



Rev. Bras. de Hipnose 2015; 26(2):45-53

ISSN 1516-232X

Associação Brasileira de Hipnose - ASBH

*Revista  
Brasileira de  
Hipnose*

www.revistabrasileiradehipnose.com.br

## A Hipnose Auxiliando o Tratamento da Artrite Reumatoide

### *Hypnosis Helping the Rheumatoid Arthritis Treatment*

Danielle Viana Magalhães<sup>1,4</sup>, João Luiz Pereira Vaz<sup>2</sup>,  
João Jorge Cabral Nogueira<sup>3,4</sup>, Celia Martins Cortez<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Pós-graduação em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ

<sup>2</sup>Serviço de Reumatologia, Hospital Gaffree Guinle, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO

<sup>3</sup>Pós-graduação em Hipnose Clínica, Centro Universitário Celso Lisboa

<sup>4</sup>Associação Brasileira de Hipnose – ASBH

#### **Resumo.**

Aqui apresentamos os resultados de uma avaliação da eficácia da hipnose como terapia auxiliar em cinco pacientes de artrite reumatoide (média de idade de  $56.8 \pm 5,8$  anos), que se encontravam em tratamento no ambulatório do Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Gaffrée Guinle, no período de janeiro de 2013 a julho de 2013. A seleção excluía pacientes sem condições de responder a questionários, em estado grave e com muitas deformidades articulares, com perfil fibromiálgico ou sem uso de medicação em regime SOS. O tratamento consistiu de 10 sessões individuais, semanais, de relaxamento físico progressivo seguido de relaxamento mental e sugestões de bem-estar. A evolução do tratamento foi avaliada através de parâmetros clínicos obtidos em exames físicos e entrevistas. Os resultados mostram que a hipnose foi capaz de reduzir a dor e o edema articulares e a frequência de uso de medicamentos sintomáticos, bem como melhorar a qualidade do sono dos participantes.

*Palavras-chaves:* hipnose, relaxamento hipnótico, tratamento da dor, artrite reumatoide.

#### **Abstract.**

Here we present the results of an evaluation of the efficacy of hypnosis as adjunctive therapy in five rheumatoid arthritis patients (mean age  $56.8 \pm 5.8$  years), who were being treated at the outpatient clinic of the Rheumatology Service of the Gaffrée Guinle University Hospital from January 2013 to July 2013. Selection excluded patients: unresponsive to questionnaires, in severe condition and with many joint deformities, with fibromyalgic profile or without use of medication in SOS regimen. The treatment consisted of 10 individual weekly sessions of progressive physical relaxation followed by mental relaxation and wellness suggestions. The evolution of the treatment was evaluated through clinical parameters obtained in physical exams and interviews. The results show that hypnosis was able to reduce joint pain and edema and the use of symptomatic medications, as well as to improve sleep quality of the participants.

*Keywords:* hypnosis, hypnotic relaxation, pain treatment, rheumatoid arthritis.

## **1. Introdução**

As dores crônicas geram discussões conceituais na Medicina Clássica, que suscitam argumentações que fogem do modelo dito bio-médico clássico, com implicações filosóficas, sociais e emocionais, daí o emprego de modelos biopsicossociais. Um aforismo clássico da

Medicina, *sublata causa tollitur effectus* (retirada a causa o efeito desaparece), é invalidado pelo próprio conceito de dor crônica.<sup>1</sup>

Por ser de difícil de tratamento, a dor crônica geralmente exige uma abordagem multidisciplinar, devida à existência da “memória

de dor”. Mesmo sem o agente desencadeante, o indivíduo pode sentir dor em virtude da memória da mesma, que atua como estímulo, resuscitando na mente a experiência dolorosa, mesmo na ausência de um novo estímulo doloroso.<sup>2</sup>

Há vários sintomas que frequentemente acompanham a dor crônica, tais como os distúrbios do sono, a diminuição ou aumento da ingestão de alimentos e mudanças comportamentais. Também é importante lembrar do papel fundamental que os fatores psicossociais e ambientais desempenham na experiência e na expressão da dor crônica<sup>2</sup>.

De fato, a dor não depende somente da natureza e da intensidade do estímulo, havendo mecanismos que aumentam ou diminuem a nocicepção em vários níveis. Sabe-se que a dor pode variar em um mesmo indivíduo, em diferentes situações e com vários fatores, incluindo culturais, emocionais e religiosos<sup>3</sup>. Na realidade, pode-se entender que “dor” é o resultado da estimulação nociceptiva, lesão e inflamação, enquanto “sofrimento” representa o significado que a dor tem no curso da doença, a incapacidade física, social e financeira<sup>4</sup>.

