanto, será de mencionar que, inicialmente, intencionava-se incluir profissionais sem experiência em HC, o que se verificou impossível por motivos que serão descritos nas limitações do estudo.

Para explorar uma visão sobre um assunto é premente considerar as bases conceituais que apoiam esse mesmo assuntos. Verificaram-se situações distintas. Primeiro, como já explicitado, os conceitos basilares de *hipnose* e de *Hipnose Clínica* ou hipnoterapia não são unânimes na comunidade científica, como os exemplos de Carreiro (2006), Yapko (2012), e Elkins et al. (2015). No entanto, existem definições levadas a cabo pela *Society of Psychological Hypnosis*, Divisão 30 da APA (Elkins, et al. 2015) e, como tal, foram eleitas como referência para esta investigação. À primeira vista, os dados obtidos a partir das entrevistas, tanto sobre estes conceitos, bem como sobre conceitos como *hipnotizabilidade* não eram uniformes, eram diversificados e até aparentemente contraditórios. Após uma cuidadosa e detalhada análise concluiu-se que, no caso de hipnotizabilidade, tal como constatável na literatura (Carvalho, 2012; Facco, 2022; Lynn, 2020; Yapko, 2012;), os participantes possuíam diferentes perspetivas. Estas iam desde a capacidade de colaborar no processo, a facilidade de entrar em hipnose e num estado mais ou menos profundo, até ao responder, ou não, às sugestões. No que concerne os conceitos de hipnose e de Hipnose Clínica a situação será diferente. Tal como presente em Elkins et al. (2015) observaram-se desvios e imprecisões e também uma tendência a responder de forma mais descritiva do que definidora, igualmente de acordo com o previsto por Yapko (2012). No entanto, retirando o “ruído” as respostas dos entrevistados acabaram por ir no sentido da proposta da Divisão 30 da APA (Elkins et al., 2015). Tendo este fator em consideração, poder-se-á refletir sobre uma provável tendência dos indivíduos, seja desta área ou não, ao expor um determinado assunto, ou situação, com valor pessoal. Não

será frequente uma dificuldade de dissociação de algo realmente objetivo, de outra coisa que será uma crença ou uma experiência pessoal? Concretizando, no caso dos entrevistados, será que não se verificou uma tendência para definir conceitos de acordo com a forma mais habitual como os utilizam e não da forma mais objetiva possível? Mais ainda, não estando os mecanismos de ação de hipnose bem definidos (Elkins et al., 2015), será compreensível que uma falta de um discurso de grupo uniforme, que pelo contrário aparenta inconsistência, por parte de quem pratica Hipnose Clínica possa contribuir para uma dificuldade de aceitação ou interesse da área por parte de outros profissionais.

Sobre a forma como a HC pode contribuir para a intervenção psicológica foram apresentadas várias vantagens, contudo, a característica mais relevante será a possibilidade de ser integrada, ou de utilizar técnicas hipnóticas, em modelos terapêuticos. Como exemplos, foram nomeadas Terapia Focada nas Emoções, *Hypnotherapy and Cognitive Behavior*, TCC. Durante esta dissertação foram sendo apresentados vários exemplos de investigações que contemplam uma abordagem integrativa da HC (Sine, et al., 2022; Ramondo et al., 2021; Remondes-Costa, et al., 2021; Shakil, 2020; Valentine et al., 2019; Klissourov, 2018; Shenefelt, 2017; Rotaru et al., 2016). Do lado das limitações, a ideia geral foi de serem poucas, sendo que a maioria dos participantes utiliza esta abordagem regularmente. Pode-se evidenciar situações de psicopatologia grave ou em descompensação como contra-indicações referidas, ideias pré-concebidas como um fator de resistência e a utilização de HC por pessoas sem a devida habilitação, nomeadamente formação em saúde, para o fazer. Uma das ideias mais exposta não foi a incapacidade de obtenção de resultados, mas sim os riscos inerentes a uma utilização indevida, tendo em conta as especificidades do estado hipnótico. Esta linha de pensamento verifica-se em Peebles (2018), Phillips (2022) e Yapko (2012).

Relativamente à perspectiva dos participantes sobre a forma como a HC é vista pelos colegas de profissão, de uma forma geral, a tendência foi no sentido negativo, não estando de acordo com o estudo quantitativo de Carvalho et al. (2012). Contudo, também foi transmitida a ideia de uma tendência para uma visão positiva, por parte dos psicólogos, após uma explicação sustentada cientificamente.

Sobre a opinião do público, em geral, sobre HC, a posição dos participantes seguiu a tendência de uma maior abertura, interesse e curiosidade comparativamente aos

psicólogos. No entanto, ainda existirá grande falta de conhecimento e ideias enviesadas sobre o assunto, nomeadamente no que diz respeito ao potencial clínico. Esta crença enviesada é um dos mitos de hipnose que Lynn et al. (2020) elencam.

O estudo de Carvalho et al. (2012), avaliou crenças dos profissionais de saúde acerca de hipnose. Os participantes com experiência de hipnose revelaram possuir crenças mais positivas do que aqueles que nunca passaram pela experiência (Carvalho et al., 2012). No entanto, os resultados dos inquiridos que reportaram possuir conhecimento sobre o tema foram semelhantes aos que apontavam não possuir, sendo uma das possíveis explicações a percepção do conhecimento não ser equivalente ao real conhecimento (Carvalho et al., 2012). Em Carvalho et al. (2007) e Capafons et al. (2008) também a experiência prévia com hipnose conduziu a uma visão mais positiva sobre a mesma. O relatado pelos entrevistados desta investigação também aponta que, após que uma explicação sustentada ou após a experiencição do estado, existirá uma tendência para uma maior abertura relativamente à HC. No decorrer desta dissertação foram sendo descritos estudos de HC nas áreas: Dor, Medicina Dentária, TCC e HC, Esclerose Múltipla, Obesidade, Tabagismo, SCI, PSPT, Stress, Oncologia, Depressão, Ansiedade, Dermatologia, e Desporto. Nestes mesmos estudos, verificam-se resultados que vão desde resultados prometedores, resultados encorajadores, terapia psicológica adequada, efeitos elevados desta combinação, aumenta em muito a eficiência, parece ser um tratamento efetivo, até provavelmente eficaz, muito eficaz, e eficácia bem estabelecida e empiricamente validada.

No seguimento deste raciocínio importa questionar o seguinte: será que uma maior disseminação de informação realista sobre HC (seja obtida por experiência pessoal, por via de estudos científicos ou através de alguém que demonstre conhecimento sustentado), conduzirá a uma maior abertura e menos receio por parte dos profissionais de saúde e do público, em geral, sobre HC? Importa ainda colocar outra questão. Os entrevistados apontam receio de julgamento negativo por parte da classe profissional, bem como falta de abertura da mesma relativamente à HC. Caso a maioria dos profissionais de saúde tivesse um maior conhecimento sobre a área, não haveria uma maior abertura e um menor julgamento negativo?

Continuando ainda o raciocínio, pelo prisma dos praticantes de HC teria de haver

uma maior divulgação e uma uniformização de discurso tendo em vista um aumento geral de conhecimento sustentado, apontado à falta de regulamentação que foi sendo exposta durante as entrevistas. Ora, para esta poder ser estabelecida e a questão poder ser discutida, também se torna necessário haver um conhecimento sustentado e uniformidade de discurso por parte das entidades reguladoras. A OPP (2008) considera Hipnose como uma técnica ou ferramenta de intervenção, enquanto que o CP (2018) aponta como principalmente uma psicoterapia. Não se verifica consonância pelas duas maiores representantes de saúde mental portuguesa. Da mesma forma, não foi encontrada grande quantidade de informação sobre o assunto no site destas entidades, nem tão pouco ofertas formativas específicas. Por outro lado, de acordo com o levantamento efetuado pelo autor, a maioria da oferta de formação de HC é privada e, embora não tenha sido possível a verificação de todos os casos, há entidades formadoras de hipnoterapeutas que não exigem nenhuma graduação em saúde.

Além disso, esta oferta formativa não tem de, necessariamente, cingir-se a capacitar profissionais para utilizar HC. Formações com informação básica, mas cientificamente sustentada, com explicações sobre o fenómeno, indicações, contra-indicações, etc. não seriam um passo importante na mudança do paradigma? Tomando como exemplo, os estudantes de Psicologia e de Psiquiatria. Estes grupos terão um acesso limitado a uma aprendizagem académica sobre o assunto. Será que, antes mesmo de iniciarem o seu percurso profissional, ainda enquanto estudantes, já recebem informação enviesada sobre HC.? Que impacto é que essa informação terá na forma como esses futuros psicólogos e psiquiatras verão a HC? De acordo com os resultados das entrevistas e do estudo de Carvalho (2012), já terá ocorrido uma mudança positiva no sentido de maior conhecimento sobre HC, mas ainda existirá bastante ignorância e enviesamentos.

Apesar de o relato dos participantes apontar para a HC como integrante de um processo psicoterapêutico, o que foi mais evidenciado não foi a incapacidade de obtenção de resultados positivos por parte dos “hipnoterapeutas”. Pelo contrário, também existiu a menção de eficácia de resultados para procedimentos específicos, como sintomas. No mesmo seguimento, Lynn et al. (2019, p. 498) indicam que “a hipnose é efetiva de forma isolada ou, como mais comumente uma técnica auxiliar (...)” O maior problema apontado pelos participantes foram os riscos inerentes a uma terapia, baseada num estado modificado de consciência, por quem não terá conhecimento para o fazer, que vão no

sentido do exposto em Phillips (2022), Peebles (2018), Eimer (2012), Yapko (2012).

Apesar do já exposto sobre carência de regulamentação, não existirá uma via alternativa? Especificamente sobre a aprendizagem profissional de HC, em Portugal, existem várias escolas que permitem a aprendizagem de HC, com cursos de longo termo, cujos alunos são, tanto profissionais de saúde, bem como pessoas sem qualquer base na área. Partindo do princípio de que mesmo pessoas sem base de saúde, com formações deste género, ficam capacitados com ferramentas para atingirem resultados, nomeadamente sintomáticos, e como não terão conhecimento suficiente para ter consciência da sua própria falta de conhecimento ou para considerar possíveis riscos, porque não haveriam de o fazer se não existe nenhuma lei que o impeça? E como poderia haver? Nesse caso, as terapias alternativas também teriam de ser proibidas. E porque é que o público em geral não iria procurar um “hipnoterapeuta” se, de acordo com os resultados, a hipnose está a ficar mais conceituada (seja por mérito próprio, seja por crenças irrealistas no potencial terapêutico)? Como verificado nas entrevistas, vários psicólogos que utilizam hipnose têm receio do julgamento por parte dos colegas. Assim, pode-se colocar a hipótese de ser mais fácil encontrar um “hipnoterapeuta”, que não tem receio em publicitar-se, do que um psicólogo que utiliza HC. Como exemplos sugere-se a seguinte pesquisa no *Google*: *hipnose Portugal* ou *hipnose formação Portugal*.

Em vez de apenas se tentar impedir estas práticas, não haveria outra abordagem complementar? Com efeito, foi sugerido pelos entrevistados a inclusão da aprendizagem de HC nos cursos de saúde ou associados a ordens profissionais. De acordo com Carvalho et al. (2012) “os resultados deste estudo alertam para a necessidade de incluir informação e eventualmente treino de hipnose na formação dos profissionais de saúde.” Margato (2014, p. 151) também vai nesse sentido: “Também em Portugal, a cadeira de hipnose deve (...) aprender-se nas Faculdades de Medicina e de Psicologia e até de Filosofia, pois deve fazer parte dos estudos da mente humana, nos mesmos cursos especializados, como se faz noutros países desenvolvidos.”

O estudo de Carvalho et al. (2007), com uma amostra de população portuguesa, indica que os participantes que já tinham uma experiência prévia de hipnose obtiveram resultados mais elevados no grupo de fatores associados a uma visão mais positiva e

cooperante em relação à hipnose. Um estudo espanhol, semelhante, Capfons et al. (2008), com uma amostra mais diversificada, alcançou resultados similares.

Caso os profissionais de saúde, nomeadamente os psicólogos, deixassem de temer o julgamento por parte dos colegas e a prática de HC começasse a ser associada, de forma geral, a cursos de saúde, nomeadamente à Psicologia, não haveria uma tendência de o público geral começar a procurar esses profissionais em detrimento dos outros, quase como um processo de seleção natural? Ou seja, a médio-longo prazo, não seria um caminho mais produtivo, em vez de apenas tentar-se limitar certas práticas, atrair para a Psicologia os clientes dessas práticas?

A riqueza de dados tornou inviável, por questões formais, a análise e apresentação dos resultados das entrevistas realizadas aos profissionais que não utilizam hipnose, sendo essa uma limitação do estudo. Outra das limitações será o fato de os participantes serem todos psicólogos, não incluindo psiquiatras, como se pretendia inicialmente. Apesar de os resultados poderem indiciar uma saturação de respostas em algumas categorias, o número de participantes também não confere uma margem de segurança equivalente à margem de um estudo quantitativo. Contudo, este trabalho permitiu explorar e constatar a dificuldade conceptual associada à hipnose. Por outro lado, também permitiu colocar a questão: será que essa variabilidade conceptual será, na realidade, menor do que à partida aparenta ser? Será que parte dessa dificuldade não residirá na não existência de conhecimento sustentado sobre a hipnose em si, mas sim, numa imprecisão e carência de objetividade, por parte de quem aborda o assunto, por fatores como tendência para associar pontos de vista, experiências pessoais, e abordagem profissional que irão conduzir a uma falta de padronização discursiva e concetual? Da mesma forma, conseguiu explorar as ideias que estarão subjacentes aos receios e enviesamentos relacionados com a área. Permitiu ainda investigar a temática da regulamentação da área. Como sugestões de investigações futuras, importará alargar os participantes deste estudo, incluindo psiquiatras e profissionais de saúde mental sem experiências em HC. Não foi especificamente colocada a hipótese dessa falta de conhecimento e enviesamento ter como origem principal os cursos de formação base. Dessa forma, seria ainda interessante o desenvolvimento de um estudo quantitativo, como o de Carvalho et. al (2012), sobre a avaliação de crenças dos profissionais de saúde acerca de hipnose, exclusivamente ao corpo docente da área de Psicologia.

Enquanto estudante de Psicologia Clínica e da Saúde, esta investigação permitiu obter uma maior consciencialização sobre a utilidade de métodos de pesquisa qualitativos, bem como uma noção da curva de aprendizagem necessária para uma aplicação eficiente dos mesmos. O primeiro grande desafio foi a pesquisa teórica. Foi necessário fazer um processo de filtragem, dos estudos sobre HC que apresentam evidências minimamente sólidas, que se verificou abranger inúmeras áreas da saúde. O segundo grande desafio foi a recolha de dados através de entrevistas, que, sendo semiestruturadas, poderão ser menos limitativas, mas também exigem um maior esforço de gestão. A análise e categorização do conteúdo obtido foi o terceiro grande desafio, tendo em conta não apenas a quantidade dos mesmos, mas também a aparente variabilidade encontrada.

Que estes e demais desafios enfrentados ao longo deste estudo contribuíssem para o esclarecimento do potencial terapêutico da Hipnose Clínica em Psicologia era o meu propósito pessoal. Hoje estou certo de que, uma vez realizado, este trabalho propiciou o meu crescimento como futuro psicólogo.

IV. Referências Bibliográficas

- Acunzo, D. J., & Terhune, D. B. (2019). A critical review of standardized measures of hypnotic suggestibility. *PsyArXiv Preprints*, 69(1), 50-71. <https://doi.org/10.1080/00207144.2021.1833209>
- Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 147-166. <https://doi.org/10.1080/00207140601177897>
- Alladin, A., Sabatini, L., & Amundson, J. K. (2007). What should we mean by empirical validation in hypnotherapy: evidence-based practice in clinical hypnosis. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*, 55(2), 115–130. <https://doi.org/10.1080/00207140601177871>
- Antiseri, D., & Gava, G. (1983). *Un'introduzione all'epistemologia contemporanea*. CLEUP.
- Assen, A. (2012). Cognitive Hypnotherapy for Major Depressive Disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(4), 275-293, <https://doi.org/10.1080/00029157.2012.654527>
- Bachner-Melman, R., & Lichtenberg, P. (2001). Freud's relevance to hypnosis: a reevaluation. *The American journal of clinical hypnosis*, 44., 37-50. <http://dx.doi.org/10.1080/00029157.2001.10403454>.
- Barnes, J., McRobbie, H., Dong, C. Y., Walker, N., & Hartmann-Boyce, J. (2019). Hypnotherapy for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001008.pub3>
- Barret, D. (2006). Hypnosis in film and television. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49, 13-30. <http://dx.doi.org/10.1080/00029157.2006.10401549>
- Bissonnette, J., Dumont, E., Pinard, A., Landry, M., Rainville, P., Ogez, D. (2022). Hypnosis and music interventions for anxiety, pain, sleep and well-being in palliative care: systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2022-003551>

- Blunsden, S. (2011). Brief psychotherapy utilizing hypnosis to reduce negative emotions triggering a stress response, exacerbating a chronic skin complaint—Lichensclerosus of the vulva. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 38(2), 166–180. http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/journal/AJECH_Vol38.39_No1.2_NovMay_Ch7.pdf
- Braid, J. (1843). *Neurypnology or the rationale of nervous sleep considered in relation with animal magnetism*. http://dolphinpower.eu/pdf/James_Braid_Neurypnology.pdf
- Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88. https://www.researchgate.net/publication/28070584_Hipnosis_clinica_una_vision_cognitivo-comportamental
- Capafons, A., Mendoza, M., Espejo, B., Green, J., Pires, C., Selma, M., Flores, D., Morariu, M., Cristea, I., David, D., Pestana, J., & Carvalho, C. (2008). Attitudes and beliefs about hypnosis: A multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25, 141 - 155. <http://dx.doi.org/10.1002/ch.359>.
- Carreiro, A. (2006). *Hipnose e Psicoterapia Etiologia e Praxis*. Fiuza.
- Carvalho, C. (2012). *O Essencial sobre a Hipnose: teorias, mitos, aplicações e investigação*. Edições ISPA.
- Carvalho, C., Capafons, A., Kirsch, I., Espejo, B., Mazzoni, G. & Leal, I. (2007). Factorial analysis and psychometric properties of the revised Valencia Scale of Attitudes and Beliefs Towards Hypnosis – Client Version. *Contemporary Hypnosis*. 24, 76-85. <https://doi.org/10.1002/ch.332>.
- Carvalho, C., Mazzoni, G., Kirsch, I., & Leal, I. (2006). Apresentação da versão portuguesa de uma escala de avaliação da susceptibilidade hipnótica, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1): 3 – 11. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36270101>
- Carvalho, C., Morais, V, Viegas, T, & Coelho, S. (2012). Crenças acerca da hipnose: comparação entre grupos de profissionais de saúde e a importância da experiência. Em *Psicologia da Saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas*, ed. J.L. Pais Ribeiro, I. Leal, A. Pereira & S. Monteiro, 69 – 76. Placebo Editora.

