

HIPNOSE CLÍNICA EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: UMA REVISÃO NARRATIVA CRÍTICA

CLINICAL HYPNOSIS IN ONCOLOGICAL PALLIATIVE CARE: A CRITICAL NARRATIVE REVIEW

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.068-045>

Renato Mas Gitirana

Rio de Janeiro, RJ

E-mail: drgitirana@gmail.com

Resumo

Pacientes com câncer avançado frequentemente convivem com dor refratária, ansiedade, depressão, náuseas e vômitos, sintomas que comprometem a qualidade de vida mesmo quando o tratamento farmacológico é otimizado. A hipnose clínica vem sendo investigada como intervenção adjuvante nesse cenário, mas a literatura apresenta heterogeneidade metodológica e lacunas importantes. Esta revisão narrativa crítica sintetiza evidências sobre mecanismos de ação, aplicações clínicas e limitações da hipnose em cuidados paliativos oncológicos. Argumenta-se que, embora existam sinais promissores de benefício — sobretudo no manejo da dor, da ansiedade e de náuseas —, a base empírica ainda é frágil para recomendações definitivas. A incorporação da hipnose na prática paliativa exige formação profissional, individualização e integração a uma abordagem multidisciplinar, além de pesquisas com maior rigor metodológico.

Palavras-chave: Ansiedade; Cuidados Paliativos; Dor Oncológica; Hipnose; Neoplasias; Qualidade de Vida.

Abstract

Patients with advanced cancer often experience refractory pain, anxiety, depression, nausea, and vomiting, symptoms that impair quality of life even when pharmacological treatment is optimized. Clinical hypnosis has been investigated as an adjuvant intervention in this setting, but the literature is methodologically heterogeneous and presents important gaps. This critical narrative review synthesizes evidence on mechanisms of action, clinical applications, and limitations of hypnosis in oncological palliative care. It argues that although there are promising signs of benefit — particularly in pain, anxiety, and nausea management — the empirical basis remains insufficient for definitive recommendations. Integrating

hypnosis into palliative practice requires professional training, individualization, and a multidisciplinary approach, as well as further research with greater methodological rigor.

Keywords: Anxiety; Cancer Pain; Hypnosis; Neoplasms; Palliative Care; Quality of Life.

1 INTRODUÇÃO

O câncer segue como uma das principais causas de morbimortalidade global. Estimativas apontam 28,4 milhões de novos casos previstos para 2040 (Sung et al., 2021). Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos, muitos pacientes evoluem para doença avançada ou metastática, momento em que o foco se desloca da cura para o controle de sintomas e a melhoria da qualidade de vida — domínio dos cuidados paliativos.

A Organização Mundial da Saúde define cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças ameaçadoras à vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação criteriosa e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (World Health Organization, 2020). Nesse contexto, sintomas refratários representam um dos maiores desafios clínicos. Dor oncológica, ansiedade, depressão, náuseas, vômitos, dispneia e fadiga frequentemente permanecem subtratados, mesmo com protocolos farmacológicos otimizados.

A hipnose clínica surge como intervenção adjuvante promissora. Diferentemente da hipnose de entretenimento, trata-se de um estado de consciência alterado, com atenção focalizada, redução da consciência periférica e maior responsividade a sugestões terapêuticas, aplicado por profissionais treinados (Elkins et al., 2015). Contudo, a literatura sobre seu uso em cuidados paliativos oncológicos ainda é limitada e heterogênea. Esta revisão narrativa crítica tem como objetivo sintetizar e problematizar essas evidências, discutindo mecanismos, aplicações, lacunas e desafios éticos.

2 MECANISMOS DE AÇÃO

2.1 MODULAÇÃO DA DOR

A dor oncológica é multifatorial: resulta de compressão tumoral, inflamação, lesão nervosa e fatores psicossociais. A hipnose parece atuar em múltiplos níveis. Estudos de neuroimagem sugerem engajamento de redes cerebrais distribuídas — córtex cingulado anterior, ínsula, tálamo, córtex pré-frontal dorsolateral e substância cinzenta periaquedutal — envolvidas na dimensão afetivo-emocional da dor, na atenção e na modulação descendente dos estímulos nociceptivos (Montgomery; Schnur; Kravits, 2017).

