



Rev. Bras. de Hipnose 2014; 25(2):83-88

ISSN 1516-232X

Associação Brasileira de Hipnose - ASBH

---

*Revista  
Brasileira de  
Hipnose*

---

www.revistabrasileiradehipnose.com.br

## Hipnose: opção à medicação pré-anestésica *Hypnosis: option to pre-anesthetic medication*

José Amandio Fernandes Filho

*Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica;  
Especialista em Hipniatria pela Associação Brasileira de Hipnose*

---

### Resumo.

São indiscutíveis os efeitos positivos da indução hipnótica visando o relaxamento, muitos deles obtidos no pré-operatório. No entanto, poucos estudos avaliam o efeito do relaxamento induzido pela hipnose em substituição ao uso de drogas pré-anestésicas. Por outro lado, encontramos diversos artigos sobre diversas drogas utilizadas como medicações pré-anestésicas. A medicação pré-anestésica (MPA) tornar o ato cirúrgico mais agradável para o paciente, pela indução de sedação física e psíquica, assegurando condições melhores e maior controle da homeostase do paciente durante a anestesia. O uso de drogas pré-anestésicas potencializa o efeito dos anestésicos, relaxam o paciente nesse momento tão estressante, mas não são isentos de riscos. Avaliar o efeito da ação hipnótica não é uma tarefa fácil. A mensuração de dados objetivos como o EEG, ou mais recentemente, usando a forma processada (análise bispectral) ainda está distante de nossa prática diária. Este estudo buscar avaliar a redução da ansiedade após indução hipnótica utilizando o Inventário de Ansiedade de Beck - BAI nos estados pré-cirúrgicos como medida de avaliação do efeito da hipnose nos momentos que precedem a cirurgia.

*Palavras-chaves.* Hipnose, Cirurgia Plástica, Medicação Pré-anestésica.

---

### Abstract.

The positive effects of hypnotic induction seeking relaxation are indisputable, many of them obtained preoperatively. However, few studies have evaluated the effect of relaxation induced by hypnosis to replace the use of pre-anesthetic drugs. On the other hand, there are several articles of various drugs used as pre-anesthetic medication. The premedication (MPA) make a pleasant surgery for the patient, by inducing physical and mental sedation, ensuring better conditions and more control of the patient's homeostasis during anesthesia. The use of pre-anesthetic drugs potentiate the effect of anesthetics, relaxing the patient at that time as stressful, but are not risk free. Evaluate the effect of hypnotic action is not an easy task. The measurement of objective data such as EEG, or more recently, using the processed form (bispectral analysis) are still far from our daily practice. This study seek to evaluate the reduction of anxiety after hypnotic induction, using the Beck Anxiety Inventory - BAI in pre-surgical condition as a measure for assessing the effect of hypnosis in the moments preceding the surgery.

*Keywords.* Hypnosis, Plastic Surgery, Pre-anesthetic Medication.

---

## 1. Introdução.

Dentre os diversos processos mentais desencadeados durante o período pré-operatório, a ansiedade é um dos mais importantes. A intensidade desse processo dependerá de como cada indivíduo reage, da gravidade do seu caso e de como isso é conduzido. A falta de controle sobre o que sucederá, confiança na equipe médica e temor sobre as incertezas que virão, são alguns dos pensamentos nesse momento. A associação com uma angústia desencadeada, podem passar despercebidos, mas certamente nos impacta.

Alguns sinais e sintomas físicos podem ser mensurados, porém outros podem passar invisíveis, mas certamente, o estresse provocado, está associado ao menor controle da dor, por consequência maior necessidade de analgesia pós-operatória e instabilidade hemodinâmica e prolongamento do internamento.

Visando minimizar os efeitos da ansiedade pré-operatória e influenciar positivamente a anestesia, promovendo potencialização do efeito anestésico, estabilização hemodinâmica, dentre outros, diversas medicações pré-anestésicas (MPA), pertencentes a variados grupos de drogas, têm sido utilizadas, isoladamente ou em associação. Entretanto, apesar de promissores, um ponto de equilíbrio adequado entre sedação e analgesia pode não ser alcançado. Além disso, muitas dessas drogas podem apresentar efeitos adversos muito importantes, restringindo o seu uso.

A hipnose pode oferecer um grau de relaxamento satisfatório, reduzindo a ansiedade com todos os seus malefícios, e gerar maior estabilidade hemo-dinâmica<sup>1</sup> durante a anestesia, como opção a MPA.

