

ATITUDES E CRENÇAS ACERCA DA HIPNOSE EM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE PORTUGUESES.

VERA PAISANA MORAIS

Orientador de dissertação:

PROF. DRA. CLÁUDIA CARVALHO

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DRA. CLÁUDIA CARVALHO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Cláudia Carvalho, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade em Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006

Agradecimentos

Um grande bem haja:

À Prof. Cláudia Carvalho pela orientação ao longo deste processo, disponibilidade, motivação e entusiasmo com que transmite o conhecimento e experiência.

À Telma, pelo companheirismo e entreaajuda em horas menos fáceis e pela boa disposição em momentos mais descontraídos.

À Teresa pela sua ajuda no decorrer deste estudo.

Ao Prof. João Maroco pela ajuda disponibilizada.

Ao Prof. Pedro Almeida por ter sugerido este seminário.

A todos os profissionais de saúde que participaram e a todos aqueles que reencaminharam o nosso e-mail!

Aos meus amigos pelo carinho e apoio com que estiveram presentes em mais um momento importante. Em especial à Susana e à Raquel.

À minha família, pelo ensinamento de que as perguntas são tanto ou mais importantes que as respostas, pelo incondicional amor e apoio e por acreditarem tanto ou mais que eu. Em especial ao Miguel que me acompanhou sempre de muito perto neste caminho.

Ao Peter, pela companhia nas noites de estudo e por me levares a passear.

Á Maria Luísa Paisana e ao Manuel da Silva.

NOME: Vera Paisana Morais

CURSO: Mestrado integrado em Psicologia

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Psicologia Clínica

ANO LECTIVO: 2009/2010

ORIENTADOR: Professora Doutora Cláudia Carvalho

DATA: 31 de Maio de 2010

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: Atitudes e Crenças Acerca da Hipnose em Profissionais de Saúde Portugueses

As atitudes e crenças face à hipnose têm sido alvo de investigação nos últimos anos. Vários estudos demonstram que apesar de cientificamente válida, reconhecida e eficaz na intervenção médica e psicológica, as atitudes e crenças face à hipnose condicionam o seu espectro de aplicação. Atitudes negativas e crenças desajustadas face à hipnose parecem estar relacionadas com a ausência de conhecimento sobre a técnica e experiência em hipnose. Este trabalho explorou a relação entre o conhecimento sobre hipnose e a experiência em hipnose nas atitudes e crenças de 375 profissionais de saúde portugueses e procurou diferenças entre os grupos de profissionais de saúde. Utilizou-se a tradução portuguesa da EVACH-T para aceder às atitudes e crenças face à hipnose. Os resultados indicam que as atitudes e crenças face à hipnose são positivamente influenciadas pela variável experiência em hipnose. Não foram obtidos resultados significativos para a influência da variável conhecimento sobre hipnose. Existem diferenças significativas entre psicólogos e médicos por um lado, e entre psicólogos e enfermeiros, por outro, para algumas crenças, sendo que os psicólogos revelaram crenças mais adequadas face à hipnose do que os grupos de médicos e de enfermeiros.

Palavras chave: Hipnose, atitudes, crenças, profissionais de saúde.

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO EM INGLÊS: Attitudes and Beliefs About Hypnosis in Portuguese Health Professionals

In the past few years attitudes and beliefs about hypnosis has being focus of research. Several studies show that although scientifically valid, recognized and effective in medical and psychological interventions, attitudes and beliefs about hypnosis narrow its application. Negative attitudes and inadequate beliefs towards hypnosis seemed to be related to lack of knowledge about the technique and experience in hypnosis. This study explored the relationship between knowledge and experience in hypnosis and the attitudes and beliefs of 375 Portuguese health professionals and found differences between the groups of health professionals. EVACH-T, translated to Portuguese from its original Spanish, was the instrument used to access attitudes and beliefs about hypnosis. The results indicate that attitudes and beliefs about hypnosis are positively influenced by the variable experience in hypnosis. No significant results were obtained for the influence of the variable knowledge. For some beliefs there are significant differences between psychologists and doctors by one hand and between psychologists and nurses on the other hand; psychologists revealed more appropriate beliefs towards hypnosis when compared to the group of doctors and nurses.

Keywords: Hypnosis, Attitudes, beliefs, health professionals.

ÍNDICE

Introdução	1
Método	10
<i>Participantes</i>	10
<i>Instrumento</i>	11
<i>Procedimento</i>	12
Resultados e Discussão	14
Referências Bibliográficas	20
Anexos	
Anexo A: Revisão da Literatura	23
Anexo B: Escala de Valência de Atitudes e Crenças face à Hipnose Terapêutica- EVACH-T (traduzida no curso da investigação)	42
Anexo C: E-mail enviado aos participantes	44
Anexo D: Quadro síntese dos resultados e análise estatística	46
Lista de Tabelas:	
Tabela 1: Caracterização dos factores da EVACH-T, versão portuguesa.	12
Tabela 2: Resultados estatísticos da MANOVA para as variáveis “ <i>Profissão</i> ” e “ <i>Experiência em Hipnose</i> ”.	16
Tabela 3: Estatística descritiva dos 7 factores e da variável “ <i>Experiência em hipnose</i> ”.	17

A hipnose consiste num procedimento de interacção entre o técnico, designado de hipnotizador, e o sujeito/paciente/cliente. No decorrer do procedimento de indução hipnótica, o hipnotizador apresenta uma série de sugestões, com o objectivo de que o sujeito se concentre na sua experiência interna e imagine uma determinada situação/situações. As sugestões visam a alteração da experiência subjectiva em torno da percepção, sensação, emoção, pensamento e comportamento do sujeito. Se mais tradicionalmente são aplicadas sugestões de relaxamento, o procedimento hipnótico poderá envolver sugestões para que o sujeito experiencie um estado mais alerta (Green, Barabasz, Barret & Montgomery, 2006). O procedimento pode envolver sugestões ideomotoras, que se baseiam na experiência relacionada com o movimento ou imobilidade de uma parte do corpo; sugestões sensoriais, que apelem aos sentidos olfactivo, gustativo, visual, alteração de temperatura, noção de peso; sugestões de experiências mais complexas, como por exemplo a alteração da noção do tempo e sugestões pós-hipnóticas que visem uma determinada resposta após a conclusão da sessão de hipnose (British Medical Association, Chaves, 2000). Se alguns investigadores consideram a existência de um designado estado hipnótico, no qual o sujeito responde à sugestão, para outros, num procedimento de indução hipnótica a palavra hipnose não necessita de ser mencionada (Green, Barabasz, Barret & Montgomery, 2006). O procedimento de indução hipnótica poderá variar consoante o objectivo com que é aplicado e é passível de ser auto-induzido pelo sujeito (Green, Barabasz, Barret & Montgomery, 2006).

A ligação entre a hipnose e a cultura médica, ao nível dos cuidados de saúde, remonta à primeira metade do século XIX (Hawkins, 1998). É apenas no final desse século, mais exactamente em 1893, que a hipnose é formalmente aceite no meio médico através do seu reconhecimento pela British Medical Association (Chaves, 2000). No panorama actual, vários estudos apresentam conclusões no sentido da inclusão de procedimentos de indução hipnótica terem benefícios no tratamento de uma série de condições e problemas abordados pela medicina, psiquiatria e psicoterapia. A hipnose é reconhecida como uma técnica terapêutica coadjuvante que aumenta a eficácia da intervenção médica e psicológica (British Psychological Association, 2001/2002; Mendoza, Capafons, Espejo & Montalvo, 2009). De acordo com Chaves (2000), a hipnose constitui-se como uma importante técnica terapêutica

que poderá ser aplicada a um vasto leque de condições clínicas, tais como, gestão da dor aguda e crónica, ansiedade e perturbações relacionadas com o stress, modificação de hábitos, perturbações de humor e perturbações de personalidade. Kirsch, entrevistado por Capafons (1995) menciona este aumento de eficácia, enquanto técnica coadjuvante, quando associada às terapias cognitivo-comportamentais e psicodinâmicas num variado role de condições clínicas. Mendoza & Capafons (2009), numa revisão sobre a evidência empírica da eficácia da hipnose, concluem que esta técnica é de facto eficaz no controlo da dor e na gestão da componente emocional da asma, existindo indícios da forte probabilidade de que, como técnica coadjuvante, seja eficaz no tratamento da depressão, algumas perturbações do sono, tratamento de obesidade, asma, enurese em crianças e preparação para a cirurgia. Schnur, Kafer, Marcus & Montgomery (2008), concluem que a hipnose é uma alternativa aos fármacos no que diz respeito à redução do stress emocional associado a intervenções médicas, constituindo a sua utilização uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes. De acordo com Mendoza & Capafons (2009), os estudos relativos à odontologia apresentam conclusões que vão neste sentido, contudo, ainda não existe sustentabilidade empírica para afirmar a eficácia da hipnose neste âmbito. Relativamente à eficácia da hipnose no tratamento para deixar de fumar os autores concluem é igualmente eficaz quando comparada com outros procedimentos, tendo contudo a vantagem de ser mais breve e económica. Afirmam ainda que, empiricamente, é evidente a eficácia da hipnose na área da saúde ao nível das intervenções e do aumento da satisfação do utente (nomeadamente, porque permite poupança de tempo e dinheiro).

Até meados do século XX, a hipnose foi associada ao sobrenatural e os seus resultados atribuídos às capacidades mágicas do hipnotizador (Chaves, 2000), hoje em dia, apesar do reconhecimento científico e das evidências empíricas da mais-valia da utilização da hipnose, enunciados anteriormente, a aceitação e adopção desta técnica parecem permanecer condicionadas pelo desconhecimento e crenças desadequadas face a esta (Vallejo & Capafons, 2004; Yu, 2004b). Os mais persistentes mitos e crenças face à hipnose foram resumidos e organizados por Capafons (1998) e Capafons, Espejo & Mendoza (2008). A hipnose é considerada *marginal* relativamente ao conhecimento científico, esta técnica é tida como não pertencendo ao campo da psicologia científica, crendo-se que a mesma é praticada por charlatães, curandeiros e artistas de entretenimento, pelo que os sujeitos que obtiverem bons resultados devido à aplicação da hipnose são frequentemente, considerados crédulos,

ignorantes e dependentes. Esta é uma das crenças desajustadas visto que, como enunciado anteriormente, a hipnose tem sido alvo de investigação científica e experimental, com publicação em revistas científicas especializadas sobre o tema (Contemporary Hypnosis, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis). Kirsch, na sua entrevista a Capafons (1995), menciona que nos EUA, cursos completos de hipnose são ministrados em 25% dos programas de doutoramento em psicologia clínica, 14% das universidades oferecem cursos mais amplos que incluem formação sobre hipnose, no Reino Unido, cerca de 45% dos departamentos de psicologia dão formação em hipnose, na Austrália, são aproximadamente 75%. Menciona ainda a existência de 3 associações filiadas nos EUA que ministram formação em hipnose, apenas para profissionais de saúde, a American Psychology Association, a Society for Clinical & Experimental Hypnosis. De acordo com Capafons (1998), ainda não é possível evitar que charlatães e leigos pratiquem hipnose de forma inadequada, contudo, a divulgação de informação e formação sobre o tema podem contribuir para combater as crenças desajustadas. Considera importante que os sujeitos que pretendam realizar hipnose se informem acerca das habilitações do hipnotizador e da evidência científica dos seus procedimentos (Capafons, 1995). Relativamente às características da pessoa susceptível de ser hipnotizada, existem correlações positivas entre a sugestionabilidade-hipnótica e a sugestionabilidade não-hipnótica, as expectativas de resposta (Kirsch & Braffman, 1999), o tempo de reacção (Braffman & Kirsch, 2001), a elevada propensão para a fantasia (Braffman & Kirsch, 1999; Green & Lynn, 2008), a capacidade de abstracção e a motivação (Braffman & Kirsch, 1999). A personalidade explica muito pouco da variância da sugestionabilidade hipnótica, sendo considerado que não existe associação entre estas variáveis (Green, 2004). A sugestionabilidade hipnótica é uma variável que apresenta uma distribuição normal, pelo que sujeitos com elevado nível de susceptibilidade hipnótica não apresentam, necessariamente, patologia nem podem ser considerados como ignorantes ou crédulos (Capafons, 1995). Uma outra crença desajusta é a de que a hipnose pode explicar o *agravamento de psicopatologias latentes da pessoa*, pode provocar alterações psíquicas em sujeitos saudáveis e, que em sujeitos com problemas psicopatológicos, podem piorar a sua condição se passarem por um procedimento de indução hipnótica, parece ter a sua origem na concepção patológica de hipnose da escola de Salpêtrière, pelas teorias de Charcot e Janet, às quais, Bernheim e a escola de Nancy se opuseram, contrapondo com a ideia de que apenas pessoas psicologicamente estáveis, normais, poderiam ser hipnotizadas. Spanos, Brett, Menary &

Cross (1987), numa investigação realizada com estudantes universitários, concluíram que a maioria dos sujeitos não associa a hipnose à instabilidade mental, os sujeitos que fazem esta associação têm medo da hipnose e mostram-se mais relutantes em ser hipnotizados, no entanto, quando comparados os géneros, os sujeitos do sexo feminino associam menos a hipnose à instabilidade mental do que os sujeitos do sexo masculino. Green, Page & Rasekhy (2006), num estudo com estudantes australianos, alemães, iranianos e americanos sem experiência de hipnose, confirmam os resultados encontrados por Spanos, Brett, Menary & Cross (1987) relativamente à diferença entre géneros. Não existe nenhuma evidência científica de que a hipnose possa gerar algum tipo de psicopatologia ou de alteração psicológica. De acordo com a British Psychological Association (2001/2002), os procedimentos hipnóticos e a investigação em hipnose não envolvem mais riscos que outros procedimentos aplicados para qualquer um dos fins mencionados. Aliada à concepção “psicopatológica” dos efeitos da hipnose, existe também a crença desajustada de que a hipnose pode deixar a pessoa “agarrada” num *transe* hipnótico, do qual não lhe é possível sair, podendo este causar um estado de demência. Existem perspectivas nas quais se considera que a indução hipnótica provoca um estado alterado de consciência, o designado “transe”. A evolução em torno deste conceito remete para a noção de um estado de absorção interna e afastamento da realidade imediata, muito similar à experiência de estar embrenhado na história de um livro, sonhar acordado ou ouvir música (British Psychological Association, 2001/2002). Ao “estado” do sujeito no decorrer de um procedimento de indução hipnótica está também associada a ideia de que a hipnose causa um estado semelhante ao sono, em que a pessoa apresenta características especiais. Se considerarmos a sugestão como a responsável pelos efeitos sentidos sob hipnose, torna-se compreensível que, se a sugestão for no sentido de relaxamento, o indivíduo, predisposto a tal, poderá sentir sono, o mesmo acontece se o sujeito estiver a exercer uma qualquer outra técnica de relaxamento. Se a sugestão for no sentido contrário, mais activo, a reacção será também nesse sentido. A investigação psiconeurobiofisiológica é unânime ao afirmar que a hipnose não possui uma correlação biológica, pelo que se considera que os fenómenos ocorridos sob hipnose são oriundos da sugestão, fenómenos estes que também poderão ocorrer através da utilização da aplicação de outras técnicas, como por exemplo, o relaxamento e a imagética. A hipnose não tem qualquer relação com o sono, varia de pessoa para pessoa de acordo com as expectativas e crenças do sujeito hipnotizado e das sugestões ministradas no decorrer do processo (Capafons, 1998). As evidências científicas referem que a dificuldade de um sujeito sair do estado hipnótico, é a