- Cassiani, S. B., Caliri, M. H. L., & Pelá, N. T. R. (1996). A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 4(3), 75-88. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691996000300007>
- Chertok, L., & Stengers, I. (1992). *A Critique of Psychoanalytical Reason: Hypnosis as a Scientific Problem from Lavoisier to Lacan*. Stanford University Press.
- Clark, E. (2015). *The effectiveness of hypnotherapy in treating multiple sclerosis*. <https://mindbasedhealing.org/wp-content/uploads/2017/10/ms-hypnotherapy-study-evaluation-clark.pdf>
- Coelho, H., Canter, P., & Ernst, E. (2007). The effectiveness of hypnosis for the treatment of anxiety: a systematic review. *Primary Care and Community Psychiatry*, 12(2), 49-63.
- Colégio de Psiquiatria (2020, Janeiro 24). *Criação da Competência em Técnicas de Hipnose Clínica*. <https://ordemosmedicos.pt/criacao-da-competencia-em-tecnicas-de-hipnose-clinica/>
- Cowen, L. (2016). Literature review into the effectiveness of hypnotherapy. *Australian Counselling Research Journal*, 10, 1--55. https://www.acrjournal.com.au/resources/assets/journals/Volume-10-Issue-1-2016/V10_I1_Leon_Cowen_1-55.pdf
- Dantas, C. C., Leite, J. L., Lima, S. B. S., & Stipp, M. A. C. (2009). Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 17(4), 573-579. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000400021>
- Delaitre, L., Denis, J., & Maillard, H. (2020). Hypnosis in treatment of atopic dermatitis: a clinical study. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*, 68(4), 412–418. <https://doi.org/10.1080/00207144.2020.1788391>
- Donnet, A. S., Hasan, S. S., & Whorwell, P. J. (2022). Hypnotherapy for irritable bowel syndrome: patient expectations and perceptions. *Therapeutic advances in gastroenterology*, 15. <https://doi.org/10.1177/17562848221074208>
- Edmonston, W. E. (1986). *The Induction of Hypnosis*. John Wiley & Sons.
- Egas, M. (1977). *O Abade Faria na história do hipnotismo*. Editorial Vega.

- Eimer, B. N. (2012). Inadvertent adverse consequences of clinical and Forensic hypnosis: minimizing the risks. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 55(1), 8-31, <https://doi.org/10.1080/00029157.2012.686071>
- Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: the revised APA Division 30 definition of hypnosis. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*, 63(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/00207144.2014.96187>
- Facco, E. (2022) Hypnosis and Hypnotic ability between old beliefs and new evidences: an epistemological reflection. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 64(1), 20-35. <https://doi.org/10.1080/00029157.2020.1863181>
- Felix, M., Ferreira, M., Oliveira, L., Barichello, E., Pires, P. & Barbosa, M. (2018). Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: A randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 26. <http://doi.org/10.1590/1518-8345.2850.3101>.
- Felizola, M., & Ferreira, R. (2012). "Teoria Fundamentada em Dados". Uma experiência metodológica "Grounded Theory" a methodological experience. 7-19.
- Fernandez, A., Urwicz, L., Vuilleumier, P., & Berna, C. (2022). Impact of hypnosis on psychophysiological measures: A scoping literature review. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 64. 36-52. <https://doi.org/10.1080/00029157.2021.1873099>.
- Fisch, S., Brinkhaus, B., & Teut, M. (2017). Hypnosis in patients with perceived stress - a systematic review. *BMC complementary and alternative medicine*, 17(1), 323. <https://doi.org/10.1186/s12906-017-1806-0>
- Flick U. (2014). *The sage handbook of qualitative data analysis*. SAGE.
- Ford, A. C. , Quigley, E. M., Lacy, B. E., Lembo, A. J., Saito, Y. A., Schiller, L. R., Soffer, E. E., Spiegel, B. M., Moayyedi, P. (2014). Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in 30 irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Gastroenterology*, 109(9), 1350-6135. <https://doi.org/10.1038/ajg.2014.148>
-
- Freud, S. (1989). Introductory lectures on psycho-analysis: Part III. General Theory of the Neuroses. Strachey, J. (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Part III, pp. 301-576). Hogarth Press.

- Fuhr, K., Meisner, C., Broch, A., Cyrny, B., Hinkel, J., Jaberg, J., Petrasch, M., Schweizer, C., Stiegler, A., Zeep, C., & Batra, A. (2021). Efficacy of hypnotherapy compared to cognitive behavioral therapy for mild to moderate depression - Results of a randomized controlled rater-blind clinical trial. *Journal of affective disorders*, 286, 166–173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.0>
- Gillan, Carolyn. (2021). Review article: the effectiveness of group and self-help hypnotherapy for irritable bowel syndrome and the implications for improving patients' choice and access to treatment. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 54. 10.1111/apt.16623.
- Glazer, D. (2001). Hypnosis in dentistry. In Burrows, G., Stanley, R. & Bloom, P. (Eds.), *International Handbook of Clinical Hypnosis* (pp. 285-298). John Wiley and Sons.
- González-Ramírez, E., Montoya, T., García-Vega, M., Hart, C. & Zavala-Norzagaray, A., & Ley-Quiñónez, C. (2017). Effectiveness of hypnosis therapy and Gestalt therapy as depression treatments. *Clínica y Salud*, 28. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.001>.
- Haupt, A., Rosenbaum, D., Fuhr, K., Giese, M., Batra, A., & Ehlis, A. C. (2022). The effects of hypnotherapy compared to cognitive behavioral therapy in depression: a NIRS-study using an emotional gait paradigm. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 272(4). <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01348-7>
- Halama, P. (1994). Sigmund Freud's attitude towards hypnosis. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 10(2), 123-145. <http://dx.doi.org/10.1080/00029157.2001.10403454>
- Haley, J. (1986). *Uncommon therapy*. W.W. Norton & Company.
- Hartland, J. (1971). *Medical and dental hypnosis*. Baillière Tindall.
- Hayat, S., Abderrahmane, A., & Karim F. (2022). The effect of hypnosis on the intensity of pain and anxiety in cancer patients: a systematic review of controlled experimental trials. *Cancer Investigation*, 40(3), 235-253, <https://doi.org/10.1080/07357907.2021.1998520>
- Hetterich, L., & Stengel, A. (2020). Psychotherapeutic Interventions in Irritable Bowel Syndrome. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00286>.

- Hoekman, D. R., Vlieger, A. M., Stokkers, P. C., Mahhmod, N., Rietdijk, S., de Boer, N. K., de Meij, T. G., Frankenhuis, C., D'Haens, G. R., & Benninga, M. A. (2021). Hypnotherapy for irritable bowel syndrome-type symptoms in patients with quiescent inflammatory bowel disease: a randomized, controlled trial. *Journal of Crohn's & Colitis*, *15*(7), 1106–1113. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaa241>
- Huet, A., Lucas-Polomeni, M. M., Robert, J. C., Sixou, J. L. & Wodey, E. (2011). Hypnosis and dental anesthesia in children: a prospective controlled study. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*, *59*(4), 424-40. <http://dx.doi.org/10.1080/00207144.2011.594740>
- Keara, E. V., Leonard, S. M., Lauren, J. C.. & Caitlin, L. M. (2019). The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: a meta-analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *67*(3), 336-363. <https://doi.org/10.1080/00207144.2019.1613863>
- Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments--another meta-reanalysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*(3), 517–519. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.3.517>
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioural psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*(2), 214–220. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.2.214>
- Klissourov, G. (2018). *Meta-analysis of the effectiveness magnitude of hypnosis on posttraumatic stress disorder treatment* [Tese de Doutorado, Walden University]. Walden Dissertations and Doctoral Studies. <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=7333&context=dissertations>
- Krippner, S. (2001). Introdução: boas vindas à Hipnose Clínica. In McIntyre, T., Maia, A. C. & Silva, C. F. (Eds), *Hipnose Clínica: Uma Abordagem Científica* (pp. 21-32). Bial.
- Krouwel, M., Farley, A., Greenfield, S., Ismail, T., & Jolly, K. (2021). Systematic review, meta-analysis with subgroup analysis of hypnotherapy for irritable bowel syndrome, effect of intervention characteristics. *Complementary therapies in medicine*, *57*. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102672>

- Krouwel, M., Jolly, K., & Greenfield, S. (2017). What the public think about hypnosis and hypnotherapy: A narrative review of literature covering opinions and attitudes of the general public 1996-2016. *Complementary therapies in medicine*, *32*, 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.04.002>
- Kluft, R. P. (2018). Freud's rejection of hypnosis, Part 1: The genesis of a rift. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *60*(4), 307–323.
- Labate, B. & Sena, W. (1998). *O Uso Ritual da Ayahuasca*. Mercado de Letras.
- Langlois, P., Perrochon, A., David, R., Rainville, P., Wood, C., Vanhauzenhuyse, A., Pageaux, B., Ounajim, A., Lavallière, M., Debarnot, U., Luque-Moreno, C., Roulaud, M., Simoneau, M., Goudman, L., Moens, M., Rigoard, P., & Billot, M. (2022). Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *135*. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104591>
- Li, Z., & Li, S. X. (2022). The Application of Hypnosis in Sports. *Frontiers in psychology*, *12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.771162>
- Lopes, J., Teixeira, M., & Moreira, A. (2020). Hypnosis for the treatment of chronic refractory pruritus. *International journal of dermatology*, *59*(8), 300–301. <https://doi.org/10.1111/ijd.14908>
-
- Lourmière, G., Lacroix, A., Girard, M., & Nubukpo, P. (2022). Comparison of withdrawal symptom intensity between hypnosis and nicotinereplacement-therapies: a pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *64*(3), 263-276, <https://doi.org/10.1080/00029157.2021.1877105>
- Lua, P. L, Roslim, N. A., Ahmad, A., Mansor, M., Aung, M. M. T., & Hamzah, F. (2021). Complementary and alternative therapies for weight Loss: a narrative review. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine* *26*. <https://doi.org/10.1177/2515690X211043738>.
- Lynn, S. J., Green, J. P., Polizzi, C. P., Ellenberg, S., Gautam, A., & Aksen, D. (2019). Hypnosis, hypnotic phenomena, and hypnotic responsiveness: Clinical and Research Foundations-A 40-Year Perspective. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*, *67*(4), 475–511. <https://doi.org/10.1080/00207144.2019.1649541>

- Lynn, S., Kirsch, I., Terhune, D., & Green, J. (2020). Myths and misconceptions about hypnosis and suggestion: separating fact and fiction. *Applied Cognitive Psychology*, 34. <http://dx.doi.org/10.1002/acp.3730>
- Maresca, G., Nocito, V., Lo Buono, V., Latella, D., Di Cara, M., Formica, C., Carnazza, L., Sessa, E., Bramanti, P., & Corallo, F. (2022). Hypnotherapy as a Nonpharmacological Treatment for the Psychological Symptoms of Multiple Sclerosis. *Alternative therapies in health and medicine*, 18. <http://www.alternative-therapies.com/abstract/index.html?id=46075>
- Margato (2014). *Hipnotismo: comprender como funciona*. Media XXI: Formalpress.
- Marto, J. M., & Simões M. P. (2013). *Hipnose Clínica: teoria, pesquisa e prática*. Lisboa, Lidel.
- McKittrick, M. L., Connors, E. L., & McKernan, L. C. (2021). Hypnosis for Chronic Neuropathic Pain: A Scoping Review. *Pain medicine*, 23(5). <https://doi.org/10.1093/pm/pnab320>
- Mendo, A. H., Giralt, J. E. D., Motta, M. F., & Carranque-Chaves, G. (2017). Eficacia de la hipnosis en Psicología del deporte. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 17(3) 73-94. <https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v17n3/art07.pdf>
- Mendoza, M. E., & Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 98-116. <https://www.papelesdelPsicólogo.es/pdf/1699.pdf>
- Milling, L. S., Gover, M. C., & Moriarty, C. L. (2018). The effectiveness of hypnosis as an intervention for obesity: a meta-analytic review. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 5(1), 29–45. <https://doi.org/10.1037/cns0000139>
- Milling, L. S., Valentine, K. E., LoStimolo, L. M., Nett, A. M., & McCarley, H. S. (2021). Hypnosis and the Alleviation of Clinical Pain: A Comprehensive Meta-Analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 69(3), 297-322. <http://dx.doi.org/10.1080/00207144.2021.1920330>
- Milling, L. S., Valentine, K. E., McCarley, H. S., & LoStimolo, L. M. (2019). A Meta-Analysis of Hypnotic Interventions for Depression Symptoms: High Hopes for Hypnosis?

American Journal of Clinical Hypnosis, 61(3), 227-243,
<https://doi.org/10.1080/00029157.2018.1489777>

Montgomery, G. H., Schnur, J. B., & David, D. (2011). The impact of hypnotic suggestibility in clinical care settings. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(3), 294–309. <https://doi.org/doi:10.1016/j.concog.2005.04.005>

Neubern, M. (2004). *Complexidade e Psicologia clínica: Desafios epistemológicos*. Plano.

Neubern, M. (2004). Hipnose e Psicologia clínica: problemas clínicos, epistemológicos e históricos. *Universitas: Ciências da Saúde*, 2. <http://dx.doi.org/10.5102/ucs.v2i1.522>.

Neubern, M. (2009). Hipnose e dor: proposta de metodologia clínica e qualitativa de estudo. *Psico-usf*, 14(2). <https://doi.org/10.1590/S1413-82712009000200009>

Oliveira, N. H., & Benetti, S. P. C. (2015). Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), 125-138. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672015000300010&lng=pt&tlng=pt.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2014, Agosto). *Parecer sobre Hipnose*. https://recursos.ordemdosPsicólogos.pt/files/artigos/parecer_sobre_hipnose.pdf

Paine, P. (2021). Review article: current and future treatment approaches for pain in IBS. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 54, 75-88. <https://doi.org/10.1111/apt.16550>.

Pates, J. (2021). Clutch-based hypnotic intervention to improve golf performance: a case study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 69(2), 246-252, <https://doi.org/10.1080/00207144.2021.1839901>

Peebles M. J. (2018). Harm in hypnosis: three understandings from psychoanalysis that can help. *The American journal of clinical hypnosis*, 60(3), 239–261. <https://doi.org/10.1080/00029157.2018.1400811>

Pellegrini, M., Carletto, S., Scumaci, E., Ponzio, V., Ostacoli, L., & Simona, B. (2021). The use of self-help strategies in obesity treatment. A narrative review focused on hypnosis and mindfulness. *Current Obesity Reports*, 10. <https://doi.org/10.1007/s13679-021-00443-z>.

- Pemberton, L., Kita, L., & Andrews, K. (2020). Practitioners' experiences of using gut directed hypnosis for irritable bowel syndrome: perceived impact upon client wellbeing: a qualitative study. *Complementary therapies in medicine*, 55. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102605>
- Phillips, W., Price, J., Molyneux, P. D., & Deeley, Q. (2022). Hypnosis. *Practical neurology*, 22(1), 42–47. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2020-002839>
- Pinto, C. (2012, Junho). A teoria fundamentada como método de pesquisa. Comunicação apresentada em XII Seminário Internacional em Letras.
- Qureshi, A. A., Awosika, O., Baruffi, F., Rengifo-Pardo, M., & Ehrlich, A. (2019). Psychological Therapies in Management of Psoriatic Skin Disease: A Systematic Review. *American journal of clinical dermatology*, 20(5), 607–624. <https://doi.org/10.1007/s40257-019-00437-7>
-
- Ramondo, N., Gignac, G. E., Pestell, C. F., & Byrne, S. M. (2021). Clinical hypnosis as an adjunct to cognitive behavior therapy: an updated meta-analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 69(2), 169-202, <https://doi.org/10.1080/00207144.2021.1877549>
- Remondes-Costa, S., Magalhães, F., Martins, L., Louro A., Santos M. & Pereira, M. G. (2021) Applications of hypnosis in psycho oncology: a review of the literature. *Análise Psicológica* 39(2), 263-275. <https://doi.org/10.14417/ap.1859>
- Rodrigues, M. (2011). O tratamento e análise de dados. In Silvestre, Hugo Consciência; Araújo, Joaquim Filipe Cap. IX de Metodologia para a Investigação Social. Lisboa: Escolar Editora. p. 179-230. ISBN 9789725923290
- Rossi, E., & Rossi, K. (2008). *A nova neurociência da psicoterapia, hipnose terapêutica e reabilitação: Um diálogo criativo com nossos genes.*
- Rotaru, T. & Rusu, A. (2016). A meta-analysis for the efficacy of hypnotherapy in alleviating PTSD symptoms. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64(1). <https://doi.org/116-136>, 10.1080/00207144.2015.1099406 p 131
- Ruan, Q. Z., & Chen, G. H. (2022). Hypnosis as a therapy for chronic lower back pain. *Current pain and headache reports*, 26(1), 65–71. <https://doi.org/10.1007/s11916-022-01004-2>

- Rubin, C. E. (2017). Entre a neuropatologia de Charcot e a Psicologia de Bernheim: considerações sobre a hipnose nos primórdios da pesquisa freudiana. *Natureza humana*, 19(1), 102-127. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302017000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Santos, S. A., Gleiser, R., & Ardenghi, T. M. T. (2019). Hypnosis in the control of pain and anxiety in pediatric dentistry: a literature review. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 67. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-86372019000333602>
- Shakil M. (2020). Integration of hypnotherapy with brief cognitive behaviour therapy (CBT) for treatment of depression. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(4), 719–723. <https://doi.org/10.5455/JPMA.23735>
- Shenefelt, P. D. (2017). Use of hypnosis, meditation, and biofeedback in dermatology. *Clinics in dermatology*, 35(3), 285–291. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.01.007>
- Silva, C. (2019). Da hipnose à interpretação: aspectos da gênese e evolução de uma prática. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003176272>
- Silva, J. J., Silva J., Souza, L. S., Sá-Caputo, D., Cortez, C. M., Paineiras-Domingos, L. L. & Bernardo-Filho, M. (2022). Effectiveness of hypnosis on pain and anxiety in dentistry: narrative review. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 65(2), 87-89. <https://doi.org/10.1080/00029157.2021.2005528>
- Simons, D., Potter, C., & Temple, G. (2007). *Hypnosis and communication in dental practice*. Quintessence.
- Sine, H., Achbani, A., & Filali, K. (2022). The Effect of Hypnosis on the Intensity of Pain and Anxiety in Cancer Patients: A Systematic Review of Controlled Experimental Trials. *Cancer investigation*, 40(3), 235–253. <https://doi.org/10.1080/07357907.2021.1998520>
- Spiegel, E. B., Baker, E. L., Daitch, C., Diamond, M. J., & Phillips, M. (2019). Hypnosis and the therapeutic relationship: relational factors of hypnosis in psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 62(1-2), 118–137. <https://doi.org/10.1080/00029157.2019.1599319>

- Spiegel, H., & Spiegel, D. (2004). *Trance and treatment. Clinical uses of hypnosis*. (2nd ed.). American Psychiatric Publishing.
- Tefikow, S., Barth, J., Maichrowitz, S., Beelmann, A., Strauss, B., Rosendahl, J. (2013). Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical psychology review*, 33(5), 623–36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.03.005>.
- Thompson, T., Terhune, D. B., Oram, C., Sharangparni, J., Rouf, R., Solmi, M., Veronese, N., Stubbs, B. (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief: a systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neuroscience Biobehavioral Review*, 99, 298–310. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.02.013>
- Thornberg, R. & Charmaz, K. (2014). Grounded theory and theoretical coding. Em Flick U. (Ed.), *The sage handbook of qualitative data analysis*. (pp. 153 – 169). SAGE.
- Trumm, A. (2018). *Effectiveness of hypnotherapy in anxiety disorders: a systematic review*. [Master's Thesis, Middlesex University]. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.33559.32169>
- Unestahl, L. (2018). Alert, eyes-open sport hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61, 159-172. <https://doi.org/10.1080/00029157.2018.1491387>
- Valentine, K. E., Milling, L. S., Clark, L. J., & Moriarty, C. L. (2019). The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: A meta-analysis . *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67(3), 336–363. <https://doi.org/10.1080/00207144.2019.1613863>
- Williamson, A. (2012). History of hypnosis. In Brann, L., Owens, J. & Williamson, A. (Eds.), *The handbook of contemporary clinical hypnosis* (pp. 31-40). Willey-Blackwell.
- Witty, M. (2007). Client-Centered Therapy. In Kazantzis, N., & L'Abate, L. (Eds.). (2007). *Handbook of homework assignments in psychotherapy. Research, practice, prevention*. (pp. 35-50). Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-29681-4>
- Wolf, T., Faerber, K., Rummel, C., Halsband, U. & Campus, G. (2022). Functional changes in brain activity using hypnosis: a systematic review. *Brain Sciences*, 12(1). <https://doi.org/10.3390/brainsci12010108>

- Wood, C., & Bioy, A. (2008). Hypnosis and pain in children. *Journal of Pain Symptom Manage*, 35(4), 437-46. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.05.009>
- Yapko, M. D. (2010). Hypnosis in the treatment of depression: an overdue approach for encouraging skillful mood management. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*, 58(2), 137–146. <https://doi.org/10.1080/002071409035231>
- Yapko, M. D. (2012). *Trancework: an introduction to the practice of clinical hypnosis*. Routledge.
- Zeig, J. (1983). *Os seminários didáticos de Psicanálise de Milton Erickson (26-32)*. In Zeig, J. (Ed.), Imago Editora LTDA.