Além disso, a hipnose promove reestruturação cognitiva da experiência dolorosa. Sugestões podem alterar a percepção de intensidade, localização e significado da dor, transformando-a de experiência ameaçadora em sensação mais tolerável. No entanto, a resposta individual é variável, e os mecanismos exatos ainda não estão completamente esclarecidos.

2.2 REGULAÇÃO EMOCIONAL E ANSIEDADE

Ansiedade e depressão são prevalentes em pacientes com câncer avançado, afetando cerca de 30% a 50% dos indivíduos em cuidados paliativos. A hipnose atua na regulação emocional por meio de relaxamento profundo, redução da atividade simpática e modulação de circuitos límbicos envolvidos no medo e na ansiedade (JONES et al., 2024). Sugestões pós-hipnóticas podem reforçar sentimentos de segurança, controle e esperança — elementos frequentemente comprometidos na fase avançada da doença.

2.3 CONTROLE DE NÁUSEAS E VÔMITOS

Náuseas e vômitos relacionados à quimioterapia ou ao avanço da doença impactam significativamente a qualidade de vida. A hipnose tem sido investigada no controle desses sintomas por meio de sugestões direcionadas à redução da sensibilidade gástrica, indução de sensações de frescor e calma, e dissociação mental do estímulo nauseante (SCHNUR et al., 2019). Os resultados, porém, são mais consistentes em náuseas induzidas por quimioterapia do que em náuseas refratárias de origem tumoral avançada.

3 APLICAÇÕES CLÍNICAS EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

3.1 MANEJO DA DOR ONCOLÓGICA REFRATÁRIA

A dor é o sintoma mais prevalente e angustiante em cuidados paliativos oncológicos, afetando até 70% dos pacientes em fase avançada. Quando se torna refratária a opioides e adjuvantes farmacológicos, a hipnose pode ser considerada como intervenção complementar.

Ensaio clínicos e revisões indicam reduções clinicamente relevantes na intensidade da dor, com tamanhos de efeito moderados a grandes em alguns estudos (Montgomery; Schnur; Kravits, 2017). A resposta é variável: estima-se que 70% a 80% dos pacientes apresentem algum benefício, enquanto 20% a 30% sejam pouco responsivos. Protocolos típicos incluem indução por relaxamento progressivo ou fixação ocular, seguidas de sugestões de analgesia, dissociação e reforço pós-hipnótico.

É preciso cautela, contudo: muitos estudos incluem pacientes em tratamento curativo ou com dor aguda procedimental, não necessariamente em cuidados paliativos exclusivos. Isso limita a generalização dos achados.

3.2 CONTROLE DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

A ansiedade em cuidados paliativos associa-se frequentemente ao medo da morte, perda de autonomia, dor não controlada e preocupação com familiares. A depressão manifesta-se como desesperança, apatia e isolamento social. A hipnose pode induzir estados de calma profunda, reforçar sentimentos de paz e aceitação e promover resignificação da experiência de adoecimento.

Técnicas de regressão hipnótica — quando indicadas e eticamente apropriadas — podem facilitar elaboração de perdas e reconciliação com a finitude. Estudos indicam redução significativa em escores de ansiedade e depressão após quatro a seis sessões, com efeitos mantidos em acompanhamento de três meses (Jones et al., 2024). Ainda assim, a heterogeneidade das intervenções dificulta conclusões definitivas.

3.3 NÁUSEAS E VÔMITOS REFRATÁRIOS

Em pacientes com obstrução intestinal maligna, hipertensão intracraniana ou efeitos adversos de quimioterapia, náuseas e vômitos podem ser refratários a antieméticos convencionais. A hipnose oferece alternativa não farmacológica com baixo risco de efeitos adversos. Protocolos incluem sugestões de “estômago calmo e tranquilo”, “sensação de frescor descendo pelo esôfago” e ancoragem de bem-estar a estímulos respiratórios ou táteis (Schnur et al., 2019). Em cuidados paliativos, porém, as evidências são mais limitadas e baseiam-se sobretudo em relatos clínicos e estudos pequenos.