mesma e não superior, à dificuldade que encontra perante outras técnicas de relaxamento, imaginação ou concentração. O sujeito apenas permanecerá hipnotizado se assim o entender e desejar, a decisão de sair do estado hipnótico cabe ao sujeito e não ao hipnotizador (Capafons, 1998). A crença de que sob hipnose o sujeito hipnotizado não possui *controlo* voluntário, tornando-se um autómato nas mãos do hipnotizador é para Capafons (1998) um dos mitos que mais tem prejudicado a hipnose e a sua aplicação terapêutica. De acordo com o autor, a literatura, o cinema e a televisão têm contribuído para que a opinião pública conceba o hipnotizador como possuindo total controlo sobre a pessoa hipnotizada, sendo particularmente vinculada a noção transmitida de que, sob hipnose, o comportamento do sujeito hipnotizado é involuntário, incontrolável pelo próprio, assumindo este por vezes comportamentos ridículos e espectaculares. Yu (2004 a), encontra esta mesma crença, de controlo da mente por parte do hipnotizador e ausência de auto-controlo do sujeito hipnotizado, na sua amostra de sujeitos chineses, na qual se incluem estudantes de medicina e de psicologia, mencionando também a possível participação da comunicação social neste fenómeno. Cientificamente considera-se que, sob hipnose podem ocorrer reacções automáticas, mas não descontroladas ou involuntárias, pois o sujeito hipnotizado não perde a capacidade de decisão, nem de execução, tendo estas, inclusive, tendência a aumentar. A actividade cognitiva de um sujeito hipnotizado é significativa e este possui controlo sobre a situação hipnótica, pelo que poderá interferir sempre que o desejar. A esta interferência por parte do indivíduo, que no decorrer do procedimento de indução rejeita uma sugestão, chama-se *contrasugestão* (Capafons, 1998). De acordo com a British Psychological Association, 2001/2002), os procedimentos hipnóticos não levam o sujeito hipnotizado a cometer nenhum acto contra a sua vontade e, embora possa estar efectivamente envolvido nas imagens e ideias sugeridas pelo hipnotizador, mantém consciência da realidade envolvente e responde adequadamente a esta. A concepção de hipnose como uma técnica útil, rápida, eficaz, que *não exige qualquer esforço* por parte da pessoa hipnotizada para concretizar um determinado objectivo, apresentando-se como a solução mágica para a resolução de problemas, sem ser necessário considerar outros factores para a resolução dos mesmos, está relacionada com a crença no efeito *mágico* associado à hipnose, ao poder total do hipnotizador perante o sujeito hipnotizado e à dificuldade de diferenciação entre um tratamento de natureza terapêutica, científica e um fenómeno paranormal. A hipnose como técnica coadjuvante, aliada às terapias psicanalíticas, humanistas-existencialistas e cognitivo-comportamentais poderá facilitar o resultado terapêutico. O conjunto de procedimentos que constituem a hipnose podem contribuir para

acelerar a terapia e diminuir o esforço necessário para a consumação do objectivo previsto pela mesma, contudo, o sujeito hipnotizado, tal como em qualquer outra terapia, terá de envolver-se activamente no processo para obter resultados. A importância do papel activo por parte do sujeito, revela-se na evidência de que a sugestionabilidade hipnótica, embora possa ser considerada uma condição desejável para os resultados do procedimento de indução hipnótica, não é suficiente por si só para garantir o êxito (Capafons, 1998). Uma das crenças mais persistentes entre as pessoas no geral e nos terapeutas em particular é a capacidade da hipnose em recuperar *memórias* reprimidas, como por exemplo, relativas ao nascimento e vidas passadas (Capafons, Espejo & Mendoza, 2008). No estudo de Furnham & Lee (2005), os participantes crêem que a hipnose é um estado mental natural que permite a comunicação com o inconsciente e é facilitadora da recuperação de memórias e regressão à infância. Esta crença tem sido apontada como a que mais efeitos nefastos e danos colaterais pode causar num procedimento de indução hipnótica, bem como na forma como a hipnose é encarada, uma vez que assenta, sobretudo, na confiança na veracidade das falsas memórias recuperadas (Capafons & Mazzoni, 2004), sendo que, de acordo com Kirsch (Carvalho, 2010), não são as fantasias elaboradas que constituem o perigo em si mas a perda de contacto com a realidade que se constitui na crença na fantasia.

A investigação realizada permitiu a caracterização das atitudes e crenças face à hipnose, procurou também compreender quais os aspectos que fazem variar essas crenças e porque motivo, perante a eficácia e reconhecimento científico da hipnose, atitudes negativas e crenças desajustadas parecem permanecer. Como já mencionado, Spanos, Brett, Menary & Cross (1987) e Green, Page & Rasekhy (2006), concluem que os sujeitos do sexo feminino apresentam crenças mais adequadas quando comparadas com os sujeitos do sexo masculino no que diz respeito à crença da *instabilidade mental* do sujeito susceptível de ser hipnotizado. Ainda Green, Page & Rasekhy (2006), concluem que as crenças não são específicas de uma cultura. No seu estudo, estudantes americanos apresentam atitudes mais positivas face à hipnose quando comparados com estudantes australianos, contudo não encontram diferenças entre as crenças referentes ao *medo de ser hipnotizado* e à associação da hipnose com *instabilidade mental*. Por sua vez, estudantes iranianos revelam crenças desadequadas relacionadas com o *medo da hipnose* e com a *instabilidade mental* quando comparados com estudantes americanos e alemães. Vários estudos demonstram que as atitudes e crenças face à hipnose são influenciadas pela informação sobre hipnose e pela experiência de ser

hipnotizado. Crenças desadequadas parecem estar relacionadas com ausência ou proveniência não científica de informação sobre hipnose: Barling & De Lucchi (2004 cit por Capafons, Espejo & Mendonza, 2008), concluem que sujeitos que obtêm informação acerca da hipnose através de uma experiência pessoal possuem um conhecimento mais exacto, atitudes mais positivas e menos “medo” face à hipnose quando comparados com sujeitos que obtêm informação sobre hipnose através de meios televisivos; Furnham & Lee (2005), num estudo com estudantes, revelam que os sujeitos que obtiveram informação sobre hipnose através de meios televisivos, apresentam crenças que associam a hipnose ao domínio do oculto e a um determinado tipo de sono; Coldrey & Cyna (2004), concluem que entre anestesistas ainda estudantes, 63% revelavam poucos conhecimentos acerca da hipnose e aqueles que tiveram acesso à “hipnose” em contexto de entretenimento, bem como os que experienciaram “hipnose” num contexto não-terapêutico apresentaram atitudes negativas face à mesma. A experiência em hipnose parece promover atitudes e crenças positivas face à hipnose: dos estudantes anestesistas com experiência de hipnoterapia que participaram no estudo de Coldrey & Cyna (2004), 70% apresentavam atitudes positivas face à hipnose e 80% consideraram que essa experiência teve uma influência positiva na forma como vêm a hipnose; quando comparados com os estudantes que não tiveram essa experiência, revelam uma maior probabilidade de frequentar uma pós graduação ou doutoramento nesta área; Carvalho, Capafons, Kirsch, Espejo, Mazzoni & Leal (2007), concluíram no seu estudo que os estudantes com experiência anterior em hipnose apresentavam uma atitude mais positiva e crenças adequadas face à hipnose, quando comparados com sujeitos sem experiência anterior em hipnose; Num estudo realizado com estudantes Green (2003), concluiu que a experiência de hipnose modifica crenças pré-existentes, tendo os participantes da sua investigação expresso menos opiniões estereotipadas face à hipnose; Molina & Mendonza (2006), num estudo realizado com estudantes de psicologia, mediram as atitudes face à hipnose antes e após um programa de treino em hipnose. O programa de treino consistiu, numa primeira fase, em fornecer informações sobre hipnose, numa segunda fase, na aplicação de diferentes sugestões e algumas técnicas de indução hipnótica, e na terceira fase, mediante supervisão do instrutor, na aplicação entre sujeitos dos procedimentos hipnóticos aprendidos. Após o programa de treino, as atitudes negativas face à hipnose desapareceram, as atitudes positivas foram reforçadas e surgiram novas atitudes positivas; Mendonza, Capafons, Espejo & Montalvo (2009) concluem que psicólogos com conhecimentos científicos e experiência directa em hipnose, apresentam menos atitudes negativas e falsas crenças face à mesma.

Um outro enfoque da investigação em crenças e atitudes face à hipnose tem consistido no desenvolvimento de escalas que permitam aceder às atitudes e crenças face à hipnose. Spanos, Brett, Menary & Cross (1987), elaboraram a Escala de Atitudes face à Hipnose (*Attitudes Toward Hypnosis Scale – ATH*) com um total de 14 itens, com formato de resposta tipo Likert de 1= *Não é de todo verdade* a 7= *É totalmente verdade*, agrupados em 3 factores: *Atitudes positivas face à hipnose* (itens 1, 4, 8, 12 e 13); *Crenças sobre a estabilidade mental da pessoa hipnotizada* (itens 5, 6, 7 e 9) e *Ausência de medo face à hipnose* (itens 2, 3, 10, 11 e 14). A escala permite o cálculo de uma pontuação total pela soma de todos os itens após a reversão dos itens 2, 3, 5, 6, 9, 11 e 14. Uma elevada pontuação nesta escala revela atitudes positivas face à hipnose. Green (2003) e Green, Page & Rasekhy (2006) utilizaram a Escala de Opiniões sobre Hipnose (*Opinions About Hypnosis Scale - OAH*) de McConkeys's (1986 cit. por Green, 2003) com um total de 44 itens, 21 itens dizem respeito a crenças face à hipnose, 4 referem-se à experiência em hipnose e 19 sobre atitudes face à auto-hipnose. Na escala original McConkey's utiliza como sistema de resposta *Concordo* e *Discordo*. Nos seus estudos Green (2003) e Green, Page & Rasekhy (2006) modificam a codificação de resposta para uma escala tipo Likert 1= *Não é de todo verdade* a 7= *É totalmente verdade*. Os itens da escala enunciada permitem aceder às dimensões *Sugestões*, o poder das sugestões apresentadas durante a hipnose; *Estado Alterado*, em que a hipnose é considerada um estado alterado de consciência; *Capacidade*, a hipnose depende da capacidade do hipnotizador e não do sujeito; *Acontece*, a hipnose é algo involuntário; *Duplo conhecimento*, a hipnose promove o entendimento. Conjuntamente os itens que integram as últimas 4 dimensões referem-se à *Experiência* de hipnose como algo involuntário, automático e facilitador de um maior entendimento (clarividência). Green (2003), realizou o cálculo da pontuação total da escala pela soma de todos os itens após a reversão dos itens 2,3,4,7 e 10. Uma pontuação elevada nesta escala revela a crença de que a hipnose é um estado alterado de consciência, automática e involuntária. Em Espanha, as atitudes e crenças face à hipnose têm sido analisadas através da Escala de Valencia de Actitudes y Creencias Hacia la Hipnosis, versão cliente EVACH-C (Capafons, Alárcon, Cabañas & Espejo, 2003) e versão terapeuta EVACH-T (Capafons, Morales, Espejo & Cabañas, 2006; Capafons, Espejo & Mendonza, 2008). EVACH-T (Capafons, Morales, Espejo & Cabañas (2006) é uma variação da Escala de Valencia de Actitudes y creencias hacia la Hipnosis - Cliente concebida por Capafons, Alarcón, Cabañas & Espejo (2003) e Capafons, Cabanãs, Espejo & Cardeña (2004) para avaliar as crenças e atitudes dos utentes espanhóis face à hipnose. A versão Terapeuta difere da versão Cliente no

tipo de resposta e na adaptação dos itens 1, 5, 6, 9, 18, 20, 21 e 24, para que fosse passível de aplicação a profissionais, uma vez que o objectivo da EVACH-T é a medição das atitudes e crenças dos profissionais face à hipnose (Capafons, Morales, Espejo & Cabañas, 2006). Em Portugal, Carvalho et al. (2007), realizaram a análise factorial e caracterizaram as propriedades psicométricas da EVACH-C, num estudo realizado com estudantes portugueses, tendo sido obtida uma estrutura factorial similar à EVACH-T espanhola. Capafons, Espejo & Mendonza (2008), referem que esta semelhança indica a possibilidade de generalização para as culturas latinas. Em 2010, foi realizada em Portugal uma tradução Escala de Valência de Atitudes e Crenças face à Hipnose -Terapeuta - EVACH-T, a análise factorial exploratória efectuada (estudo não publicado), revela uma estrutura de 7 factores: O factor **Interesse**, refere-se ao interesse e receptividade da pessoa por ser hipnotizada. Integra os itens: 26, 27 e 28. Estar de acordo com as afirmações e obter uma pontuação elevada revela crenças e atitudes adequadas (Mendoza, Capafons, Espejo & Montalvo, 2009); O factor **Memória**, reflecte a crença de que a hipnose favorece a sinceridade, permite a revelação da verdade, a pessoa hipnotizada entra num estado de transe, o que permite o acesso a recordações passadas que de outra forma permaneceriam escondidas. Este factor engloba os itens 3, 30, 31, 32. Uma pontuação elevada neste factor revela crenças e atitudes inadequadas (Mendoza, Capafons, Begoña, Espejo & Montalvo, 2009); O factor **Ajuda**, diz respeito à crença que concebe a hipnose como uma técnica facilitadora dos resultados terapêuticos, que como complemento, permite o aumento da eficácia das intervenções médicas e psicológicas e fomenta o auto-controlo. Inclui os itens 1, 9, 10, 12, 17, 23, 29 e 37. Estar de acordo com as afirmações e obter uma pontuação elevada revela crenças e atitudes adequadas (Mendoza, Capafons, Espejo & Montalvo, 2009); O factor **Controlo**, diz respeito à crença sobre a capacidade de controlo e voluntarismo da pessoa sob hipnose. Estão sob este factor os itens 14, 15, 21, 24 e 25. Uma pontuação elevada revela crenças e atitudes adequadas (Mendoza, Capafons, Espejo & Montalvo, 2009); O factor **Colaboração**, reflecte a crença de que é necessário a pessoa esforçar-se e colaborar com o hipnotizador para experimentar a sugestão hipnótica. Inclui os itens: 2, 8 e 13. A concordância neste factor revela crenças e atitudes adequadas (Mendoza, Capafons, Espejo & Montalvo, 2009); O factor **Medo**, reflecte o medo que a pessoa tem de ao ser hipnotizada perder o controlo, ficar à mercê do hipnotizador ou ficar presa num transe hipnótico. Este factor inclui os seguintes itens: 4, 16 (revertido), 18, 19, 20 e 22. Explica 1,72% da variância total. Estar de acordo com as afirmações e obter uma pontuação elevada revela crenças e atitudes inadequadas (Mendoza, Capafons, Begoña,

Espejo & Montalvo, 2009); O factor *Autómato-Mágico*, indica a crença de que o sujeito hipnotizado é passivo e uma espécie de robot perante o hipnotizador, a hipnose representa assim uma solução mágica para os problemas, não requer esforço nem é necessário considerar outros factores para a resolução dos mesmos. Engloba os itens: 5, 6, 7 e 11. Este factor explica 11,7% da variância total. Uma pontuação elevada revela crenças e atitudes inadequadas (Mendoza, Capafons, Espejo & Montalvo, 2009). A escala apresenta consistência interna adequada e grau de fiabilidade. O coeficiente de Cronbach de cada factor oscilou entre 0.671 para o factor cooperação e 0.904 para o factor interesse.

