



Rev. Bras. de Hipnose 2018; 29(2): 57-77

ISSN 1516-232X

Associação Brasileira de Hipnose - ASBH

*Revista  
Brasileira de  
Hipnose*

www.revistabrasileiradehipnose.com.br

## **Controle da Ansiedade durante o Tratamento Dentário usando Técnicas de Hipnose**

### *Control of Anxiety during Dental Treatment using Hypnosis Techniques*

Elenira de Sousa Domiciano

*Associação de Hipnose do Rio de Janeiro, AHIERJ, Rio de Janeiro, Brasil*

---

#### **Resumo.**

Este trabalho faz uma abordagem dando uma visão geral do problema da ansiedade e dá ênfase aos pacientes que se submetem a um tratamento dentário. Faz também uma avaliação de técnicas de hipnose usadas em hipnodontia, no controle da ansiedade. A avaliação dessas técnicas é embasada em casos clínicos que são descritos com detalhes, procurando evidenciar a sua eficácia no controle da ansiedade. Uma das técnicas mais usadas no consultório dentário é a de transferência, onde se anestesia a mão, para que a pessoa transfira o efeito anestésico para a boca. O relaxamento progressivo é frequentemente usado para pacientes muito ansiosos.

*Palavras-chave.* Hipnoanestesia; Hipnose; Tratamento Dentário; Ansiedade; Estresse.

---

#### **Abstract.**

This work takes an approach giving an overview of the anxiety problem and emphasizes patients who undergo dental treatment. An assessment of hypnosis techniques used in hypnodontia to control anxiety is made. The evaluation of these techniques is based on clinical cases that are described in detail, trying to show their effectiveness in controlling anxiety. One of the most used techniques in the dental office is transference, where the hand is anesthetized, so that the person transfers the anesthetic effect to the mouth. Progressive relaxation is often used for very anxious patients.

*Keywords.* Hypnoanesthesia; Hypnosis; Dental Care; Anxiety; Stress.

---

## **1. Introdução.**

Este trabalho apresenta uma abordagem descritiva de algumas técnicas de Hipnose dando ênfase às técnicas do Prof. Milton Erickson, que são usadas em hipnoterapia e na Clínica Odontológica, com o objetivo de diminuir a ansiedade em pacientes que estão realizando tratamento dentário.

O *Novo Dicionário Aurélio*<sup>1</sup> define ansiedade como *um estado afetivo caracterizado por um sentimento de insegurança*. Para a Associação Psiquiátrica Americana<sup>2</sup> (1986), ansiedade seria *um distúrbio neurótico caracterizado por ansiedade fantasiosa crônica, muitas vezes acentuada por ataques agudos de ansiedade e pânico*.

Medo pode ser considerado uma reação a alguma ameaça. Um legado do processo evolutivo, que confere proteção e nos permite evitar o perigo com valor óbvio na sobrevivência, ocorrendo diante de ameaças concretas.<sup>3</sup>

A ansiedade, por sua vez, pode ser definida como uma emoção subjetiva, voltada para o futuro (como uma tentativa de preencher o intervalo de tempo entre o momento presente e o futuro), semelhante à sensação de medo, com manifestações físicas (taquicardia, taquipneia, sensação de sufocação, tremores, sudorese, ondas de frio ou calor, contração muscular etc.), psíquicas (apre-

ensão, expectativa, inquietação, insegurança, sentimento desagradável de que algo ruim está para ocorrer, etc.) e comportamentais (levitação ou fuga da situação que provoca a ansiedade).<sup>4</sup>

A ansiedade é considerada "normal" ou "positiva" quando leva à ação adequada, como estudar para uma prova ou preparar-se com antecedência para uma palestra. É "negativa" quando leva ao desespero, a não incapacidade para fazer a prova, nem estudar para esta, evitando-a ou tendo "branco". Ou, de outra forma, é positiva quando interfere favoravelmente no desempenho e negativa, prejudica.<sup>4,5</sup>

Quando desproporcional em relação ao grau de ameaça da situação, exacerbada em sua manifestação em intensidade ou duração, estamos diante de um transtorno de ansiedade. Pânico, fobia social (timidez exagerada, por exemplo), ansiedade generalizada, transtorno obsessivo compulsivo e estresse pós-traumático são alguns destes transtornos de ansiedade.<sup>4-7</sup>

Do ponto de vista fisiológico, na ansiedade ocorre ativação do sistema nervoso autônomo que nos predispõe a lutar ou fugir, como faziam nossos ancestrais diante de um predador, de uma invasão tribal ou de intempéries. Para isso, todo o corpo é ativado pela mensagem de perigo enviada pelo cérebro. Mobilizados por descarga de adrenalina, corpo e mente se preparam para um instante de força máxima, como se a vida, efetivamente, estivesse em jogo. A raiva, reação de defesa do organismo contra situações de frustração, também apresenta alterações físicas e psíquicas semelhantes à ansiedade.<sup>7</sup>

Observemos que um animal, ao expressar hostilidade (a partir dos mamíferos, incluindo o homem), cerra os maxilares. No homem, a raiva pode ter um caráter de ruminação e retaliação que a torna uma das emoções mais difíceis de controlar. Entre as reações físicas do medo, ansiedade e raiva, temos a contração muscular, visando dotar o animal de força máxima. Afinal irá lutar ou fugir e precisará de energia total.<sup>8</sup>

Quando a reação de luta e fuga é finalizada, o organismo se restabelece e prontamente volta a seu equilíbrio. A verdade é que na ansiedade não há ameaça concreta, mas a avaliação errônea de perigo que habitualmente não se resolve lutando ou fugindo. É o medo interiorizado que permanece cronicamente em nós. Então as consequências físicas e psicológicas se perpetuam, levando o organismo a sérios prejuízos.<sup>7,8</sup>

Na experiência da autora deste trabalho, de mais de 30 anos de profissão atendendo a esse tipo de transtorno em consultório dentário, é possível afirmar que a contração muscular, cronicamente mantida, leva a problemas diversos, tais como: mialgias, dores na nuca e no pescoço, lombalgias, cefaleia e outros. É o estresse desencadeando sintomas fisiopatológicos. É o adoecer como forma inadequada de manifestar emoções!