Como todos os indivíduos que padecem de dor crônica, a experiência algica dos pacientes com artrite reumatoide (AR) é modelada por múltiplos fatores, incluindo: a inflamação articular e periarticular, mudanças nos tecidos acometidos, doença sistêmica, manifestações extra-articulares da RA, efeitos colaterais dos medicamentos e fatores psicológicos<sup>5</sup>.

Presume-se que a dor na RA seja influenciada pela sensação de impotência que a doença implica. Este tipo de sensação interfere no humor e fomenta a desabilidade funcional do paciente<sup>6</sup>. Essa impotência se refere a um padrão de comportamento caracterizado pelos déficits emocional, motivacional e cognitivo para lidar com situações estressantes, que podem advir da crença de que não existem soluções efetivas disponíveis para eliminar ou reduzir o efeito estressor<sup>7</sup>.

Sabe-se que o nível de estresse gerado em um indivíduo por um estressor depende da representação deste no contexto emocional do indivíduo<sup>8</sup>. Em outras palavras, podemos dizer que não é o fato em si que desencadeia o estresse, mas a percepção e a representação que a pessoa tem do fato como um todo<sup>9</sup>. As respostas de estresse compreendem aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos, visando propiciar melhor percepção da situação e de suas demandas, as informações disponíveis na busca de soluções.<sup>8-10</sup>

Apesar dessas respostas terem um cunho de resistência ao estressor, o estresse emocional de alta amplitude na AR leva a alterações funcionais que podem produzir importantes depleções bioquímicas no organismo. Isto pode favorecer o rompimento do equilíbrio no jogo das forças estressantes (de desequilíbrio) e de estresse (de resistência), causando efeitos negativos às funções cerebrais e diversos sistemas, incluindo o imunológico.<sup>10</sup>

Dessa forma, na AR, a hipnose pode ser muito útil, não só auxiliando o paciente a lidar diretamente com a dor, mas também lhe oferecendo condições de resistência ao estresse, pela mudança da visão do paciente em relação a sua doença<sup>10,12</sup>. Há sugestões de que a hipnose também pode auxiliar no controle de efeitos colaterais do tratamento medicamentoso<sup>11,13</sup>. Já foi demonstrado que o simples relaxamento hipnótico, que é um processo introdutório da hipnose, tem competência para promover analgesia significativa e consequentemente enriquecer a qualidade de vida nesses pacientes<sup>14,15</sup>.

No presente trabalho abordamos o uso da hipnose em pacientes de dor crônica articular por AR. Na avaliação da evolução do tratamento sob hipnose, além do exame clínico realizado no seu início e final, também consideramos o número de articulações dolorosas e edemaciadas, bem como possíveis mudanças na frequência de uso de medicamentos em regime de urgência e na qualidade do sono relatadas pelos pacientes.

## 2. Atrite Reumatoide

A AR é uma doença autoimune e inflamatória crônica que acomete cerca de 1% da população adulta mundial, sobretudo as mulheres, que são três vezes mais suscetíveis do que os homens. A doença tem seu início mais frequente entre a quarta e quinta década de vida, de forma que 80% dos pacientes começam a ser afetados entre os 35 e 50 anos de idade<sup>16</sup>.

AR caracteriza-se pelo envolvimento simétrico e cumulativo das articulações sinoviais periféricas, em especial, os punhos, as mãos (metacarpo-falangeanas e as interfalangeanas proximais), levando a deformidades - dedos em “pescoço de cisne”, em “casa de botão”, polegar em “Z”, entre outras<sup>17</sup>. A articulação temporomandibular está usualmente entre as últimas a serem envolvidas, e apresenta uma variedade de sinais clínicos e sintomas, tendo sido clinicamente observada em 65,1% e radiologicamente em 76,7% em uma amostra de 43 pacientes<sup>18-19</sup>.

Hoje, no Brasil, o diagnóstico laboratorial da AR, que indica o grau de gravidade e norteia os procedimentos, tem se fundamentado em dois parâmetros sorológicos: o índice de fator reumatoide (FR) e o de anticorpos anti-peptídeos citrulinados cíclicos (*anti-CCP*). O FR constitui, na grande maioria, anticorpos IgM direcionados contra a região Fc das imunoglobulinas da classe IgG(3). A presença do FR-IgM é um indicador sorológico incluído entre os critérios de classificação atuais da AR, sendo o mais antigo. Mas, além de ser pouco específico, é negativo em 20-30% dos casos<sup>20</sup>, pois a taxa do FR pode cair com o tempo; mas isto não significa que a doença tenha menor gravidade<sup>21</sup>.