Apesar das evidências empíricas e científicas da eficácia da hipnose, como técnica coadjuvante numa série de condições clínicas, do foro médico e psicológico, as atitudes e crenças face à hipnose continuam a estar condicionadas por aspectos como o conhecimento sobre hipnose e a experiência em hipnose. Atitudes negativas e crenças erróneas por parte dos profissionais de saúde, que derivam da ausência de conhecimento e experiência em hipnose, poderão condicionar a aplicação e a utilização adequada desta técnica (Capafons, Morales, Espejo & Cabañas, 2006; Molina & Mendonza, 2006). Partindo destes pressupostos, o presente trabalho pretende explorar a relação entre as atitudes e crenças face à hipnose, de profissionais de saúde portugueses, e o conhecimento e a experiência em hipnose. Pretende-se ainda explorar as diferenças entre as atitudes e crenças de grupos distintos de profissionais de saúde portugueses, através da utilização da tradução portuguesa da Escala de Valência de Atitudes e Crenças Face à Hipnose – versão Terapeuta.

Método

Participantes

A amostra é constituída por 375 participantes, 297 indivíduos do sexo feminino (79,2%) e 78 indivíduos do sexo masculino (20,8%), com idades compreendidas entre os 21 e os 70 anos ($M=34,46$; $DP= 9,671$), sendo que 94,1% dos participantes apresenta uma idade igual ou inferior a 52 anos. 223 (59,5%) dos profissionais de saúde que integram a amostra são Psicólogos, 54 (14,4%) são Médicos, 67 (17,9%) são Enfermeiros, 12 (3,2%) são Fisioterapeutas, 15 (4%) são Técnicos de Saúde (Cardiopneumologistas, Terapeutas da Fala,

Medicina Dentária, Radiologia, Reabilitação) e 4 (1,1%) foram classificados como tendo Cursos não especificados de Psicoterapia. Este último grupo inclui profissionais que actuam como psicoterapeutas, não sendo, contudo, a área da saúde a sua área base de formação (por exemplo, área de formação inicial em Direito e posterior formação em Psicoterapia). 265 (79,7%) dos participantes da amostra afirmam possuírem conhecimentos sobre hipnose e 110 (29,3%) afirmam não possuírem conhecimentos sobre hipnose. 80 (21,3%) dos participantes já foram hipnotizados e 295 (78,7%) nunca tiveram acesso a qualquer experiência de hipnose. Foram eliminadas da amostra inicial, com um total de 447 participantes, todas as respostas de profissionais de saúde que não são de nacionalidade portuguesa e não exercem em Portugal, e respostas de profissionais cuja formação não está ligada à área da saúde (Gestão de Recursos Humanos, Psicologia Educacional, Psicologia Social e das Organizações e Serviço Social).

Instrumento

Para aceder às crenças e atitudes face à hipnose dos profissionais de saúde foi utilizada a versão portuguesa da Escala de Valencia de Actitudes y creencias hacia la Hipnosis-Terapeuta - EVACH-T. A tradução da escala, do seu original em espanhol para português, foi elaborada por 1 psicólogo com formação em hipnose clínica, 2 estudantes finalistas do 2º ciclo em psicologia clínica, tendo sido posteriormente traduzida para espanhol por uma pessoa espanhola bilingue de forma a assegurar a fidelidade da tradução. A cotação da versão portuguesa da EVACH-T (Anexo B) foi efectuada a partir dos factores identificados na análise factorial exploratória realizada paralelamente e cujos resultados são apresentados noutra trabalho (Viegas, em curso). A tabela 1 apresenta os factores obtidos na referida análise factorial exploratória e utilizados na versão portuguesa da EVACH-T .

Tabela 1 – Caracterização dos factores da EVACH-T, versão portuguesa.

EVACH-T Versão Portuguesa				
Factores	α	Itens	Média	SD
Interesse	.904	26,27,28	3,52	1,48
Memória	.726	3,30,31,32	2,96	0,92
Ajuda	.891	1,9,10,12,17, 23,29,37	3,68	0,91
Controle	.850	14,15,21,24, 25	3,43	1,01
Cooperação	.671	2,8,13	4,67	0,85
Marginal	-	-	-	-
Medo	.833	4,16 rev,18,19,20, 22	2,72	0,92
Autómato/ Mágico	.751	5,6,7,11	2,20	0,90
Itens excluídos	-	33,34,35,36	-	-

Foram considerados os 33 itens organizados em 7 factores, *Interesse*, *Memória*, *Ajuda*, *Controle*, *Cooperação*, *Marginal*, *Medo* e *Autómato/Mágico*, sendo a resposta a estes itens, tal como na versão espanhola, possível através de uma escala de Likert de seis pontos: 1.

Completamente em desacordo, 2. Bastante em desacordo, 3. Em desacordo, 4. De acordo, 5. Bastante de acordo, 6. Completamente de acordo. Imediatamente antes da apresentação da EVACH-T foi apresentado o consentimento informado, foi solicitado aos sujeitos que preenchessem os seus dados sócio-demográficos e respondessem a algumas questões face à hipnose (Anexo B).

Procedimento

O método de recrutamento dos participantes foi o bola-de-neve, pelo que, não sendo a amostra representativa da população, considera-se a mesma não probabilística e não aleatória, dado que nem todos os profissionais de saúde portugueses tiveram a mesma oportunidade de participar no estudo em questão. A participação foi voluntária e sem qualquer tipo de remuneração.

O questionário da EVACH-T (versão portuguesa) foi criado em versão papel e versão digital on-line através de um formulário de uma conta no Gmail, ambos idênticos. A única diferença entre os dois tipos de questionário, papel e digital, residiu no facto de que a versão papel continha na folha de rosto o consentimento informado e no caso do formulário digital o consentimento informado era apresentado no e-mail enviado ao contacto antes da possibilidade de abertura do link. No e-mail o sujeito tinha a possibilidade de clicar no link que permitia o acesso ao formulário e o preenchimento do mesmo. As respostas aos formulários submetidos on-line foram automaticamente descarregadas na base de dados da conta do Gmail, sem qualquer possibilidade de determinar a origem das mesmas e cujo acesso aos dados apenas era possível pelos investigadores através de nome de utilizador e password. De forma a garantir que todos os itens da escala fossem preenchidos, as afirmações foram marcadas com a necessidade de obrigatoriedade de resposta, não sendo possível ao sujeito/utilizador submeter o seu formulário sem que todas as questões ou afirmações necessárias tivessem sido respondidas. A versão em papel foi entregue em várias clínicas e a versão digital enviada a todos os contactos de profissionais de saúde disponíveis no site Portal dos psicólogos. Na impressão de alguns questionários da versão papel ocorreu um erro tipográfico, o dado sócio-demográfico nacionalidade não aparecia. Neste caso, foram considerados apenas os questionários de profissionais que viviam e trabalhavam em Portugal. Através dos contactos de colegas e outros profissionais de saúde foi criada uma rede de

passagem do e-mail com o link do formulário digital, com a indicação de que o estudo apenas dizia respeito a profissionais de saúde, nomeadamente, médicos, psicólogos e enfermeiros.

Resultados e Discussão

O software PASW (Predictive Analytics Software, v.18. SPSS Inc. adquirida pela IBM), foi o instrumento utilizado para tratamento estatístico de dados. Foi aplicado o teste paramétrico MANOVA para múltipla comparação de médias entre variáveis. Foram analisados os pressupostos de aplicação deste teste, a normalidade da distribuição (teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors uma vez que $n=375$), a homogeneidade de variâncias-covariâncias (Teste M de Box) e a independência dos erros com distribuição normal multivariada de média zero e variância-covariância homogéneas (Teste de Levene para homogeneidade dos erros das variâncias). Não se verificando os pressupostos de validação foi analisada a possibilidade de aplicação de uma MANOVA não paramétrica; contudo, de acordo com Maroco (2003), este teste apresenta-se como potencialmente menos potente, uma vez que os testes não paramétricos são também sensíveis à violação dos pressupostos de validação, o teste M de Box é particularmente sensível à violação do pressuposto da normalidade, podendo por este motivo ter rejeitado a hipótese de homogeneidade de variâncias e co-variâncias. No entanto, os argumentos de maior peso para a escolha da MANOVA paramétrica prendem-se com dimensão da amostra ($N=375$), a não diferença na dimensão da amostra relativamente aos factores e ao facto da MANOVA paramétrica se apresentar como particularmente robusta à violação dos pressupostos, nomeadamente da homogeneidade das matrizes de variância-covariância. Para perceber quais os pares de médias dos grupos que diferiam significativamente no caso da variável área de actuação, foi realizado o teste post-hoc de HSD de Tukey. Foi realizado o teste T-student para comparar as diferenças entre as médias das variáveis, sendo verificados os pressupostos de validação da normalidade (teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors dada a dimensão da amostra) e homogeneidade de variâncias (teste de Levene uma vez que as amostras são independentes). Não se verificando os pressupostos, foram utilizados os valores de p-value com correcção de Welch, sendo também aplicada a correcção de Bonferroni, uma vez que, a diminuição do α para $0,0035$ ($\alpha/(7\text{factores}*2\text{grupos})$), reduz a probabilidade de

ocorrência de um Erro tipo I (rejeição da H0 quando a mesma é verdadeira). Esta opção é estatisticamente considerada mais adequada e potente que a alternativa não paramétrica do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney.

As variáveis independentes não possuem distribuição normal (para $\alpha=0,05$) (Anexo D1 a D3). No teste M de Box ($F=1,426$; $p\text{-value}=0,00 < \alpha=0,05$), não se verifica a homogeneidade das matrizes de variância-covariância e no teste de Levene verifica-se que o erro de variância da variável dependente é homogêneo para todos os grupos (Anexo D4 e D5). A MANOVA paramétrica perante um $n=375$ apresenta robustez perante a não validação dos pressupostos de aplicação. A análise da MANOVA permite aferir que, para $\alpha=0,05$, existem diferenças significativas para a variável “*Experiência em hipnose*” (*pillai’s trace*, $p=0,05$) e, para a “*Profissão*”, dado que o traço de pillai revela um $p=0,60$, marginalmente significativo com uma potência de 0,990 e a maior raiz de Roy apresenta um $p=0,00$, estatisticamente significativo, sendo a potência do teste também elevada 0,981, considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas para esta variável. Não existem diferenças significativas para a variável “*Informação sobre hipnose*” (*pillais’ trace*, $p=0,519$) (Anexo D6) ao contrário do esperado e encontrado por Mendonza, Capafons, Espejo & Montalvo (2009). Como é possível verificar na tabela 2, o teste de efeitos entre variáveis, revelam que, para $\alpha=0,05$, existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos da variável “*Profissão*” no factor *Memória* ($F(5,360)=3,880$; $p=0,02$; $\eta^2_p=0,053$; $\pi=0,942$) e no factor *Autómato/Mágico* ($F(5,360)=3,981$; $p=0,02$; $\eta^2_p=0,016$; $\pi=0,948$) e, entre os sujeitos com e sem “*Experiência em hipnose*”, para os factores, *Interesse* ($F(1,354)=11,083$; $p=0,01$; $\eta^2_p=0,031$; $\pi=0,913$), *Controlo* ($F(1,354)=11,760$; $p=0,01$; $\eta^2_p=0,033$; $\pi=0,928$) e *Medo* ($F(1,354)=9,690$; $p=0,02$; $\eta^2_p=0,027$; $\pi=0,874$) (Anexo D7).

Tabela 2 – Resultados estatísticos da MANOVA para as variáveis “Profissão” e “Experiência em Hipnose”.

MANOVA				
Variáveis Independentes	Factores	Estatística	gl	p-value
Profissão	Interesse	,356	5	,878
	Memória	3,880	5	,002
	Ajuda	2,003	5	,078
	Controlo	,490	5	,784
	Cooperação	,856	5	,511
	Medo	1,106	5	,357
	Autómato/Mágico	3,981	5	,002
Experiência em Hipnose	Interesse	11,083	1	,001
	Memória	,311	1	,577
	Ajuda	5,755	1	,017
	Controlo	11,760	1	,001
	Cooperação	,722	1	,396
	Medo	9,690	1	,002
	Autómato/Mágico	2,522	1	,113

O teste post-hoc HSD de Tukey, revela que, para $\alpha=0,05$ existem diferenças significativas para o factor *Memória* entre psicólogos e enfermeiros ($p = 0,01$) e para o factor *Autómato/Mágico*, entre psicólogos e médicos ($p = 0,00$) e entre psicólogos e enfermeiros ($p=0,00$) (Anexo D8). No caso do factor *Memória*, entre psicólogos e enfermeiros, o sinal da diferença entre médias revela que os psicólogos apresentam valores mais baixos neste factor do que os enfermeiros. No factor *Automato/Mágico*, o sinal da diferença entre médias indica que os psicólogos apresentam valores mais baixos neste factor, quer face aos médicos, quer face aos enfermeiros (Anexo D8). Como a variável “*Experiência em hipnose*” é dicotómica, não é possível a realização de um teste post-hoc para comparação de grupos. No que diz respeito às crenças face à hipnose dos profissionais de saúde portugueses, para o factor *Memória* o grupo de psicólogos ($M=2,8557$, $SD=0,97686$) possui crenças mais adequadas face à hipnose do que o grupo de enfermeiros ($M=3,3789$; $SD=0,72511$) (Anexo D9). No factor *Autómato/Mágico*, médicos ($M=2,4856$; $SD=0,89307$) e enfermeiros ($M=2,6953$; $SD=0,78360$) apresentam crenças mais desadequadas face à hipnose do que o grupo de psicólogos ($M=1,9443$; $SD=0,84096$) (Anexo D10). Para obtermos a diferença entre médias

relativamente à variável “*Experiência em hipnose*”, foi realizado um teste T-student com correcção de Welch e de Bonferroni, após a não validação dos pressupostos de distribuição normal da amostra (Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors) e de homogeneidade de variâncias (teste de Levene) (Anexo D11). A diferença de médias é positiva para os factores *Interesse* e *Controlo* mas não para o factor *Medo*. Com base nas médias para os factores em função da variável “*Experiência em hipnose*”, foi possível entender o sentido do sinal obtido na diferença de médias do teste T (correcção de Bonferroni, $\alpha=0,0035$) pelo que os sujeitos que já foram hipnotizados apresentam valores mais elevados no factor *Interesse* ($t=10,348$; $p=0,00$) e no factor *Controlo* ($t=11,230$; $p=,000$) do que os sujeitos que nunca foram hipnotizados. Em contrapartida os indivíduos que nunca foram hipnotizados apresentam valores mais elevados no factor *Medo* ($t= -9,381$; $p=0,00$) do que os indivíduos que já foram hipnotizados (Anexo D12). Os resultados obtidos, descritos na tabela 3, vão ao encontro dos resultados encontrados por Coldrey & Cyna (2004), Capafons, Morales, Espejo & Cabañas (2006) e Carvalho, Capafons, Kirsch, Espejo, Mazzoni & Leal (2007) no que se refere à influência da experiência em hipnose nas atitudes positivas e crenças adequadas dos profissionais.