3.4 QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR ESPIRITUAL

Além do controle de sintomas específicos, a hipnose pode contribuir para melhoria global da qualidade de vida. Pacientes relatam maior sensação de controle sobre o próprio corpo, redução do sofrimento existencial e maior capacidade de aproveitar momentos significativos com familiares. Intervenções focadas em bem-estar espiritual podem incluir sugestões de paz interior, conexão com valores pessoais e visualização de lugares seguros. Esses efeitos, no entanto, são difíceis de mensurar e carecem de instrumentos validados para a população paliativa.

4 PROTOCOLOS E TÉCNICAS

As técnicas de indução variam conforme preferência do terapeuta e características do paciente. As mais utilizadas em cuidados paliativos incluem relaxamento progressivo, fixação ocular, respiração guiada e visualização de cenas agradáveis. Após a indução, técnicas de aprofundamento — contagem regressiva, escada ou elevador, metáforas de profundidade — intensificam o estado hipnótico.

As sugestões terapêuticas devem ser individualizadas conforme o sintoma-alvo. Para dor, sugestões de transformação em calor suave ou luz calmante; para ansiedade, respiração calmante e sensação de segurança; para náuseas, estômago calmo e frescor esofágico; para bem-estar, paz interior e aproveitamento

de momentos significativos. O encerramento deve ser gradual, com sugestões de retorno ao estado de vigília alerta e confortável, seguidas de sugestões pós-hipnóticas que reforcem os benefícios.

A falta de padronização desses protocolos é uma limitação recorrente na literatura. Sem uniformidade, torna-se difícil comparar estudos e estabelecer diretrizes clínicas precisas.

5 EVIDÊNCIAS DE EFICÁCIA

5.1 DOR ONCOLÓGICA

Meta-análises e revisões sistemáticas indicam que a hipnose pode reduzir a intensidade da dor oncológica, com tamanhos de efeito moderados a grandes (SMD entre $-0,50$ e $-0,80$) em alguns estudos (Montgomery; Schnur; Kravits, 2017). Os efeitos são observados tanto em dor aguda (procedimentos invasivos) quanto crônica (dor tumoral contínua). Contudo, a maioria dos ensaios tem amostras pequenas e risco de viés moderado a alto.

5.2 ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Estudos clínicos demonstram redução significativa de escores de ansiedade (HADS, STAI) e depressão (BDI, PHQ-9) após intervenções hipnóticas, com efeitos mantidos em curto e médio prazo (Jones et al., 2024). A variabilidade das intervenções, porém, impede conclusões sobre dose, duração ideal ou técnicas mais eficazes.

5.3 NÁUSEAS E VÔMITOS

Revisões sistemáticas indicam que a hipnose é eficaz na redução de náuseas e vômitos relacionados à quimioterapia, com números necessários para tratar (NNT) entre 3 e 5 (Schnur et al., 2019). Em cuidados paliativos, as evidências são mais limitadas, mas relatos clínicos sugerem benefício em casos refratários.

5.4 QUALIDADE DE VIDA

A melhora da qualidade de vida é relatada em diversos estudos, mas os instrumentos de medida variam amplamente. Há indícios de redução do sofrimento existencial e maior sensação de controle, porém a falta de padronização dificulta a meta-análise.

6 LIMITAÇÕES E DESAFIOS

Apesar das evidências promissoras, o uso da hipnose em cuidados paliativos oncológicos enfrenta limitações importantes. Há escassez de estudos específicos em cuidados paliativos propriamente ditos: a maioria das evidências provém de pacientes oncológicos em tratamento ativo. Os protocolos são heterogêneos, sem padronização de número de sessões, duração, técnicas de indução ou sugestões. A

resposta individual é variável, com 20% a 30% dos pacientes pouco responsivos. A formação profissional em hipnose clínica ainda é pouco difundida em programas de cuidados paliativos, e o acesso a profissionais treinados é limitado, sobretudo no sistema público de saúde.