O anti-CCP é um anticorpo que pertence ao grupo de anticorpos capazes de reagir com muitos peptídeos citrulinados presentes em numerosas proteínas (filagrina, fibrina, alfa-enolase etc.); e há sugestões de que altos níveis deste anticorpo no soro de indivíduos saudáveis im-

plicariam em alto risco de desenvolvimento de AR<sup>21</sup>.

Para classificação de AR é necessária a presença de quatro dos sete seguintes critérios<sup>22</sup>: rigidez articular matinal; artrite em três ou mais áreas (com edema de partes moles ou derrame articular); artrite de articulações das mãos (punho, interfalangeanas proximais e metacarpo-falangeanas); nódulos reumatoides; artrite simétrica; fator reumatoide sérico positivo; alterações radiográficas (erosões ou descalcificações localizadas em mãos e punhos). Os quatro primeiros critérios citados devem estar presentes por pelo menos seis semanas. Os pacientes com dois ou três critérios não são excluídos da possibilidade do desenvolvimento da doença no futuro<sup>23</sup>.

De etiopatogênese multifatorial e, também, com participação de fatores ambientais, a AR se apresenta como uma poliartrite que causa instabilidade articular, pois afeta também aos tendões, muitas vezes rompendo-os. A rigidez prolongada após o repouso é uma característica. O diagnóstico da doença depende da associação de uma série de sinais e sintomas clínicos, além de achados laboratoriais e radiográficos.<sup>7</sup>

A progressão da doença provoca a degeneração das cartilagens e debilita tendões, produzindo fortes dores e uma redução progressiva da mobilidade. A evolução é muito variável, pois pode atingir apenas uma articulação, com breve duração e lesões articulares mínimas, como pode se apresentar como uma poliartrite progressiva, que evolui até deformar significativamente as articulações. A maioria dos pacientes apresenta uma evolução intermediária entre esses dois extremos<sup>23,24</sup>.

Além do uso de fármacos anti-inflamatórios não-hormonais (AINH) e analgésicos, o tratamento da AR inclui fármacos inibidores da progressão da doença. No momento, no Brasil, o metotrexato, um antimetabólito e antifolato, é o fármaco de primeira escolha para este fim, acompanhado ou não da administração de prednisona (antiflamatório hormonal). O me-

totrexato inibe o metabolismo do ácido fólico, sendo este mecanismo de ação importante em outras aplicações, como o câncer, mas na AR não está claro, havendo sugestões de possa estar relacionado com a capacidade dos poliglutamatos desta droga de provocar a liberação de adenosina extracelular, que tem propriedades antiinflamatórias e imunomoduladoras<sup>23</sup>.

Os indivíduos acometidos por essa doença devem submeter-se a tratamentos médicos que implicam em mudanças significativas em sua rotina diária, dieta e exercício físico e, de acordo com o grau de incapacidade, o paciente se vê obrigado a reavaliar parcial ou totalmente o seu cotidiano, o que pode afetar severamente a sua qualidade de vida e a sua atividade laborativa<sup>25</sup>.

Cada paciente, entretanto, apresenta formas distintas de encarar a doença e se adaptar a ela. Essas formas se relacionam a um sistema de crenças sobre a doença e a sua *autoeficácia*, isto é, a capacidade de lidar com o seu mal, visando alcançar o rendimento desejado. A autoeficácia compreende as expectativas do próprio indivíduo em relação as suas próprias capacidades para realizar tarefas. Desta forma, quanto maior sua percepção de autoeficácia, melhor tende a ser seu desempenho, o que resulta em sentimentos positivos generalizados sobre si mesmo.<sup>25</sup>

De acordo com alguns estudos, pacientes com enfermidade crônica, que creem ter certo controle sobre sua enfermidade, se adaptam melhor à mesma do que os que não têm essa crença<sup>26</sup>. O'Learly e col.<sup>27</sup> encontraram uma relação significativa entre o nível de autoeficácia percebida e o estado geral de saúde, estando o aumento na autoeficácia relacionado com melhoras na percepção do estado psicológico e do estado geral de saúde. A incapacidade funcional do paciente de AR não depende apenas da sua limitação física e, desta forma, a experiência da dor crônica associada à incapacidade funcional, gerando constante sofrimento ao indivíduo, é considerada uma experiência

perceptual completa que se associa com estados emocionais e funcionais<sup>4</sup>.