V. Anexos

Anexo A

Hipnose Clínica: aplicações em psicoterapia. Um estudo qualitativo junto de profissionais portugueses.

Toda a informação obtida através deste questionário é anónima e confidencial e tem apenas o propósito de ser analisada para fins de investigação. Agradeço a sua colaboração.

Questionário sociodemográfico

1. Sexo: Masculino ____ Feminino ____

2. Idade: ____

3. Profissão

 Psicólogo____ Psiquiatra____

4. Habilitações Literárias:

 Licenciatura__ Mestrado__ Doutoramento __

5. Tempo de exercício da profissão _____ (anos)

 6. Tempo de utilização de Hipnose Clínica como parte integrante da prática
 clínica____ (anos) Não aplicável____

Anexo B

Guião de entrevista semiestruturada

Hipnose Clínica: aplicações em psicoterapia. Um estudo qualitativo junto de profissionais portugueses.

Pede-se que responda a todas as perguntas de forma sincera. Não há respostas certas ou erradas. Toda a informação obtida através desta entrevista é anónima e confidencial e tem apenas o propósito de ser analisado para fins de investigação. Agradeço a sua colaboração.

1. Na sua opinião, como definiria Hipnose? E como definiria a área de intervenção, habitualmente designada, como Hipnose Clínica (HC)?
2. Utiliza HC na sua prática regular? A HC, já fez ou faz parte, da sua intervenção, enquanto terapeuta?
 - 2.1. Seria possível falar sobre o seu percurso no domínio da HC? Como começou, como se desenvolveu...?
 - 2.2. Especializou-se em alguma abordagem específica de Hipnose Clínica?
 - 2.3. Tendo em conta a sua prática psicoterapêutica, de que forma integra a HP na sua intervenção clínica? (especificar se necessário: que peso tem esta linha de intervenção na sua prática regular?)
3. Seria possível explorarmos o tema dos critérios necessários para considerar a HC como resposta terapêutica adequada? (se necessário especificar áreas de aplicação, escolha de casos exemplificativos)
4. O que lhe sugere o tema do nível de hipnotizabilidade do cliente? (se necessário especificar....).
5. Na sua opinião, que vantagens e que limitações podem ser associadas à HC?
6. No que diz respeito à Hipnose Clínica, qual é a sua opinião sobre o estado da arte em Portugal? (tanto em termos de formações, como de utilização em contexto clínico?).
7. Tendo em conta a sua experiência qual é a sua perspetiva sobre a opinião da generalidade dos terapeutas que conhece, acerca da HC?
(Como se sente quando a Hipnose Clínica é abordada em conversa? Se adequado)
8. Quando considera o público nacional, em geral, qual é a sua opinião sobre a forma como a Hipnose Clínica é vista / percebida / entendida? (Especificar...O que poderá explicar esta visão?)

9. Numa perspetiva temporal, qual acha que tem sido a evolução destas opiniões (terapeutas e público em geral) nos últimos anos?
10. Se lhe fosse oferecida uma oportunidade de formação neste domínio, seria algo atrativo para si?
11. No que respeita à prática de Hipnose Clínica, e face ao atual estado da arte em Portugal, qual seria o caminho que gostaria de ver implementado no futuro? (mudanças, complementos, sugestões...).
12. De que forma sumaria ou resumiria, o que pensa acerca da Hipnose Clínica?

Anexo C

Parecer da Comissão de ética



Universidade Fernando Pessoa

*Das embelezamentos à alma e
orientador(a.)*

Prof
17.01.2022

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Pedro Reis
Diretor da FCHS

Nº	Data
FCHS/PSC – 245/21	13 de Janeiro de 2022

Exmo. Senhor Professor Doutor,

A Comissão de Ética apreciou o projeto de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, apresentado por José Eduardo de Meneses Dias Pinheiro Rosa, intitulado "Hipnose Clínica: aplicações em psicoterapia. Um estudo qualitativo junto de profissionais portugueses".

Trata-se de um estudo qualitativo cujos objetivos são:

- Compreender e descrever de que forma é que a hipnose clínica pode contribuir para melhorar os resultados da intervenção psicológica.
- Explorar as indicações clínicas e principais vantagens da hipnose clínica percecionada por psicoterapeutas.
- Explorar as limitações da hipnose clínica percecionada por psicoterapeutas.
- Explorar as opiniões de um conjunto de psicoterapeutas sobre o estado da arte da hipnose clínica em Portugal.

Depois de apreciado o projeto, a Comissão de Ética nada tem a opor ao desenvolvimento do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP

Inês Lopes Cardoso
Inês Lopes Cardoso



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

MIPC 592 057 692 - Reg. Comercial nº 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA (REITORIA) (FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA) (FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS)

Praga 8 de Abril, 348 - 4249-004 Porto - Portugal - T. +351 22 507 1300 - www.ufp.pt - geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE | Rua Carlos da Maia, 295 - 4200-064 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE FERNANDO PESSOA

Rua D. João de Melo, 334 - 4200-253 Porto - Portugal

T. +351 22 509 6371 - geral@fess.fernandopessoa.pt

Anexo D

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Hipnose Clínica: aplicações em psicoterapia. Um estudo qualitativo junto de profissionais portugueses.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20__

Assinatura do participante no projeto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo E

Tabela 1.

Questão 1.a: “Na sua opinião, como definiria Hipnose (H)?”

Unidades de análise	Categorias de S. 2ª ordem	Categorias de S. 1ª ordem
“(…) estado alterado da consciência.” Sujeito (S.) 3, S.4, S.8, S.11	H é um estado alterado de consciência sem especificação	
“Hipnose é um estado de expansão de consciência.” S.1 “A pessoa mantém a consciência, é quase como se estivesse a sonhar acordado.” S.2	H é um estado alterado de consciência especificado	H é definida como um estado alterado/modificado da consciência
“É um estado que permite enriquecer o processo terapêutico.” S.1 “A hipnose é o estado que vai enriquecer a terapia.” S.1	H é um estado alterado de consciência a integrar na terapia	
“É uma estratégia de modificação do estado de consciência das pessoas.” S.2 “É uma estratégia que tem uma grande tradição.” S.2 “Permite criar estados de consciência expansivos.” S.2 “É uma ferramenta que uso para fazer psicoterapia.” S.4	H como um recurso / meio de intervenção	
“(…) uma ferramenta muito importante.” S.3 “(…) uma estratégia poderosa.” S.2 “É uma forma, uma técnica (…).” S.3	H como instrumento de particular relevo	
“(…) podemos juntar outro tipo de técnicas, psicanálise, TCC, terapia sistêmica (…).” S.1	H como uma técnica a integrar com outras	
“Por si só, não é uma técnica.” S.1 “(…) hipnose, em si, não pode ser considerada uma técnica, na minha opinião.” S.1	H não é uma técnica	H não é um técnica/estratégia terapêutica
“Quem faz terapia são os psicoterapeutas (…).” S.4 “Hipnose não é terapia, é um estado.” S.3	H não é uma psicoterapia	
“Uma mistura de dois fenómenos: atenção e concentração.” S.1 “(…) a partir da concentração.” S.2 “(…) estado induzido através de técnicas de atenção.” S.10 “Hipnose é um estado de atenção focada.” S.10	Processo sustentado na atenção e concentração	
“(…) base é, sobretudo a sugestão e o relaxamento.” S.2 “Parte (…) da sugestão, do relaxamento da pessoa.” S.2 “Esse estado é induzido através de técnicas	Processo sustentado na sugestão e no relaxamento	Processos cognitivos de sustentação da H

de relaxamento.” S.10	
<p>“Uma alteração das ondas cerebrais que nos permite trabalhar camadas mais profundas do cérebro, nomeadamente ao nível do subcórtex.” S.1</p> <p>“Permite que a pessoa desligue o foco externo, para o foco interno.” S.4</p> <p>“Há um foco da atenção para algo que é sugerido.” S.8</p> <p>“Estado induzido através de técnicas de foco.” S.10</p>	Processo sustentado numa mudança de foco

Tabela 2.

Questão 1. b: “E como definiria a área de intervenção habitualmente designada como Hipnose Clínica (HC)?”

Unidades de análise	Categorias de S. 2ª ordem	Categorias de S. 1ª ordem
<p>“É utilizar esse estado para fazermos uma técnica terapêutica.” S.10</p> <p>“Hipnose Clínica são uma série de ferramentas mais focadas numa vertente.” S.1</p> <p>“Hipnose Clínica é uma ferramenta que é usada através de uma meditação guiada.” S.11</p>	H utilizada para efeitos terapêuticos	Conjunto de estratégias aplicadas no estado de H para fins clínicos
<p>“Hipnose Clínica é precisamente isto aplicado a um contexto clínico.” S.2</p> <p>“(…) nós pegamos na hipnose, na ferramenta, e utilizamo-la para o contexto clínico.” S.4</p> <p>“Hipnose Clínica é a prática de hipnose num contexto de uma prática de intervenção terapêutica.” S.8</p>	É definida pelo contexto terapêutico	
<p>“(…) facilitadora no processo de cura.” S.1</p> <p>“O estado de hipnose é que vai potenciar essas mesmas técnicas.” S.1</p> <p>“(…) daí a aplicação clínica ser muito direta e muito frutuosa.” S.2</p> <p>“Ela acaba por, através dos sentidos, potenciar essa realidade.” S.4</p> <p>“Ao contrário do que muita gente diz, hipnose é um estado que potencia outras técnicas.” S.1</p>	Permite potenciar/facilitar o processo global	A HC facilita o processo terapêutico através de várias técnicas
<p>“Permite trabalhar (...) usando vários tipos de técnicas.” S.1</p> <p>“HC (...) usamos a sugestão, o relaxamento da pessoa, a indução de um estado de consciência modificado.” S.2</p>	Conjunto de técnicas diversificado	
<p>“Hipnose Clínica é uma intervenção que nos permite trabalhar o inconsciente.” S.1</p> <p>“(…) para compreender melhor os</p>		

<p>sintomas (...).” S.2 “Para encontrar, por vezes, a origem dos sintomas.” S.2 “A Hipnose Clínica permite (...) aceder às reservas de memórias, de experiências, algumas delas traumatizantes, outras delas muito positivas.” S.4 “A partir da hipnose nós conseguimos evocar e ir buscar essas memórias.” S.4 “Passando uma série de níveis mais racionais.” S.3 “Ajuda-nos a ter um outro <i>insight</i>.” S.3 “Acho que a hipnose consegue chegar de uma forma mais genuína, com menos filtros (...).” S.3 “Não vejo mais nenhuma intervenção (...) que realmente consigamos aprofundar como na hipnose.” S.3 “Ajuda-nos a ter (...) uma outra visão da origem da questão.” S.3 “Ajuda-nos a chegar de uma forma mais genuína à parte essencial (...) da questão que ele nos traz.” S.3 “Ajuda-nos a chegar de uma forma muito mais verdadeira e muito mais séria à questão do paciente.” S.3</p>	<p>Acesso profundo às causas do problema</p>	<p>A HC facilita a profundidade do processo terapêutico e o envolvimento do paciente</p>
<p>“A hipnose tem a grande vantagem de melhorar, tornar o <i>insight</i> que as pessoas têm sobre si mesmas, mais profundo.” S.2 “Para a pessoa consentir acesso à sua própria problemática interior.” S.2</p>	<p>Facilita o acesso do próprio paciente às suas problemáticas</p>	
<p>“(…) reprogramações (...) profundas.” S.2 “(…) reprogramações (...) rápidas.” S.2 “Permite reprogramações que a pessoa faz sobre si mesmo, sobre os seus mecanismos mentais.” S.2 “(…) vai ajudar nas ressignificações.” S.4</p>	<p>Facilita ressignificações e reprogramações</p>	<p>A HC facilita ressignificações</p>

Tabela 3.

Questão 2.1.: Seria possível falar sobre o seu percurso no domínio da HC? Como começou, como se desenvolveu...?

Unidades de análise	Categorias de S. 2ª ordem	Categorias de S. 1ª ordem
<p>“(…) oportunidade de ver uns vídeos do Dr. José Silva (nome fictício)” S.1 “(…) e ganhar uma grande paixão pela Hipnose Clínica.” S.1 “Conheci o Dr. José Silva, que na altura deu a conhecer o que era a hipnose.” S.4 “Isso permitiu conhecê-lo (Dr. José Silva) e tirar formação com ele.” S.1</p>	<p>Contacto com Formador de referência nacional</p>	<p>Início da formação</p>

<p>“Fiz um curso com o Dr. José Silva.” S.4</p> <p>“Tive várias formações com o Dr Roy Hunter, Betty Erickson, etc.” S.4</p> <p>“Depois também fiquei muito interessado com o trabalho dos hipnoterapeutas americanos.” S.4</p> <p>“Aprendi a primeira versão hipnótica com a Dra. Júlia Peres, no Brasil, há uma série de anos atrás num curso de terapia regressiva.” S.2</p> <p>“Comecei com um livro do Paul Mckenna.” S.4</p>	<p>Contacto com formadores de referência estrangeiros</p>	<p>sustentada em individualidades com prática reconhecida</p>
<p>“Eu fiz a Licenciatura (...) fiz o Mestrado em Psicologia Clínica.” S.1</p> <p>“Após o Mestrado, após o estágio, eu percebi que precisava de mais.” S.1</p> <p>“Precisava de procurar outras ferramentas que eu pudesse englobar na vertente psicológica.” S.1</p> <p>“Complemento a nível de Psicologia com Hipnose.” S.1</p> <p>“Psicologia era importante a nível de contexto, a nível de entender a mente humana, mas não estava completa para mim.” S.1</p> <p>“Já trabalhava na Psicologia.” S.3</p> <p>“Fiz a licenciatura em Psicologia.” S.10</p>	<p>Necessidade de complementar a formação inicial em Psicologia</p>	<p>HC como complemento a uma formação terapêutica anterior</p>
<p>“(Pode) coadjuvar com a Psicologia clínica, cognitiva comportamental e com outras áreas da Psicologia.” S.4</p> <p>“(Há outras áreas da Psicologia clínica) que acabam por ser integradas dentro deste estado de hipnose, durante a minha atividade psicoterapêutica.” S.4</p>	<p>Articulação entre várias áreas da Psicologia clínica e a HC</p>	
<p>“Comecei a estudar neuroPsicologia clínica.” S.4</p> <p>“A neuroPsicologia clínica também é uma das razões pelas quais também eu trabalho com a hipnose.” S.4</p> <p>“A neuroPsicologia clínica tem a ver com a forma como o cérebro altera e subaltera as experiências subjetivas.” S.4</p>	<p>Necessidade de complementar a formação em NeuroPsicologia</p>	
<p>“Iniciei o meu percurso da hipnose com a parte da formação, fiz aquelas duas formações e depois... com a pós-graduação.” S.8</p> <p>“Enquanto Psicólogos, não há uma resposta imediata em relação a empregabilidade... uma pós-graduação em Hipnose Clínica foi um explorar.” S.1</p> <p>“Curso na LCCH, certificado e diploma e depois comecei a exercer.” S.3</p> <p>“Tomei conhecimento de uma escola, que é a LCCH.” S.10</p>	<p>Formação pós-graduada</p>	<p>Formação pós-graduada</p>
<p>“Comecei pela indução de estados de relaxamento, pela técnica do lugar seguro, ou seja, situações de induções mais simples, também para ganhar alguma experiência, alguma prática...” S.8</p> <p>“Na medida em que me fui sentindo mais</p>	<p>Iniciação através do domínio gradual de várias técnicas</p>	

segura, também fui aumentando e tentando usar outras técnicas.” S.8		Iniciação e desenvolvimento associados ao domínio das várias ferramentas que constituem a HC
“A minha evolução foi para conhecer e dominar melhor o estado, ou a forma de induzir as pessoas nesse estado.” S.4 “Aquilo que mais me interessa neste momento é quais são as ferramentas que nós podemos utilizar dentro da Hipnose Clínica.” S.4	Evolução centrada no domínio das ferramentas	
“A hipnose intervém de uma forma mais imediata e uma resposta muito mais rápida daquele que a pessoa está à espera. (<i>sic</i>)” S.1 “É um trabalho muito mais intenso e muito mais focado em resultados.” S.1	HC com resultados rápidos, e intensos	Importância dos resultados no desenvolvimento da prática
“Decidi utilizar uma ferramenta... E a experiência com aquele paciente foi incrível.” S. 4	Experimentação clínica com muito bons resultados	

Tabela 4.

Questão 2.2: Especializou-se em alguma abordagem específica de Hipnose Clínica?