Do ponto de vista odontológico, é possível a contração muscular, via ansiedade e raiva, provocar compressão excessiva dos maxilares, típica do bruxismo, e resultar em dores musculares na face e na região de articulação temporomandibular. Quando presente um mal deste tipo, que tenha a ansiedade como componente (ou desencadeante), é fundamental que ao lado do indispensável tratamento o clínico odontológico possa fazer um acompanhamento psicoterápico, ou o fator ansiógeno continuará a desencadear os mesmos efeitos, atrapalhando o tratamento dentário. É assim nos casos de fibromialgia, úlcera gástrica, obesidade, transtornos alimentares e *bruxismo*, de interesse direto do cirurgião-dentista.

Muitas vezes, a ansiedade é reprimida, não aparecendo em nível consciente, mas o sistema nervoso autônomo permanece ativado.<sup>7</sup> Em outras palavras, a pessoa não tem consciência da ansiedade embora sofra os efeitos da mesma. Neste caso, é comum que o cirurgião-dentista seja o primeiro a constatar e a diagnosticar o quadro, via desgastes dos dentes provocados pelo ranger noturno ou pelas dores musculares faciais apresentadas, principalmente, ao acordar.

Em caso de bruxismo acompanhado de quadro de ansiedade clínica (ou subclínica), se esta não for devidamente trabalhada, qualquer tratamento odontológico será apenas paliativo, na medida em que os fatores desencadeantes permanecerem intactos. Não foram poucas as vezes em

que o autor viu pacientes perderem tratamentos odontológicos inteiros, reabilitações protéticas ou boas restaurações, porque o hábito e a força do ranger noturno destruíram todo o trabalho do dentista.

Estudos controlados mostram a eficácia da Hipnose nos quadros de ansiedade, bem como a elevada correlação entre os estados ansiosos e emocionais negativos e bruxismo.

## 2. Revisão da Literatura.

Scott e Hirschman<sup>9</sup>, em 1982, concluíram que o medo e a dor, são comuns na odontologia, e a sua intensidade é muito variável; aproximadamente 75% das pessoas relatam uma leve apreensão, enquanto 6 a 20% são acometidas de intensa ansiedade, fazendo com que estes pacientes evitem se submeter a qualquer tratamento dentário.

Ayer *et al.*<sup>10</sup> concluíram que nos EUA que cerca de 40% das pessoas não recebem cuidados odontológicos de rotina devido à apreensão, que é a causa mais comum. Estes pacientes sempre necessitam de abordagens farmacológicas especiais para que se submetam ao tratamento odontológico naquele país. Segundo o autor, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) descreve dor como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a dano tecidual ou eminente. Esta definição continua em debate, pois o grau de sofrimento experimentado pelas pessoas pacientes é variável.

Gift<sup>11</sup> define o medo como uma resposta emocional a uma ameaça imediata e percebida. O medo é um fenômeno de curta duração que desaparece quando o estímulo cessa.

Malamed<sup>12</sup> classificou o medo em 5 cinco tipos, são eles:

1. *Medo da dor* - É o medo mais associado com a odontologia, identificada com a pergunta clássica: Hoje vai doer doutor?
2. *Medo do desconhecido* - Pode ser facilmente eliminado através da comunicação prévia. O profissional deve discutir, antes, os procedimentos que serão realizados com o paciente, usando termos não técnicos e não ameaçadores, explicitando a natureza e a necessidade de todos eles. O que se diz antes ao paciente é uma *explicação*, e o que se fala depois é uma *justificativa*.
3. *Medo da dependência* - É mais difícil de ser eliminado, pela posição vulnerável que geralmente o paciente se encontra, em “posição de supino”, o que dificulta a observação de todos os movimentos. Se o paciente for encaminhado para tratamento com um profissional estranho, este medo estará acentuado. Na área da hipnose esse medo também aparece – personalidades do tipo autoritárias, do tipo executivo, pessoas que gostam de ter o completo controle da situação durante todo o tempo.
4. *Medo da mutilação* - A cavidade oral é ricamente inervada e psicologicamente importante. Mudanças no tamanho, formato ou aparência de qualquer parte do corpo podem afetar o comportamento do paciente. A perda de um dente atualmente traduz o começo do processo de envelhecimento, o que por sua vez pode ocasionar distúrbios psicológicos num indivíduo.
5. *Medo da Morte* - Esta está sempre presente. O paciente é colocado em uma posição vulnerável; próximo a ele, manipula-se uma quantidade enorme de instrumentos que são colocados dentro de sua boca; drogas são injetadas e tiram dele a capacidade de sentir; o instrumento com rotação de 400.000 rpm, seu ruído e sua vibração.