### 3. Material e Método

No presente trabalho foram consideradas as normas regulamentadoras do Conselho Nacional de Saúde, base 196/96, na resolução sobre pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pela CEP-CONEP (CAAE: 43556414.4.0000.5259/2015). Assim, os participantes foram sujeitos voluntários livres e esclarecidos em todas as etapas da pesquisa.

A amostra foi constituída por cinco adultos acometidos de dor articular crônica por AR, na faixa de 51 a 56 anos de idade (média 56,8 ±5,8 anos), um do sexo masculino, sendo que a maioria era constituída de pessoas casadas, com tempo médio de evolução patológica de 10,0 ± 3,0 anos e apenas uma pessoa declarou não ter religião, mas que acreditava na existência de um Deus.

Os participantes foram selecionados entre os primeiros 40 doentes em tratamento de AR no ambulatório do Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Gaffrée Guinle, que se apresentaram para consulta no período de janeiro de 2013 a julho de 2013. A seleção excluía pacientes sem condições de responder a questionários, em estado grave e com muitas deformidades articulares, com perfil fibromiálgico ou sem uso de medicação em regime SOS.

Todos os pacientes que preenchiam os critérios definidos eram consultados sobre o seu desejo e a sua disponibilidade para participar de um trabalho experimental no âmbito da Medicina Alternativa Complementar, que poderia lhes ensinar a lidar com a dor e as exigências da AR. O fato da maioria dos pacientes residir em local distante de onde eram realizadas as sessões e a regularidade destas foram os principais motivos da pequena amostra constituída, já que muitos tinham dificuldade de locomoção.

Depois da etapa preliminar de esclarecimento, os pacientes que demonstraram interesse, e foram considerados aptos para a pesquisa preencheram fichas de dados pessoais e responderam a questionários, após assinarem um termo de consentimento para participação da pesquisa.

A técnica de hipnose foi adaptada à filosofia do tratamento e ao protocolo médico estabelecido, tendo sido as sugestões baseadas no trabalho médico, visando auxiliar não só no bem-estar, mas também na aceitação da doença e trabalhar a confiança no tratamento.

O atendimento individual foi semanal ou quinzenal, num total de 10 sessões. Cada sessão iniciava com um relaxamento progressivo, constituído por 3 fases básicas: respiração focada, relaxamento físico e relaxamento mental. Seguiu com a fase de aprofundamento hipnótico e a de sugestões de bem-estar, finalizando com a dehipnotização. Durante todo o procedimento, o paciente ficava confortavelmente instalado em uma poltrona adequada para o relaxamento corporal, com o hipnotista sentado ao seu lado. O ambiente foi devidamente preparado para sessões de hipnoterapia, com pouca luz e atenuação sonora.

Suscintamente, o protocolo usado em cada sessão consistia das seguintes etapas: (1) dois minutos de respiração profunda, acompanhada com sugestões de foco no movimento respiratório, e diminuição das incursões respiratórias, após um minuto e meio; (2) relaxamento físico progressivo (por 8 minutos); (3) relaxamento mental, através de sugestão de imagens relaxantes (2 minutos); (4) aprofundamento do estado hipnótico (1 minuto); (5) utilização de sugestões hipnóticas de sentimentos de calma e bem-estar e metáforas individualizadas com o intuito de criar uma ponte de comunicação entre o consciente e o inconsciente do paciente; (6) retorno do estado hipnótico pelo mesmo processo usado para indução hipnótica, em sentido inverso.

A evolução do tratamento foi avaliada através dos dados gerados em consultas clíni-

cas, com exame físico para a verificação da presença de dor e edema articulares e aquisição de relatos quanto ao uso de medicamentos, AINHS e analgésicos em regime de urgência (SOS).

#### 4. Resultados

A Figura 1 relaciona o número de pacientes com o número de articulações dolorosas e edemaciadas verificadas no exame clínico que precedeu o início do tratamento complementar por hipnose e no exame após as dez sessões. Esta figura evidencia que, antes da primeira sessão, o exame clínico acusou dor articular à palpação em três dos pacientes, sendo que dois tinham duas articulações doloridas e um, apenas uma. Quanto à presença de edema nas articulações, três pacientes se encontravam nessa situação. Dois pacientes apresentavam duas articulações edemaciadas e outro, apenas uma.