Unidades de análise	Categorias de S. 2ª ordem	Categorias de S. 1ª ordem
“Bipolares, (...) que são muito desafiantes.” S.4 “(...) depressão.” S.1 “(...) luto.” S.1	Perturbações do Humor	Resposta centrada nos problemas clínicos que surgem e não na especialização teórico-prática
“(...) ansiedade, ataques de pânico.” S.1 “POC.” S.4 “(...) perturbações ansiosas (...)” S.10 “(...) ataques de pânico (...)” S.10 “(...) stress intenso (...)” S.10 “(...) fobias (...)” S.1 “Condições como roer unhas (...)” S.10 “(...) traumatologia” S.1	Perturbações de Ansiedade	
“Aprofundi o conhecimento na área da fertilidade.” S.3 “Fiz o Fertile Body Method e depois o Easy birthings.” S.3	Infertilidade e parto	
“(...) comportamentos aditivos.” S.1 “Adições.” S.1	Adições	
“Anorexia, bulimia, (...)” S.1 “Anorexias.” S.4	Perturbações Alimentares	
“Também especializei-me ao nível de induções rápidas, com um terapeuta brasileiro, Alberto Dell’isolas.” S.1 “Acompanho muito o trabalho do Michael Yapko.” S.1	Referência a uma escola/Autor	
“Eu sou, acima de tudo, um ericksonianos.” S.2 “Diria que a minha base é essencialmente ericksoniana.” S.2		

<p>“Identifico-me mais com Erickson, com hipnose ericksoniana (...)” S.8 “Com o modelo de Erickson, nós fazemos exactamente o oposto (da Hipnose clássica).” FALTA O SUJEITO S.4 “A minha fonte é Erickson.” S.11 “Há situações em que tenho usado sugestões indiretas, para casos um bocado difíceis, em que as pessoas evitam tocar assuntos que são particularmente dolorosos ou difíceis.” S.1 “Tem mais a ver com metáforas (...) mais de encontro com o paciente e não propriamente o modelo mais da hipnose clássica (...)” S.8</p>	Milton Erickson como referência principal	Milton Erickson como referência com mais destaque
<p>Hypnotherapy and Cognitive Behavior S.10 Técnicas cognitivo-comportais com hipnose S.10</p>	Conjugação específica com outras abordagens psicoterapêuticas	Especialização em técnicas específicas ou em abordagens integrativas
<p>Pesquisa transderivacional S. 2 Estados do ego S.10</p>	Especialização em técnicas específicas	

Tabela 5.

Questão 2.3. Tendo em conta a sua prática psicoterapêutica, de que forma integra a HP na sua intervenção clínica? (especificar se necessário: que peso tem esta linha de intervenção na sua prática regular?)

Unidades de análise	Categorias de S. 2ª ordem	Categorias de S. 1ª ordem
<p>“Eu trabalho em psicoterapia transpessoal (que trabalha) com a consciência, com os estados modificados de consciência, como instrumento clínico.” S.2 “A hipnose é um dos grandes meios de modificação do estado de consciência.” S.2</p>	Forma privilegiada de trabalhar os estados de consciência	
<p>“Apelamos ao inconsciente e tentamos perceber quais são as idades em que existem bloqueios.” S.1 “(…) permitir uma exploração, que acompanho a pessoa numa autoexploração (...) ajuda a compreender mecanismos profundos.” S.2 “A maior parte (...) que chegam para acompanhamento de Psicologia (...) eu sugiro-lhes fazer hipnose para trabalhar de uma forma mais específica questões que estão na base do problema.” S.3</p>	Como meio para explorar mecanismos mais profundos	HC como meio de exploração e uma via de acesso a níveis de consciência
<p>“Tentamos criar um sítio seguro para a pessoa.” S.2 “Tem de ser um meio suave, em que a pessoa normalmente sente-se bem.” S.2</p>	Forma de criar um <i>setting</i> terapêutico seguro	
<p>“(…) de colaboração com a pessoas.” S.2 “Meio em que se produz uma situação fortemente interativa com o paciente.” S.2</p>	Forma de incremento	HC define o contexto terapêutico e reforça a aliança terapêutica

<p>“Estamos a orientá-los.” S.2 “Estamos a acompanhá-los.” S.2 “Há este caráter de cumplicidade.” S.2</p>	da relação terapêutica	
<p>“(…) a hipnose serve como o meu potenciador de terapia (…).” S.4 “A mesma (H) auxilia e potencializa o processo.” S.8</p>	HC potenciadora do processo terapêutico	
<p>“(…) hipnose como uma ferramenta para intervir muitas vezes no pedido de ajuda.” S.1 “Uso a Hipnose Clínica como ferramenta coadjuvante no processo psicoterapêutico.” S.8 “Num contexto terapêutico a hipnose é apenas uma ferramenta auxiliar no processo.” S.8</p>	Ferramenta auxiliar no processo terapêutico	HC como fator potenciador global e/ou instrumental da intervenção terapêutica
<p>“A hipnose em termos clínicos, tem a vantagem de que, muito facilmente, se torna auto-hipnose.” S.2 “Há autores que dizem que toda a hipnose é auto-hipnose.” S.2 “Eu gosto de autonomizar as pessoas o mais possível e a hipnose para isso também é boa.” S.2</p>	HC como via para a auto-hipnose	
<p>“Em termos não formais está sempre muito presente.” S.2 “Estão sempre muito presentes preceitos que, geralmente, também alastram para outras abordagens (…).” S.2 “Sempre, sempre.” S.10 “Quando se trabalha numa clínica (...) onde o foco é a hipnoterapia (...)” S.4 “Eu estou numa clínica em que as pessoas procuram hipnose (...)” S.4</p>	HC é uma prática predominante	
<p>“Em termos percentuais (...) eu diria que uns bons 30% do que eu faço é estratégia hipnótica.” S.2 “Mais de metade.” S.3 “(…) há sempre um momento em que eu lhes sugiro fazermos hipnose.” S.3 “Terá bastante peso.” S.3 “Para mim, tem muito peso.” S.1 “(…) numa parte importante do tempo clínico estou a trabalhar com hipnose (...)” S.2 “Se a pessoa entrar bem em transe será uma ferramenta a utilizar.” S.3 “Estamos a falar de cerca de 75% (...) Tem um peso grande.” S.4 “Sempre que possível e aplicável utilizo a hipnose.” S.8 “(…) talvez com uma média de frequência, em cerca de 40-50% dos casos.” S.8</p>	HC presente na maioria das intervenções	HC como eixo central da prática clínica que, todavia, pode envolver outras estratégias
<p>“É uma das estratégias que eu uso bastante.” S.2 “Não é a única, há variações.” S.2 “Há momentos e há sessões em que é preciso trabalhar com psicoterapia.” S.4 “Primeiro Psicologia e depois Hipnose, mas eu integro as duas numa sessão.” S.1 “É um dos instrumentos principais, não é o</p>	Uma entre outras técnicas usadas pelos participantes	

<p>único, mas é um dos (...).” S.2</p> <p>“O que nós fazemos (...) não é alteração neurológica, nós alteramos a experiência subjetiva.” S.4</p> <p>“A experiência subjetiva do sujeito, face à realidade, é mudada a nível cerebral.” S.4</p> <p>“Faz com que o indivíduo tenha respostas comportamentais diferentes.” S.4</p> <p>“Promovendo um bem-estar mental no processo de uma experiência vivida.” S.8</p> <p>“Através da hipnose a pessoa desenvolve um sistema de autopercepção que possibilita perceber as alterações que estão a ocorrer na mente.” S.8</p> <p>“Através da hipnose (...), regular os seus estados emocionais para manter uma atitude mais positiva e assertiva em situações de adversidade.” S.8</p>	<p>HC para alterar a experiência subjectiva e o comportamento</p> <p>HC muda a experiência subjetiva e permite a sua resignificação</p>
<p>“Através da hipnose, fazer a consolidação dessa resignificação, de forma a que fique estruturada (...).” S.4</p> <p>“Resignificando a percepção das pessoas sobre esses eventos.” S.8</p> <p>“Podendo superar um estado emocional tido como negativo.” S.8</p> <p>“Fazemos um resgate da criança interior, ou seja, irmos a essas idades e resignificamos, não fazendo esquecer, mas tirando a carga emocional.” S.1</p> <p>“Se existem memórias falsas, (...) o mais importante é que a pessoa resignifique isso e consiga diminuir a sintomatologia do presente.” S.1</p> <p>“(…) reprogramação em relação a sintomas.” S.2</p> <p>“Com resignificação de pensamento, de crenças.” S.4</p>	<p>HC como meio para resignificar a experiência</p>

Tabela 6.

Questão 3: Seria possível explorarmos o tema dos critérios necessários para considerar a HC como resposta terapêutica adequada? (se necessário especificar áreas de aplicação, escolha de casos exemplificativos)

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<p>“(Vamos ter aí um cuidado extra) se a pessoa tiver uma situação cardiovascular em desequilíbrio.” S.2</p> <p>“(vamos ter aí um cuidado extra) se estiver hipertensa.” S.2</p> <p>“Se tiver uma insuficiência cardíaca.” S.2</p>	<p>Contra-indicação:</p> <p>Condições cardio-vasculares contra-indicadas</p>	

<p>“Se uma mulher está grávida, nós sabemos que há o risco de ideoplastias surgidas numa situação terapêutica, de poder influenciar o próprio desenvolvimento do feto e, portanto, aí também há uma cautela (...)” S.2</p> <p>“Normalmente não uso hipnose (...) para evitar impactos sobre o desenvolvimento da criança (...)” S.2</p>	<p>Contra-indicação: Gravidez</p>	<p>Condições fisiológicas como contra-indicação</p>
<p>“(Não será possível) alguém com demências.” S.1</p> <p>“(Vamos ter aí um cuidado extra) uma epilepsia, que com hipnose, ao investigarmos, percebemos que pode ter uma associação com situações emocionais.” S.2</p>	<p>Contra-indicação: Situações neurológicas</p>	
<p>“(Não será possível) se tiver um surto psicótico.” S.1</p> <p>“(Não será possível) um doente bipolar não estabilizado.” S.1</p> <p>“(Não será possível) um esquizofrênico não estabilizado.” S.1</p> <p>“(...) ou com um surto não aplicaria hipnose (...)” S.3</p>	<p>Situações psicopatológicas agudas ou descompensadas como contra-indicação</p>	
<p>“Não aplicaria ou evitaria aplicar em situações mais do foro psicótico.” S.2</p> <p>“Sobretudo psicoses, porque a pessoa que tem uma psicose, muitas vezes tem um esquema corporal um bocado perturbado.” S.2</p> <p>“Se tivermos uma pessoa com esquizofrenia.” S.3</p> <p>“(...) perceber se há outras patologias ou outras perturbações que a pessoa possa ter, como esquizofrenia.” S.8</p> <p>“(...) situações que podem não estar muito claras (...)” S.8</p> <p>“(...) situações, condições mais dissociadas.” S.10</p> <p>“(...) esquizofrenia.” S.10</p> <p>“(...) doença bipolar.” S.10</p> <p>“Se tenho alguém em quem perceba existir alguma desrealização, não aplico.” S.3</p>	<p>Quadros psicóticos como contra-indicação</p>	<p>Situações de psicopatologia grave ou em descompensação contra-indicadas</p>
<p>“Se percebo uma perturbação da personalidade mais séria, também não aplico.” S.3</p>	<p>Perturbações da personalidade como contra-indicação</p>	
<p>“Alguém que vem com uma ideia de aplicação de hipnose que não é terapêutica, também não aplico.” S.3</p> <p>“Se alguém vem com uma ideia de fazer uma regressão a uma vida passada para ver o que é que foi, não faço.” S.3</p> <p>“Tudo o que não seja para utilizar a hipnose de uma forma terapêutica.” S.3</p> <p>“Se alguém chegar ao meu consultório com um “dei-xar de fumar” eu não vou aplicar de uma forma cega.” S.3</p>	<p>Ideias pré-concebidas como contra-indicação</p>	

<p>“(...) se o paciente tem resistência, se é receptivo, por-que ainda existem muitos mitos sobre a hipnose.” S.8</p> <p>“(...) têm um conjunto de ideias pré-concebidas asso-ciadas, que muitas vezes podem servir como um blo-queio.” S.8</p> <p>“Quando a pessoa não está pronta. Há pessoas que têm muito medo da hipnose.” S.11</p> <p>“ (...) portanto primeiro temos de perceber se existem estes bloqueios ou não (mitos e ideias pré-concebidas)...” S.8</p> <p>“Então se a pessoa de alguma forma não quer hipnose e ela diz-me: “Eu não quero hipnose porque eu não estou pronta.” S.11</p> <p>“(...uma pessoa que, por exemplo, procura as consultas de Psicologia para quase queixar-se da vida, o que lhe acontece é culpa do outro, ou seja) tem um locus de controlo muito externo, por norma, se calhar, pode não ser...” S.8</p>	<p style="text-align: center;">Resistência por ideias pré- concebidas</p> <p style="text-align: center;">Ideias pré- concebidas como fator de resistência</p>
<p>“Quem apresenta resistência à psicoterapia também vai apresentar resistência à hipnose ...” S.3</p> <p>“Eu não me recordo de ninguém que tenha chegado, resistente à hipnose e disponível para a terapia .” S.3</p> <p>“Nunca tive ninguém que estivesse em psicoterapia e que eu, em determinado momento, lhe sugerisse hipnose e que ela dissesse “ah, não, que medo, tenho medo...” S.3</p> <p>“As pessoas podem dizer “nunca tinha pensado sobre isso” ou “tenho aqui uma ideia pré-concebida”, mas se estão disponíveis para a terapia, elas aderem, pelo menos da minha experiência.” S.3</p>	<p style="text-align: center;">Pouca resistência a H</p> <p style="text-align: center;">Pouca resistência a H</p>
<p>“Normalmente tem aplicação para tudo o que são situações que nós tradicionalmente chamaríamos do foro neurótico.” S.2</p> <p>“Situações de ansiedade, fobias.” S.2</p> <p>“Situações depressivas, tocs, coisas deste género...” S.2</p> <p>“(...) eu utilizo hipnose em depressão, ansiedade, ataques de pânico, luto, fobias...” S.11</p>	<p style="text-align: center;">Indicação para Pertubações da Ansiedade e Pertubações do Humor</p> <p style="text-align: center;">Indicação para Pertubações da Ansiedade e Pertubações do Humor</p>
<p>“Eu tenho muita dificuldade em compreender em como pessoas que não têm nenhuma ferramenta em psicoterapia, não têm nenhuma base deste conhecimento de questões humanas fazem hipnose.” S.3</p> <p>“Vejo como uma ferramenta de apoio à Psicologia.” S.3</p> <p>“Eu não aplico a hipnose só enquanto hipnose.” S.3</p> <p>“Sim, misturo as duas coisas (hipnose e Psicologia).” S.3</p>	<p style="text-align: center;">Necessidade de conhecimento psicoterapêutico para a prática de HC</p>

<p>“É muito importante percebermos o indivíduo como um todo e analisar a questão emocional e psicológica... ou seja, eu não faço só hipnose.” S.3</p> <p>“Não utilizo a hipnose de uma forma cega.” S.3</p> <p>“Como um tratamento coadjuvante com a Psicologia e que reforce aquilo que nós tratamos e que trabalhamos na área da Psicologia.” S.3</p> <p>“Ainda que eu trabalhe, às vezes, coisas com hipnose que não são fáceis de trabalhar com psicoterapia.” S.3</p> <p>“A hipnose só, sem a parte da psicoterapia, acho que nunca fiz.” S.3</p>	<p style="text-align: center;">Limites da prática da HC</p>
<p>“A hipnose, só por si, pode mexer em questões muito sensíveis... e difíceis de gerir posteriormente...” S.3</p> <p>“(…) por causa do poder das estratégias a pessoa pode ter vivências emocionais muito intensas.” S.2</p>	<p style="text-align: center;">Podem existir riscos</p>
<p>“Tirando isso (tudo o que não seja para utilizar a hipnose de uma forma terapêutica, surtos ou esquizofrenia), a hipnose só tem benefícios.” S.3</p> <p>“(…) a maior parte das situações que eu tenho são elegíveis para a prática de hipnose...” S.8</p> <p>“(…) eu utilizo a hipnose sempre.” S.11</p> <p>“Mas existem situações em tu não utilizas hipnose?”. “Existe.” S.11</p> <p>“(…) em quase todas as pessoas que chegam até mim, a hipnose é adequada.” S.11</p>	<p style="text-align: center;">Existem poucos critérios de exclusão</p> <p style="text-align: center;">Existem poucos critérios de exclusão</p>

Tabela 7.

Questão 4: O que lhe sugere o tema do nível de hipnotizabilidade (Hptz) do cliente? (se necessário especificar...)