7 DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO

Com base na literatura revisada, sugerem-se algumas diretrizes. A triagem deve avaliar elegibilidade do paciente — capacidade cognitiva, ausência de psicose ativa, motivação. A hipnose deve ser oferecida como parte de abordagem multidisciplinar, não como substituto de cuidados farmacológicos. Protocolos devem ser individualizados conforme necessidades, preferências e resposta de cada paciente. Profissionais devem buscar formação específica antes de aplicar a técnica. A avaliação contínua e o registro em prontuário — técnicas utilizadas, sugestões oferecidas e resposta do paciente — são essenciais para monitorar resultados e aprimorar a prática.

8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A aplicação de hipnose em cuidados paliativos oncológicos deve observar princípios éticos fundamentais. O consentimento informado exige que o paciente compreenda a natureza da intervenção, benefícios esperados, riscos potenciais e alternativas disponíveis. A autonomia garante o direito de recusar ou interromper a hipnose a qualquer momento. A não maleficência implica evitar sugestões que gerem falsas expectativas de cura ou minimizem o sofrimento real. A beneficência orienta a intervenção exclusivamente para o bem-estar do paciente. A justiça exige acesso equitativo, independentemente de condições socioeconômicas.

Em pacientes no fim da vida, é particularmente importante evitar sugestões que neguem a realidade da morte iminente. A hipnose deve facilitar aceitação e paz, não promover ilusões.

9 DIREÇÕES FUTURAS

Pesquisas futuras devem priorizar ensaios clínicos randomizados focados especificamente em pacientes em cuidados paliativos oncológicos. A padronização de protocolos hipnóticos para sintomas específicos — dor, ansiedade, náuseas — é urgente. Também são necessários estudos sobre mecanismos neurofisiológicos nessa população, avaliações de custo-efetividade e desenvolvimento de programas de formação em hipnose clínica para equipes de cuidados paliativos.

10 CONCLUSÃO

A hipnose clínica representa intervenção adjuvante promissora em cuidados paliativos oncológicos, com evidências de eficácia no manejo de dor refratária, ansiedade, depressão, náuseas e melhoria da

qualidade de vida. Quando integrada a uma abordagem multidisciplinar, pode reduzir o sofrimento físico e emocional de pacientes em fase avançada, promovendo maior conforto, dignidade e bem-estar. No entanto, as limitações metodológicas da literatura atual — heterogeneidade de protocolos, amostras pequenas, escassez de estudos específicos em cuidados paliativos — impedem recomendações definitivas. Profissionais de saúde devem buscar formação específica e aplicar a técnica de forma ética, individualizada e baseada em evidências. Estudos futuros com maior rigor metodológico são necessários para consolidar as evidências e estabelecer diretrizes clínicas precisas.

REFERÊNCIAS

CRAMER, H. et al. Hypnosis in breast cancer care: a systematic review of randomized controlled trials. **Integrative Cancer Therapies**, Thousand Oaks, v. 14, n. 1, p. 5-15, 2015.

ELKINS, G. R. et al. Defining hypnosis for the 21st century: a consensus statement from the Society of Clinical and Experimental Hypnosis. **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, Abingdon, v. 63, n. 4, p. 411-424, 2015.

JONES, H. G. et al. Adjunctive use of hypnosis for clinical pain: a systematic review and meta-analysis. **PAIN Reports**, Philadelphia, v. 9, n. 5, p. e1185, 2024. DOI: 10.1097/PR9.0000000000001185.

MONTGOMERY, G. H.; SCHNUR, J. B.; KRAVITS, K. Hypnosis for cancer care: over 200 years young. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, Hoboken, v. 67, n. 1, p. 31-44, 2017.

SCHNUR, J. B. et al. Hypnosis for the management of chemotherapy-related nausea and vomiting: a systematic review and meta-analysis. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 27, n. 8, p. 3145-3155, 2019.

SUNG, H. et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, Hoboken, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care: key facts. Geneva: **WHO**, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 2 out. 2026.