Muitas sensações podem passar na mente do paciente nesta hora: “... Vou poder respirar com tudo isso dentro da minha boca? Se eu mexer minha língua, esse motor poderá machuca-la? Se esse motor de repente cortar mais do que devia e me produzir uma dor aguda e insuportável...”<sup>12</sup>

Para a autora, quando uma situação de estresse se apresenta durante o tratamento odontológico, um ou até os cinco medos podem se manifestar, e o paciente apresentará sinais de fobia, ou seja, um irracional e contido medo do tratamento e do Cirurgião-dentista se manifesta. Mas, o uso de técnicas de hipnose pode controlar esse medo.

Malamed<sup>12</sup> admite que o “medo do dentista” existe, e o primeiro passo é reconhecer que ele está sempre presente. Medo é fonte da ansiedade, esta aumenta a dor, o aumento da dor aumenta o medo e, conseqüentemente, gera estresse, que aumenta o risco de emergências médicas.

Os ataques de pânico são periódicos, podem ocorrer inesperadamente e em quase todas as situações. Esses ataques consistem em um sentimento intenso de apreensão ou fim iminente, têm início repentino e são vinculados a uma ampla variedade de sensações físicas perturbadoras: dispnéia, palpitações, angina, sensação de asfixia, formigamento nas mãos e pés, ondas de frio e de calor, sudorese, sensação de desmaio e tremores podem ocorrer.<sup>12</sup>

Já na outra forma de estado de ansiedade (generalizada), apesar de provocar vários sintomas físicos bastante perturbadores, tais como: espasmos e tremores, tensão muscular, fadiga, falta de ar, taquicardia, sudorese, secura da boca, tontura, náusea, diarreia, ondas de calor e arrepios de frio, micção frequente, dificuldade de concentração, nervosismo, insônia, irritabilidade, dificuldades para engolir, podem estar presentes, em função da preocupação excessiva sobre questões diversas, como a incapacidade de enfrentar determinado problema, receio de desempenho ineficiente, preocupações somáticas difusas. Há uma proporção substancial de indivíduos acometidos destes transtornos que vivencia os dois tipos de ansiedade.<sup>12</sup>

Gordon, McCullagh e Phero<sup>13</sup> concluíram que 14 milhões de cidadãos americanos não vão voluntariamente ao dentista, 45 milhões de cidadãos americanos se consideram nervosos ou aterrorizados quando necessitam ir ao dentista e 23 milhões estariam dispostos a serem submetidas a tratamento odontológico, se a anestesia geral, a sedação consciente ou técnicas de hipnose fossem oferecidas como coadjuvante.

Kaufman, Weinstein e Milgrom<sup>14</sup> definiram a fobia, como um medo persistente e irracional que resulta na compulsão para evitar um objeto ou uma situação específica. Existe uma estreita relação entre ansiedade e dor.

Yagiela, Neidle e Dowd<sup>15</sup> sugeriram a indicação e a utilização de fármacos analgésicos e sedativos, no tratamento odontológico de pacientes que sejam portadores de comprometimento cognitivo, pacientes com distúrbio mental, ou ainda naqueles portadores de demência de Alzheimer. Esses pacientes podem ter dificuldade em cooperar o suficiente para permitirem a execução do tratamento. Segundo ainda os autores, pacientes com disfunção motora oriunda de paralisia cerebral, ou doença de Parkinson em cujos tremores ou movimentos descoordenados podem ser desencadeados ou aumentados pela ansiedade de estarem no consultório odontológico, devem ser preventivamente medicados.

Pawlick<sup>16</sup> e Weiner<sup>17</sup> recomendam que, inicialmente, deve-se considerar a utilização de métodos não-farmacológicos de redução de ansiedade. Entendem os autores, que uma conduta apropriada do Cirurgião-dentista ao lado do paciente é bastante positiva, no que tange à mudança de comportamento básico, sugestões positivas tranquilizarão, e este conjunto de procedimentos se denomina iatrosedação.

Cangiani<sup>18</sup> (2001) assinala que a anestesia local, eficaz e sem trauma é outro requisito básico para o êxito do tratamento do paciente. Não é possível, compensar uma técnica anestésica local inadequada pela administração de um analgésico e um sedativo. Parâmetros sobre a individualização das condutas de controle da ansiedade devem ser considerados. Por exemplo, não seria correto considerarmos que todos os pacientes que se submetam à extração de terceiros molares impactados necessitem de anestesia geral, da mesma maneira, seria incorreto, pressupor que nenhum paciente irá necessitar do controle da ansiedade, através do uso de fármacos para um exame ou procedimento odontológico simples.

Segundo Nardi<sup>19</sup>, 83% dos indivíduos que apresentam fobias específicas apresentaram, ao longo da vida, ao menos outro transtorno psiquiátrico. Além disso, indivíduos fóbicos têm cinco vezes mais chances de apresentar transtorno psiquiátrico do que sujeitos não fóbicos.