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<p>“(…) hipnossensibilidade.” S.1</p> <p>“sugestibilidade e hipnotizabilidade.” S.2</p> <p>“(…) o nível de transe do paciente” S.3</p> <p>“grau de sugestionabilidade.” S.8</p> <p>“hipnotizabilidade.” S.11</p> <p>“(…) pessoas mais suscetíveis” S.12</p>	<p>Vários termos utilizados para esta característica</p>	<p>Vários termos utilizados para esta característica</p>
<p>“Portanto, se for um paciente cumpridor, que cumpre aquelas tarefas que nós vamos atribuindo.” S.8</p> <p>“(…) que é uma pessoa que é colaborante.” S.8</p>	<p>Sugestibilidade como característica para</p>	<p>Sugestibilidade como característica para</p>

<p>“(…) penso eu que é uma pessoa mais sugestionável.” S.8 “(…) consegue aceitar mais facilmente as instruções/ordens/sugestões de quem está a hipnotizar.” S.8 “(…) até que ponto a pessoa tem facilidade em corresponder às sugestões.” S.2</p>	<p>cumprir tarefas/sugestões cumprir tarefas/sugestões</p>
<p>“Há pessoas que, efetivamente, são mais suscetíveis à hipnose S.11 que entram mais facilmente num transe natural ou num transe mais profundo a nível de hipnose.” S.11</p>	<p>Sugestibilidade como capacidade para entrar ou aprofundar nível de H Sugestibilidade como capacidade para entrar ou aprofundar nível de H</p>
<p>“Quando as pessoas são razoavelmente sugestionáveis, isso facilita-me a tarefa.” S.2 “(…) é mais fácil encontrar um aprofundamento do estado de consciência.” S.2 “Para algumas pessoas a sugestibilidade e a capacidade de colaborar numa hipnose é muito baixa. Isso dificulta realmente as sessões.” S.2 “(…) é um fator importante sem dúvida.” S.2 “(…) portanto esta é uma situação extremamente importante que nós devemos ter em conta...” S.8 “Tenho alguma consideração nisso, tendo em conta a indução que irei fazer.” S.1</p>	<p>Sugestibilidade como influenciadora do processo terapêutico</p> <p>Recetividade à hipnose como influenciadora do processo de hipnose e da terapia</p>
<p>“Normalmente as sessões são mais rápidas.” S.2 “(…) algumas pessoas conseguem lidar com um trauma muito rapidamente, outras levam o seu tempo.” S.10 “Enquanto uma pessoa que não é tão suscetível à hipnose, há um caminho mais lento.” S.11 “As pessoas que são mais suscetíveis (...) vão ter resultados mais imediatos.” S.11 “São aquelas que, numa primeira sessão, já beneficiam dos benefícios da hipnose.” S.11</p>	<p>Hptz como fator influenciador da velocidade do processo terapêutico</p>
<p>“Às vezes sim (faço testes).” S.8</p>	<p>Hptz como um fator a avaliar formalmente</p>
<p>“(Há) Testes que fazemos inicialmente, como por exemplo fechar os olhos e sentir cola nos olhos, através dos dedos, através das mãos magnéticas, etc.” S.1 “(…) posteriormente, há aquela (...) técnica em que nós estamos com os olhos abertos, olhamos como se estivéssemos a olhar para a nossa testa... e depois tentamos fechar as pálpebras, sem baixar os olhos.” S.8</p>	<p>Referência a procedimentos específicos</p> <p>Avaliação formal do nível de hptz</p>

<p>“Normalmente não faço testes.” S.2 “Não (faço a avaliação) propriamente.” S.11 “(…) não faço testes formais de hipnotizabilidade ou de sugestibilidade.” S.2 “(…) não faço testes.” S.10 “(…) não é uma coisa a que eu dê assim tanta importância.” S.10 “Não costumo formalizar isto.” S.2</p>	<p>Não recorre à avaliação formal de hptz</p>
<p>“(…) outras vezes (surge) de forma indireta” S.8 “(…) há pequenos sinais.” S.10 “(…) se (a) pessoa facilmente adere ou cumpre algum tipo de prescrições terapêuticas.” S.8 “(…) se for um paciente cumpridor, que cumpre aquelas tarefas que nós vamos atribuindo.” S.8 “(…) é uma pessoa que é colaborante.” S.8 “(…) vamos utilizando algumas técnicas que nos vão dizendo naturalmente se a pessoa é mais fácil de hipnotizar ou se tem um grau de hipnotizabilidade, pela forma como põe os olhos...” S.10 “(…) quando utilizamos atividade ideomotora, se tem ou se não tem.” S.10 “(…) quando usamos técnicas que implicam uma catalepsia, se tem ou não tem.” S.10</p>	<p>Baseia-se em sinais de hptz apresentados pelo cliente</p> <p style="text-align: right;">Avaliação informal do nível de hptz</p>
<p>“Apercebo-me disso no decorrer da própria sessão, até que ponto a pessoa tem facilidade em corresponder às sugestões.” S.2 “(…) vem com o decorrer das sessões.” S.2</p>	<p>Avaliação de hptz surge no decorrer do processo</p>
<p>“(…) através dos nossos conhecimentos e da nossa experiência também, nós vamos vendo...” S.10</p>	<p>Avaliação indireta de hptz decorre da experiência</p>
<p>“(…) outras vezes (surge) de forma indireta.” S.8 “(…) há pequenos sinais.” S.10 “(…) se (a) pessoa facilmente adere ou cumpre algum tipo de prescrições terapêuticas.” S.8 “(…) se for um paciente cumpridor, que cumpre aquelas tarefas que nós vamos atribuindo.” S.8 “(…) é uma pessoa que é colaborante.” S.8</p>	<p>Indícios indirectos de hptz/ sugestionabilidade</p>
<p>“(…) há pessoas que ao dizermos algo ou tentarmos fazer algum tipo de indução, a mente delas, automaticamente vai tentar contrariar e não vai seguir as instruções que nós estamos a dar...” S.8</p>	<p>Tendência para contrariar as instruções</p>
<p>“As pessoas mais críticas (...) de alguma forma estão a (...) julgar este processo.” S.11 “O foco está mais na crítica. “Ah, será que eu estou em hipnose? Será que eu não estou?” S.11</p>	<p>Tendência para criticar/analisar o processo</p>

<p>“As pessoas suscetíveis são aquelas que não julgam, são aquelas que efetivamente se permitem entrar neste processo.” S.11</p>	<p>Indícios indiretos de um nível baixo de hptz/ sugestionabilidade</p>
<p>“Muita gente diz que pessoas mais racionais, mais controladoras, aí talvez pudéssemos não utilizar a hipnose... não me parece...” S.1 “Não deixo de usar hipnose se for uma pessoa controladora ou obsessiva-compulsiva, etc.” S.1</p>	<p>Controle por parte dos sujeitos influenciador de técnicas utilizadas, mas não da utilização de hipnose</p>
<p>“O segredo está nela, na disponibilidade.” S.11 “As pessoas que não são suscetíveis são pessoas que não estão prontas, ou que não estão tão recetivas à hipnose.” S.11</p>	<p>Indisponibilidade para o processo</p>
<p>“(...) é a respiração ficar mais calma.” S.3 “(...) mais tranquila (respiração)” S.3 “(...) mais profunda (respiração)” S.3</p>	<p>Sinais respiratórios</p>
<p>“São os movimentos oculares.” S.3 “A forma como tem os olhos fechados.” S.10 “(...) o movimento ocular...” S.10</p>	<p>Sinais oculares</p> <p>Sinais observáveis do estado de hipnose</p>
<p>“(...) é também a salivação... ou seja começamos a ver o paciente a engolir a saliva...” S.3 “(...) e o estado geral do paciente que evidencia um relaxamento e um aprofundamento.” S.3 “(...são) as feições” S.10</p>	<p>Sinais motores</p>
<p>“Hipnossensibilidade... sabemos através de diversos estudos que, pelo menos 80% das pessoas têm um nível de hipnossensibilidade aceitável.” S.1</p>	<p>Condição apresentada pela maioria dos sujeitos</p>
<p>“Uma pessoa, por exemplo, que até não seja um grande sujeito hipnótico numa primeira ou segunda sessão, pode ser um excelente sujeito hipnótico mais tarde nas sessões.” S.10 “Eu trabalho muito com aquilo que o paciente me dá, e ao ritmo do paciente.” S.11 “(...) indo ensinando a pessoa, ao ritmo dela, o que é possível para ela, do que ela é capaz, com o tempo que ela tem.” S.10</p>	<p>Hptz influenciada pelo tempo terapêutico</p>
<p>“(...) mas também há formas de contornar isto (menor sugestionabilidade)...” S.8 “Quando eu vejo que uma pessoa é pouco hipnossensível, o que eu faço é trabalhar com ela a imaginação, as modalidades, etc.” S.1 “Mesmo essas pessoas muito controladoras, aparentemente menos hipnossensíveis, podemos depois levá-las a trabalhar os seus problemas, mas usando o estado de hipnose (...) para depois enriquecer com outras</p>	<p>Adaptação de técnicas e estratégias para promover a hptz</p> <p>Condição relativamente comum que se desenvolve e é passível de ser trabalhada no processo terapêutico</p>

<p>técnicas da Psicologia.” S.1. “Quando não são, por vezes ou mudo de estratégia ou então o objetivo passa a ser treinar a pessoa para se deixar sugestionar um pouco mais.” S.2 “Aí tenho de conhecer um pouco mais que mecanismos é que há, até que ponto a pessoa tem medos, que grau de rigidez é que ela tem, etc.” S.2 “Por vezes uso técnicas auxiliares para treiná-la, de certo modo, para poder colaborar um pouco mais na sessão hipnótica...” S.2 “Se for uma pessoa controladora, já não vou fazer uma indução rápida.” S.1 “Hipnose é só algo que acontece naturalmente.” S.10 “(...) é isso que eu também tento desconstruir na pessoa para que ela se permita entrar para dentro de si. E aí é que está o segredo da suscetibilidade hipnótica.” S.10</p>	
<p>“(...) eu nunca uso a hipnose numa fase inicial.” S.8 “(...) estabeleço primeiro uma relação terapêutica, percebo qual é o problema, tento gerir com outras técnicas, nomeadamente psicoeducação.” S.8 “(...) tem muito a ver com a relação terapêutica que é criada.” S.10 “(...) se não houver relação terapêutica, não há terapia.” S.10 “(...) o trabalho com hipnose pode ser feito mesmo só através da relação terapêutica.” S.10 “(...) a pessoa não deixa... não larga as rédeas... a pessoa está sempre num estado muito alerta (se não houver relação terapêutica).” S.10 “(...) eu invisto mais em conhecer a pessoa, em criar um espaço seguro, e numa relação terapêutica com a pessoa que eu estou a acompanhar.” S.10</p>	<p>Relação terapêutica como sustentação do processo</p> <p>Relação terapêutica como sustentação do processo</p>
<p>“Outras têm muita coisa de que não conseguem tomar consciência.” S.10 “O inconsciente, ou o subconsciente, é sábio, e sabe quando trazer as coisas à superfície.” S.10</p>	<p>Acesso ao inconsciente independente da hptz</p> <p>Possibilidade de obtenção de resultados independente do nível de hptz</p>
<p>“(...) verdade é que não é necessário transe profundos para haver mudanças significativas no cérebro.” S.11 “Na verdade, os testes só nos servem para dizer se a pessoa vai mais fundo ou não.” S.10</p>	<p>Profundidade do transe não relacionado com resultados terapêuticos</p>

Tabela 8.

Questão 5. Na sua opinião, que vantagens e que limitações podem ser associadas à HC?

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
VANTAGENS:		
“(...) só tem vantagens...” S.3 “(...) não há assim grandes desvantagens...” S.8 “Eu acho que só existem vantagens em relação à Hipnose Clínica.” S.11 “Porque a hipnose só traz resultados.” S.11 “Eu só vejo benefícios na hipnose.” S.11	Vantagens sem especificação	Vantagens sem especificação
“Não falamos só da hipnose ao nível do passado.” S.1	Acesso ao passado	
“No momento.” S.3 “(...ajuda a pessoa) a centrar-se no momento.” S.3 “(Ajuda a pessoa) a viver muito mais no aqui e no agora.” S.3 “(Ajuda a pessoa) a viver (...) muito menos no passado e no futuro...” S.3	Foco no presente	Permite um foco no passado, presente e futuro
“Permite-nos projetarmo-nos no futuro.” S.1	Projeção no futuro	
“(Aplica-se) na performance, competitividade, atores, escritores, atletas, não só do ponto de vista clínico, quando a pessoa não sabe bem os caminhos que quer seguir, há uma série de técnicas que nos permitem usar, permite à pessoa saber para onde quer ir...” S.8 “(...) também ajuda (...) no desenvolvimento pessoal.” S.8	Aplicação a temáticas não clínicas	Aplicação a vários domínios para além do clínico
“Uma pessoa que tem perturbações de ansiedade ou associadas à ansiedade, pelo contrário costuma ser muito bom...” S.2 “(...) ansiedade, depressão.” S.8 “(...) fobias específicas” S.8 “(...) até a questão de comportamentos alimentares.” S.8 “Regula a questão do sono, um sono muito mais tranquilo.” S.11	Aplicação a temáticas clínicas	
“(...) muito mais eficaz.” S.3 “(...) mas também bastante eficientes... (resultados)” S.8	Maior eficiência nos efeitos clínicos	
“(...) a terapia é muito mais rápida.” S.3 “(...) traz imensos benefícios, rápido,	Maior rapidez nos efeitos	

<p>no próprio processo psicoterapêutico.” S.8 “(…) é relativamente rápido...” S.8 “(…) em resultados relativamente rápidos comparativamente com outras terapias.” S.8 “Assim, as pessoas que mais acreditam neste trabalho estão mais focadas e de alguma forma mais prontas para terem benefícios mais rápidos.” S.11 “Em relação à hipnose, em 6 a 8 sessões, 10 sessões, nós concluímos um processo terapêutico.” S.11 “Por isso é uma resposta muito mais rápida enquanto resultados.” S.11</p>	<p>clínicos</p>	<p>HC com maior eficiência e rapidez nos resultados clínicos</p>
<p>“A terapia é (...) muito mais profunda.” S.3 “(…) estado muito focado de atenção, onde, no fundo, a mente racional está menos presente.” S.10 “(…) permite essa permeabilidade, se podemos dizer assim, entre o consciente e a mente inconsciente.” S.10</p>	<p>HC como facilitador do acesso à profundidade do sujeito</p>	
<p>“Permite desbloquear facilmente traumas do passado.” S.1 “Cria condições muito boas para a pessoa se permitir ir ao encontro dos seus problemas.” S.2 “Ajuda a pessoa a entrar no âmago das suas questões, dos seus problemas...” S.2 “(…) porque a pessoa acaba por ter consciência de situações que, até então, não tinha ainda tido esta percepção...” S.8 “(…) pegamos nessa pessoa e levamo-la, em imaginação, até essa experiência traumática, com técnicas pós-regressivas.” S.4 “E então este estado (...) permite-nos trazer ao de cima muitos desses condicionamentos.” S.10 “(…) permite à pessoa, mais importante ainda, para que ela possa tomar consciência deles (condicionamentos)” S.10</p>	<p>HC como facilitador do acesso aos problemas</p>	<p>HC permite o acesso às temáticas da “profundidade” do sujeito</p>
<p>“À criação de um esquema terapêutico relativamente formalizado, ao terem umas balizas.” S.2 “É essencial desenvolver uma confiança terapêutica, claro...” S.2 “Hipnose permite um acompanhamento próximo.” S.2 “Na tal proximidade, na tal cumplicidade, no diálogo com o terapeuta.” S.2 “(…) conversa vai ser reforçada num estado focado de atenção.” S.10</p>	<p>HC como facilitador da relação terapêutica</p>	<p>HC como facilitador da relação terapêutica</p>

<p>“A pessoa relaxa, dissolve um pouco o esquema corporal, sente-se com maior segurança e com maior relaxamento.” S.2 “As vantagens estão associadas (...) à tranquilidade.” S.2 “As pessoas sentem uma certa segurança, um certo calor.” S.2 “Permite um relaxamento físico e psíquico.” S.2 “Ajuda a pessoa a sentir-se muito mais relaxada.” S.3 “(…) àquele estado de tranquilidade.” S.10 “A pessoa tem uma capacidade de relaxar com a hipnose.” S.11 “(…) ela já beneficia de um relaxamento.” S.11</p>	<p>HC para induzir relaxamento</p> <p style="text-align: right;">HC para induzir relaxamento</p>
<p>“A partir desse momento há uma libertação da parte emocional face àquela situação.” S.4 “Acaba por ultrapassar esses bloqueios.” S.8 “A pessoa abre-se às suas emoções.” S.10 “(…) já beneficia de uma libertação ao nível das suas emoções cristalizadas.” S.11 “(…) a pessoa sabe que já ultrapassou aquilo, mas nunca vivenciou a libertação daquilo...” S.4</p>	<p>HC como estratégia de desbloqueio emocional</p> <p style="text-align: right;">HC como estratégia de desbloqueio emocional</p>
<p>“(Ajuda a pessoa) a centrar-se muito mais nela, vai de encontro ao autoconhecimento.” S.8 “(…) hipnose é uma excelente forma de aumentar o autoconhecimento...” S.8 “(…) é fundamental, é este processo de autoconhecimento, que leva a pessoa a ser capaz de fazer uma auto-prospecção.” S.8 “(…) é o autoconhecimento.” S.10 “Este método obriga a pessoa a começar a olhar para dentro, a ter uma visão, uma visão muito única e especial daquilo que ela é.” S.10 “(…ter visão) da sua psique, de como é o funcionamento dela.” S.10</p>	<p>HC potencia competências de auto-conhecimento</p> <p style="text-align: right;">HC como facilitador dos recursos psicológicos do paciente</p>
<p>“Ganha mais capacidades de auto-manejo, de autogestão...” S.2 “Toma um pouco de distanciamento face a si mesmo e à sua identidade normal.” S.2 “(…) a pessoa tem uma capacidade de autorregular o seu estado emocional,…” S.11</p>	<p>HC potencia competências de auto-regulação</p>
<p>“Também se sente mais capaz de encarar os seus problemas.” S.2 “A lidar melhor com as situações de potencial depressão, ansiedade,</p>	<p>HC potencia competências de enfrentamento</p>

<p>ataques de pânico, etc. consegue ter recursos para lidar com a situação que a incomoda...” S.8 “(…) livrar-se, digamos assim, desses condicionamentos.” S.10 “E portanto, quando nós temos consciência das coisas é o primeiro passo para mudar.” S.10 “(…) poder adquirir novas formas de como querem viver as suas vidas muito mais facilmente.” S.10</p>		
<p>“(…) poder mudar mais facilmente coisas às vezes que as pessoas reportam anos sem conseguir mudar.” S.10 “(…poder mudar aquilo) que repetem constantemente os mesmos padrões, as mesmas dificuldades, os mesmos problemas de relacionamento.” S.10</p>	<p>HC como facilitador da mudança (de padrões disfuncionais)</p>	
<p>“(…) automaticamente o sistema límbico já não responde com a mesma capacidade ou intensidade que respondia antes.” S.4</p>	<p>Modificação do funcionamento neurofisiológico</p>	
<p>“(…) alteração da percepção subjetiva de uma situação traumática.” S.4 “(…) psicoterapeuticamente nós conseguirmos falar com a pessoa, ressignificar as crenças, tornar diferente a percepção face à situação, existe algum resultado, mas não é o resultado... ou seja, não há alteração da experiência subjetiva...” S.4 “(…) é nós pegarmos numa situação traumática e nós podermos alterar a experiência subjetiva face a ela.” S.4</p>	<p>Modificação da percepção subjetiva da experiência</p>	<p>O processo de mudança induzido pela HC passa pela mudança da percepção subjetiva e na ressignificação das experiências</p>
<p>“(…) a pessoa ao ressignificar uma série de situações que lhe possam estar a servir de bloqueios.” S.8 “(…) nós utilizamos e ajudamos a pessoa a ressignificar aquela situação, como se estivesse lá.” S.4 “(…) vai conseguindo ressignificar uma série de situações.” S.8 “(…) a pessoa tem uma capacidade de ressignificar momentos traumáticos.” S.11</p>	<p>Ressignificação da experiência</p>	
<p>“A TCC potencia-se muito mais quando é utilizada a hipnose em conjunto.” S.4 “Utilizamos várias técnicas da Psicologia, que se juntam muito bem com a hipnose e conseguimos potenciar.” S.4</p>	<p>HC como uma técnica a emparelhar com outras</p>	<p>HC funciona como elemento aglutinador de várias orientações teóricas no processo terapêutico</p>
<p>“De uma forma resumida, a hipnose permite ter um aspeto integrador.” S.1</p>	<p>HC como um processo integrador da mudança</p>	
<p>DESVANTAGENS:</p>		
<p>“Esquizofrénicos.” S. (1, 4, 8, 11) “Psicose.” S. (4, 8) “Bipolares não estabilizados.” S. (1,</p>	<p>Limitações associadas às patologias psicótica ou aguda</p>	