Tabela 3 – Estatística descritiva dos 7 factores e da variável “*Experiência em hipnose*”.

Factores	Estatística descritiva			
	Experiência em Hipnose	N	Média	DP
Interesse	Sim	80	4,8667	1,01964
	Não	295	3,1593	1,37624
Memória	Sim	80	2,6688	1,02019
	Não	292	3,0411	,87566
Ajuda	Sim	80	4,5359	,70604
	Não	291	3,4420	,81798
Controlo	Sim	80	4,4050	,92939
	Não	292	3,1671	,85772
Cooperação	Sim	80	4,9458	,82582
	Não	295	4,5966	,84626
Medo	Sim	80	1,9479	,84135

Estatística descritiva				
Factores	Experiência em Hipnose	N	Média	DP
Medo	Não	294	2,9308	,82810
	Sim	80	1,7406	,77790
Autómato/Mágico	Não	295	2,3263	,89173

Os sujeitos com experiência em hipnose possuem uma atitude positiva e crenças adequadas face a esta, sendo a média nos factores *Interesse* ($M=4,8667$; $SD=1,01964$), *Ajuda* ($M=4,5359$; $SD=,70604$), *Controlo* ($M=4,4050$; $SD=,92939$) e *Cooperação* ($M=4,9458$; $SD=,82582$) mais elevadas dos que os sujeitos que não possuem experiência em hipnose, embora essas diferenças apenas sejam significativas para os factores *Interesse* e *Controlo* como referido acima. Os sujeitos sem experiência em hipnose apresentam médias mais elevadas nos factores *Memória* ($M=3,0411$; $SD=,87566$), *Medo* ($M=2,9308$; $SD=,82810$) e *Autómato/Mágico* ($M=2,3263$; $SD=,89173$), revelando desta forma crenças desadequadas face à hipnose, embora apenas possam ser consideradas estatisticamente significativas as diferenças para o factor *Medo*.

Embora não seja possível uma comparação directa entre os resultados obtidos e as investigações anteriormente realizadas, dada a amostra deste estudo consistir em profissionais de saúde portugueses e não estudantes ou apenas psicólogos, podemos dizer que os resultados relativamente à experiência em hipnose vão no sentido da investigação até aqui efectuada. Tal como Coldrey & Cyna (2004), Carvalho, Capafons, Kirsch, Espejo, Mazzoni & Leal (2007), Green (2003), Molina & Mendonza (2006) e Mendonza, Capafons, Espejo & Montalvo (2009) a experiência em hipnose parece contribuir para atitudes mais positivas e crenças mais adequadas face à hipnose, nomeadamente no interesse da pessoa em ser hipnotizada na noção de controlo sobre si no decorrer do procedimento de indução hipnótica e na ausência de medo face à perigosidade da hipnose. Relativamente à informação sobre hipnose não foram obtidas diferenças significativas ao contrário do esperado e descrito na literatura. 50% dos psicólogos espanhóis do estudo de Mendonza, Capafons, Espejo & Montalvo (2009), revelaram possuir conhecimentos de hipnose, neste estudo 79,7% dos profissionais de saúde afirmam possuírem informação sobre hipnose. A diferença encontrada entre os resultados poderá dever-se à elevada percentagem de participantes com conhecimentos sobre hipnose. As diferenças

significativas encontradas entre o grupo de psicólogos e enfermeiros para o factor Memória e Autómato/Mágico, e entre psicólogos e médicos apenas para o último factor revela que os psicólogos portugueses possuem crenças mais adequadas. Estes resultados vão ao encontro dos resultados encontrados por Mendonza, Capafons, Espejo & Montalvo (2009) que concluem que os psicólogos espanhóis possuem atitudes positivas e crenças adequadas face à hipnose.

Este estudo apresenta como limitações a não representatividade da amostra, a utilização de uma chave para cotação resultante dos padrões emergentes da análise factorial exploratória, quando teria sido preferível utilizar uma chave de cotação resultante de uma análise factorial confirmatória, o que permitiria uma melhor comparação com o estudo espanhol de Mendonza, Capafons, Espejo & Montalvo (2009) e a discrepância de dimensões da amostra entre os vários grupos de profissionais de saúde. Embora os testes utilizados sejam robustos e tenham sido aplicadas as correcções necessárias para controlar estes aspectos, dimensões mais próximas entre as amostras grupais seriam desejáveis.

Referências

Braffman, W. & Kirsch, I. (1999). Imaginative suggestibility and hypnotizability an empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (3), 578-587.

Braffman, W. & Kirsch, I. (2001). Reaction time as a predictor of imaginative suggestibility and hypnotizability, *Contemporary Hypnosis*, 18 (3), 107-119.

British Psychological Association, (2001/2002). La nature of hypnosis. Leicester (RU): British Psychological Society. Trad. Valencia: Promolibro.

Capafons, A. (1995). Entrevista a Irving Kirsch. *Papeles del Psicólogo*, 62.

Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.

Capafons, A., Alárcon, A., Cabañas, S. & Espejo, B (2007). Análisis factorial exploratório y propiedades psicométricas de la Escala de Creencias y Actitudes Hacia la Hipnosis- cliente. *Psicothema*, 15, 143-147.

Capafons, A., Espejo, B. & Mendoza, M.E. (2008). Confirmatory factor analysis of the Valencia Scale on Attitudes and Beliefs toward Hypnosis, Therapist Version. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56, 281-294.

Capafons, A. & Mazzoni, G. (2004). Es lo peligroso de la hipnosis el hipnoterapeuta: hipnosis y falsos recuerdos. *Papeles del Psicólogo*, 89.

Capafons, A., Morales, C., Espejo, B. & Cabañas, Y. (2006). Análisis factorial exploratório y propiedades psicométricas de la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias Hacia la Hipnosis, versión terapeuta. *Psicothema*, 18, 810-815.

Carvalho, C. (2010). Entrevista com o professor Irving Kirsch – uma conversa acerca da hipnose clínica e experimental. *Análise Psicológica*, XXVIII (2), 377-384.

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 toward hypnosis – client version. *Contemporary Hypnosis*, 24 (2), 76-85. Doi: 10.1002/ch.332.

Chaves, J.F. (2000). Hypnosis. In A. Kazdin (Ed.). *Encyclopedia of Psychology*, vol 4 (pp.211-216). Washington DC: American Psychological Association.

Coldrey, J.C. & Cyna, A.M. (2004). Suggestion, hypnosis and hypnotherapy: A survey of use knowledge and attitudes of Anaesthetists. *Anaesth Intensive Care*, 32, 676-680.

Furnham, A. & Lee, E. (2005). Lay beliefs about, and attitudes towards hypnosis and hypnotherapy. *Counseling and Clinical Psychology Journal*, 2 (3), 90-103.

Green, J. (2003). Beliefs about hypnosis: popular beliefs, misconceptions, and the importance of experience. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(4), 369-381.

Green, J. (2004). The five factor model of personality and hypnotizability: little variance incommom. *Contemporary Hypnosis*, 21 (4), 161-168.

Green, J., Barabasz, A., Barret, D. & Montgomery, G. (2006). The 2003 APA Division 30 Definition of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48 (2-3), p. 89.

Green, J., Page, R. A., & Rasekhy, R. (2006). Cultural views and attitudes about hypnosis: A survey of college students across four countries. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(3), 263-280. DOI:10.1080/00207140600689439

Hawkins, P. J. (1998). *Introducción a la Hipnosis Clínica: Una perspectiva humanística*. Valencia: Promolibro.

Kirsch, I. & Braffman, W. (1999). Correlates of hypnotizability: the first empirical study. *Contemporary Hypnosis*. 16(4), 224-230.

Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS (1ªed.)*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Mendoza, M.E. & Capafons, A. (2009). Efficacy of clinical hypnosis: A summary of its empirical evidence. *Papeles del Psicólogo*, 30 (2), 98-116.

Mendoza, M.E, Capafons, A., Espejo, B. & Montalvo, D. (2009). Creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos españoles. *Psicothema*, 18, 810-815.

Molina, A. & Mendoza, M.E. (2006). Change of attitudes towards hypnosis after a training course. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(2), 28-43.

Schnur, J.B., Kafer, I., Marcus, C. & Montgomery, G. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*, 25 (3-4), 114-118. DOI:10.1002/ch.364

Spanos, N., Brett, P., Menary E. & Cross, W. (1987). A measure of attitudes toward hypnosis: Relationships with absorption and hypnotic susceptibility. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30 (2), 139-150.

Vallejo, M.A. & Capafons, A. La hipnosis psicológica en Españã. *Papeles del Psicólogo*, 89.

Yu, C. K-C. (2004a). Beliefs and attitudes of Chinese regarding hypnosis and its applications. *Contemporary Hypnosis*, 21 (3), 93-106.

Yu, C. K-C. (2004b). Beliefs and opinions regarding hypnosis and its applications among Chinese professionals in medical settings. *Contemporary Hypnosis*, 21 (4), 177-186.

Anexo A

Revisão da Literatura

A hipnose consiste num procedimento de interacção entre o técnico, designado de hipnotizador, e o sujeito/paciente/cliente. No decorrer do procedimento de indução hipnótica, o hipnotizador apresenta uma série de sugestões, com o objectivo de que o sujeito se concentre na sua experiência interna e imagine uma determinada situação/situações. As sugestões visam a alteração da experiência subjectiva em torno da percepção, sensação, emoção, pensamento e comportamento do sujeito. Se mais tradicionalmente são aplicadas sugestões de relaxamento, o procedimento hipnótico poderá envolver sugestões para que o sujeito experiencie um estado mais alerta (Green, Barabasz, Barret & Montgomery, 2006). O procedimento pode envolver sugestões ideomotoras, que se baseiam na experiência relacionada com o movimento ou imobilidade de uma parte do corpo; sugestões sensoriais, que apelem aos sentidos olfactivo, gustativo, visual, alteração de temperatura, noção de peso; sugestões de experiências mais complexas, como por exemplo a alteração da noção do tempo e sugestões pós-hipnóticas que visem uma determinada resposta após a conclusão da sessão de hipnose (British Medical Association, Chaves, 2000). Se alguns investigadores consideram a existência de um designado estado hipnótico, no qual o sujeito responde à sugestão, para outros, num procedimento de indução hipnótica a palavra hipnose não necessita de ser mencionada (Green, Barabasz, Barret & Montgomery, 2006). O procedimento de indução hipnótica poderá variar consoante o objectivo com que é aplicado e é passível de ser auto-induzido pelo sujeito (Green, Barabasz, Barret & Montgomery, 2006).

A hipnose como forma de tratamento, na sua forma mais arcaica, remete para cerimónias nas quais, os intervenientes atingiam um estado de alteração de consciência, considerado benéfico, tais como os rituais curativos chineses (Wang Tai, fundador da medicina chinesa), indianos (Hindu Veda), egípcios, gregos, romanos (Chaves, 2000). A feitiçaria, praticada na Idade Média, e o exorcismo como resolução para a possessão por parte de um espírito maligno, envolviam elementos do que hoje consideramos como hipnose (Orne & Whitehouse, 2000). Franz Anton Mesmer (1734-1815), médico austríaco, defendia que no universo, e conseqüentemente nas pessoas também, existia um fluido, que designou de fluido magnético. O desequilíbrio da distribuição deste fluido provocava a doença, a sua redistribuição e conseqüente harmonia, levaria à cura. O seu procedimento de cura, designado

de mesmerismo, incluía música ambiente, placas magnéticas estrategicamente colocadas e tubos designados de “baquets “ (Chaves, 2000), que consistiam em vasilhas de madeira de carvalho contendo pó de vidro, água e limalha de metal (Hawkins, 1998). Mesmer acreditava que o seu corpo acumulava “magnetismo animal” e que através do toque, chamado de “passes”, poderia passá-lo aos seus pacientes (Chaves, 2000), habitualmente sujeitos com problemas para os quais a medicina na altura não encontrava solução (Hawkins, 1998). No decorrer deste procedimento, a passagem e redistribuição do “magnetismo animal” produziria uma “crise”, durante a qual, os pacientes sofriam de convulsões, amnésia e perda de consciência (Chaves, 2000). Hawkins (1998), refere que Mesmer para além das vestes e de todo o aparato que produzia, estabelecia um ambiente de confiança e uma boa relação com os seus pacientes, reunindo condições que poderiam proporcionar a ocorrência de descargas emocionais. Na crença de Mesmer, o sucesso do seu método dependia de um poder sobrenatural de curar. Ambos, autor e método, foram veementemente criticados pela comunidade científica da altura. Uma comissão instaurada pelo governo francês, tendo como presidente Benjamin Franklin, foi criada para averiguar os procedimentos do mesmerismo. A comissão concluiu que os efeitos observados deviam-se à imaginação dos pacientes e não ao método em si. O mesmerismo e a teoria do magnetismo animal foram desacreditados, contudo, seguidores de Mesmer, como foi o caso de Marquis de Puységur (1751-1825), continuaram a aplicar o procedimento. No entanto, Puységur encontrou reacções diferentes às que Mesmer descrevia quando aplicava o procedimento. Os seus pacientes não entravam em “crise” mas antes num “sonambulismo artificial”, um estado adormecido, durante o qual conseguiam falar e responder às solicitações. Segundo Chaves (2000), surgiram outros relatos de ocorrência deste fenómeno nos pacientes sujeitos ao mesmerismo.