### **3. Diretrizes Diagnósticas.**

Para o diagnóstico de fobia os seguintes critérios devem ser preenchidos de acordo com a DSM-IV-TR:

1. Medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, revelado pela presença ou a antecipação de um objeto ou uma situação fóbica (voar, alturas, animais, ver sangue).
2. A exposição ao estímulo fóbico provoca, quase que invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade, que pode assumir a forma de um ataque de pânico ligado à situação ou pré-disposto pela mesma. Em crianças, ansiedade pode ser expressa por choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento aderente.
3. A situação fóbica (ou situações) é evitada ou suportada com intensa ansiedade ou sofrimento.
4. A esquiva, a antecipação ansiosa ou o sofrimento na situação temida (ou situações) interfere significativamente na rotina normal do indivíduo, em funcionamento profissional, ocupacional ou acadêmico, em atividades e relacionamentos sociais ou existe acentuado sofrimento acerca de ter a fobia.
5. Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração mínima é de seis meses.
6. A ansiedade, os ataques de pânico ou a esquiva fóbica associados com o objeto ou à situação específica não são explicados por outro transtorno mental, tal como: Transtornos Obsessivo-Compulsivo, Estresse Pós-Traumático ou de Ansiedade de separação (p.ex., esquiva da escola), ou Fobia Social, Transtorno do Pânico com Agorafobia e Agorafobia sem histórico de Transtorno do pânico.

#### **3.1. Tipos de Fobias.**

Há diversos tipos de fobia: de animal, ambiental, natural, sangue-injeção-ferimento, situacional e outros tipos. Segundo o CID-10, devem ser preenchidos os critérios abaixo:

- 1º. Os sintomas, psicológicos ou autonômicos devem ser manifestações primárias de ansiedade e não secundárias.
- 2º. A ansiedade deve ser restrita à presença de uma situação ou objeto fóbico específico.
- 3º. A situação fóbica é evitada sempre que possível.

Inclui: acrofobia, fobias de animais, claustrofobia, fobia de exame, fobia simples.

#### **3.2. Diagnóstico diferencial.**

Segundo First<sup>20</sup>, a Fobia específica deve ser diferenciada de Transtorno do Pânico com Agorafobia, Fobia Social, esquiva no Transtorno de Estresse Pós-traumático, esquiva no Transtorno Obsessivo Compulsivo, esquiva no Transtorno de Ansiedade de Separação, esquiva em Transtornos Psicóticos e esquiva não patológica de objetos ou situações circunscritas (onde não há comprometimento ou sofrimento significativos, clinicamente).

### **4. Etiologia.**

Para Nardi<sup>19</sup>, as experiências dos sujeitos podem aumentar ou reduzir o grau de ansiedade e o aprendizado pode ocorrer tanto diante de modelos reais quanto de imaginários.

Guimarães e Rangé<sup>21</sup> (1998) citam como etiologia da ansiedade: condicionamento clássico, condicionamento operante, modelação, generalização, cognições, predisposições pessoais, predisposições filogenéticas e os ganhos secundários. Esse autor defende, ainda, que todas as hipóteses etiológicas tenham algo de correto, porém, em diferentes proporções para cada caso. Quanto aos fatores genéticos, fala das evidências a favor da transmissão genética, mostrando que 31% dos

parentes de primeiro grau de indivíduos com quadros fóbicos apresentam quadros similares, taxa superior ao encontrado em parentes de indivíduos que não apresentam fobias específicas (8%).

Kay e Tasman<sup>22</sup> (2002) acrescentam que, geralmente, há diferença entre a fobia particular apresentada pelos familiares, no entanto, com frequência são do mesmo tipo (p. ex.: animal, sangue, injeção, ferimento, situacional).

O Transtorno da Ansiedade Generalizada (TAG), assim como todos os demais transtornos mentais, tem uma etiologia multifatorial, i.e., uma somatória de fatores predisponentes e ambientais. A predisposição é formada por fatores biológicos (genéticos, intrauterino etc.) e experiências psicossociais, principalmente, na primeira infância.<sup>23</sup>

A inter-relação entre os fatores biológicos (com os quais a pessoa nasce) e experiências durante a infância e adolescência vão determinar a predisposição, o grau de vulnerabilidade. De acordo com o grau dessa vulnerabilidade, o indivíduo vai precisar de fatores ambientais maiores, menores ou nenhum para apresentar o TAG. Quando a predisposição é de pequena intensidade, haverá necessidade de fatores estressantes externos (ambientais) importantes para desencadear o TAG. Por outro lado, quando há uma forte predisposição, o indivíduo terá TAG com fatores do dia-a-dia ou até sem esses fatores, i.e., o quadro aparece espontaneamente.<sup>23</sup>

Naturalmente, a grande maioria dos casos se situa ao longo desses dois extremos. Em outras palavras, em geral, precisaremos de fatores predisponentes e ambientais para que surja o fenômeno.

Na predisposição, além de fatores psicossociais, existem fatores biológicos incluindo os genéticos. A ocorrência de TAG em parentes em primeiro grau é significativamente maior nos parentes dos sujeitos com TAG do que em parentes de grupos controles. Em gêmeos monozigóticos (MZ) é duas vezes maior do que em gêmeos dizigóticos (DZ). Mesmo que a ocorrência em família não significa, necessariamente, herança genética, pois, pode ser apenas comportamento aprendido, maior incidência em gêmeos MZ do que em DZ sugere uma contribuição genética. Essa contribuição, contudo, é bem menor do que em outros transtornos de ansiedade (ex. transtorno de pânico e obsessivo-compulsivo) e menor ainda, quando comparada com transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia. Estudos genéticos indicam que nos transtornos mentais, incluindo o TAG, a herança é multigênica, i.e., são vários genes, localizados em diferentes cromossomos e de pequeno efeito aditivo, sem nenhum gene com um efeito maior.<sup>23</sup>