<p>11) “Casos em que as pessoas já estão em alucinação ou em delírio.” S.4</p>		Limitações associadas à patologia dos pacientes
<p>“Demência.” S.1 “Com atraso ou deterioração cognitiva.” S.4 “Algum tipo de psicopatologia que impeça a... podemos dizer... o processo de imaginação...” S.4</p>	<p>Limitações associadas às patologias cognitivas</p>	
<p>“Outras perturbações graves de foro neurológico ou mental...” S.8</p>	<p>Limitações associadas a outras patologias graves</p>	
<p>“O exemplo da pessoa apresentar bloqueios... bloqueios no sentido da hipnose...” S.8 “Se o paciente não estiver recetivo a este tipo de intervenção, obviamente que não podemos aplicar...” S.8 “Ideias pré-concebidas são prejudiciais nessas situações... e obviamente que acho que aí hipnose não deve ser aplicada.” S.8 “(...) porque ainda existem muitas ideias pré-concebidas.” S.8 “(...) tem a ver com as crenças da pessoa.” S.10 “(...) a pessoa, pura e simplesmente não acredita no método...” S.10 “(...) a pessoa é cética.” S.10 “Céticas.” S.10 “(...) e vêm já com as crenças muito definidas.” S.10</p>	<p>Limitações associadas a crenças sobre HC por parte dos clientes</p>	Limitações associadas aos recursos cognitivos, emocionais e crenças dos pacientes
<p>“Nunca faço hipnose nas primeiras consultas.” S.8 “Não faço, porque eu tenho de conhecer primeiro o paciente para saber que recursos é que têm a nível emocional.” S.8 “(...) porque podem não ter (recursos)” S.8 “(...) e nós não sabemos o que a pessoa vai criar, seja real ou imaginário, nós não sabemos o que vai sair do baú...” S.8 “(...) porque nós não sabemos que situações é que vão surgir com recurso à hipnose.” S.8 “Tenho muita atenção se me parece que a pessoa tem recursos para lidar com situações que atualmente a pessoa não conhece.” S.8</p>	<p>Limitações associadas aos recursos dos pacientes para lidar com o que emerge da HC</p>	

<p>“E isso é algo que as pessoas sem formação em Psicologia ou Psiquiatria, que fazem hipnose, (...) não têm essa capacidade de perceber o doente e fazer esta análise, dos recursos que ele tem antes da prática da hipnose.” S.8</p> <p>“(...) é preciso treino e formação na área, isso é importante...” S.8</p> <p>“Ou seja, Enfermeiros, sim.” S.11</p> <p>“Pessoas que estejam ligadas à área da Saúde, sim, mas outras pessoas não deveriam ter acesso a esta ferramenta.” S.11</p>	<p>Limitações quando não há formação prévia psicoterapêutica</p>	<p>Limitações associadas a uma formação deficiente dos terapeutas</p>
<p>“Porque qualquer pessoa é hipnoterapeuta.” S.11</p> <p>“(...) uma pessoa que (...) não tem qualquer formação numa vertente de Saúde Mental pode ser hipnoterapeuta.” S.11</p>	<p>Limitações dada a facilidade em formar hipnoterapeutas</p>	
<p>“E a verdade é que existem riscos de ser só hipnoterapeuta, porque estão a trabalhar com o cérebro.” S.11</p> <p>“Se for um hipnoterapeuta que não tenha formação numa vertente psicológica, esta plasticidade do cérebro pode ser moldada de uma forma menos boa. Então, claro que há riscos.” S.11</p>	<p>Limitações associadas ao risco de uma prática hipnoterapêutica não sustentada em formação em Psicologia</p>	

Tabela 9.

Questão 6. No que diz respeito à Hipnose Clínica, qual é a sua opinião sobre o estado da arte em Portugal? (tanto em termos de formações, como de utilização em contexto clínico?).

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<p>“(...) a hipnose ganhou algum prestígio em Portugal, sem dúvida.” S.2</p> <p>“(...) existem muito mais colegas a trabalhar na área da hipnose.” S.3</p> <p>“Eu acho que tem havido uma evolução.” S.8</p> <p>“E tem havido uma evolução também pelo contágio que nós temos do nosso país irmão, o Brasil, uma avalanche de formação nesse sentido.” S.8</p> <p>“(...) dentro daquele nicho sinto que é bem vista, a hipnose.” S.11</p>	<p>Perceção positiva acerca da hipnose</p>	<p>Evolução positiva da formação e da prática da H</p>
<p>SOBRE A OFERTA FORMATIVA</p>		
<p>“(...) uma oferta relativamente ampla de formações em hipnose.” S.2</p> <p>cursos que têm formadores que</p>		

<p>merecem confiança, 2 “...cursos que) não prometem mundos e fundos.” S.2 “...cursos que) prometem uma formação mais ou menos sólida.” S.2 “A minha referência é a LCCH.” S.3</p>	<p>Avaliação positiva de alguma oferta formativa</p>
<p>“(…) o Dr. António Campos (nome fictício) (…) tem algumas formações na Fernando Pessoa (…) ele tem um trabalho muito bom... e com o Dr. Luís Andrade (nome fictício)...” S.4 “Foram eles que trabalharam conjuntamente na parte mais académica da hipnose em Portugal.” S.4 “Na minha opinião, foi ele que colocou o nome da hipnose em Portugal e, na verdade, nós fazemos parte e ele é o presidente da maior associação de Hipnose Clínica em Portugal.” S.4 “E lá está... neste momento, em termos de formação, é a formação dele, é aquela que eu considero que é das mais completas. O Dr. José Silva, na minha opinião, os factos estão aí... foi um dos maiores impulsionadores da hipnose em Portugal.” S.4 “Eu fiz a minha pós-graduação com ele e acho que ele é um senhor na vertente da hipnose.” S.11</p>	<p>Referência a personalidades de renome</p> <p>Algumas formações credíveis</p>
<p>“Ora bem... eu não tenho uma ideia sistematizada.” S.10 “Portanto, não sei, não me sinto capaz de fazer uma avaliação das formações que há em Portugal, mas sei que há bastantes, enfim...” S.10 “Em termos de qualidade dos terapeutas eu não sei.” S.10</p>	<p>Sem conhecimentos sobre a realidade portuguesa</p> <p>Sem conhecimentos sobre a realidade portuguesa</p>
<p>“(…) prometem tanto que eu acho que a credibilidade já está logo posta em causa.” S.2 “Promete abordar tanta coisa, ensinar tanta coisa e obter tantos resultados que eu acho excessivo.” S.2 “É como eu dizer, de repente, enquanto Médico, que tenho uma cura garantida para todas as formas de cancro.” S.2</p>	<p>Dúvidas quanto à credibilidade de formações aparentemente irrealistas</p>
<p>“(…) fico muito desconfiado...” S.2 “A minha referência é a LCCH e tirando isso eu duvido...” S.3 “Duvido das outras formações que são dadas.” S.3 “Em Portugal há muita gente a fazer muita coisa, mas não vejo assim nada que me desperte muito a atenção.” S.10 “Depois vai sempre aparecendo gente a fazer curso aqui, curso ali, enfim.” S.10</p>	<p>Dúvidas e desconfiança sobre as formações</p> <p>Permanecem dúvidas quanto à formação</p>
<p>“(…) oferta (...) parece ter nível de qualidades muito diferentes, de</p>	<p>Dificuldades em</p>

<p>credibilidade e qualidade.” S.2 “Eu não consigo perceber que formações credíveis é que existem neste momento no mercado.” S.3 “Não consigo perceber que entidades é que são credíveis que disponibilizem formações interessantes.” S.3 “Não consigo perceber a qualidade daquilo que me é oferecido.” S.3 “Às vezes é um pouco difícil saber o que é fidedigno, o que é que não é...” S.10 “Temos também em Portugal formações daquelas de fim de semana...” S.4</p>	<p>distinguir a qualidade das entidades formativas e das formações</p>
<p>SOBRE A PRÁTICA EFECTIVA</p>	
<p>“Há hipnoterapeutas que são clínicos com uma formação mais ou menos sólida, em Psicologia, por vezes até em enfermagem, que usam a hipnose como instrumento efetivamente terapêutico.” S.2 “(Há hipnoterapeutas) que tentam ajudar a pessoa a explorar os seus mecanismos mentais, mais ou menos profundos.” S.2 “(Há hipnoterapeutas) que lidam diretamente com situações traumáticas do passado (...) acompanham as pessoas num processo psicoterapêutico, com grande domínio da hipnose.” S.2</p>	<p>Prática positiva no contexto psicoterapêutico</p>
<p>“Há pessoas (...) que usam a hipnose, sobretudo, como sugestão para manejar sintomas, diminuir um pouco o sintoma, atenuar sintomas.” S.2 “Há pessoas, mas que até têm, por vezes com razão, por não terem formação clínica suficiente para isso, têm receio de entrar num território, propriamente, de terapia profunda.” S.2 “Alguns terapeutas defendem-se, porque têm algum receio do que possa surgir (...)” S.2 “(Alguns terapeutas) fazem intervenções mais específicas, centradas em sintomas.” S.2 “(Alguns terapeutas) estão apenas a ser honestos quando fazem isso...” S.2 “(...) sentem que têm um limite claro da sua atuação e da sua competência.” S.2 “(...) quando acham que já não é com eles, remetem para outros clínicos.” S.2 “Existem várias pessoas competentes na área da hipnose (...) que estão a fazer também um excelente trabalho.” S.4 “Existem muito boas pessoas, existem muitos bons trabalhos.” S.4</p>	<p style="text-align: center;">Referências positivas à prática atual da HC</p> <p>Prática positiva no alívio sintomático</p>
<p>“Acho que há muita gente pouco preparada para a hipnose em Portugal.” S.1 “Em Portugal (...) existem muitas pessoas que tiram um curso de um ou</p>	<p>Muitos terapeutas pouco preparados</p>

<p>dois fins de semana e já começam a exercer.” S.2 “Sei que há muitos terapeutas neste momento...” S.2 “Vejo a formação (dos terapeutas) e fico fortemente desconfiado...” S.2 “Os chamados hipnoterapeutas, também se enquadram em dois quadrantes muito diferentes.” S.2 “(…) em termos de qualidade dos terapeutas eu não sei.” S.3</p>		
<p>“(…) há banha da cobra.” S.2 “Há pessoas que vendem hipnose como quem vende a famosa banha da cobra.” S.2 “(…) supostamente resolve tudo e depois não resolvem nada.” S.2</p>	<p>Alguma prática enganosa de HC</p>	<p>Referências negativas à prática atual da HC, por vezes com contornos enganosos e impacto negativo</p>
<p>“É muito perigoso... e depois as pessoas chegam-nos à clínica piores do que aquilo que começaram no tratamento anterior.” S.1 “Acho que há muito a melhorar.” S.1 “Chegam muitas pessoas ao consultório (que) traziam informações muito negativas sobre o que tinham feito com hipnose.” S.3 “(Chegam muitas pessoas ao consultório (que) tinham sido um pouco afugentados... por aquilo que lhes tinha sido proposto ou pela intervenção que lhes tinha sido proposta...” S.3</p>	<p>Impacto negativo da prática menos correta da HC</p>	
<p>O PENSAMENTO DOS OUTROS</p>		
<p>“Eu acho que ainda há muitos profissionais que nem sequer têm (conhecimento sobre o tema)” S.8 “Basicamente existem lacunas graves e acho que se deveria explorar mais esta área (...)” S.8 “Acho que é uma pena não ser mais explorada ou ser melhor entendida.” S.8</p>	<p>Desconhecimento sobre o tema por parte dos outros profissionais</p>	
<p>“...Portugal, no que diz respeito à hipnose, ainda há muitos tabus, muitas barreiras, que felizmente aos poucos vêm sendo mitigadas.” S.1 “A nível do estado da arte, acho que ainda existem muitos tabus.” S.8 “Acho que ainda existem muitos mitos, acho que ainda existem muitas ideias erradas, mas mais por ignorância ou desconhecimento do que é a hipnose.” S.8</p>	<p>Tabus/estereótipo, por parte dos outros</p>	<p>Desconhecimento contribui para os estereótipos associados à HC e para a exclusão dos hipnoterapeutas, sinalizando resistência a esta prática</p>
<p>“Eu neste momento estou a fazer uma pós-graduação em terapia de casal e é raro o momento em que eu digo que sou hipnoterapeuta.” S.11</p>	<p>Dificuldade em assumir a prática de hipnoterapeuta perante colegas</p>	
<p>“(…) eu saio daquele meio, e estou com outros Psicólogos, por exemplo, existe muita resistência a esta vertente.” S.11 “Quando eu saio do meu contexto e</p>	<p>Resistência e descrédito</p>	

<p>estou com outros colegas que não conhecem esta ferramenta, esta ferramenta é desacreditada.” S.11 “Ainda existe muita resistência... (por colegas).” S.11</p>	<p>por parte de outros profissionais</p>
<p>PROPOSTAS /RECOMENDAÇÕES</p>	
<p>“A Hipnose Clínica deveria ser complementada ou integrada, ou seja, regulamentada (...)” S.4 “(…) mas falta... credibilização, ou seja, dar crédito à hipnose.” S.4 “Eu acho que neste momento a hipnose deveria ser mais dignificada, nomeadamente em termos de reconhecimento.” S.4</p>	<p>Necessidade de reconhecimento e regulamentação</p>
<p>“(…) porque não criar uma especialização, sendo reconhecida, tal como é o <i>coaching</i>?” S.1 “É uma especialização avançada e a hipnose não é... e a hipnose tem milhares de anos.” S.1</p>	<p>Proposta de Reconhecimento como especialidade</p>
<p>“Eu acredito que, verdadeiramente, para as coisas melhorarem, tem que haver uma acreditação maior por parte da ordem dos Psicólogos.” S.1 “Acho que a hipnose deveria ser, realmente, trabalhada ao nível da ordem dos Psicólogos, ao nível da ordem dos Médicos.” S.1</p>	<p>Necessidade de acreditação pelas Ordens profissionais</p>
<p>“A Hipnose Clínica devia ser integrada nomeadamente na área psicoterapêutica, por Psicólogos, Médicos e, in extremis, Enfermeiros.” S. 4 “Acho que precisa de mais profissionais que trabalhem na área, mas que sejam profissionais, efetivamente com competências de base, da Psicologia ou da psiquiatria.” S.8 “Também há aqui uma necessidade de culturalizar as pessoas acerca do que é a nível terapêutico.” S.4 “(…) na área psicoterapêutica, na área em que temos o paciente com psicopatologia e então precisa de alguém que tenha formação específica nessa área...” S.4 “(…) tratar uma depressão, tratar uma ansiedade (...) aí implica que o profissional tenha que fazer psicoterapia.” S.4</p>	<p>Necessidade de delimitar a prática da HC dentro de áreas profissionais e terapêuticas</p>
<p>“(…) os que são só hipnoterapeutas não têm esta base... não deveria acontecer...” S.8 “Deveria haver uma condição para que as pessoas só pudessem praticar a hipnose sob a alçada de um certificado de psicólogo ou de psiquiatra.” S.8</p>	<p>O acesso à prática da Hc deveria ser inviabilizado a quem não tivesse formação terapêutica de base</p>

Necessidade de reconhecimento e regulamentação, nomeadamente pelas Ordens profissionais

Necessidade de destrinçar práticas psicoterapêuticas de outras que também usam a hipnose propondo a formação terapêutica prévia no primeiro caso

<p>“Quando estamos a falar de outro tipo de intervenções, nomeadamente de fomentação de autoestima ou produção de autoestima ou TPS, (...), pode ser utilizado por outros profissionais que sejam hipnólogos, que consigam trabalhar com a hipnose.” S.4</p> <p>“(…) desde que não façam psicoterapia.” S.4</p> <p>“Tudo o que for o resto, por exemplo, alterações de percepção da dor, ou intervenções incisivas, pontuais, eu acho que podem ser feitas por qualquer pessoa que tenha o mínimo de formação.” S.4</p>	<p>Em áreas não psicoterapêuticas a prática sem sustentação terapêutica de base seria viável</p>
---	--

Tabela 10.

Questão 7. Tendo em conta a sua experiência qual é a sua perspetiva sobre a opinião da generalidade dos terapeutas que conhece, acerca da HC? (Como se sente quando a Hipnose Clínica é abordada em conversa? Se adequado).

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<p>“Já trabalhei com várias pessoas que não praticam a hipnose (...) a abordagem é com curiosidade.” S.1</p> <p>“(…) colegas que já estão interessados, já têm uma certa abertura de espírito.” S.1</p> <p>“(…já têm) alguma simpatia com o campo.” S.1</p> <p>“Estou a lembrar-me de uma situação específica, de um colega que quer que lhe faça hipnose para perceber como é.” S.8</p> <p>“Eu sinto que as pessoas têm muita curiosidade.” S.8</p> <p>“É um misto de muito interesse da classe médica e de Psicólogos e de pessoas que vêm de outras áreas.” S.10</p>	<p>Curiosidade / Interesse</p>	<p>Já existem sinais de interesse, respeito e algum conhecimento pela HC por parte de outros terapeutas</p>
<p>“(…) mas, de certa forma, sinto que as pessoas respeitam o trabalho.” S.1</p>	<p>Respeito</p>	
<p>“Há muitos clínicos, de vários quadrantes, que têm algum conhecimento, que têm simpatia pela hipnose porque perceberam que é um instrumento importante, poderoso, etc.” S.2</p> <p>“Alguns conhecem alguma investigação também.” S.2</p> <p>“Sabem que há um enorme corpo de investigação feito na área da hipnose com grande sucesso em termos clínicos.” S.2</p>	<p>Algum conhecimento</p>	
<p>“Há uma vaga dentro da nossa comunidade, enquanto Psicólogos, muito mais direcionada</p>		

<p>para o EMDR” S.1 “(…) e aqueles tradicionais que continuaram a especializar-se pós-faculdade na TCC.” S.1 “Dentro da Psicologia há mais pessoas que não se interessam na especialização do que aquelas que aderem.” S.1</p>	<p>Escolhem outras especializações</p>
<p>“(…) não sabem do que estão a falar, não conhecem…” S.1 “Eu acho que ainda se estranha a hipnose.” S.2 “Acho que isso advém da falta de conhecimento sobre hipnose.” S.2 “Acho que quando não se conhece alguma coisa, se teme …” S.2 “E acho que este desconhecimento ainda está presente.” S.2 “As pessoas não tentam perceber muito.” S.3 “As pessoas têm uma ideia errada, muitas das vezes, do que é que é.” S.4 “(…) mas primeiro nós temos de perceber o que é.” S.4 “(…) eles não se sentem à vontade, por desconhecimento.” S.8 “(…) não domina o assunto.” S.8 “(…acham que) é algo que não é válido cientificamente.” S.8 “(…) nem sequer quer abordar ou desenvolver esse tema.” S.8 “Muitas vezes, descredibilizam a hipnose sem a conhecer.” S.11 “Essa ideia vem de um desconhecimento do que é (a hipnose) na verdade.” S.10 “(…) sem conhecer o poder que esta ferramenta efetivamente tem.” S.11 “(…) falta de conhecimento sobre hipnose.” S.3 “Acho que este desconhecimento ainda está presente…” S.3 “(…) desconhecimento.” S.3 “Depois, há outros que (…) têm ideias mal informadas e que, portanto, veem com desdém a área.” S.2</p>	<p>Desconhecimento/ Ignorância</p> <p>Predomina o desconhecimento sobre a HC e relutância em investir na temática por parte de outros terapeutas</p>
<p>“Os técnicos têm problemas em assumir isto, em assumir que não sabem, que desconhecem …” S.4 “(…) outra situação em que simplesmente não quer muito falar no assunto.” S.8 “(…) mesmo explicando a terapia da próxima geração, ou seja, a utilização da hipnose para potenciar as técnicas psicoterapêuticas é uma mais valia.” S.4 “Sim, eu diria que há uma certa inibição.” S.2</p>	<p>Dificuldade em abrir-se ao conhecimento sobre HC</p>
<p>“Acho que quando não se conhece alguma coisa, se teme.” S.2 “Há um (psicólogo) que agora não me lembro do nome, que é famosíssimo, que influenciou muita gente para ter medo da hipnose.” S.1 “(…) têm receio do controlo mental.” S.1</p>	