Na segunda metade do século XIX, os procedimentos de indução hipnótica sofreram alterações tendo sido progressivamente abandonada a utilização do baquet, da música e dos “passes”, sendo estes substituídos por sugestões de relaxamento. A associação ao sobrenatural e às capacidades mágicas do hipnotizador persistiam, acreditava-se, por exemplo, na possibilidade de diagnóstico de doenças e na previsão do dia e hora da morte. James Braid (1795-1860), um cirurgião inglês que se afastou da concepção de Mesmer, formulou um modelo neurofisiológico da hipnose, no qual enfatizava a importância da crença e da sugestão, num fenómeno que designou como “sono nervoso”, induzido pela fadiga dos músculos oculares ao fixarem um ponto elevado. Auguste Ambrose Liébeault (1823-1904), um médico

que exercia em França, estudou a hipnose em contexto clínico e nas suas anotações refere a semelhança entre a hipnose e o sono natural através da sugestão e concentração. Hyppolyte Bernheim (1840-1910), professor na Universidade de Nancy, associa-se a Liébeault e vem defender não só a ideia de que a hipnose é fenómeno resultante da sugestão, como a sugestão fora do contexto hipnótico poderá ser útil como técnica terapêutica (Chaves, 2000). Para Bernheim, pessoas normais poderiam ser sujeitas a hipnose, teriam diferentes níveis do que hoje designamos de susceptibilidade hipnótica, seriam leve, moderada ou profundamente hipnotizáveis. Bernheim e a escola de Nancy tornam-se opositores da escola de Salpêtrière e das concepções de Charcot (Hawkins, 1998). Jean-Martin Charcot (1825-1893), um importante neurologista na sua época, estudou e trabalhou com pacientes que sofriam de histeria e convulsões orgânicas e avançou com a hipótese de que a hipnose poderia ser um fenómeno somatogénico patológico semelhante à histeria, com 3 diferentes estados de resposta: letargia, catalepsia e sonambulismo (Chaves, 2000). Em 1882, numa comunicação na Académie des Sciences, Charcot apresentou a sua teoria em torno do hipnotismo, descrevendo pormenorizadamente o estado de transe. Em 1884-1885, reproduziu uma “paralisia não orgânica” utilizando a hipnose, e foi pioneiro na concepção de que a hipnose permite recuperar memórias “esquecidas” (Hawkins, 1998). Em 1885, Sigmund Freud (1856-1939), estuda com Charcot e é influenciado pelas teorias acerca da hipnose, técnica que posteriormente adopta na sua prática clínica. Em 1889, aproxima-se mais das concepções preconizadas pela escola de Nancy, valorizando a sugestão em detrimento do sintoma histérico e a recuperação de memórias reprimidas sob hipnose, mas em 1896 abandona a técnica argumentando que enfatiza o processo de transferência e dependência dos seus pacientes (Chaves, 2000; Hawkins, 1998). Pierre Janet (1850-1947), psicólogo francês, ao desenvolver o seu conceito de dissociação amplia a noção de Charcot de hipnose como um estado neuropatológico, explicando que, ideias ou padrões comportamentais que normalmente ocorrem numa sequência, poderiam ocorrer separadamente ou de forma dissociada. A dissociação poderia ocorrer espontaneamente em indivíduos com predisposição para tal ou poderia ser induzida através da utilização da hipnose. Em 1920, a hipnose começa a ser investigada em laboratório, com rigor e controlo experimental, adquirindo assim legitimidade científica, por Clark Leonard Hull (1884-1952), um psicólogo experimental da Universidade de Wisconsin, pioneiro no estudo da aprendizagem (Chaves, 2000). No século XX inicia-se assim o percurso de investigação científica sobre hipnose emergindo 2 modelos distintos: Teoria do estado hipnótico e a Perspectiva Sócio-Cognitiva, (Chaves, 2000):

A teoria do estado hipnótico defende que a hipnose pode ser entendida como um estado alterado de consciência que pode ocorrer espontaneamente, mas que é predominantemente despoletado em indivíduos considerados susceptíveis através de um procedimento de indução hipnótica. Esta teoria centra-se na caracterização do estado hipnótico e nos procedimentos que criam o mesmo, bem como na compreensão das diferenças entre sujeitos que são e não são susceptíveis à hipnose.

A perspectiva Sócio-Cognitiva concebe a hipnose como um fenómeno resultante da associação entre as variáveis sócio-psicológicas e o contexto hipnótico, bem como os fenómenos cognitivos que se desenvolvem no sujeito que activamente procura submergir no papel de hipnotizado. Nesta perspectiva as questões pertinentes em torno da hipnose remetem para as atitudes, expectativas e crenças de sujeitos hipnotizáveis a possibilidade de modificação do comportamento hipnótico perante a alteração destas variáveis e o entendimento das alterações cognitivas que caracterizam os níveis mais elevados de susceptibilidade hipnótica (Chaves, 2000).

A ligação entre a hipnose e a cultura médica, ao nível dos cuidados de saúde, remonta à primeira metade do século XIX (Hawkins, 1998). Está patente nos relatos da utilização do mesmerismo, como método de controlo da dor em cirurgia, numa mastectomia em 1829 e numa extracção dentária em 1836. Existem também dados de que James Esdaile (1808-1859), um cirurgião escocês que trabalhou na Índia, utilizou a hipnose como única forma de anestesia em mais de 300 cirurgias (Chaves, 2000). Os anestésicos químicos representaram uma significativa descoberta para a Química e um importante passo na sua aplicação à Medicina, tendo ambos os métodos, anestesia química e hipnose, criado defensores e opositores no que concerne ao controlo da dor em cirurgia. John Elliotson (1791-1868), cirurgião e professor na Universidade de Londres, responsável pela introdução do estetoscópio na prática médica, argumentando a segurança do método, foi um dos fortes defensores da hipnose em detrimento dos anestésicos químicos, todavia a utilização destes últimos adquiriu relevo e tornou-se frequente, tendo o interesse e a utilização da hipnose diminuído (Chaves, 2000). Contudo, no final do século XIX, em 1893, a hipnose é formalmente aceite no meio médico através do seu reconhecimento pela British Medical Association (Chaves, 2000).

No panorama actual, vários estudos apresentam conclusões no sentido da inclusão de procedimentos de indução hipnótica ter benefícios no tratamento de uma série de condições e problemas abordados pela medicina, psiquiatria e psicoterapia. A hipnose é reconhecida como uma técnica terapêutica coadjuvante que aumenta a eficácia da intervenção médica e psicológica (British Psychological Association, 2001/2002; Mendoza, Capafons, Espejo & Montalvo, 2009). De acordo com Chaves (2000), a hipnose constitui-se como uma importante técnica terapêutica que poderá ser aplicada a um vasto leque de condições clínicas, tais como, gestão da dor aguda e crónica, ansiedade e perturbações relacionadas com o stress, modificação de hábitos, perturbações de humor e perturbações de personalidade. Kirsch, entrevistado por Capafons (1995) menciona este aumento de eficácia, enquanto técnica coadjuvante, quando associada às terapias cognitivo-comportamentais e psicodinâmicas num variado role de condições clínicas. Mendoza & Capafons (2009), numa revisão sobre a evidência empírica da eficácia da hipnose, concluem que esta técnica é de facto eficaz no controlo da dor e na gestão da componente emocional da asma, existindo indícios da forte probabilidade de que, como técnica coadjuvante, seja eficaz no tratamento da depressão, algumas perturbações do sono, tratamento de obesidade, tratamento para deixar de fumar, asma, enurese em crianças e preparação para a cirurgia. Schnur, Kafer, Marcus & Montgomery (2008), concluem que a hipnose é uma alternativa aos fármacos no que diz respeito à redução do stress emocional associado a intervenções médicas, constituindo a sua utilização uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes. De acordo com Mendoza & Capafons (2009), os estudos relativos à odontologia apresentam conclusões que vão neste sentido, contudo, ainda não existe sustentabilidade empírica para afirmar a eficácia da hipnose neste âmbito. Relativamente à eficácia da hipnose no tratamento para deixar de fumar os autores concluem é igualmente eficaz quando comparada com outros procedimentos, tendo contudo a vantagem de ser mais breve e económica. Afirmam ainda que, empiricamente, é evidente a eficácia da hipnose na área da saúde ao nível das intervenções e do aumento da satisfação do utente (nomeadamente, porque permite poupança de tempo e dinheiro).

Até meados do século XX, a hipnose foi associada ao sobrenatural e os seus resultados atribuídos às capacidades mágicas do hipnotizador (Chaves, 2000), hoje em dia, apesar do reconhecimento científico e das evidências empíricas da mais-valia da utilização da hipnose, a aceitação e adopção desta técnica parecem permanecer condicionadas pelo desconhecimento e crenças desadequadas face a esta (Vallejo & Capafons, 2004; Yu, 2004b). De acordo com

Molina & Mendonza (2006), as questões relacionadas com as atitudes e crenças face à hipnose têm um peso significativo, na eventual escolha de aplicação na prática clínica, da técnica coadjuvante hipnose. Mencionam que o tema das atitudes e crenças tem sido estudado por vários autores através de diferentes abordagens. Molina & Mendonza (2006) distinguem três abordagens de investigação: A primeira abordagem centra-se na relação entre atitudes e outros construtos ou características da hipnose, por exemplo, atitudes e sugestionabilidade hipnótica; Uma segunda abordagem privilegia o desenvolvimento e validação de escalas passíveis de medir as atitudes face à hipnose em diferentes grupos, pacientes, profissionais de saúde, população em geral; A terceira abordagem centra-se na mudança de atitudes após a exposição dos sujeitos a diferentes tipos de informação ou experiência de hipnose (Molina & Mendonza, 2006).

Capafons (1998) e Capafons, Espejo & Mendoza (2008) resumiram os mais persistentes mitos e crenças face à hipnose. Uma das crenças associadas à hipnose refere que *a hipnose não pertence ao campo da psicologia científica, quem a pratica são os charlatães, curandeiros e artistas de entretenimento. As pessoas que devido à aplicação da hipnose apresentam melhoras do seu estado, são crédulos, ignorantes e dependentes.* Como mencionado anteriormente, a hipnose tem sido alvo de investigação científica e experimental, com publicação em revistas científicas especializadas sobre o tema (Contemporary Hypnosis, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis). Kirsch, na sua entrevista a Capafons (1995), menciona que nos EUA, cursos completos de hipnose são ministrados em 25% dos programas de doutoramento em psicologia clínica, 14% das universidades oferecem cursos mais amplos que incluem formação sobre hipnose, no Reino Unido, cerca de 45% dos departamentos de psicologia dão formação em hipnose, na Austrália, são aproximadamente 75%. Menciona ainda a existência de 3 associações filiadas nos EUA que ministram formação em hipnose, apenas para profissionais de saúde, a APA, a SHCE e a SAHC. De acordo com Capafons (1998), ainda não é possível evitar que charlatães e leigos pratiquem hipnose de forma inadequada, contudo, a divulgação de informação e formação sobre o tema podem contribuir para combater as crenças desajustadas. Considera importante que os sujeitos que pretendam realizar hipnose devem informar-se acerca das habilitações do hipnotizador e da evidência científica dos seus procedimentos (Capafons, 1995). Relativamente às características da pessoa susceptível de ser hipnotizada, existem correlações positivas entre a sugestionabilidade-hipnótica e a

sugestionabilidade não-hipnótica, as expectativas de resposta (Kirsch & Braffman, 1999), o tempo de reacção (Braffman & Kirsch, 2001), a elevada propensão para a fantasia (Braffman & Kirsch, 1999; Green & Lynn, 2008), a capacidade de abstracção e a motivação (Braffman & Kirsch, 1999). A personalidade explica muito pouco da variância da sugestionabilidade hipnótica, sendo considerado que não existe associação entre estas variáveis (Green, 2004). A sugestionabilidade hipnótica é uma variável que apresenta uma distribuição normal, pelo que sujeitos com elevado nível de susceptibilidade hipnótica não apresentam, necessariamente, patologia nem podem ser considerados como ignorantes ou crédulos (Capafons, 1995). A crença de que *a hipnose pode explicar o agravamento de psicopatologias latentes da pessoa, pode provocar alterações psíquicas em sujeitos saudáveis e, que em sujeitos com problemas psicopatológicos, pode piorar a sua condição se passarem por um procedimento de indução hipnótica*, parece ter a sua origem na concepção patológica de hipnose da escola de Salpêtrière, pelas teorias de Charcot e Janet, às quais, Bernheim e a escola de Nancy se opuseram, contrapondo com a ideia de que apenas pessoas psicologicamente estáveis, normais, poderiam ser hipnotizadas. Não existe nenhuma evidência científica de que a hipnose possa gerar algum tipo de psicopatologia ou de alteração psicológica; de acordo com a British Psychological Association (2001/2002), os procedimentos hipnóticos e a investigação em hipnose não envolvem mais riscos que outros procedimentos aplicados para qualquer um dos fins mencionados. Os efeitos colaterais, mesmo que mínimos, poderão sempre ser reduzidos se o código deontológico e ético for seguido, devendo ser sempre apresentado o consentimento informado e informação concreta sobre o que é a hipnose, desmistificando os riscos e potenciando no sujeito o sentimento de controlo sobre si mesmo no decorrer do processo (Capafons, 1998). Um pouco associada à crença anterior, está o mito de que *a hipnose pode deixar a pessoa “agarrada” num transe hipnótico do qual não lhe é possível sair causando um estado de demência*. Existem perspectivas nas quais se considera que a indução hipnótica provoca um estado alterado de consciência, o designado “transe”. A evolução em torno deste conceito remete para a noção de um estado de absorção interna e afastamento da realidade imediata, muito similar à experiência de estar embrenhado na história de um livro, sonhar acordado ou ouvir música (British Psychological Association, 2001/2002). Capafons (1998) menciona que as evidências científicas referem que a dificuldade de um sujeito sair do estado hipnótico é a mesma e não superior, à dificuldade que encontra perante outras técnicas de relaxamento, imaginação ou concentração. O sujeito apenas permanecerá hipnotizado se assim o entender e desejar, a decisão de sair do estado

hipnótico cabe ao sujeito e não ao hipnotizador. Os resultados da investigação científica não apoiam as crenças em torno do poder da hipnose e do hipnotizador (Capafons, 1998). *A hipnose anula o controlo voluntário da pessoa. A pessoa torna-se um autómato nas mãos do hipnotizador.* Para Capafons (1998) este é um dos mitos que mais tem prejudicado a hipnose e a sua aplicação terapêutica. De acordo com o autor, a literatura, o cinema e a televisão têm contribuído para que a opinião pública conceba o hipnotizador como possuindo total controlo sobre a pessoa hipnotizada, sendo particularmente vincada a noção transmitida de que, sob hipnose, o comportamento do sujeito hipnotizado é involuntário, incontrolável pelo próprio assumindo este, por vezes, comportamentos ridículos e espectaculares. Para Capafons (1998), a explicação para a conduta de sujeitos que se comportam tal e qual a instrução dada pelo “hipnotizador” parece assentar no facto de a pessoa saber que, por um lado, não lhe será atribuída responsabilidade pelo acto, porque está hipnotizada, e por outro lado, dado que está a participar num espectáculo público, à partida sabe que nada de imoral ou prejudicial para si ou para outros poderá ocorrer. Yu (2004 a), encontra esta mesma crença, de controlo da mente por parte do hipnotizador e ausência de auto-controlo do sujeito hipnotizado, na sua amostra de sujeitos chineses, na qual se incluem estudantes de medicina e de psicologia, mencionando também a possível participação da comunicação social neste fenómeno. Cientificamente considera-se que, sob hipnose podem ocorrer reacções automáticas, mas não descontroladas ou involuntárias, pois o sujeito hipnotizado não perde a capacidade de decisão, nem de execução, tendo estas inclusive, tendência a aumentar. A actividade cognitiva de um sujeito hipnotizado é significativa e este possui controlo sobre a situação hipnótica, pelo que poderá interferir sempre que o desejar. A esta interferência por parte do indivíduo, que no decorrer do procedimento de indução rejeita uma sugestão, chama-se contrasugestão (Capafons, 1998). De acordo com a British Psychological Association, 2001/2002), os procedimentos hipnóticos não levam o sujeito hipnotizado a cometer nenhum acto contra a sua vontade e, embora possa estar efectivamente envolvido nas imagens e ideias sugeridas pelo hipnotizador, mantém consciência da realidade envolvente e responde adequadamente a esta. O “perigo” relacionado com esta crença que envolve a hipnose manifesta-se na noção de poder e controlo social que quem a aplica pode exercer sobre quem vai ser hipnotizado (Capafons, 1998). Relacionada com a crença acima descrita está o mito de que *a hipnose provoca reacções invulgares, excepcionais e quase mágicas nas pessoas.* Este efeito deve-se, por um lado, ao poder atribuído ao hipnotizador perante o sujeito hipnotizado e, por outro, à dificuldade de diferenciação entre um tratamento de natureza terapêutica, científica e um fenómeno