Além dos fatores genéticos e outros biológicos ainda desconhecidos, temos as experiências desfavoráveis na infância e adolescência que podem contribuir para a predisposição para o TAG. Novamente, esses fatores psicossociais predisponentes são múltiplos e não totalmente conhecidos. Um dado que surge com frequência na história de vida de indivíduos ansiosos é a presença de um dos pais exigente, severo, crítico e nunca satisfeito com o desempenho do paciente. Essa e outras experiências desfavoráveis podem levar à repressão de pensamentos e sentimentos, respostas condicionadas negativas, padrões cognitivos e de expectativas contraproducentes, mecanismos inadequados de *coping* e hiperexcitabilidade adrenérgica, deixando como marcas na personalidade: sentimentos negativos, conflitos, imprevisibilidade e incontrolabilidade.<sup>23</sup>

Em síntese, fatores genéticos (e outros biológicos) e psicossociais vividos durante o desenvolvimento do indivíduo constituem a predisposição para a ansiedade. Se essa predisposição for suficientemente intensa, o indivíduo desenvolverá TAG, mesmo sem fatores ambientes estressantes. Na grande maioria dos casos, a predisposição apesar de necessária, não é suficiente para que o indivíduo apresente o transtorno, requerendo-se então a presença de fatores ambientais atuais estressantes.<sup>7,23</sup>

## 5. Neurofisiologia da Ansiedade - Circuitos Neurais.

A ansiedade (medo) normal e a patológica envolvem os mesmos mecanismos neurofisiológi-

cos que incluem circuitos neuronais corticais, talâmicos, da amígdala, hipotalâmicos e hipocampus. Para os seres humanos que vivem em países civilizados, os sinais de perigos hoje são mais simbólicos do que mesmo ameaças às suas vidas. Os diferentes estímulos sensoriais externos e internos passam pelo tálamo, de onde seguem, por duas vias diferentes, para o córtex cerebral e para a amígdala, respectivamente.<sup>7</sup>

A via cortical é mais longa, passa por vários circuitos integrativos (neurônios visuais, ligados à linguagem receptiva e expressiva, área motora, etc.) e finalmente os estímulos sensoriais são integrados, identificados e dotados de significados – o que nos dá a percepção do mundo externo. O córtex pré-frontal, a área mais recentemente desenvolvida nos seres humanos, encarregada do planejamento e execução bem como de antecipação de eventos futuros, tem um papel importante na ansiedade. Isso explicaria o medo relativo a algo que não aconteceu ainda (e talvez nunca aconteça) e a antecipação da ameaça.<sup>7</sup>

O córtex pré-frontal tem fortes conexões com o tálamo e amígdala. Esta é responsável pelas nossas sensações de ansiedade e medo e é onde os sinais de perigo ganham conotação afetiva e representação de ameaça para o indivíduo. A estimulação da amígdala leva à estimulação simultânea do hipocampo e do hipotálamo. Este último é responsável pelas manifestações comportamentais, hormonais (liberação de ACTH, prolactina, endorfinas etc.) e neurovegetativas (sintomas físicos) das emoções. O hipocampo armazena essas memórias desagradáveis e em uma situação semelhante ou mesmo o pensar sobre a mesma o ativa; este estimula a amígdala e, conseqüentemente, a sensação de ansiedade e medo é revivida, o que leva à estimulação do hipotálamo, e o fenômeno se repete. Esse seria o mecanismo do medo consciente.<sup>24</sup>

A via tálamo-amígdala é bem mais curta e direta do que a via tálamo-córtex. Um exemplo do funcionamento dessas duas vias seria a situação na qual estamos caminhando numa vereda, de repente, vemos algo parecido com uma cobra. Por questão de sobrevivência, automaticamente, damos um pulo nos afastando do perigo, para logo em seguida respirarmos aliviados, pois, perceberemos que se tratava apenas de um graveto. Essa última percepção foi feita pela via mais longa: tálamo-cortical, a qual levou algum tempo para elaborar e reconhecer melhor o estímulo. Fosse, de fato, uma cobra venenosa, já estaríamos mortos e nem teríamos este tempo de elaboração. O que nos teria salvado seria a via mais curta: tálamo-amígdala, responsável pelo nosso pulo automático.<sup>24-26</sup>

A memória da amígdala é principalmente formada durante sensações desagradáveis, vividas como ameaçadores, e não é necessário que o estímulo condicionado (indutor da sensação desagradável) seja registrado conscientemente<sup>25,26</sup>. Experimento com ratos identificou a amígdala como uma estrutura central no circuito subjacente ao condicionamento do medo, mas também implicou conexões sinápticas específicas e cascatas moleculares na amígdala na aquisição e armazenamento de memórias do condicionamento do medo<sup>26</sup>. Lesões em amígdala de animais atenuam bastante suas reações a estímulos condicionados e incondicionados que sinalizam perigo<sup>26</sup>. Em contrapartida, estimulações (elétricas ou drogas) da amígdala, acarretam reações de medo intenso<sup>27</sup>. Essa última também já foi verificada em seres humanos quando a amígdala foi estimulada durante neurocirurgias estereotáxicas ou durante uma crise epiléptica<sup>28</sup>.