<p>“(...) têm receio de fazer figuras tristes por manipulação hipnótica...” S.1 “(...) e isto ainda anda na cabeça... “não quero ser hipnotizado, eu tenho medo disso”, têm medo do controlo mental...” S.1 “(...) e acho que ainda têm um bocadinho de medo.” S.2 “Um misto entre muito interesse e de medo e de ceticismo quase exagerado.” S.10</p>	<p>Medo associado à HC</p> <p>Medo e desconfiança associados à HC</p>
<p>“(...) mas há pessoas que veem a hipnose com desconfiança e com desdém...” S.1 “Colegas Psicólogos não olham para a hipnose como algo positivo, e isso deixa-me triste.” S.11 “Acho que ainda há muito a ideia de que é uma área estranha.” S.10 “A maioria dos terapeutas que não têm formação em hipnose falam de uma forma mistificada: “Ai, a hipnose se calhar é uma área que não está cientificamente provada, não há resultados, não é uma coisa que seja válida.” S.8 “(Pensam) que não permite grandes resultados.” S.1 “(...) se teme...” S.3 “(...) acho que ainda têm um bocadinho de medo.” S.3 “Ainda se estranha a hipnose.” S.3 “Ficam um bocadinho reticentes ao saber que o colega é hipnoterapeuta.” S.3</p>	<p>Desconfiança associada à HC</p>
<p>“Preconceito.” S.3 “ Ainda se tem algumas ideias pré-concebidas.” S.2 “(...) tem ideias já pré-concebidas.” S.8</p>	<p>Preconceito</p>
<p>“(...) pessoas que ainda pensam da hipnose, ou o que julgam saber da hipnose, é como se ainda estivessem no tempo do Abade Faria.” S.1 “(...)pessoas que ainda pensam da hipnose) como se estivessem ainda sob a influência de filmes antigos...” S.1 “Têm uma noção da antiga hipnose autoritária, sugestiva.” S.2 “Acho que ainda há aquele olhar de bruxaria...” S.1</p>	<p>Esteriótipos associados ao passado da H</p> <p>Mantêm-se preconceitos e estereótipos desqualificadores da HC</p>
<p>“Colegas, Psicólogos, Médicos, Psiquiatras, etc. pensam que a hipnose é um bocado banha da cobra.” S.1</p>	<p>H como embuste</p>
<p>“(Pensam) que, é sobretudo, para dar espetáculo.” S.1</p>	<p>H como espetáculo</p>
<p>“Existem muitos hipnoterapeutas a fazer trabalhos que, ao não serem integrados num processo psicoterapêutico, se calhar, também fazem um bocadinho de asneira...” S.8 “(...) vem também do facto de a hipnose ser muitas vezes utilizada indevidamente por hipnólogos ou outros profissionais até de hipnoterapia que não são devidamente</p>	<p>Associação a má prática por terapeutas não credenciados</p> <p>Reconhecimento da existência de más práticas</p>

<p>qualificados.” S.10 a hipnoterapia é uma área não regulamentada, portanto na verdade qualquer pessoa pode efetivamente praticar hipnoterapia. 10 Esse ceticismo poderá eventualmente vir daí. (prática não certificada) S. 10</p>	
<p>“Sinto menos julgamento quando digo às pessoas, aos amigos, que sou hipnoterapeuta do que quando digo aos colegas de profissão.” S.3 “(…) mas as pessoas emitem juízos de valor a respeito.” S.3 “É mais fácil julgar do que perguntar…” S.3</p>	<p>Julgamento comum por parte de colegas terapeutas</p>
<p>“(…) um bocadinho reticentes ao saber que o colega é hipnoterapeuta: “Não sei o que isto é…” Depende se são pessoas que são seguras de si próprias e não têm problemas nenhuns de afirmar o seu desconhecimento sobre o tema, lá por serem Psicólogos não têm de conhecer tudo…” S.8</p>	<p>Reticências por parte dos colegas terapeutas</p> <p>Hipnoterapeutas julgados de forma pouco positiva</p>
<p>“Não me sinto confortável (quando o tema da hipnose é abordado em conversa).” S.11 “Eu estou a fazer uma pós-graduação em terapia de casal e nem eu falo de hipnose perante os outros…” S.11 “Junto dos meus professores, eu não abordo que sou hipnoterapeuta, e às vezes até…” S.11</p>	<p>Hipnoterapeutas não se sentem à vontade para afirmar a sua prática junto de colegas</p>
<p>“Todos eles, em primeiro lugar, ficam “hum… hum…” dão aquele esgar, quando eu explico, pragmaticamente, o que é e o que não é (…) e aí, eles dizem “ah, ok, faz sentido.” S.4 “Tenho uma frase para isso… primeiro estranha-se, depois entranha-se…” S.4 “(…) até tenho direcionado para fazerem cursos para perceberem que pode ser uma mais valia para a sua prática profissional…” S.4 “As pessoas até têm uma certa abertura… não sabem bem o que é… mas a partir do momento em que descobrem, até procuram e há uma certa abertura…” S.4 “(…) precisamente quando nós saímos um bocado daquela parte exotérica da coisa…” S.4 “Quando saímos desse plano e colocamos pragmaticamente o que faz, o que não faz e como pode ajudar, aí há logo uma resignificação da situação.” S.4</p>	<p>Terapeutas mostram tendência para mudar opinião negativa após esclarecimentos</p> <p>Existem sinais de mudança no sentido de uma melhor compreensão da HC</p>
<p>“(…) tem modificado muito ao longo dos anos, a meu ver.” S.10 “Ao longo destes anos todos que tenho trabalhado, e principalmente aqui em Portugal já trabalho há 20 anos, ou 22 anos, e portanto tem alterado muito estes anos.” S.10</p>	<p>Há mudanças nos últimos anos</p>
<p>“(…) também tem a ver com a culturalidade da educação… não é?” S.4</p>	

<p>“Nós, enquanto... estudamos Psicologia, sempre nos inculcaram a ideia da evidência científica, a ideia daquilo que são critérios científicos, o que é que é clínico...” S.4</p> <p>“(...) quando temos o estado de consciência chamado hipnose, que na verdade o seu maior desenvolvimento deu-se na área circense.” S.4</p> <p>“(...) os Psicólogos sentem essa repulsa, porque não querem manchar o seu trabalho....</p> <p>“Tanto tempo demoramos a tentar ganhar uma posição e com uma coisa destas... pôr as pessoas a dormir ou andar com o relógiozinho... não faz sentido nenhum...”, mas lá está... primeiro percebe-se e depois...” S.4</p> <p>“Quando nós passamos para a parte mais clínica, os Psicólogos querem coisas concisas, sistematizadas...” S.4</p> <p>“(...) enquanto na nossa classe, enquanto Psicólogos, as pessoas nem sequer querem ouvir.” S.11</p> <p>“(...) enquanto Psicólogos, eu acho que somos um bocado programados: “tem que ser assim.” S.11</p>	<p>Os Psicólogos receiam a aparente falta de cientificidade da HC</p> <p>Os Psicólogos receiam a aparente falta de cientificidade da HC</p>
---	--

Tabela 11.

Questão 8. Quando considera o público nacional, em geral, qual é a sua opinião sobre a forma como a Hipnose Clínica é vista / percebida / entendida? (Especificar...O que poderá explicar esta visão?)

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<p>“Mas se não for assim, causa estranheza.” S.10</p> <p>“Ceticismo.” S.10</p> <p>“(se não houver percepção da seriedade do terapeuta)</p>	Estranheza, ceticismo	
<p>...espera-se da hipnose mais do que ela pode dar.” S.2</p> <p>“É quase uma técnica mágica.” S.2</p> <p>“(Há) os milagreiros, que esperam por um milagre.” S.1</p> <p>“(...) que a hipnose resolve tudo.” S.1</p>	Mistificação da HC	HC percebida de forma distorcida, por vezes, quase milagrosa
<p>“(...) vamos ter de debater os mitos da hipnose.” S.2</p> <p>“E eu tenho que lhes explicar “não”, “as pessoas no fim vão lembrar-se de tudo muito bem, isto é uma técnica entre outras.” S.2</p> <p>“(Acham) que permite resolver os sintomas, de</p>	Mitos sobre a HC	

<p>maneira rápida e com pouco esforço.” S.2 “Aparecem pessoas que pensam que eu vou pô-las a dormir e depois vão acordar frescas que nem alface e bem dispostas e já não há problema nenhum.” S.2 “Pensa-se que a pessoa vai a uma única sessão de hipnose e resolve lá metade da vida dela.” S.2 “Criou-se uma certa mistificação da hipnose (terapêutico).” S.2 “(…) mistificação pública exagerada quanto ao poder da hipnose (terapêutico).” S.2</p>	<p>H como solução irrealista rápida e simples</p>	
<p>“Hipnose era um bocado confundida com questões relacionadas com o palco, com artistas.” S.1 “Os grandes desenvolvedores trabalharam com atividades performativas...” S.4 “O Dave Elman, para além de Milton Erickson, foi um dos pais da hipnose nos EUA, trabalhava nos saltimbancos.” S.4 “O seu maior desenvolvimento deu-se na área circense.” S.4 “(…) quando nós vemos que a hipnose sai de uma atividade em que, muitas das vezes, era trabalhada a ridicularização, arte performativa, aquela coisa da brincadeira, etc.” S.4</p>	<p>HC associada a espetáculo</p>	<p>HC associada a espetáculo</p>
<p>“As pessoas têm uma “ah, isso é giro”, ou seja, há sempre uma curiosidade... Se calhar, muitas delas não têm coragem, até não querem, mas têm sempre a curiosidade de... perceber o que é e o que não é...” S.4 “O que eu noto é que as pessoas têm muita curiosidade.” S.8 “As pessoas dizem “eu gostava de experimentar.” S.8 “(…) e uma grande curiosidade.” S.10 “É incrível a curiosidade que algumas pessoas têm acerca do assunto.” S.10 “Têm muita vontade de esclarecer dúvidas.” S.3 “(…) ideias pré-concebidas.” S.3 “(…) ficam com vontade de experimentar...” S.3</p>	<p>Curiosidade</p>	
<p>“Há aquelas pessoas que acreditam, que acham que vai ajudar.” S.1 “Pessoas fora da área têm imenso interesse.” S.3 “Têm muita vontade de esclarecer dúvidas.” S.3 “(…) sem ideias pré-concebidas” S.3 “(…) ficam com vontade de experimentar...” S.3</p>	<p>há pessoas interessadas e crentes</p>	<p>HC vista com interesse e curiosidade</p>
<p>“Eu sinto maior recetividade.” S.11 “Já sinto uma maior recetividade, porque as pessoas até querem ouvir.” S.11 “As pessoas até se interessam e até querem saber mais, até estão disponíveis para...” S.11 “Sim, por isso, há uma maior recetividade em relação ao público em geral.” S.11 “Estas pessoas, não. São pessoas mais livres na sua própria opinião.” S.11 “Não estão condicionadas, não estão de alguma</p>	<p>Recetividade</p>	

forma sugestionadas. São mais livres para pensar por elas próprias.” S.11	
“Há aquelas pessoas que vêm um bocadinho céticas e que depois, quando veem o dedo a levantar, como se fosse uma comunicação com o inconsciente, conquistamos as pessoas e o processo terapêutico corre bem.” S.1 “(…) mas as pessoas não têm problemas em assumir isto.” (a falta de conhecimento vs Psicólogos)” S.3	Há pessoas inicialmente céticas, mas mudam de opinião ao experienciarem o estado de H

Tabela 12.

Questão 9. *Numa perspetiva temporal, qual acha que tem sido a evolução destas opiniões (terapeutas e público em geral) nos últimos anos?*

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
“(…) completamente diferente.” S.1 “(…) evoluiu consideravelmente nos últimos anos…” S.1 “Tem evoluído consideravelmente, mesmo em contexto académico.” S.1 “A evolução tem sido positiva.” S.2 “(…) no sentido da hipnose ser mais bem aceite e mais bem vista.” S.2 “Está a existir uma evolução favorável.” S.8 “(…) isto tem sido uma grande evolução.” S.10 “Espero que as coisas estejam a evoluir favoravelmente.” S.8 “Tudo evoluiu, é normal que esta ferramenta também tenha evoluído.” S.11	Evolução considerável e positiva	Evolução considerável e positiva
“Há um outro respeito, mesmo para as pessoas que não estão apaixonadas pela hipnose.” S.1 “(…) com muito menos julgamento.” S.1 “(…) e vão ficando a pensar “vamos lá ver, isto é um campo sério e altamente frutuoso”. S.2 “Portanto, isto tem dado credibilidade ao campo, sem a menor sombra de dúvida.” S.2	Mais respeito	
“As pessoas vêm muito mais abertas.” S.3 “Estão muito mais disponíveis.” S.3 “Está a haver uma abertura grande.” S.8 “Eu sinto maior recetividade.” S.11 “Mas aí já sinto uma maior recetividade, porque as pessoas até querem ouvir.” S.11 “(…) sim, por isso, há uma maior recetividade em relação ao público em geral.” S.11 “(…) até estão disponíveis para…” S.11 “Eu acho que as pessoas também começam a aceitar um bocadinho melhor.” S.8 “Acho que as pessoas acabam por estar um bocadinho mais recetivas.” S.8 “Começa a haver mais pessoas recetivas a esta	Maior abertura à HC	Há uma evolução positiva no interesse das pessoas e na

<p>área, porque começam a dar abertura e a compreender em que consiste.” S.8 “Por isso eu acho que, sem dúvida nenhuma, neste momento é muito mais aceite do que há uns 15 anos atrás.” S.11 “(…) no sentido da hipnose ser mais bem aceite.” S.1</p>	consideração da HC
<p>“(…) querem muito mais saber o que é hipnose.” S.3 “(…) com muito mais interesse” S.3 “Ass pessoas têm uma... “ah, isso é giro.” S.4 “(…) e as pessoas começam a procurar algo porque acham giro.” S.8 “Acaba por ser, de alguma forma, atrativo.” S.8 “Ass pessoas até se interessam.” S.11 “Mas desperta sempre, regra geral, muito interesse quando há uma proximidade, e quando as pessoas até veem que estão a falar com uma pessoa séria.” S.10</p>	Maior interesse na HC
<p>“Ou seja, há sempre uma curiosidade...” S.4 “(…) e até querem saber mais.” S.11 “(…) e que vão descobrir coisas que não sabem.” S.8 “Têm sempre a curiosidade de... perceber o que é e o que não é...” S4 “(…) e curiosidade e vêm com vontade.” S.3 “O que eu noto é que as pessoas têm muita curiosidade.” S.8 “Ass pessoas dizem “eu gostava de experimentar.” S.8 “(…) e uma grande curiosidade.” S.8 “É incrível a curiosidade que algumas pessoas têm acerca do assunto.” S.10</p>	Mais curiosidade sobre a HC
<p>“Cada vez mais, nós temos mais pessoas que já têm uma ideia mais correta do que é a hipnose...” S.4 “E já começam a conhecer ao que é que vêm...” S.4 “(…) que as pessoas consigam compreender mais claramente no que consiste a hipnose.” S.8 “Existem muitas pessoas a despertar para este tipo de ferramentas.” S.11 “(…) e, se calhar, um bocadinho melhor informadas.” S.8.</p>	Maior conhecimento sobre HC Evolução positiva no conhecimento das pessoas sobre HC
<p>“Contrariamente, há 5 ou 6 anos atrás, nós tínhamos um perfil de pacientes totalmente diferente do perfil de pacientes de agora.” S.4 “Tínhamos um perfil de pacientes que estava mais ligado à parte mais holística.” S.4 “Agora temos pacientes mais ligados à área psicoterapêutica, de patologia clínica, etc.” S.4</p>	Mudança de perfil dos pacientes de HC Mudança de perfil dos pacientes de HC
<p>“Ass pessoas estão mais abertas para falar das suas dificuldades.” S.10 “Ass pessoas estão mais despertas para assumirem que não estão bem e que precisam de ajuda.” S.10 “(…) passavam a tomar medicação, que ajudava, mas depois ficavam por ali.” S.10</p>	

<p>“É muito comum ver pessoas a tomarem o mesmo medicamento antidepressivo ou ansiolítico há não sei quantos anos. Hoje em dia, as pessoas já não querem.” S.10</p> <p>“As pessoas procuram mais os Psicólogos, procuram mais outras formas psicoterápicas [sic]” S.10</p> <p>“As pessoas estão a perceber também que há efeitos secundários de tomarem drogas durante tanto tempo”. S.10</p> <p>“E querem alternativas para esses assuntos.” S.10</p> <p>“Querem, no fundo, lidar com os assuntos.” S.10</p> <p>“A área da saúde mental, em geral, tem tido uma grande evolução.” S.10</p> <p>“Mas lidar com os assuntos custa, dói. Lidar com os assuntos quando temos que abrir a caixa de Pandora, não é?” S.10</p> <p>“Querem fazê-lo e têm algumas tentativas e vão e vão... mas recuam porque dói, porque têm de lidar com assuntos difíceis da vida e que estão lá há tantos anos e... e... e às vezes há um avançar e um recuar.” S.10</p> <p>“Eu acho que as pessoas estão muito mais, ao longo destas últimas duas décadas, as pessoas estão muito mais despertas para lidar com os seus problemas.” S.10</p> <p>“(...) e terem a coragem de enfrentar as suas emoções.” S.10</p> <p>“(...) e lidar com as emoções que às vezes são muito difíceis para a pessoa lidar com elas.” S.10</p>	<p>Mudança de mentalidade em relação à Psicologia</p> <p>Mudança de mentalidade em relação à Psicologia</p>
<p>“(...) académicos reconhecidos mundialmente também levaram a isso (Michael Yapko)” S.1</p> <p>“A própria APA também tem feito coisas interessantes nesse sentido.” S.1</p>	<p>Contributos de figuras e instituições internacionais</p>
<p>“Muitos clínicos, de vários quadrantes, Psicologia, Psiquiatria, Enfermagem, etc. vão tendo conhecimento da investigação.” S.2</p> <p>“Afinal sempre há correlatos neurofisiológicos de um estado hipnótico.” S.2</p> <p>“(A investigação) tem dado credibilidade ao campo, sem a menor sombra de dúvida.” S.4</p> <p>“Nós mesmo na associação ao fazer... na faculdade de Coimbra, no ICBAS, na área da Medicina, nós tentamos fazer essa desmistificação...” S.4</p> <p>“Eu faço o meu papel, transmito esta informação a não só colegas.” S.8</p> <p>“Eu explico no que consiste a hipnose, desmistifico.” S.8</p>	<p>Clínicos com conhecimento da investigação na área da HC</p> <p>Reconhecimento por parte da área clínica e da área académica face à HC</p>
<p>“Permite explorações fisiológicas importantes.” S.2</p> <p>“Permite potenciar ou até evitar a anestesia por meios químicos.” S.2</p> <p>“Permite, por vezes, uma gestão de doenças diferente.” S.2</p> <p>“A autossugestão, de tipo mais ou menos hipnótico, até em situações oncológicas pode ser muito útil.” S.2</p>	<p>Clínicos com conhecimento dos efeitos clínicos da HC</p>