paranormal. Koizumi (2000, cit por Yu, 2004a), num estudo sobre crenças e mitos face à hipnose, no Japão, refere que os sujeitos da sua amostra crêem que a hipnoterapia encontra-se algures entre um tratamento psicológico e científico e um fenómeno paranormal. De acordo com Capafons (1998), existem 3 tipos de reacções ao procedimento de indução hipnótica: reacções motoras, sensório-fisiológicas e cognitivo-perceptivas. De acordo com o autor, no dia-a-dia acontecem fenómenos muito semelhantes aos ocorridos sob hipnose, contudo, os mesmos não são considerados como invulgares ou fantásticos. Fenómenos como a rigidez motora, alucinações auditivas, amnésia e resistência à dor têm explicações psicofisiológicas simples e equiparam-se a situações pelas quais poderemos passar sem atribuímos um significado associado ao excepcional. A hipnose não provoca verdadeiras alucinações mas envolve visualização mental, podendo as imagens ser difusas ou pelo contrário muito vivas. A situação hipnótica e um acontecimento do dia-a-dia partilham os mesmos processos cognitivos, contudo, sob hipnose, estes processos são activados intencionalmente, através das sugestões do hipnotizador e do voluntarismo da pessoa em participar no procedimento, com base num objectivo terapêutico (Capafons, 1998). *A hipnose é uma terapia útil, rápida, eficaz e não exige qualquer esforço por parte da pessoa hipnotizada para concretizar determinado comportamento.* A hipnose como técnica coadjuvante, aliada às terapias psicanalíticas, humanistas-existencialistas e cognitivo-comportamentais, poderá facilitar o resultado terapêutico. O conjunto de procedimentos que constituem a hipnose podem contribuir para acelerar a terapia e diminuir o esforço necessário para a consumação do objectivo previsto pela mesma, contudo, o sujeito hipnotizado, tal como em qualquer outra terapia, terá de envolver-se activamente no processo para obter resultados. A importância do papel activo por parte do sujeito, revela-se na evidência de que a susceptibilidade hipnótica, embora possa ser considerada uma condição desejável para os resultados do procedimento de indução hipnótica, não é suficiente por si só para garantir o êxito (Capafons, 1998). *A hipnose revela a verdade, sob indução hipnótica o sujeito diz a verdade, quando, em qualquer outra situação mentiria. A hipnose permite recuperar memórias precisas que se encontrem reprimidas. É possível recordar memórias de vidas passadas.* Na perspectiva de Capafons & Mazzoni (2004), esta crença é possivelmente a que mais efeitos nefastos e danos colaterais pode causar num procedimento de indução hipnótica, bem como na forma como a hipnose é encarada, uma vez que assenta, sobretudo, na confiança na veracidade das falsas memórias recuperadas. *A ideia de que a hipnose causa um estado semelhante ao sono, em que a pessoa apresenta características especiais. Só se está hipnotizado quando se está nesse estado após a*

aplicação de um procedimento de indução hipnótica. A relação entre sono e hipnose vem do tempo em que Marquis de Puységur, seguidor do mesmerismo, verificou que Victor Emmanuel, um vassalo com limitações mentais, adormeceu durante uma magnetização de uma árvore. Os observadores deste fenómeno atribuíram a sonolência de Víctor aos efeitos do magnetismo animal tendo posteriormente surgido mais relatos deste efeito. Se recuarmos no tempo, a Mesmer mais concretamente, os relatos dos efeitos apresentados pela magnetização animal eram de uma “crise”, os indivíduos apresentavam convulsões (Capafons, 1998) não sonolência. A comissão presidida por Benjamin Franklin, que avaliou os procedimentos do mesmerismo, concluiu que os efeitos observados pelo procedimento aplicado, derivavam da imaginação dos pacientes e não do método em si (Chaves, 2000). Se considerarmos a sugestão como a responsável pelos efeitos sentidos sob hipnose, torna-se compreensível que, se a sugestão for no sentido de relaxamento, o indivíduo, predisposto a tal, poderá sentir sono, o mesmo acontece se o sujeito estiver a exercer uma qualquer outra técnica de relaxamento. Se a sugestão for no sentido contrário, mais activo, a reacção será também nesse sentido. A investigação psiconeurobiofisiológica é unânime ao afirmar que a hipnose não possui uma correlação biológica, pelo que se considera que os fenómenos ocorridos sob hipnose são oriundos da sugestão, fenómenos estes que também poderão ocorrer através da utilização da aplicação de outras técnicas, como por exemplo, o relaxamento e a imagética. O relaxamento tem sido assumido como um método privilegiado para a indução hipnótica; tal parece dever-se ao facto de que o indivíduo a ser hipnotizado, devido aos mitos e crenças (habitualmente desadequadas) que possui em relação à situação que vai ocorrer, normalmente encontra-se nervoso e ansioso no início da primeira sessão de hipnose. Perante esta habitual reacção de stress, o hipnotizador antecipa-se dando indicações de relaxamento, tentando tranquilizar e descontraír a pessoa. Estas indicações são muitas vezes confundidas com o procedimento de indução hipnótica em si, funcionando, no entanto, exactamente por isso. Como as instruções de relaxamento são percebidas como sendo a indução hipnótica, embora não o sejam de facto, facilitam a receptividade ao procedimento hipnótico propriamente dito. A hipnose não tem qualquer relação com o sono, varia de pessoa para pessoa de acordo com as expectativas e crenças do sujeito hipnotizado e das sugestões ministradas no decorrer do processo (Capafons, 1998).

A investigação realizada permitiu a caracterização das atitudes e crenças face à hipnose, procurou também compreender quais os aspectos que fazem variar essas crenças e

porque motivo, perante a eficácia e reconhecimento científico da hipnose, atitudes negativas e crenças desajustadas parecem permanecer. Como já mencionado, Spanos, Brett, Menary & Cross (1987) e Green, Page & Rasekhy (2006), concluem que os sujeitos do sexo feminino apresentam crenças mais adequadas quando comparadas com os sujeitos do sexo masculino no que diz respeito à crença da *instabilidade mental* do sujeito susceptível de ser hipnotizado. Ainda Green, Page & Rasekhy (2006), concluem que as crenças não são específicas de uma cultura. No seu estudo, estudantes americanos apresentam atitudes mais positivas face à hipnose quando comparados com estudantes australianos, contudo não encontram diferenças entre as crenças referentes ao *medo de ser hipnotizado* e à associação da hipnose com *instabilidade mental*. Por sua vez, estudantes iranianos revelam crenças desadequadas relacionadas com o *medo da hipnose* e com a *instabilidade mental* quando comparados com estudantes americanos e alemães. Vários estudos demonstram que as atitudes e crenças face à hipnose são influenciadas pela informação sobre hipnose e pela experiência de ser hipnotizado. Crenças desadequadas parecem estar relacionadas com ausência ou proveniência não científica de informação sobre hipnose: Barling & De Lucchi (2004 cit por Capafons, Espejo & Mendonza, 2008), concluem que sujeitos que obtêm informação acerca da hipnose através de uma experiência pessoal possuem um conhecimento mais exacto, atitudes mais positivas e menos “medo” face à hipnose quando comparados com sujeitos que obtêm informação sobre hipnose através de meios televisivos; Furnham & Lee (2005), num estudo com estudantes, revelam que os sujeitos que obtiveram informação sobre hipnose através de meios televisivos, apresentam crenças que associam a hipnose ao domínio do oculto e a um determinado tipo de sono; Coldrey & Cyna (2004), concluem que entre anestesistas ainda estudantes, 63% revelavam poucos conhecimentos acerca da hipnose e aqueles que tiveram acesso à “hipnose” em contexto de entretenimento, bem como os que experienciaram “hipnose” num contexto não-terapêutico apresentaram atitudes negativas face à mesma. A experiência em hipnose parece promover atitudes e crenças positivas face à hipnose: dos estudantes anestesistas com experiência de hipnoterapia que participaram no estudo de Coldrey & Cyna (2004), 70% apresentavam atitudes positivas face à hipnose e 80% consideraram que essa experiência teve uma influência positiva na forma como vêm a hipnose; quando comparados com os estudantes que não tiveram essa experiência, revelam uma maior probabilidade de frequentar uma pós graduação ou doutoramento nesta área; Carvalho, Capafons, Kirsch, Espejo, Mazzoni & Leal (2007), concluíram no seu estudo que os estudantes com experiência anterior em hipnose apresentavam uma atitude mais positiva e

crenças adequadas face à hipnose, quando comparados com sujeitos sem experiência anterior em hipnose; Num estudo realizado com estudantes Green (2003), concluiu que a experiência de hipnose modifica crenças pré-existentes, tendo os participantes da sua investigação expresso menos opiniões estereotipadas face à hipnose; Molina & Mendonza (2006), num estudo realizado com estudantes de psicologia, mediram as atitudes face à hipnose antes e após um programa de treino em hipnose. O programa de treino consistiu, numa primeira fase, em fornecer informações sobre hipnose, numa segunda fase, na aplicação de diferentes sugestões e algumas técnicas de indução hipnótica, e na terceira fase, mediante supervisão do instrutor, na aplicação entre sujeitos dos procedimentos hipnóticos aprendidos. Após o programa de treino, as atitudes negativas face à hipnose desapareceram, as atitudes positivas foram reforçadas e surgiram novas atitudes positivas; Mendonza, Capafons, Espejo & Montalvo (2009) concluem que psicólogos com conhecimentos científicos e experiência directa em hipnose, apresentam menos atitudes negativas e falsas crenças face à mesma.

Um outro enfoque da investigação em crenças e atitudes face à hipnose tem consistido no desenvolvimento de escalas que permitam aceder às atitudes e crenças face à hipnose. Spanos, Brett, Menary & Cross (1987), elaboraram a Escala de Atitudes face à Hipnose (*Attitudes Toward Hypnosis Scale – ATH*) com um total de 14 itens, com formato de resposta tipo Likert de 1= *Não é de todo verdade* a 7= *É totalmente verdade*, agrupados em 3 factores: *Atitudes positivas face à hipnose* (itens 1, 4, 8, 12 e 13); *Crenças sobre a estabilidade mental da pessoa hipnotizada* (itens 5, 6, 7 e 9) e *Ausência de medo face à hipnose* (itens 2, 3, 10, 11 e 14). A escala permite o cálculo de uma pontuação total pela soma de todos os itens após a reversão dos itens 2, 3, 5, 6, 9, 11 e 14. Uma elevada pontuação nesta escala revela atitudes positivas face à hipnose. Green (2003) e Green, Page & Rasekhy (2006) utilizaram a Escala de Opiniões sobre Hipnose (*Opinions About Hypnosis Scale - OAH*) de McConkeys's (1986 cit. por Green, 2003) com um total de 44 itens, 21 itens dizem respeito a crenças face à hipnose, 4 referem-se à experiência em hipnose e 19 sobre atitudes face à auto-hipnose. Na escala original McConkey's utiliza como sistema de resposta *Concordo* e *Discordo*. Nos seus estudos Green (2003) e Green, Page & Rasekhy (2006) modificam a codificação de resposta para uma escala tipo Likert 1= *Não é de todo verdade* a 7= *É totalmente verdade*. Os itens da escala enunciada permitem aceder às dimensões *Sugestões*, o poder das sugestões apresentadas durante a hipnose; *Estado Alterado*, em que a hipnose é considerada um estado alterado de consciência; *Capacidade*, a hipnose depende da capacidade do hipnotizador e não

do sujeito; *Acontece*, a hipnose é algo involuntário; *Duplo conhecimento*, a hipnose promove o entendimento. Conjuntamente os itens que integram as últimas 4 dimensões referem-se à *Experiência* de hipnose como algo involuntário, automático e facilitador de um maior entendimento (clarividência). Green (2003), realizou o cálculo da pontuação total da escala pela soma de todos os itens após a reversão dos itens 2,3,4,7 e 10. Uma pontuação elevada nesta escala revela a crença de que a hipnose é um estado alterado de consciência, automática e involuntária. Em Espanha, as atitudes e crenças face à hipnose têm sido analisadas através da Escala de Valencia de Actitudes y Creencias Hacia la Hipnosis, versão cliente EVACH-C (Capafons, Alárcon, Cabañas & Espejo, 2003) e versão terapeuta EVACH-T (Capafons, Morales, Espejo & Cabañas, 2006; Capafons, Espejo & Mendonza, 2008). EVACH-T (Capafons, Morales, Espejo & Cabañas (2006) é uma variação da Escala de Valencia de Actitudes y creencias hacia la Hipnosis - Cliente concebida por Capafons, Alarcón, Cabañas & Espejo (2003) e Capafons, Cabanãs, Espejo & Cardeña (2004) para avaliar as crenças e atitudes dos utentes espanhóis face à hipnose. A versão Terapeuta difere da versão Cliente no tipo de resposta e na adaptação dos itens 1, 5, 6, 9, 18, 20, 21 e 24, para que fosse passível de aplicação a profissionais, uma vez que o objectivo da EVACH-T é a medição das atitudes e crenças dos profissionais face à hipnose (Capafons, Morales, Espejo & Cabañas, 2006). Em Portugal, Carvalho et al. (2007), realizaram a análise factorial e caracterizaram as propriedades psicométricas da EVACH-C, num estudo realizado com estudantes portugueses, tendo sido obtida uma estrutura factorial similar à EVACH-T espanhola. Capafons, Espejo & Mendonza (2008), referem que esta semelhança indica a possibilidade de generalização para as culturas latinas. Em 2010, foi realizada em Portugal uma tradução Escala de Valência de Atitudes e Crenças face à Hipnose -Terapeuta - EVACH-T, a análise factorial exploratória efectuada (estudo não publicado), revela uma estrutura de 7 factores: O factor **Interesse**, refere-se ao interesse e receptividade da pessoa por ser hipnotizada. Integra os itens: 26, 27 e 28. Estar de acordo com as afirmações e obter uma pontuação elevada revela crenças e atitudes adequadas (Mendoza, Capafons, Espejo & Montalvo, 2009); O factor **Memória**, reflecte a crença de que a hipnose favorece a sinceridade, permite a revelação da verdade, a pessoa hipnotizada entra num estado de transe, o que permite o acesso a recordações passadas que de outra forma permaneceriam escondidas. Este factor engloba os itens 3, 30, 31, 32. Uma pontuação elevada neste factor revela crenças e atitudes inadequadas (Mendoza, Capafons, Begoña, Espejo & Montalvo, 2009); O factor **Ajuda**, diz respeito à crença que concebe a hipnose como uma técnica facilitadora dos resultados terapêuticos, que como

complemento, permite o aumento da eficácia das intervenções médicas e psicológicas e fomenta o auto-controlo. Inclui os itens *1, 9, 10, 12, 17, 23, 29 e 37*. Estar de acordo com as afirmações e obter uma pontuação elevada revela crenças e atitudes adequadas (Mendoza, Capafons, Espejo & Montalvo, 2009); O factor **Controlo**, diz respeito à crença sobre a capacidade de controlo e voluntarismo da pessoa sob hipnose. Estão sob este factor os itens *14, 15, 21, 24 e 25*. Uma pontuação elevada revela crenças e atitudes adequadas (Mendoza, Capafons, Espejo & Montalvo, 2009); O factor **Colaboração**, reflecte a crença de que é necessário a pessoa esforçar-se e colaborar com o hipnotizador para experimentar a sugestão hipnótica. Inclui os itens: *2, 8 e 13*. A concordância neste factor revela crenças e atitudes adequadas (Mendoza, Capafons, Espejo & Montalvo, 2009); O factor **Medo**, reflecte o medo que a pessoa tem de ao ser hipnotizada perder o controlo, ficar à mercê do hipnotizador ou ficar presa num transe hipnótico. Este factor inclui os seguintes itens: *4, 16 (revertido), 18, 19, 20 e 22*. Explica 1,72% da variância total. Estar de acordo com as afirmações e obter uma pontuação elevada revela crenças e atitudes inadequadas (Mendoza, Capafons, Begoña, Espejo & Montalvo, 2009); O factor **Autómato-Mágico**, indica a crença de que o sujeito hipnotizado é passivo e uma espécie de robot perante o hipnotizador, a hipnose representa assim uma solução mágica para os problemas, não requer esforço nem é necessário considerar outros factores para a resolução dos mesmos. Engloba os itens: *5, 6, 7 e 11*. Este factor explica 11,7% da variância total. Uma pontuação elevada revela crenças e atitudes inadequadas (Mendoza, Capafons, Espejo & Montalvo, 2009). A escala apresenta consistência interna adequada e grau de fiabilidade. O coeficiente de Cronbach de cada factor oscilou entre 0.671 para o factor cooperação e 0.904 para o factor interesse.