Contudo, estudos prospectivos avaliando a redução da ansiedade se mostram difíceis de serem realizados na prática, quando avaliamos dados objetivos. A monitorização da profundidade da hipnose e da anestesia é um ato complexo. A maioria das propostas para monitorizar os níveis adequados da hipnose durante a anestesia envolve a análise do eletroencefalograma (EEG) e, mais recentemente, a análise bispectral é usada como o método para avaliar o EEG nas diferentes fases de frequência.<sup>2</sup>

## 2. Histórico.

Existem poucos relatos sobre a tentativa de aliviar a dor durante as intervenções cirúrgicas na antiguidade. Poucas civilizações descreveram essas tentativas. Existem relatos milenares da utilização da acupuntura pelos chineses, da anestesia tópica com folhas de coca pelos Incas, e do efeito hipnótico por algumas civilizações<sup>3</sup>.

Na idade média, a utilização de compostos e ervas, no controle da dor, era considerada bruxaria ou magia pela Santa Inquisição, nas sociedades cristãs. Por volta dos séculos IX a XII a esponja soporífera tornou-se um dos métodos mais populares de prover analgesia. Preparada à base de mandrágora e outras ervas, tinha como seus principais compostos morfina e escopolamina. A doença e dor eram vistos como castigo divino. “Darás a luz com dores a teus filhos.” (Gênesis 3,16). O uso de rituais não religiosos era condenado e punido pela Igreja. Esse pensamento persistiu com menor rigor, até o final do século XIX.<sup>4</sup>

Nos primórdios alguns cirurgiões consideravam a dor uma consequência inevitável do ato cirúrgico, não havendo uma preocupação, por parte da maioria deles, em empregar técnicas que aliviassem o sofrimento relacionado ao procedimento. As primeiras tentativas de alívio da dor foram feitas com métodos puramente físicos como pressão e gelo, bem como uso de hipnose, ingestão de álcool e preparados botânicos.

Apesar do primeiro relato de cirurgia sob anestesia geral datar de 20 de março de 1842, por Crawford W. Long (1815-1878) e só publicado em 1949, a primeira anestesia utilizando o éter sulfúrico foi atribuída a William Morton, em 1946. Ele trabalhou com o cirurgião John Warren, que realizou um procedimento bem sucedido no Masschussets General Hospital. E, em novembro desse mesmo ano, Oliver Wender Homes, médico e poeta, sugeriu o nome de ANESTESIA a esse estado produzido por esse gás<sup>5,6</sup>, apesar de muitos pesquisadores afirmarem que o primeiro a usar o termo *Anesthesia* foi Discorides de Anazarba (40-90 d.C), médico grego que serviu ao Exército Romano de Tibério e de Nero<sup>7</sup>. Iniciava-se uma nova era dos procedimentos cirúrgicos.

Apesar desse grande avanço, não houve aumento significativo do número de cirurgias nessa época, devido às mortes por complicações infecciosas. Só após os trabalhos de Lister<sup>8</sup> de 1867, e a aceitação de seus conceitos, que as mortes pós-operatórias parassem de ser encaradas como fatalidades e as cirurgias, mera repetições de técnicas. Procedimentos mais extensos exigiam uma anestesia mais elaborada, maior controle da homeostasia e a necessidade de classificação e estratificação dos riscos.

Diversas inovações foram ocorrendo ao longo dos anos, permitindo anestésias mais seguras e maior controle sobre o paciente. A intubação endotraqueal permitiu a proteção da via aérea e melhor controle da ventilação. A invenção da seringa e agulhas hipodérmicas tornou possível a utilização de medicação in-

travenosa. A descoberta e desenvolvimento de novos fármacos (como relaxantes musculares) permitiram alcançar os principais objetivos da anestesia (inconsciência, imobilidade e bloqueio da resposta orgânica ao trauma) com substâncias diferentes e independentes, aumentando a eficácia e segurança, e individualizando cada procedimento.

Paralelamente ao desenvolvimento da anestesia geral, houve avanços da anestesia regional e local.

A atropina, no final do século XIX até o início do século XX, era usada antes da anestesia com clorofórmio para prevenir o que se chamava erroneamente de “inibição vagal”. Ainda no início do século XX, o éter ocupou o lugar do clorofórmio como agente anestésico predominante, e a MPA com um agente anticolinérgico e um opioídeo ganhou aceitação. O anticolinérgico diminuía as secreções e o opioídeo diminuía a irritabilidade reflexa e o metabolismo, facilitando a anestesia.

A introdução do tiopental, da tubocurarina e do halotano entre 1940 e 1950 tornaram possível uma indução suave, uma anestesia superficial e uma rápida recuperação. Como foram reduzidos os efeitos colaterais da anestesia, os da MPA passaram a ser notados e isto levou à introdução de novos agentes.