Situações de estresse levam a alterações de neurotransmissores e de hormônios que estimulam a amígdala, deixando-a assim mais sensível a sensações de medo, de ameaça. Em resumo: estímulos sensoriais chegam ao tálamo e seguem por dois caminhos diferentes simultaneamente – via tálamo-amígdala (curta e rápida) e via tálamo-cortical (longa e elaborada).<sup>7,29</sup>

A primeira via produz respostas rápidas. Se identificar o estímulo (incondicionado ou condicionado) como algo ameaçador, além da sensação de medo, automaticamente, estimula o hipotálamo, que desencadeia reações hormonais (via hipófise) e liberação de neurotransmissores que geram as manifestações de ansiedade física (taquicardia, sudorese, pupilas dilatadas, tremores etc.). Essas manifestações autonômicas de ansiedade servem de *feedback* positivo para a

amígdala que as registra. Dessa forma, eventuais sensações físicas podem desencadear a reação de medo na amígdala.<sup>29</sup>

Vários estudos<sup>30,31</sup> têm demonstrado que a norepinefrina (NE) produzida pelos neurônios localizados no tronco cerebral, mais precisamente, no *locus coeruleus*, a 5-HT dos núcleos da rafe e o ácido gama aminobutírico (GABA) têm papéis muito importantes na manifestação da ansiedade. É possível que outros neurotransmissores também exerçam alguma influência.

A NE media os sintomas físicos da ansiedade. Maior liberação desse neurotransmissor vai estimular mais intensamente os receptores beta-adrenérgicos, provocando assim os sintomas físicos (autonômicos) de ansiedade (como taquicardia, sudorese, pupilas dilatadas, tremores etc.). Os neurônios são modulados por receptores do tipo *alfa2*. Esses receptores, através de um *feedback* negativo, reduzem os impulsos dos neurônios somatodendríticos e a liberação de NE nos terminais axônicos. Os autoreceptores *alfa2* são estimulados pela própria NE.<sup>29</sup>

Em termos hipotéticos, pode-se pensar na possibilidade de indivíduos com hiperatividade noradrenérgica, a nível autonômico, terem alterações genéticas que produziriam: (1) excesso de NE, por alteração enzimática), (2) alterações qualitativas (hiposensibilidade) nos receptores (pré-sinápticos) inibitórios *alfa2* ou (3) hipersensibilidade ao nível dos receptores pós-sinápticos *beta*-adrenérgicos.

Sabe-se que os indivíduos ansiosos têm hiperatividade serotoninérgica, sendo os receptores 5-HT1 mediadores da ansiedade.<sup>7</sup>

O GABA é sintetizado a partir do glutamato pela enzima descarboxilase do ácido glutâmico (Glu-AD). Esse neurotransmissor é o inibitório principal do Sistema Nervoso Central (SNC). Sua ação é encerrada pela remoção do mesmo da fenda sináptica através da bomba de receptação (desativação) e pela enzima intracelular GABA transaminase (GABA-T) que o decompõe. O neurotransmissor GABA, quando liberado atua sobre os receptores GABAérgicos em localizados em terminais pré-sinápticos. São conhecidos dois tipos desses receptores: GABA-A ou GABA-B. Enquanto a função fisiológica desse último tipo é desconhecida, nada se sabe sobre a do primeiro.<sup>7</sup>

Os receptores GABA-A são encontrados em terminais pré-sinápticos serotoninérgicos. Atuam abrindo os canais de cloreto, gerando fluxos deste íon para dentro da célula, o que gera hiperpolarização da membrana. Esse efeito dificulta a despolarização da membrana terminal, diminuindo ou inibindo a liberação da 5-HT. Esse é o mecanismo de ação dos benzodiazepínicos, que aumentam o fluxo de cloreto nas sinapses serotoninérgicas, diminuindo a liberação de 5-HT, que é um neurotransmissor ativador em áreas relacionadas com o estado de ansiedade.<sup>7</sup>

## 5.2 Avaliação

Para Piccoloto, Pergher e Wainer<sup>32</sup> (2004), a gravidade da fobia pode ser avaliada conforme o sofrimento subjetivo que ela impõe ao sujeito, assim como pela ansiedade antecipatória gerada pela possibilidade de confrontar o estímulo fóbico e a interferência do transtorno nas atividades cotidianas. Deve-se determinar a natureza exata da fobia e o nível de motivação para o tratamento, uma vez que as técnicas utilizadas possuem um caráter ansiogênico. As metas do tratamento devem ser definidas pelo terapeuta em conjunto com o seu paciente.

## 6. Diminuindo a Ansiedade.

Ensinar ao paciente técnica de relaxamento progressivo e pedir para que ele faça os exercícios em casa pelo menos uma vez ao dia. Se necessário encaminhá-lo ao Psicoterapeuta, Psiquiatra ou Psicólogos.<sup>33</sup>

A meditação é um recurso excelente. Por isso, é uma das técnicas mais usadas para controlar a ansiedade. Ela se baseia em exercícios respiratórios e muita concentração. O praticante deve pres-



tar atenção na sua respiração. Dessa forma, ele consegue trazer sua mente para o momento presente, já que a ansiedade está ligada a expectativas futuras.<sup>33</sup>

### 6.1 - Ioga, meditação, exercícios.

Como essas atividades colaboram no tratamento de transtornos de ansiedade. A ioga é uma das modalidades indicadas para aplacar a ansiedade, e que também aposta suas fichas nos exercícios respiratórios, além de promover o relaxamento corporal. O interessante é que se pode usar esse recurso no dia-a-dia durante os momentos de maior intensidade da crise.<sup>34</sup>

A prática de atividade física é outra forma para diminuir a ansiedade. Cassiano de Araújo *et al.*<sup>35</sup> verificaram que os exercícios aeróbios cuja intensidade não ultrapasse o limiar do lactato, isto é, sem muita intensidade podem ser os mais apropriados.