Apesar das evidências empíricas e científicas da eficácia da hipnose, como técnica coadjuvante numa série de condições clínicas, do foro médico e psicológico, as atitudes e crenças face à hipnose continuam a estar condicionadas por aspectos como o conhecimento sobre hipnose e a experiência em hipnose. Atitudes negativas e crenças erróneas por parte dos profissionais de saúde, que derivam da ausência de conhecimento e experiência em hipnose, poderão condicionar a aplicação e a utilização adequada desta técnica (Capafons, Morales, Espejo & Cabañas, 2006; Molina & Mendonza, 2006). Partindo destes pressupostos, o presente trabalho pretende explorar a relação entre as atitudes e crenças face à hipnose, de profissionais de saúde portugueses, e o conhecimento e a experiência em hipnose. Pretende-se ainda explorar as diferenças entre as atitudes e crenças de grupos distintos de profissionais de

saúde portuguesas, através da utilização da tradução portuguesa da Escala de Valência de Atitudes e Crenças Face à Hipnose – versão Terapeuta.

Referências

- Braffman, W. & Kirsch, I. (1999). Imaginative suggestibility and hypnotizability an empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (3), 578-587.
- Braffman, W. & Kirsch, I. (2001). Reaction time as a predictor of imaginative suggestibility and hypnotizability, *Contemporary Hypnosis*, 18 (3), 107-119.
- British Psychological Association, (2001/2002). La nature of hypnosis. Leicester. (RU): British Psychological Society. Trad. Valencia: Promolibro.
- Capafons, A. (1995). Entrevista a Irving Kirsch. *Papeles del Psicólogo*, 62.
- Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.
- Capafons, A., Alárcon, A., Cabañas, S. & Espejo, B (2007). Análisis factorial exploratório propiedades psicométricas de la Escala de Creencias y Actitudes Hacia la Hipnosis-cliente. *Psicothema*, 15, 143-147.
- Capafons, A., Espejo, B. & Mendoza, M.E. (2008). Confirmatory factor analysis of the Valencia Scale on Attitudes and Beliefs toward Hypnosis, Therapist Version. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56, 281-294.
- Capafons, A. & Mazzoni, G. (2004). Es lo peligroso de la hipnosis el hipnoterapeuta: hipnosis y falsos recuerdos. *Papeles del Psicólogo*, 89.
- Capafons, A., Morales, C., Espejo, B. & Cabañas, Y. (2006). Análisis factorial exploratório y propiedades psicométricas de la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias Hacia la Hipnosis, versión terapeuta. *Psicothema*, 18, 810-815.
- 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 toward hypnosis – client version. *Contemporary Hypnosis*, 24 (2), 76-85. Doi: 10.1002/ch.332.
- Carvalho, C. (2010). Entrevista com o professor Irving Kirsch – uma conversa acerca da hipnose clínica e experimental. *Análise Psicológica*, XXVIII (2), 377-384.

Chaves, J.F. (2000). Hypnosis. In A. Kazdin (Ed.). *Encyclopedia of Psychology*, vol 4 (pp.211-216). Washington DC: American Psychological Association.

Coldrey, J.C. & Cyna, A.M. (2004). Suggestion, hypnosis and hypnotherapy: A survey of use knowledge and attitudes of Anaesthetists. *Anaesth Intensive Care*, 32,676-680.

Furnham, A. & Lee, E. (2005). Lay beliefs about, and attitudes towards hypnosis and hypnotherapy. *Counseling and Clinical Psychology Journal*, 2 (3), 90-103.

Green, J. (2003). Beliefs about hypnosis: popular beliefs, misconceptions, and the importance of experience. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(4), 369-381.

Green, J. (2004). The five factor model of personality and hypnotizability: little variance in common. *Contemporary Hypnosis*, 21 (4), 161-168.

Green, J., Barabasz, A., Barret, D. & Montgomery, G. (2006). The 2003 APA Division 30 Definition of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48 (2-3), p. 89.

Green, J., Page, R. A., & Rasekhy, R. (2006). Cultural views and attitudes about hypnosis: A survey of college students across four countries. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(3), 263-280. DOI:10.1080/00207140600689439

Hawkins, P. J. (1998). *Introducción a la Hipnosis Clínica: Una perspectiva humanística*. Valencia: Promolibro.

Kirsch, I. & Braffman, W. (1999). Correlates of hypnotizability: the first empirical study. *Contemporary Hypnosis*. 16(4), 224-230.

Mendoza, M.E. & Capafons, A. (2009). Efficacy of clinical hypnosis: A summary of its empirical evidence. *Papeles del Psicólogo*, 30 (2), 98-116.

Mendoza, M.E, Capafons, A., Espejo, B. & Montalvo, D. (2009). Creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos españoles. *Psicothema*, 18, 810-815.

Molina, A. & Mendoza, M.E. (2006). Change of attitudes towards hypnosis after a training course. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(2), 28-43.

Orne, M.T & Whitehouse, W. G. (2000). Hypnosis. In G. Fink (Ed), *Enciclopedia of stress*. Orlando, Florida: Academic Press.

Schnur, J.B., Kafer, I., Marcus, C. & Montgomery, G. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*, 25 (3-4), 114-118. DOI:10.1002/ch.364

Spanos, N., Brett, P., Menary E. & Cross, W. (1987). A measure of attitudes toward hypnosis: Relationships with absorption and hypnotic susceptibility. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30 (2), 139-150.

Vallejo, M.A. & Capafons, A. La hipnosis psicológica en Españã. *Papeles del Psicólogo*, 89.

Yu, C. K-C. (2004a). Beliefs and attitudes of Chinese regarding hypnosis and its applications. *Contemporary Hypnosis*, 21 (3), 93-106.

Yu, C. K-C. (2004b). Beliefs and opinions regarding hypnosis and its applications among Chinese professionals in medical settings. *Contemporary Hypnosis*, 21 (4), 177-186.

Anexo B

Escala de Valencia de Atitudes e Crenças face à Hipnose -Terapeuta- EVACH-T

Anexo C

E-mail enviado aos participantes

Bom dia

Peço-lhe a sua colaboração num estudo integrado numa investigação a decorrer no Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa, coordenado por mim, no qual se pretende conhecer as opiniões dos profissionais de saúde (psicólogos, médicos, enfermeiros) acerca da hipnose.

As suas respostas serão descarregadas numa base de dados sem qualquer identificação da sua origem.

Por favor disponibilize alguns minutos do seu tempo para responder às seguintes questões.

Clique aqui

<http://spreadsheets.google.com/viewform?formkey=dEtkd1kzODJuNTBDVmswSDE1MVNuaXc6MA>

AGRADECEMOS DESDE JÁ A SUA PARTICIPAÇÃO QUE É DETERMINANTE PARA O SUCESSO DESTE ESTUDO.

Por favor reencaminhe este email para os seus contactos com profissões ligadas à saúde (psicólogos, médicos e enfermeiros). Obrigada!

Cláudia Carvalho, PhD

Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde

Rua Jardim do Tabaco, 34

1149-041 Lisboa - Portugal

<www.ispa.pt>

E-mail : <mailto: claudia.carvalho@ispa.pt>

Anexo D

Quadros síntese dos resultados da análise estatística

ÍNDICE

Quadro 1: Teste à normalidade da distribuição da variável “ <i>Profissão</i> ”.	47
Quadro 2: Teste à normalidade da distribuição da variável “ <i>Experiência em hipnose</i> ”	51
Quadro 3: Teste à normalidade da distribuição da variável “ <i>Informação sobre Hipnose</i> ”.	52
Quadro 4: Teste à homogeneidade das matrizes de variância-covariância.	53
Quadro 5: Teste à homogeneidade do erro da variância das variáveis dependentes.	54
Quadro 6: Teste de Análise de Variância Multivariada – MANOVA – significância estatística das variáveis independentes.	55
Quadro 7: MANOVA – Teste de efeitos entre variáveis	56
Quadro 8: Teste Post-Hoc de Tukey para identificação dos pares de médias significativamente diferentes, “ <i>Profissão</i> ”.	57
Quadro 9: Estatística descritiva do factor Memória e variáveis independentes	58
Quadro 10: Estatística descritiva do factor Autómato/Mágico e das variáveis independentes.	59
Quadro 11: Teste de Levene de homogeneidade de variâncias para as variáveis dependentes e variável independente “ <i>Experiência em hipnose</i> ”.	60
Quadro 12: Teste T-Student de diferenças de médias entre os factores Interesse, Controlo e Medo e a variável “ <i>Experiência em hipnose</i> ”.	61

ANEXO D1:

Teste à normalidade da distribuição da variável “*Profissão*”.

	Profissão	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estatística	gl	p-value
Interesse	Psicologia	,092	220	,000
	Medicina	,099	52	,200
	Enfermagem	,089	64	,200
	Fisioterapia	,126	11	,200
	Outros técnicos de saúde	,180	15	,200
	Cursos de terapia não especificados	,275	4	.
Memória	Psicologia	,100	220	,000
	Medicina	,152	52	,004
	Enfermagem	,117	64	,030
	Fisioterapia	,147	11	,200
	Outros técnicos de saúde	,198	15	,116
	Cursos de terapia não especificados	,162	4	.

^aCorrecção de Lilliefors

ANEXO D1:

Teste à normalidade da distribuição da variável “*Profissão*”

Profissão		Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estatística	gl	p-value
Ajuda	Psicologia	,095	220	,000
	Medicina	,100	52	,200
	Enfermagem	,072	64	,200
	Fisioterapia	,171	11	,200
	Outros técnicos de saúde	,183	15	,189
	Cursos de terapia não especificados	,181	4	.
Controlo	Psicologia	,089	220	,000
	Medicina	,067	52	,200
	Enfermagem	,169	64	,000
	Fisioterapia	,228	11	,114
	Outros técnicos de saúde	,226	15	,038
	Cursos de terapia não especificados	,175	4	.

^aCorrecção de Lilliefors

ANEXO D1:

Teste à normalidade da distribuição da variável “*Profissão*”.

		Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estatística	gl	p-value
Cooperação	Psicologia	,141	220	,000
	Medicina	,160	52	,002
	Enfermagem	,180	64	,000
	Fisioterapia	,237	11	,085
	Outros técnicos de saúde	,121	15	,200
	Cursos de terapia não especificados	,441	4	.
Medo	Psicologia	,068	220	,016
	Medicina	,105	52	,200
	Enfermagem	,087	64	,200
	Fisioterapia	,205	11	,200
	Outros técnicos de saúde	,137	15	,200
	Cursos de terapia não especificados	,219	4	.

^aCorrecção de Lilliefors

ANEXO D1:

Teste à normalidade da distribuição da variável “Profissão”.

Profissão		Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estatística	gl	p-value
Autómato/	Psicologia	,142	220	,000
Mágico	Medicina	,142	52	,010
	Enfermagem	,120	64	,023
	Fisioterapia	,157	11	,200*
	Outros técnicos de saúde	,199	15	,113
	Cursos de terapia não especificados	,333	4	.

^aCorrecção de Lilliefors

ANEXO D2:

Teste à normalidade da distribuição da variável “*Experiência em hipnose*”.

Factores	Experiência em hipnose	Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk	
		Estatística	p-value	Estatística	p-value
Interesse	Sim	,165	,000	,906	,000
	Não	,090	,000	,954	,000
Memória	Sim	,128	,002	,946	,002
	Não	,108	,000	,977	,000
Ajuda	Sim	,113	,014	,978	,176
	Não	,101	,000	,958	,000
Controlo	Sim	,095	,069	,959	,011
	Não	,085	,000	,976	,000
Cooperação	Sim	,143	,000	,932	,000
	Não	,109	,000	,950	,000
Medo	Sim	,156	,000	,908	,000
	Não	,069	,002	,990	,052
Autómato/Mágico	Sim	,196	,000	,854	,000
	Não	,095	,000	,961	,000

^aCorrecção de Lilliefors

ANEXO D3:

Teste à normalidade da distribuição da variável “*Informação sobre hipnose*”

Factores	Informação sobre hipnose	Kolmogorov-Smirnov ^a	
		Estatística	p-value
Interesse	Sim	,087	,000
	Não	,127	,000
Memória	Sim	,111	,000
	Não	,127	,000
Ajuda	Sim	,082	,000
	Não	,110	,003
Controlo	Sim	,110	,000
	Não	,137	,000
Cooperação	Sim	,117	,000
	Não	,124	,000
Medo	Sim	,067	,007
	Não	,0,75	,160
Autómato/Mágico	Sim	,136	,000
	Não	,096	,016

^aCorrecção de Lilliefors

ANEXO D4:

Teste à homogeneidade das matrizes de variância-covariância.

Teste M de Box para a homogeneidade das matrizes de variância-covariância				
	Estadística	g1	gl2	p-value
Interesse				
Memória				
Ajuda				
Controlo	1,426	196	9486,006	,000
Cooperação				
Medo				
Autómato/Mágico				

ANEXO D5:

Teste à homogeneidade do erro da variância das variáveis dependentes.

Teste de Levene para a homogeneidade do erro de variância				
	Estatística	Gl	gl2	p-value
Interesse	2,291	2	363	,103
Memória	5,164	2	363	,006
Ajuda	,518	2	363	,596
Controlo	1,488	2	363	,227
Cooperação	1,548	2	363	,214
Medo	1,219	2	363	,297
Autómato/Mágico	,065	2	363	,937

ANEXO D6:

Teste de Análise de Variância Multivariada – MANOVA – significância estatística das variáveis independentes.