A medicação pré-anestésica (MPA) consiste na administração de uma série de medicamentos antes da anestesia, com a finalidade de tornar o ato cirúrgico mais agradável para o paciente, pela indução de sedação física e psíquica, e de assegurar condições mais favoráveis para o trabalho do anestesiológico.

As finalidades da MPA são as seguintes: (1) redução da ansiedade; (2) sedação; (3) amnésia; (4) analgesia; (5) redução das secreções das vias aéreas; (6) prevenção de respostas a reflexos autonômicos; (7) redução do volume do conteúdo gástrico e aumento do seu pH; (8) efeito antiemético; (9) redução das necessidades de anestésicos; (10) facilitação de indução suave da anestesia; (11) profilaxia de reações alérgicas.<sup>9</sup>

A amnésia é definida como a incapacidade de se lembrar de experiências. Pode ser: a) amnésia anterógrada - quando não se lembra de eventos ocorridos após um trauma, início de uma doença ou administração de um medicamento; b) amnésia retrógrada - refere-se à perda de memória de eventos que ocorreram antes de uma nova condição como, por exemplo, a administração da MPA. Pode ser desejável a amnésia da sala de cirurgia, de conversas, de aparelhos etc.

O estresse pré-operatório pode provocar inquietação, insônia, arritmias, hipertensão arterial e crise de angina. Por isso, atualmente o principal objetivo da MPA é aliviar o medo e a ansiedade.

A ansiedade depende de expectativas diante da cirurgia (maior nas mutiladoras, nas simbolicamente castradoras ou nas amputações) e da doença, de eventos econômicos e familiares, de informações prévias sobre a cirurgia e a anestesia, de preparo psicológico inadequadas, da influência negativa de outras pessoas, de medo, incerteza, desamparo.

A incidência de ansiedade varia de 11% a 80% conforme os autores. Quanto mais completo e detalhado for o questionário de avaliação mais facilmente se encontra a ansiedade. Esta é maior nas mulheres, particularmente se o peso for maior que 70 kg, e naquelas pessoas que nunca se submeteram a uma anestesia permanecendo constante da noite anterior até o período pré-operatório imediato. Estudos com avaliação de ansiedade feita por observador e pelo próprio paciente mostraram que os resultados nem sempre são correlatos.

Egbert e cols<sup>10</sup>, em seu trabalho clássico de 1963, mostraram que uma visita pré-anestésica bem conduzida é mais eficiente do que a administração, sem a visita, de placebo ou pentobarbital (Hypnol) 2mg/kg IM4.

Os efeitos da MPA devem ser diferenciados dos efeitos da visita pré-anestésica e do placebo. Sono-lência não deve ser confundida com efeito ansiolítico e pode coexistir com ansiedade e excitação<sup>11</sup>.

O manuseio anestésico do paciente começa com a preparação psicológica pré-operatória e, se necessário, utiliza-se a MPA. Sua escolha é baseada nas mesmas considerações do que na escolha da anestesia. Todo esforço deve ser feito para que a MPA atinja o efeito desejado antes da chegada do paciente à sala de cirurgia e não após a indução da anestesia<sup>12</sup>.

Entretanto, como será visto adiante, todas elas têm algum inconveniente: hipoventilação, dessaturação, desconforto na administração (picada, gosto ruim, queimação e defecação) ou tempo excessivo entre a administração e a sedação máxima. Vários grupos de medicamentos têm sido usados como MPA, que apesar de ótimos analgésicos ou sedativos, não alcançam um ponto de equilíbrio entre sedação e analgesia apro-

priados<sup>9</sup>. Além disso, muitas destas drogas apresentam efeitos adversos muito importantes, limitando o seu uso.<sup>16</sup>

### **3. Material e Método.**

Foram estudados 39 pacientes, 2 do sexo masculino e 37 do sexo feminino, com idades variando de 19-56 anos, com a média de 36,4, que se submeteram a intervenções de cirurgia plástica de pequeno, médio e grande porte. Foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), modificado (Anexo 1) para a avaliação do nível de ansiedade dos pacientes. Após o internamento, o inventário era fornecido aos pacientes que o respondiam, de acordo com os sentimentos que apresentavam naquele momento. Após o questionário respondido, era perguntado se desejaria realizar um relaxamento antes da cirurgia.

A indução hipnótica adotada foi a técnica de Indução por influência, seguida de indicações verbais de relaxamento progressivo. Promovido o aprofundamento do transe (ex. descer escada), eram dadas ao paciente, sugestões positivas de tranquilidade, segurança, confiança, assim como sugestões para de que o procedimento ocorreria de forma segura, tranquila e que sua recuperação seria ótima e rápida. Todas as induções foram feitas pelo autor.