Findas as dez sessões hipnose, um paciente acusou remissão da dor em uma das duas articulações anteriormente dolorosas. Em dois pacientes que apresentavam duas articulações edemaciadas antes do tratamento, a remissão completa do edema foi observada em um deles e apenas uma articulação acometida no outro.

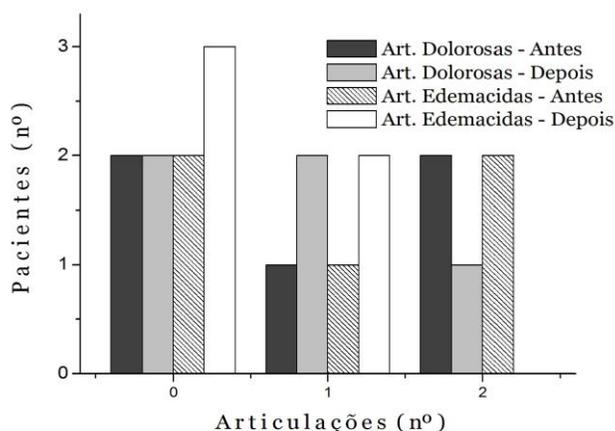


Figura 1. Número de pacientes em função do número de articulações dolorosas e edemaciadas verificadas em exames clínicos imediatamente antes e depois do tratamento.

Na Tabela 1 pode-se ver a frequência (número de comprimidos/semana) em que os participantes usavam anti-inflamatórios não esteroide (AINE) por semana antes e depois do tratamento, bem como analgésicos para aliviar a dor. Essa tabela também mostra que antes do tratamento um paciente fazia uso de bengala para facilitar sua locomoção, mas ao final do tratamento nenhum deles usava tal recurso.

Tabela 1: Pacientes e o uso de AINE e analgésico em regime de urgência, antes e depois do tratamento.

Paciente	Uso de AINE (comprimidos/ semana)		Uso de analgésico (comprimidos / semana)	
	A	D	A	D
<b>1</b>	3	0	0	1
<b>2</b>	1	0	0	0
<b>3</b>	2	0	0	1
<b>4</b>	0	0	2-4	1
<b>5</b>	2	1	0	0
<b>Uso de bengala para marcha</b>			1	0

A = antes do tratamento, D = depois do tratamento.  
 AINE = antiinflamatório não hormonal.  
 Comp/semana = comprimidos por semana.

Antes do tratamento, apenas um dos pacientes não fazia uso semanal de antiinflamatórios, sendo que um fazia uso de 1 a 3 comprimidos /semana. Após o tratamento com hipnose, apenas um tinha necessidade do uso deste medicamento, e só uma vez por semana. Antes do tratamento, um dos participantes faziam uso de 2-4 comprimidos analgésico (por exemplo, paracetamol) por semana. Ao final do tratamento, aquele paciente tinha diminuído o uso deste recurso para apenas 1 comprimido/semana.

A Figura 2 mostra os resultados do trabalho sobre a qualidade do sono, de acordo com as informações oferecidas pelos participantes. Antes do tratamento complementar por hipnose apenas três pacientes consideravam o seu sono bom, dois queixaram-se de sono irregu-

lar, isto é, de qualidade média. Após o tratamento, o número de participantes que afirmou ter sono de boa qualidade aumentou para quatro, e um classificou seu sono como “ótimo”.

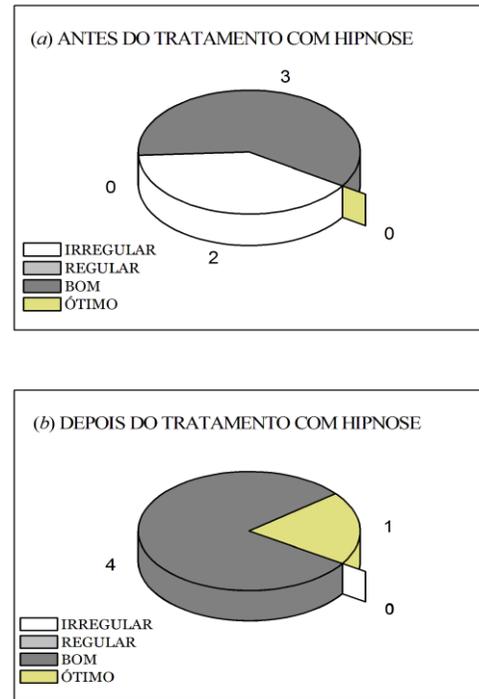


Figura 2: Classificação da qualidade do sono informada pelos participantes antes (a) e depois (b) do tratamento complementar por hipnose.