MANOVA						
	Testes Estatísticos	Estatística	gl	p-value	Eta2 parcial	Potência do teste
Intercepção	Pillai's Trace	325,577	7,000	,000	,869	1,000
	Roy's Largest Root	325,577	7,000	,000	,869	1,000
Profissão	Pillai's Trace	1,402	35,000	,060	,028	,990
	Roy's Largest Root	3,853	7,000	,000	,072	,981
Experiência em hipnose	Pillai's Trace	2,944	7,000	,005	,057	,931
	Roy's Largest Root	2,944	7,000	,005	,057	,931
Informação sobre hipnose	Pillai's Trace	,884	7,000	,519	,018	,382
	Roy's Largest Root	,884	7,000	,519	,018	,382

ANEXO D7:
MANOVA – Teste de efeitos entre variáveis

MANOVA						
Profissão	Variáveis Dependentes	Estatística	gl	p-value	Eta2 parcial	Potência do teste
Profissão	Interesse	,356	5	,878	,005	,142
	Memória	3,880	5	,002	,053	,942
	Ajuda	2,003	5	,078	,028	,670
	Controlo	,490	5	,784	,007	,183
	Cooperação	,856	5	,511	,012	,307
	Medo	1,106	5	,357	,016	,394
	Autómato/Mágico	3,981	5	,002	,054	,948
Experiência de hipnose	Interesse	11,083	1	,001	,031	,913
	Memória	,311	1	,577	,001	,086
	Ajuda	5,755	1	,017	,016	,667
	Controlo	11,760	1	,001	,033	,928
	Cooperação	,722	1	,396	,002	,135
	Medo	9,690	1	,002	,027	,874
	Autómato/Mágico	2,522	1	,113	,007	,354
Profissão * Experiência de hipnose	Interesse	,332	4	,857	,004	,125
	Memória	2,630	4	,034	,029	,734
	Ajuda	1,742	4	,140	,020	,531
	Controlo	,666	4	,616	,008	,217
	Cooperação	,298	4	,879	,003	,116
	Medo	1,400	4	,233	,016	,435
	Autómato/Mágico	1,107	4	,353	,013	,348

ANEXO D8:

Teste Post-Hoc de Tukey para identificação dos pares de médias significativamente diferentes, “Profissão”

Teste de Tukey HSD							
Variável Dependente	(I) Área de Actuação Profissional	(J) Área de Actuação Profissional	Diferença de médias (I-J)	Erro Padrão	p-value	95% Intervalo de confiança	
						Limite Inferior	Limite Superior
Memória	Psicologia	Enfermagem	-,5232	,12719	,001	-,4679	-,3235
Autómato/Mágico	Psicologia	Medicina	-,5413	,51398	,000	-,9095	-,1730
		Enfermagem	-,7510	,47341	,000	-1,0901	-,4118

ANEXO D9:

Estatística descritiva do factor Memória e variáveis independentes.

Factores	Profissão	Informação sobre Hipnose	Experiência em Hipnose	M	SD	N
Memória	Psicólogos	Sim	Sim	2,6230	,97641	63
			Não	2,9725	,99721	118
			Total	2,8508	1,00131	181
		Não	Sim	3,7500	.	1
			Não	2,8553	,86531	38
			Total	2,8782	,86578	39
		Total	Sim	2,6406	,97882	64
			Não	2,9439	,96536	156
			Total	2,8557	,97686	220
	Medicina	Sim	Sim	1,5000	,70711	2
			Não	3,2000	,73717	20
			Total	3,0455	,87504	22
		Não	Não	2,8417	,72363	30
			Total	2,8417	,72363	30
			Sim	1,5000	,70711	2
		Total	Não	2,9850	,74301	50
			Total	2,9279	,78954	52
			Sim	3,2857	,99403	7
	Enfermagem	Sim	Não	3,3750	,65899	30
			Total	3,3581	,71817	37
			Não	3,4074	,74726	27
Total		Total	3,4074	,74726	27	
		Sim	3,2857	,99403	7	
		Não	3,3904	,69600	57	
Total		3,3789	,72511	64		

ANEXO D10:

Estatística descritiva do factor Autómato/Mágico e das variáveis independentes.

Factores	Profissão	Informação sobre Hipnose	Experiência em Hipnose	M	SD	N
Autómato/ Mágico	Psicólogos	Sim	Sim	1,6865	,75665	63
			Não	2,0445	,88109	118
			Total	1,9199	,85501	181
		Não	Sim	1,7500		1
			Não	2,0658	,78129	38
			Total	2,0577	,77260	39
		Total	Sim	1,6875	,75066	64
			Não	2,0497	,85545	156
			Total	1,9443	,84096	220
	Medicina	Sim	Sim	1,7500	,70711	2
			Não	2,4750	,92088	20
			Total	2,4091	,91465	22
		Não	Não	2,5417	,88834	30
			Total	2,5417	,88834	30
			Total	Sim	1,7500	,70711
		Total	Não	2,5150	,89273	50
			Total	2,4856	,89307	52
			Total	Sim	1,9643	1,01477
	Enfermagem	Sim	Sim	1,9643	1,01477	7
			Não	2,6917	,65877	30
			Total	2,5541	,77758	37
		Não	Não	2,8889	,76376	27
			Total	2,8889	,76376	27
			Total	Sim	1,9643	1,01477
Total		Não	2,7851	,71095	57	
		Total	2,6953	,78360	65	

ANEXO D11:

Teste de Levene de homogeneidade de variâncias para as variáveis dependentes e variável independente “*Experiência em hipnose*”.

Teste de Levene para homogeneidade de variâncias		
Variáveis Dependentes	Estatística	p-value
Interesse	11,825	,001
Memória	9,005	,003
Ajuda	,895	,345
Controlo	5,319	,022
Cooperação	,199	,656
Medo	,690	,407
Autómato/Mágico	3,639	,057

ANEXO D12:

Teste T-Student de diferenças de médias entre os factores interesse, controlo e medo e a variável “*Experiência em hipnose*”.

Variáveis Dependentes	Homogeneidade de Variâncias	Teste – T para diferenças de médias					95% Intervalo de confiança	
		t	gl	p-value	Diferença médias	Diferença erro padrão	Limite inferior	Limite superior
Interesse	homogeneidade	10,348	373	,000	1,70734	,16499	1,38292	1,03176
	não homogeneidade – Correcção de Welch	12,253	165,487	,000	1,70734	,13934	1,43223	1,98246
Controlo	homogeneidade	11,230	370	,000	1,23788	,11023	1,02112	1,45464
	não homogeneidade – Correcção de Welch	10,727	118,420	,000	1,23788	,11540	1,00937	1,46639
Medo	homogeneidade	-9,381	372	,000	-,98292	,10478	-1,18896	-,77699
	não homogeneidade – Correcção de Welch	-9,296	123,820	,000	-,98292	,10574	-1,19221	-,77363

Este estudo está integrado numa investigação a decorrer no Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa. Pretende-se conhecer as opiniões dos profissionais de saúde acerca da hipnose.

Todos os dados fornecidos são confidenciais, não sendo usados para outros fins que não a presente investigação.

AGRADECEMOS DESDE JÁ A SUA PARTICIPAÇÃO QUE É DETERMINANTE PARA O SUCESSO DESTA ESTUDO.

Dr.^a Telma Viegas / Dr.^a Vera Morais
Prof. Doutora Cláudia Carvalho

Para qualquer dúvida relativamente ao preenchimento do questionário ou outras informações adicionais, contacte:

Cláudia Carvalho, PhD
Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde
Rua Jardim do Tabaco, 34
1149-041 Lisboa - Portugal
<www.ispa.pt>
E-mail : <<mailto:claudia.carvalho@ispa.pt>>

Irá encontrar algumas questões sobre aspectos gerais da sua vida profissional seguidas de algumas afirmações sobre hipnose acerca das quais solicitamos a sua opinião. Não existem respostas certas ou erradas – todas as respostas são válidas. Pedimos-lhe que responda com sinceridade e que responda a todas as questões.

Por favor avance para a página seguinte

POR FAVOR LEIA COM ATENÇÃO E RESPONDA ÀS SEGUINTE QUESTÕES

Estes dados destinam-se unicamente à equipa de investigação. Será mantido o seu anonimato e a sua confidencialidade.

1. Sexo: Masculino Feminino
2. Idade:
3. Nacionalidade.....
4. País onde reside actualmente 4.1 Distrito onde reside actualmente.....
5. Qual a sua área de actuação profissional:
- Medicina
- Psicologia
- Enfermagem
- Outra (especificar)
6. Formação Académica: Doutoramento
- licenciatura Pré- Bolonha (=5 anos)
- licenciatura Pré-Bolonha
- licenciatura Bolonha (1º + 2º ciclo=5 anos)
- licenciatura Bolonha (1ºciclo= 3anos)
- Outros graus de ensino (especificar)
7. Ano de conclusão do grau mais elevado:
8. Indique a sua área de especialização (especificar)
9. Trabalha actualmente? Sim Não
- 9.1 Em caso de resposta afirmativa, indique o seu trabalho
10. País onde trabalha actualmente
- 10.1 Distrito onde trabalha actualmente
11. Já foi hipnotizado alguma vez? Sim Não
- Em caso de resposta afirmativa, indique:
- 11.1 Porque motivo?.....
- 11.2 Por que tipo de profissional?
12. Tem algum conhecimento acerca da hipnose? Sim Não
- 12.1 Em caso de resposta afirmativa indique onde obteve esse conhecimento?
- (assinalar todas as opções aplicáveis):
- Universidade
- Cursos
- Internet
- Revistas científicas
- Outro tipo de leituras de grande difusão
- Televisão
- Outras proveniências (indicar quais)

12.2 Coloque as opções que assinalou por ordem de importância:

- 1
- 2
- 3

13. Recebeu formação prática em hipnose? Sim Não

Em caso de resposta afirmativa, indique:

12.1 Quantas horas?

12.2 Onde?

14. Utiliza a hipnose na sua prática profissional?

14.1 Por favor justifique a sua resposta qualquer que seja a opção escolhida

- Sim Porquê?
- Não Porquê?

Em caso de resposta afirmativa, indique:

14.2 Para quê?

14.3 Desde quando?

14.4 De que perspectiva/modelo?

- Psicanalítica
- Cognitivo - Comportamental
- Humanista - Existencial
- Cognitivista/Construtivista
- Integrativa
- Ericksoniana
- Modelo Biomédico
- Outra . Qual (especificar)

15. Pertence a alguma associação de hipnose? Sim Não

15.1 Em caso de resposta afirmativa, indique qual?

16. Interessar-lhe-ia receber mais informação sobre hipnose? Sim Não

17. Interessar-lhe-ia receber mais formação prática sobre hipnose? Sim Não

Seguidamente encontrará algumas afirmações que nos ajudarão a conhecer a sua **opinião sobre a hipnose**. Não importa se passou ou não pela experiência acerca da qual é questionado, apenas **indique o que pensa que poderia ocorrer em tais situações**.

Por favor indique o seu grau de concordância ou discordância relativamente às afirmações que lhe são apresentadas em baixo, **assinalando o número que melhor reflecte a sua opinião** de acordo com a seguinte escala:

1. *Completamente em desacordo*
2. *Bastante em desacordo*
3. *Em desacordo*
4. *De acordo*
5. *Bastante de acordo*
6. *Completamente de acordo*

NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS NEM ERRADAS, TRATA-SE APENAS DE CONHECER A SUA OPINIÃO

Ao longo de todo o questionário a palavra "utente" é utilizada para designar o destinatário dos seus cuidados de saúde independentemente do contexto onde trabalha (público ou privado). Por favor entenda-o no sentido que confere ao termo que habitualmente utiliza (ex: paciente, cliente, etc).

1. A hipnose pode ser uma grande ajuda para os meus utentes.	1	2	3	4	5	6
2. A hipnose implica um esforço de cooperação entre o hipnotizador e o utente.	1	2	3	4	5	6
3. É necessário o utente estar em transe hipnótico para atingir as metas da intervenção.	1	2	3	4	5	6
4. A hipnose mete-me medo.	1	2	3	4	5	6
5. Sob hipnose conseguem-se coisas sem nenhum esforço por parte do utente.	1	2	3	4	5	6
6. A hipnose pode ser uma solução mágica para os problemas dos meus utentes.	1	2	3	4	5	6
7. Acredito que sob hipnose a pessoa é um autómato à mercê do hipnotizador.	1	2	3	4	5	6
8. A hipnose requer esforço por parte da pessoa hipnotizada.	1	2	3	4	5	6
9. A hipnose é tudo o que é necessário para tratar a maioria dos problemas dos meus utentes.	1	2	3	4	5	6
10. A hipnose pode ser uma grande ajuda para melhorar os efeitos dos tratamentos a que se associa.	1	2	3	4	5	6
11. A pessoa hipnotizada é passiva.	1	2	3	4	5	6
12. A hipnose é um complemento ou ferramenta para ajudar as terapias psicológicas.	1	2	3	4	5	6
13. Para hipnotizar alguém é necessária a sua colaboração.	1	2	3	4	5	6
14. A pessoa hipnotizada pode "sair" da hipnose quando o desejar.	1	2	3	4	5	6
15. Sob hipnose a pessoa conserva a sua vontade para fazer o que quiser.	1	2	3	4	5	6
16. A hipnose é uma técnica segura, com poucos riscos.	1	2	3	4	5	6
17. A hipnose fomenta a capacidade de auto-controlo.	1	2	3	4	5	6
18. Tenho medo que um utente possa ficar "agarrado" num transe hipnótico.	1	2	3	4	5	6
19. Acredito que sob hipnose se pode chegar a perder o controlo sobre si mesmo.	1	2	3	4	5	6
20. A hipnose é em si mesma perigosa.	1	2	3	4	5	6
21. Tudo o que ocorre sob hipnose é provocado pelo utente.	1	2	3	4	5	6

22. Sob hipnose pode obrigar-se a pessoa a fazer coisas que não deseje.....	1	2	3	4	5	6
23. A hipnose é um facilitador dos resultados terapêuticos.....	1	2	3	4	5	6
24. Se o utente é contra uma sugestão pode ignora-la completamente.....	1	2	3	4	5	6
25. A pessoa hipnotizada mantém o controlo sobre si mesma.....	1	2	3	4	5	6
26. Gostaria de ser hipnotizado/a.....	1	2	3	4	5	6
27. Deixar-me-ia hipnotizar se se desse o caso.....	1	2	3	4	5	6
28. Gostaria de ser muito hipnotizável.....	1	2	3	4	5	6
29. Aprende-se mais depressa sob hipnose.....	1	2	3	4	5	6
30. O que se recorda sob hipnose é sempre a verdade.....	1	2	3	4	5	6
31. É impossível mentir sob hipnose, mesmo que a pessoa hipnotizada o deseje.....	1	2	3	4	5	6
32. Uma forma de confirmar que um acontecimento ocorreu é que a pessoa o recorde sob hipnose.....	1	2	3	4	5	6
33. A hipnose é um estado de transe.....	1	2	3	4	5	6
34. A hipnose desenvolve-se à margem da investigação científica.....	1	2	3	4	5	6
35. Na generalidade, algumas das características fundamentais das pessoas muito hipnotizáveis seriam: credulidade, ignorância e dependência psicológica.....	1	2	3	4	5	6
36. A pessoa hipnotizada encontra-se dissociada.....	1	2	3	4	5	6
37. A hipnose é um complemento ou ferramenta para ajudar as terapias médicas.....	1	2	3	4	5	6

Data de hoje: ____ / ____ / ____

Muito Obrigado pela sua colaboração!