O mesmo questionário era reaplicado após o relaxamento. Mas alguns pacientes permaneciam relaxados até o início da anestesia e, para estes, o questionário era aplicado no pós-operatório.

### **4. Resultados.**

Esse estudo foi realizado no município de Salvador-BA e Petrolina-PE, no período de junho de 2013 a junho de 2014.

A análise do inventário mostrou que maioria dos participantes (cerca de 79%) apresentava-se tranquila ou levemente ansiosa. Referiam não sentirem absolutamente nada ou apenas levemente, um ou dois dos sintomas de ansiedade constantes no inventário. Aproximadamente 18% das pessoas apresentavam ansiedade moderada e 2,5%, severa, pela escala utilizada. Aproximadamente 47,5% dos pacientes afirmaram desejar tomar medicação pré-anestésica para submeterem-se à intervenção, antes da sessão de hipnose. Desses, 20% eram dos classificados como levemente ansiosos e 100% dos pacientes que se apresentavam moderadamente ou severamente ansiosos desejavam tomar uma MPA.

Analisando os questionários pós-relaxamento, 100% dos pacientes referiram não sentir absolutamente nada após a indução hipnótica e dispensaram o uso de MPA.

Todos os pacientes submetidos a essa sessão, referiram-se mais tranquilos e confiantes para o procedimento.

### **5. Conclusão.**

A indução hipnótica, apesar de algumas limitações presentes na prática hospitalar, pode ser uma técnica exequível para o controle da ansiedade pré-operatória.

O BAI se mostrou uma escala prática e apropriada para avaliar o grau de ansiedade pré-operatória dos pacientes.

Novos estudos associando escalas de ansiedade, monitorização hemodinâmica e consumo de drogas, poderão fornecer mais informações comparando o comportamento dos pacientes submetidos à cirurgia com MPA e indução hipnótica.

### **Referências.**

1. Maia RJF, Fernandes CS. Dawning of inhalational anesthesia: a historical perspective. Rev Bras Anesthesiol 2002; 52:774-782.
2. Sousa AT. Curso de História da Medicina. 1ª Ed, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1981; pp.91-92.

3. Lister J. On the Antiseptic Principle in the Practice of Surgery. The Lancet 1867; 2:353-356.
4. Cangiani LM. Anestesia Ambulatorial. Parte 5, Cap.24. Ed.Atheneu. pp. 467-497.
5. Egbert LD, Battit GE, Turndorf H, Beecher HK. The value of the preoperative visit by an anesthetist. A study of doctorpatient rapport. JAMA 1963; 185:553-555.
6. Madej T, Paasuke RT. Anesthetic pre-medication: aims, assessment and methods. Can J Anaesth 1987; 34:259-273.
7. Moyers JR. Preoperative Medication, in: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, Clinical Anesthesia, 2nd Ed. Philadelphia, J B Lippincott, 1992; pp. 615-635.
8. Bagatini A, Gomes CR, TSA2, Masella MZ, Rezer G. Dexmedetomidine: Pharmacology and Clinical Application. Rev Bras Anesthesiol 2002; 52: 606-617.
9. Melzack R, Germain M, Belanger E, Fuchs PN, Swick R. Positive intrasurgical suggestion fails to affect postsurgical pain. J Pain Symptom Manage 1996; 11:103-107.
10. Faymonville ME, Fissette J, Mambourg PH, Roediger L, Joris J, Lamy M. Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. Reg Anesth 1995; 20:145-151.
11. Lang, EV, Berbaum KS, Faintuch S, Hatsiopoulou O, Halsey N, Li X, Berbaum ML Laser E. Baum J. Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: A prospective randomized trial with women undergoing large cora breast biopsy. Pain 2006; 126: 155-164.

## ANEXO 1

### INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK - BAI

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma nesse momento, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

- ( ) PRÉ-RELAXAMENTO  
 ( ) PÓS-RELAXAMENTO

	<b>Absolutamente não</b>	<b>Levemente Não me incomodou muito.</b>	<b>Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar.</b>	<b>Gravemente Difícilmente, pude suportar.</b>
1. <b>Dormência ou formigamento</b>				
2. <b>Sensação de calor</b>				
3. <b>Tremores nas pernas</b>				
4. <b>Incapaz de relaxar</b>				
5. <b>Medo que aconteça o pior</b>				
6. <b>Atordoado ou tonto</b>				
7. <b>Palpitação ou aceleração do coração</b>				
8. <b>Sem equilíbrio</b>				
9. <b>Aterrorizado</b>				
10. <b>Nervoso</b>				
11. <b>Sensação de sufocação</b>				
12. <b>Tremores nas mãos</b>				
13. <b>Trêmulo</b>				

14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

22. Deseja medicação pré-anestésica?                    ( ) sim                    ( ) não