<p>“Pode diminuir as reações adversas.” S.2 “Pode potenciar a ação, aparentemente, dos próprios fármacos, etc.” S.2</p>		
<p>“Posso ter tido pessoas que tinham ideias erradas, pré-concebidas erradas, mas não “bruxa não sei quê”.” S.3 “(…) entre muito medo.” S.8 “Ceticismo” S.8 “(…) causa estranheza.” S.10</p>	<p>Ideias erradas acerca da H</p>	<p>Há evolução, mas há ainda necessidade de informação e esclarecimentos sobre a temática</p>
<p>“(Evolução) ainda longe de uma TCC ou EMDR...” S.</p>	<p>Evolução em curso</p>	
<p>“Estas informações podem também... se não forem bem orientadas podem cair um bocadinho no... entrar um bocadinho, mais uma vez, no desconhecimento...” S.8 “É necessário sempre um terapeuta certificado para trabalhar nesta área, para não haver descredibilização...” S.8</p>	<p>A formação deficiente contribui para a falta de credibilidade e de conhecimento</p>	<p>A formação deficiente contribui para a falta de credibilidade e de conhecimento</p>
<p>“(…) o trabalho que temos feitos, tanto do Dr Alberto, como muitos outros colegas da área da hipnose, que têm falado na televisão.” S.4 “Eu explico no que consiste a hipnose, desmistifico.” S.8 “(…transmito esta informação) aos pacientes:” S.8 “A divulgação tem sido maior.” S.10 “As pessoas têm falado mais sobre o assunto.” S.10 “Acho que agora a hipnose é vista também devido ao facto de que pessoas que acreditam nesta ferramenta têm desbravado terreno e têm comprovado...” S.11 “Mas também por aquilo que se leva à televisão, não é? A televisão é um veículo gigante e potenciador de mudança.” S.11 “E quando há casos reais que vão à televisão, as pessoas também ficam mais empatizadas com a dor dos outros e refletem-se em si próprias.” S.11 “(…) também com certeza abre caminhos em relação a esta ferramenta (a televisão).” S.11</p>	<p>Tem existido divulgação para o público geral</p>	<p>Tem existido divulgação para o público geral</p>

Tabela 13.

Questão 10. Se lhe fosse oferecida uma oportunidade de formação neste domínio, seria algo atrativo para si?

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
---------------------	------------------------	------------------------

<p>“Seria extremamente interessante, eu adoraria fazer mais formação na área da hipnose.” S.3 “Sem dúvida alguma que teria todo o interesse.” S.3 “Claro que sim, imensamente, sempre. Nunca é demais, nunca.” S.8 “Claro que sim.” S.11 “(…) por isso, claro que sim.” S.11 “Se fosse uma coisa que eu ainda não tivesse, obviamente que sim.” S.11</p>	<p>Grande interesse em prosseguir a formação em HC</p>	<p>Valorização da formação contínua</p>
<p>“Eu estou sempre em formação contínua.” S.10 “Às vezes estou em áreas um bocadinho mais ao lado, não tão diretamente... Mas, sim, sempre.” S.10 “Acho que é fundamental para o meu trabalho.” S.10 “Acho que, na maior parte dos casos, pelo menos nesta área, termos sempre formação, ferramentas e ter um leque...” S.10 “Nós estamos sempre em processos evolutórios (<i>sic</i>) em relação a formações.” S.11</p>	<p>Importância formação continua</p>	
<p>“Há neste momento, na minha opinião, uma lacuna...” S.4 “As formações que eu tenho vindo a ter, muitas delas foram direcionadas para a indução hipnótica ou para as técnicas hipnóticas...” S.4 “(…) trabalhar mais como fazer a indução, como trabalhar com hipnose, etc.” S.4 “Aquilo que eu sinto que há essa lacuna, é a integração (...) entre o estado hipnótico com as técnicas psicoterapêuticas com evidência científica, nomeadamente TCC, Terapia focada nas emoções...” S.4 “Acho que é preciso, agora, nós desmistificarmos um bocadinho o que é hipnose.” S.4 “E utilizar uma espécie de integração das ferramentas que já existem com a hipnose.” S.4 “Então estamos a falar, por exemplo, terapia focada nas emoções <i>under hypnosis</i>” S.4 “Neste momento não há muita formação nesse sentido...” S.4</p>	<p>Existe uma falta de formações, não baseadas em técnicas de hipnose, mas focadas em integrar essas técnicas com abordagens psicoterapêuticas já validadas</p>	<p>Existe uma falta de formações, não baseadas em técnicas de hipnose, mas focadas em integrar essas técnicas com abordagens psicoterapêuticas já validadas</p>
<p>“Quanto mais ferramentas nós tivermos, melhor.” S.10 “(…) poder e saber, ter o <i>insight</i> de aplicar a melhor ferramenta para a pessoa com quem está a trabalhar.” S.10 “Aliás, está provado que não é a terapia em si que resulta, ou que não resulta...” S.10 “Está provado que quanto mais ferramentas um terapeuta tiver e se criar uma relação terapêutica...” S.8</p>	<p>Formação em HC para aumentar o leque de ferramentas terapêuticas</p>	<p>Formação em HC para aumentar o leque de ferramentas terapêuticas</p>

Tabela 14.

Questão 11. No que respeita à prática de Hipnose Clínica, e face ao atual estado da arte em Portugal, qual seria o caminho que gostaria de ver implementado no futuro? (mudanças, complementos, sugestões...).

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<p>“No futuro seria muito importante que os académicos se envolvessem mais ao nível de hipnose.” S.1</p> <p>“Eu acho que devemos começar por várias abordagens, nomeadamente a nível académico, começar até por aí, porque não?” S.8</p> <p>“No curso de Psicologia, nós podemos saber um bocadinho da história da hipnose, mas não temos formação nenhuma nessa área...” S.8</p> <p>“O estudante de Psicologia já deveria começar a perceber como funciona.” S.8</p>	<p>Maior envolvimento da academia</p>	<p>Articulação com a academia na formação sobre HC</p>
<p>“Veria isto em faculdades de Medicina, veria isto em cursos específicos de Psiquiatria, veria isto nas faculdades de Psicologia, veria isto também em faculdades de Enfermagem.” S.2</p> <p>“(…) através de formações dadas na Universidade de Psicologia, por exemplo.” S.3</p> <p>“Abertura a cursos, ou a subcursos, ou a cadeiras, pelo menos, de hipnose.” S.2</p> <p>“Só o facto de uma faculdade proporcionar uma formação pós-graduada ou não, só isto, já confere uma validação da técnica, da terapia...” S.3</p>	<p>Associação da HC ao ensino superior na área da saúde</p>	
<p>“(…) haver eventos científicos centrados na hipnose, sem dúvida...” S.2</p> <p>“(…) um intercâmbio entre colegas, com partilha de experiências.” S.2</p> <p>“(…) vontade de mostrar a Hipnose Clínica como uma técnica com provas científicas, uma ferramenta útil, capaz, segura...” S.3</p>	<p>Divulgação científica da HC entre pares</p>	<p>Investimento na cientificidade da prática da HC</p>
<p>“Fazer investigação, claro, incentivar-se a investigação.” S.1</p> <p>“(…) estudos, através de artigos científicos, também uma partilha da investigação.” S.3</p>	<p>Investir na Investigação</p>	
<p>“Formações de boa qualidade, precisamos mais disso, formações de hipnose que sejam supervisionadas e possamos perceber os conteúdos programáticos, se estão adequados para alguém que trabalhe a saúde mental.” S.1</p> <p>“Penso que em Portugal já existem profissionais muito competentes, mas acho que ainda são muito escassos.” S.8</p> <p>“Seria importante haver mais formações nesta área, mais profissionais a trabalhar nesta área.” S.8</p>	<p>Investimento na formação de qualidade</p>	

<p>“(…) portanto mais oferta.” S.8 “Que todas as pessoas que fazem formações de hipnose, por exemplo, num fim de semana, em 15 dias, que isso também não fosse legal.” S.11 “Eu gostaria que, por exemplo, existisse mais credibilidade a nível deste mercado.” S.11</p>		
<p>“Para acreditá-la mais, será importante que tanto a ordem dos Psicólogos, como a ordem dos psiquiatras se envolvam mais neste processo de acreditação.” S.1 “Ou seja, de alguma forma, haver, como há uma ordem em relação aos Psicólogos... E também há muitas associações...” S.11</p>	<p>Acreditação formal da formação</p>	<p>Investimento no acesso a formação de qualidade</p>
<p>“(…) formações com valores mais baixos do que os que existem atualmente.” S.8 “(…) até porque as formações são extremamente caras e muitas vezes não estão acessíveis a todos os profissionais desta área.” S.8 “(…) que as formações não estivessem sujeitas a IVA, quer sejam com IFPs ou o que seja, porque na verdade não faz sentido.” S.10 “Não pagar na área da formação, acho que é urgente.” S.10 “É urgente que as pessoas não tenham de pagar uma taxa tão elevada como esta, de 23%, para fazer uma formação.” S.10</p>	<p>Redução dos custos das formações</p>	
<p>“Formações já existem muitas e eu cheguei a um momento em que estava a aprender mais do mesmo, só que com outras metodologias...” S.4</p>	<p>Esgotamento de formações de conteúdo semelhante</p>	
<p>“Mas não há o regular destas normas.” S.11 “Seria ótimo ter alguma regulamentação.” S.10 “Mas eu acho que a prática da hipnose deveria ser regulamentada no sentido em que as pessoas só com formação credível poderiam utilizar HC.” S.10</p>	<p>Regulamentação da Prática da HC</p>	
<p>“(…) haver um rastreio mais ao nível das pessoas que fazem hipnose em Portugal, haver obrigatoriedade de supervisão clínica.” S.10 “Ou seja, que esta ferramenta, nem toda a gente pudesse ter acesso a ela.” S.11 “Nós temos associações e que (...) têm um código de ética.” S.10 “Não acho que deva ser uma ferramenta só para Psicólogos.” S.10 “Porque eu acho que hipnoterapeutas não podem simplesmente exercer se não tiverem aqui um complemento a nível da Psicologia.” S.11 “(…) para zelar pelos interesses dos pacientes.” S.1</p>	<p>Regulação do exercício da HC por parte dos terapeutas</p>	<p>Regulamento da prática da HC e definição dos requisitos de quem a pratica</p>

“Há um esgotamento daquilo... na verdade, o que é preciso, na minha opinião, é a integração...” S.4

“É pegar nas outras ferramentas, das outras técnicas, das outras correntes e de certa forma fazer o processo integrativo...” S.4

“(...) porque hipnoterapia é trabalhar com técnicas já evidenciadas, já apresentadas, e algumas delas criadas, e integrá-las...” S.4

“O Dr. Michael Yapko é um dos que vêm cá, é uma das tentativas nossas de apelar aos Psicólogos para saberem e poderem trabalhar com hipnose.” S.4

“(...) para deixarem o demo e começarem a perceber que nós podemos utilizar técnicas para a depressão com ferramentas hipnóticas... não quer dizer que seja só hipnose... é esta desmistificação...” S.4

“Nós temos uma ferramenta fantástica que se chama hipnose... então porque não podemos utilizá-la com técnicas que estão a ser desenvolvidas e teorias, mesmo práticas... podem ser conectadas...” S.4

“Ou seja, é pegar naquilo que nós temos de melhor e colocar a hipnose ao serviço disso...” S.4

“Eu acho que essa é a evolução na área da Hipnose Clínica...” S.4

“Existe agora uma adaptação muito interessante da terapia dos esquemas com a introdução da hipnose.” S.4

“Na verdade, existe até uma ferramenta chamada constelações, não existe evidência científica, mas que muitas pessoas têm utilizado e na área de trabalhar relações funciona muito bem...” S.4

“Em vez de eu fazer as constelações com as pessoas, eu posso fazer as constelações *under hypnosis*...” S.4

“(...) aquela pessoa está a enquadrar o papel de pai, a seguir muda para o papel de mãe, tudo isto dentro de um *setting* hipnótico.” S.4

“Eu não preciso de ter 21000 pessoas ali... basta ter uma e com a sua imaginação ela consegue trocar de posição entre esses papéis, por exemplo...” S.4

Formações direcionadas para processos integrativos com abordagens validadas

Formações direcionadas para processos integrativos com abordagens validadas

Tabela 15.

Questão 12. De que forma sumaria ou resumiria, o que pensa acerca da Hipnose Clínica?

Unidades de análise	Categorias de 2ª ordem	Categorias de 1ª ordem
<p>“É uma ferramenta poderosíssima S.1 “Para mim tornou-se um instrumento incontornável. S.2 “Um instrumento muito poderoso” S.2 “É um dos instrumentos fundamentais” S.2 “É um instrumento muito forte (...) de poder clínico, potencial clínico” S.1 “É algo de que eu não prescindiria” S.2 é uma ferramenta, estratégia bastante importante, na minha prática clínica” S.8 “É uma ferramenta fantástica para podermos partilhar e ajudar as pessoas que nos procuram.” S.10</p>	<p>Ferramenta/Instrumento poderoso (sem especificação)</p>	<p>Ferramenta terapêutica poderosa e versátil</p>
<p>“É uma estratégia ou conjunto de técnicas, ferramentas terapêuticas...” S.8 “(Ferramentas terapêuticas) que podem ser usadas para tratar uma diversidade de problemas, de foro mental (...) físicos ou psicológicos...” S.8 “A hipnose é excecional porque pode permitir tratar diversos tipos de problemas” S.8</p>	<p>Ferramenta terapêutica aplicável a vários problemas</p>	
<p>“Nós temos de nos adaptar aos pacientes, não são eles a nós.” S.1 “A hipnose tem essa magia, porque quando a TCC não está a resultar usando a hipnose, eu passo para o EMDR usando a hipnose.” S.1</p>	<p>HC permite adaptabilidade terapêutica</p>	
<p>“Permite enriquecer o processo terapêutico de uma forma integradora” S.1 “podemos utilizar várias ferramentas” S.1 “as pessoas estão mais integradoras do que há uns anos atrás” S.1 “Não me identifico tanto com a questão do termo “Hipnose Clínica”, mas sim, com um termo mais como hipnose integrativa” S.4</p>	<p>HC é Intervenção integradora Sem especificação</p>	<p>Processo que permite uma abordagem técnica inetgradora</p>
<p>“A hipnose é um caminho que permite integrar várias técnicas” S.1 “Acho que é uma conjugação das duas coisas (H e terapia)” S.3</p>	<p>HC pode ser integrada num processo terapêutico com outras abordagens</p>	
<p>“Pode ser bastante eficiente, portanto acaba por ter uma taxa de eficácia que eu considero bastante elevada” S.8 “Pela potencialidade que tem na mudança de crenças e na</p>	<p>HC é eficaz na mudança terapêutica</p>	

<p>sugestionabilidade que pode criar” S.4 “Um instrumento de modificação de consciência” S.1</p>		
<p>“Aplicabilidade e resultados nos pacientes de uma forma tão rápida, que não consigo só através da psicoterapia” S.3</p> <p>“Deveria ser utilizada de uma forma muito mais corrente, porque as pessoas conseguem resultados de forma muito mais rápida...” S.3</p>	<p>HC apresenta resultados rápidos</p>	<p>HC é um processo terapêutico eficaz e rápido</p>
<p>“Ensinar as pessoas a fazerem em casa porque é uma ferramenta que pode ficar com elas” S.3</p>	<p>HC pode servir para utilização independente pelos pacientes</p>	
<p>“Ajuda a aprender muito sobre os mecanismos mentais do ser humano” S.8 “Permite uma promoção do desenvolvimento pessoal, baseado no auto-conhecimento e na auto-consciência muito grande” S.8 “É mergulhar na nossa mente inconsciente, que representa 88% da nossa capacidade mental.” S.11 “É aí que reside, na nossa mente inconsciente, a nossa sabedoria interior, vale a pena olhar para esta ferramenta de forma diferente, com outros olhos, com mais sabedoria.” S.11</p>	<p>HC como ferramenta de auto-conhecimento</p>	<p>HC é um processo terapêutico que promove a autonomia e o auto-conhecimento</p>
<p>“Eu sou absolutamente apaixonada pela hipnose...” S.3 “Sou absolutamente fã da Hipnose Clínica” S.3 “É mesmo usar e abusar” S.3 “Sou um apaixonado por hipnose, não pela parte dos fenómenos, não pela coisa de criar brincadeiras...” S.4</p>	<p>HC descrita como paixão</p>	
<p>“Hipnose Clínica, para mim, é um mundo.” S.11 “Um mundo a explorar... Um mundo...” S.11 “Para mim, hipnose é o princípio de tudo.” S.11 “a hipnose é quase tudo... seja... está em quase tudo... nós é que não sabemos...” S.4</p>	<p>HC descrita como um mundo a explorar</p>	<p>HC altamente valorizada pelos terapeutas</p>
<p>“Tem sido algo tão importante para mim” S.10 “Mesmo até a nível pessoal, tenho ultrapassado tantas barreiras difíceis na minha vida com a ajuda deste método.” S.10</p>	<p>HC com efeitos positivos na vida dos próprios terapeutas</p>	
<p>“Gostaria é que as pessoas fossem mais recetivas a esta ferramenta.” S.11 “Que, de alguma forma, não a julgassem sem a conhecerem.” S.11</p>	<p>Reconhecimento da HC como ferramenta sujeita a julgamentos (negativos)</p>	

“E que se permitissem experienciar do que realmente é o mundo em relação à hipnose.” S.11

Limitações da HC

“Não tendo qualquer tipo de contra-indicação.” S.3

Desvantagens (reduzidas da HC)

“Apresenta muito poucas desvantagens, efeitos secundários, efeitos colaterais.” S.8

“Se só aplicarmos as questões da hipnose podemos resolver o problema no momento, mas eu acredito que, a longo prazo, aquilo irá degenerar num problema qualquer.” S.3

“Pode levar a que, no futuro a UR psicoterapia se torne ainda mais influente na saúde mental.” S.1