## 5. Discussão

A análise dos resultados clínicos obtidos após as dez sessões de relaxamento hipnótico e sugestões de bem-estar físico e mental em pacientes com AR, dentro do perfil que foi selecionado (casos não graves, mas com sintomas explícitos da doença e sem perfil fibromiálgico), revelou a excelência que representa a iniciativa de inclusão da hipnose em programas integrados para tratamento desta doença. Antes da primeira sessão de hipnose, o exame clínico mostrou que três dos participantes apresentava de 1 a 2 articulações dolorosas e edemaciadas (Figura 1), sendo

frequente o tratamento com drogas AINE entre os participantes (Tabela 1).

Uma observação importante é que a resposta do edema ao tratamento pareceu ter sido mais rápida do que aquela oferecida pelo processo doloroso. Após o tratamento, apenas um paciente tinha necessidade do uso de anti-inflamatório (1 comprimido/semana). Dois outros, que usavam 2-3 comprimidos/semana de AINE, relataram o abandono deste tipo de medicamento, que foi substituído por apenas 1 comprimido/semana de analgésico (paracetamol). Outro ganho explicitado pelo tratamento com hipnose foi o abandono do uso da bengala (Tabela 1) por um participante, que antes era dependente desta para sua locomoção.

Sem dúvida, a dor é a condição física mais proeminente na AR e, apesar de ser uma consequência direta do processo da doença, os relatos não são usualmente correlacionados com a doença, sendo considerado pelo paciente como um problema constitucional. A variabilidade nos resultados de tratamentos médicos e psicossociais direcionados diretamente para reduzir as consequências adversas da doença, e não eliminar a doença, também indica que a dor continua a ser um dos fatores mais complexos nas doenças crônicas dolo-rosas<sup>28</sup>.

A melhora observada na dor e locomoção dos pacientes de AR que participaram do nosso estudo está em ressonância com a descoberta de outros autores, que mostram resultados que sustentam o uso da analgesia hipnótica no tratamento da dor em pessoa com dificuldade motora. Significantes mudanças pré e pós-tratamento na média da intensidade da dor foram descobertas por Jensen *et al.*<sup>29</sup>, tendo estas perdurado pelos três meses de acompanhamento.

Em um trabalho, Siniachenko e col.<sup>30</sup> lembram que a conexão do efeito placebo com a condição psicológica e perfil neurofisiológico do corpo reforça a visão da necessidade de conduzir ambos, a terapia farmacológica convencional e as terapias complementares para a doença autoimune. Esta necessita ainda de

expandir na realidade dos pacientes de AR, que em seu caminho terapêutico, afetado pela doença crônica, eles encontram uma variedade de procedimentos diagnósticos e a opção de intervenções cirúrgicas com processos de recuperação prolongados.

Além da sua capacidade de atuar como placebo e de ampliar este efeito em outros tratamentos, tem sido sugerido que a resposta à hipnose na dor crônica seja oriunda do seu poder de modulação sobre processos neurofisiológicos ligados à experiência algica<sup>31</sup>. Já foi observado que sugestões durante a hipnose podem prontamente modular a experiência subjetiva da dor<sup>32</sup>, sendo que a analgesia hipnótica parece exercer efeitos sobre as atividades do cérebro e da medula espinhal diferentes daqueles causados por sugestões hipnóticas específicas<sup>29</sup>.

O uso da hipnose na Medicina complementar e alternativa nas últimas duas décadas em crianças e adultos tem aumentado consideravelmente em relação às décadas anteriores, especialmente no tratamento de dores crônicas como a AR<sup>33</sup>.

A hipnose envolve mecanismos neurofisiológicos que justificam a sua ação não só como um eficiente recurso em procedimentos médicos e odontológicos, onde pode auxiliar na analgesia e sedação, mas também como excelente ferramenta psicoterapêutica<sup>34</sup>.

Quanto o efeito da hipnose sobre o sono (Figura 2), antes do tratamento, nenhum dos participantes classificava como “ótima” a qualidade do seu sono, como ocorreu ao final das 10 sessões de hipnose. Um daqueles que considerava o seu sono como “bom”, passou a classificá-lo como “ótimo”, e dois que classificavam como irregular, relataram a melhora para “bom”.