Há também estratégias de emergência para serem usadas nas horas em que as crises de ansiedade parecem monstros prestes a engolir sua vítima. Procurar respirar profundamente por cinco minutos para abaixar a adrenalina plasmática.<sup>34</sup>

Na odontologia, é importante programar procedimentos mais simples nas primeiras consultas de pacientes ansiosos. O tratamento dentário deve ser realizado em pequenas consultas, escolhendo-se procedimentos mais rápidos.

### 6.2 - Como tratar a ansiedade.

A ansiedade é um fenômeno complexo que tem vários fatores em sua gênese:

1. eventos ambientais externos, envolvendo processos cognitivos e simbólicos;
2. eventos como ameaça, dependendo da experiência individual e do contexto sócio cultural onde a pessoa cresceu e vive atualmente;
3. predisposição - fatores biológicos (incluindo os genéticos) e as experiências desagradáveis na infância;
4. retroalimentação - a ansiedade, em geral, produz manifestações autonômicas, as quais, *per si*, podem gerar ansiedade, através da percepção dessas alterações corporais.<sup>8</sup>

Em geral, há combinação de mais de um (ou todos) desses fatores, o que torna o tratamento também complexo. Dessa forma, a intervenção social poderia modificar (quando possível) os fatores externos, reduzindo ou eliminando a exposição do indivíduo aos mesmos.<sup>8</sup>

A psicoterapia (cognitiva ou psicanalítica) pode reestruturar processos cognitivos e simbólicos, tornando assim o paciente fica menos susceptível aos estímulos do ambiente e mais psicologicamente hígido, sentindo-se menos ameaçado por esses estímulos e, também, mais capacitado a lidar com os mesmos. Deve-se também atuar sobre a predisposição à ansiedade através do uso de psicofármacos. Finalmente, pode-se acrescentar betabloqueadores, *biofeedback* ou técnicas de relaxamento, para se interromper a retroalimentação da ansiedade que acontece através da percepção das sensações corporais da mesma. Como sempre dois ou mais fatores estão presentes, o tratamento deve ser o mais completo possível e envolver todas essas medidas terapêuticas necessárias.<sup>36</sup>

Para auxiliar às técnicas de Hipnose na abordagem Ericksoniana, naqueles pacientes com alto grau de ansiedade, podemos usar fármacos para facilitar o estado de transe.

Existem três tipos de medicamentos que podem ajudar a controlar e diminuir a ansiedade. Todos eles só podem ser adquiridos sob prescrição médica e por cirurgiões dentistas, exigem receita tipo B (azul) e a caixa tem tarja preta, porque podem causar dependência com o uso continuado. Por isso, todo o cuidado é pouco.

O primeiro tipo são os ansiolíticos ou tranquilizantes. São substâncias que acalmam, diminuindo o nível de excitação neuronal. Em altas doses, são usados como pré-anestésicos. Também podem ser usados para induzir o sono. Combatem os sintomas da ansiedade, mas não atuam na sua origem. São muito úteis em caso de ansiedade muito intensa, descontrole emocional e insônia.<sup>36</sup>

Os principais efeitos colaterais dos ansiolíticos são sonolência, cansaço e fraqueza. Se você acha que este tipo de remédio pode te ajudar, você deve procurar um psiquiatra, ele é o profissional correto para lhe prescrever este tipo de medicação. Clínicos gerais também podem prescrever em casos de emergência. O melhor exemplo deste tipo de fármaco é o diazepam.<sup>36</sup>

O segundo tipo de medicação para aliviar a ansiedade são os **antidepressivos**. Por uma ação sobre os neurotransmissores cerebrais ele aumenta o nível de energia psíquica, promovendo uma sensação de competência para a vida e diminuindo a preocupação e o medo. Os efeitos dos fármacos antidepressivos acompanhados de um trabalho psicoterapêutico, não só diminui a ansiedade, como também permite que a pessoa se torne produtiva e melhor resolvida consigo mesma.

A grande vantagem dos antidepressivos é que não causam dependência física e geram pouca tolerância. Podem causar alguma dependência emocional. Como os ansiolíticos, só podem ser vendidos sob prescrição médica, em receita especial. Infelizmente, os fármacos antidepressivos não têm efeito imediato, demorando de 2 a 3 semanas para o paciente sentir melhora. Bons exemplos deste tipo de fármaco são a sertralina, fluoxetina e desipramina.<sup>36</sup>

O terceiro tipo de fármaco são os chamados tranquilizantes maiores ou antipsicóticos, que devem ser prescritos em casos mais graves, em que a ansiedade atinge picos altíssimos e estão associados a doenças mentais mais graves, com alteração do pensamento e até da sensopercepção, ou por estados desencadeados por drogas alucinógenas.<sup>36</sup>

## 7. Rapport.

A palavra francesa *rapport* significa literalmente “relação”. Tem sido traduzida para o português como: entendimento, simpatia, harmonia, sintonia. Outros retratam apenas alguns aspectos do significado global.<sup>37</sup>

É o processo que leva à sintonização ou equalização dos estados internos das pessoas, através do acompanhamento dos diversos elementos da fisiologia e do comportamento, produzindo como resultado uma intensa sensação recíproca de confiança, permitindo, do mesmo modo, entreabrir, abrir e, até mesmo, "escancarar" as portas da comunicação.<sup>37</sup>