Esse resultado está em acordo com a literatura que mostra o relaxamento mental<sup>35</sup> e hipnose como uma intervenção efetiva para regularizar o sono e outros ritmos biológicos, bem como para diminuir a tensão e fadiga muscul-

lar, salvaguardando as reservas de energia em pacientes que sofrem de dor crônica<sup>30,36</sup>.

Em trabalho anterior<sup>35</sup>, realizamos um programa de relaxamento antiestresse com um grupo de estudantes de enfermagem, que também atuavam como técnicos ou auxiliares de enfermagem ou agentes de saúde. Concluímos que o relaxamento mental é uma opção válida no controle do estresse cotidiano, podendo ser um recurso capaz de apresentar ganhos adicionais, se for usado com frequência.

## 6. Conclusão

Nossos resultados permitem concluir que o tratamento realizado através das dez sessões de hipnose com sugestões de bem-estar físico e mental em pacientes dentro do perfil selecionado (casos não graves, mas com sintomas explícitos da doença e sem perfil fibromiálgico) foi capaz de reduzir, de uma forma geral, o número de articulações dolorosas e edemaciadas, tendo a resposta observada ao nível de edema sido mais rápida do que na dor articular. A quantidade de AINE usada pelos pacientes reduziu em 87% em relação ao início do tratamento, sendo que quatro dos cinco pacientes puderam suspender uso deste tipo de medicamento. Além disso, o tratamento melhorou a segurança locomotora de um paciente, expressa pela suspensão do uso de bengala. Também houve ganho na qualidade do sono de todos os participantes, que passaram a classificar seu sono como bom ou ótimo.

## Referências

1. Marquez OM. A dor e os seus aspectos multidimensionais. *Cienc Cult.* 2011; .63:28-32.
2. Turk DC, Flor H. Chronic Pain: A Behavioural perspective. In: RJ Gatchel DC Turk (Eds.), *Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives.* New York: Guilford Press, 1999; pp.18-34.
3. Pimenta CAM, Koizumi MS Teixeira MJ Dor, depressão e conceito culturais. *Arq Neuropsiq* 1997; 55:370-380.
4. Melzack R, Wall PD. The challenge of pain. Basic Books ed. 1983, pp.33-41.
5. Hart FD. The control of pain in the rheumatic disorders. In: Hart FD (Ed.), *The Treatment of Chronic Pain.* Philadelphia, PA, Davis, 1974, pp. 63-96.
6. Bradley LA, Anderson KO, Young LD, McDaniel LK, Sahnger MC, Turner RA, Agudelo CA. Psychological aspects of arthritis, *Bull. Rheum. Dis.*, 1985; 35:1-12.
7. Nicassio PM, Ormseth SR, Kay M, Custodio M, Irwin M R, Olmstead R, Weisman MH. The contribution of pain and depression to self-reported sleep disturbance in patients with rheumatoid arthritis. *Pain* 2012; 153:107-112.
8. Cortez, CM. O estresse e suas implicações fisiológicas. *A Folha Médica* 1991; 103:175-181.
9. Cortez CM, Silva D. Implicações do estresse sobre a saúde e a doença mental. *Arq Catarinenses Med* 2007; 36:96-108.
10. Cortez CM, Cruz FAO, Silva D. Psychological and Physiological Responses to Stress: A Review Based on Results from PET and MRI Studies. *Braz Arch Biol Technol* 2008; 51:7-12.
11. Abrahamsen R, Baad-Hansen L, Svensson P. Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain – clinical and psychosocial findings. *Pain* 2008; 136:44–52.
12. de Souza DB, Silva D, Silva CMC, Sampaio FJB, WS, Cortez CM. Effects of Immobilization Stress on Kidneys of Wistar Male Rats: A Morphometrical and Stereological Analysis. *Kidney Blood Press Res* 2011; 34:424-429.
13. Abrahamsen R, Dietz M, Lodahl S, Roepstorff A, Zachariae R, Østergaard L, Svensson P. Effect of hypnotic pain modulation on brain activity in patients with temporomandibular disorder pain. *Pain* 2010; 151:825-833.
14. Sunnen G. What is hypnosis? In: James H, Micozzi MS (Eds) *Medical Hypnosis: An Introduction and Clinical Guide.* London: Churchill Livingstone, 1999, pp.7-20.
15. Magalhães DV, Vaz JLP, Nogueira JJC, Cortez CM. Evidências atuais da importância da hipnose na dor crônica. *Rev Bras Hipn* 2014; 25:97-102.
16. Ramos CL Ramos CL, Huo Y, Jung U, Ghosh S, Manka DR, Sarembock IJ, Ley K. Direct demonstration of P-selectin–and VCAM-1–dependent mononuclear cell rolling in early atherosclerotic lesions of apolipoprotein E–deficient mice. *Circ. Res.* 1999; 84:1237-1244.
17. Brasington Jr RD. Clinical features in rheumatoid arthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weiblat ME, Weisman MH, editors. *Rheumatology.* 5th ed, Philadelphia: Elsevier; 2011, pp. 9-18.

18. Ozcan H, Ozcan Km, Keskin D, Bahar S, Boyacigil S, Dere H. Temporomandibular joint involvement in rheumatoid arthritis: correlation of clinical, laboratory and magnetic resonance imaging findings. *B-Ent* 2008; vol. 4, pp. 19-24.
19. Ruparelia PB, Shah DS, Kosha Ruparelia K, Sutaria SP, Pathak D. Bilateral TMJ Involvement in Rheumatoid Arthritis. *Case Reports in Dent* 2014; ID 262430.
20. da Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Rezende-Fronza LS, Bertolo MB, Freitas MVC, da Silva NA, Louzada-Junior P, Giorgi RDN, Lima RAC, Kairalla RA, Kawassaki AM, Bernardo WM, Pinheiro GRC. Diretrizes para o diagnóstico da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol* 2013; 53: 141-157.
21. Vaz JLP, Mirhelen M, Abreu MM, Levy RA. Changes in Anti-Citrullinated Protein Antibody Titers Following Treatment with Infliximab for Rheumatoid Arthritis. *IMAJ* 2014; 16:17-19.
22. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, Healey LA, Kaplan SR, Liang MH, Luthra HS, *et al.* The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31:315-24.
23. Laurindo IMM, Ximenes AC, Lima FAC, Pinheiro GRC, Batistella LR, Bertolo MB, Alencar P, Xavier RM, Giorgi RDN, Ciconelli RM, Radominski SC. Artrite Reumatóide: Diagnóstico e Tratamento. *Rev Bras Reumatol* 2004; 44:435-442.
24. Anaya JM, Norman T. Sjögren's syndrome comes of age. *Sem. Arth. Rheum.* 1999; 28:355-359.
25. Vinaccia S, Contreras F, Restrepo LM, Cadena J, Anaya JM. Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Int J Clin Health Psych* 2005; 5:129-142.
26. Bandura, A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall, Inc., 1986.
27. O'Learly, A, Shorr, S, Lorig, K, Holman, HR. A cognitive-behavioral treatment for rheumatic arthritis. *Health Psychol* 1988; 7: 527-544.
28. Evers AWM, Kraaimaat FW, Van Riel PLCM, Bijlsma JWJ. Cognitive, behavioral and physiological reactivity to pain as a predictor of long-term pain in rheumatoid arthritis patients. *Pain* 2001; 93: 139-146.
29. Jensen MP, Patterson DR. Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings. *Am Psychol* 2014; 69:167-177.
30. Siniachenko VV, Leshchenko GI, Melekhin VD. Emotional-volitional training in the combined treatment of patients with rheumatoid arthritis. *Ter Arkh* 1990; 62:58-62.
31. Pinnell CM, Covino NA. Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *Int J Clin Exp Hypn* 2000; 48:170-94.
32. Miller GE, Chen S. Psychological interventions and the immune system: a meta-analytic review and critique. *Health Psychol* 2001; 20:47-63.
33. Tomé-Pires, Miró, J. Hypnosis for the management of chronic and cancer procedure-related pain in children. *Am J Clin Exp Hypn* 2012; 60:432-457.
34. Cortez CM, Silva D. Hypnosis, tonic immobility and electroencephalogram. *J Bras Psiquiatr* 2013; 62: 285-296.
35. Magalhães DV, Vaz JLP, Nogueira JJC, Cortez CM. Stress in routine of nursing students: effect of mental relaxation. *Rev Bras Hipn* 2015; 26(1):20-31.
36. Roja Z, Kalks V, Roja I, Kalkis H. The effects of a medical hypnoherapy on clothing industry employees suffering from chronic pain. *Occup Med Toxicol* 2013; 8:25.