*Rappor* é um processo; assim, é algo em permanente movimento. Como tal, além de estabelecer os laços do *rapport*, pode-se escolher mantê-los ou, eventualmente "quebrá-los", de acordo com o resultado almejado. A opinião das pessoas que realizam o treinamento deste instrumento de magia e poder têm-se desdobrado, em função dos avanços da Hipnose Ericksoniana. Podemos considerar quatro perspectivas:

- ✓ *rapport*, como posicionamento da intenção: conhecer o outro;
- ✓ *rapport*, como atitude diante do outro, encontrar o outro em seu modelo de mundo, validando os valores e crenças;
- ✓ *rapport*, como *frame* perceptivo: deslocar-se para a posição do outro;
- ✓ *rapport*, entendimento, sintonia. Harmonia, empatia, ressonância afetiva

O *rapport* é o principal ingrediente de toda comunicação em Hipnose Ericksoniana, em nível consciente ou inconsciente. Com *rapport* você oferece ao outro a experiência interna de se sentir compreendido. Com o *rapport* você recebe do outro: atenção e confiança.<sup>38</sup>

### 7.1. Bases para ganhar e manter *rapport*.

Acompanhar e combinar e/ou espelhar a fisiologia e o comportamento do outro com sutileza, discriminação, elegância e conforto.

Os *elementos não-verbais* são: a postura corporal de tranquilidade, gestos, movimentos e respiração leves. Os *elementos verbais* são: (a) qualidades da voz, volume, altura, velocidade e pausas. (b) predicados: usar os mesmos sistemas representacionais; (c) palavras chaves ou repetidas com frequência; (d) recapitulação/Resumo (ex.: “então o que você está me dizendo é que...”); (e)

espelhamento direto, usando o mesmo canal de expressão e (f) espelhamento indireto, usando outro canal de expressão.<sup>38</sup>

A *regra de ouro* para formar o *rapport* é acompanhar, acompanhar, acompanhar..., então conduzir.<sup>38</sup>

É importante presta atenção nas informações indiretas valiosas, aquelas que se baseiam inteiramente em dados sensoriais, obtidos através do refinamento progressivo da acuidade perceptiva, ex.: os olhos do cliente piscaram e o rubor de seu rosto aumentou.

O *rapport* deve ser estabelecido no primeiro contato do profissional com o paciente no intuito de convencê-lo a dar o máximo de colaboração para fazer o tratamento sob hipnose. É o laço afetivo que deve de imediato ser criado entre o hipnotizador e o paciente, dando a este uma segurança. O vocábulo utilizado, o tom de intimidade respeitosa e amistosa, o modo de falar, sempre interessado pelos problemas do paciente. Dar uma explicação detalhada do que vai acontecer, tirando do paciente toda e qualquer dúvida sobre o misticismo que cerca a hipnose.<sup>38</sup>

Durante o *rapport*, deve-se anotar importantes dados anamnésicos que possam ajudar na aplicação da técnica hipnótica, tais como: coisas de sua predileção como, flor, cor, tipo de transporte, tempo frio ou quente etc.

O paciente deve estar motivado para colaborar com o profissional.

*Para se conseguir um bom rapport recomenda-se, inicialmente, uma preocupação especial com o ambiente, evitando-se elementos que apresentem movimentos desordenados, não rítmicos, como, por exemplo, gaiolas com pássaros, mas podendo ser utilizado um aquário com peixes pequenos, cujos movimentos suaves e rítmicos produzem um clima de tranqüilidade.*<sup>38</sup>

A sonorização do ambiente se houver, deve constar de música suave, preferencialmente instrumental, de forma a predispor o espírito à calma, facilitando o sono e permitindo o relaxamento do paciente.

Ainda na preparação do ambiente, é importante evitar-se tanto o calor como o frio excessivo ou corrente de ar, que além de prejudicar o corpo, prejudicam a entrada em transe. Relógios de mesa com um leve som de *tic-tac* ou qualquer som rítmico suave pode constituir elemento importante para facilitar o transe hipnótico. Todos esses elementos colocados na sala de espera podem predispor o paciente ao transe.

Quanto ao procedimento do hipnotizador, recomenda-se que apresente o máximo possível de tranquilidade, voz e gestos suaves, pausados, evitando qualquer tipo de impacto, sempre com a preocupação de não desviar a atenção do paciente.

Quanto à técnica utilizada para o *rapport*, recomenda-se propor ao paciente o fechamento da mão de maneira forte e o relaxamento progressivo, para que ele experimente o bem estar do relaxamento. Ou sugerir ao paciente que feche os olhos e vá relaxando progressivamente todas as partes de seu corpo.

## **8. Anamnese.**

- ✓ Histórico da situação atual.
- ✓ Estabelecer vínculos de confiança.
- ✓ Delinear objetivamente o que quer atingir.
- ✓ Firmar atitudes de capacidade, segurança e calor humano.

### **8.1 - A importância da Anamnese.**

Na Anamnese primeiramente ouvimos as razões de nossa procura, e em certos casos já podemos refugar um paciente neste estágio, se constatarmos tratar-se de psicótico. De posse dessas informações, o profissional terá uma visão da possibilidade de formação de vínculo, do *rapport* ou empatia, das condições socioeconômicas que darão sustentação ao trabalho.

Na anamnese o profissional não deve prometer nada, além de sua boa vontade para com o caso.

No anexo, listamos os dados mínimos que devem constar na ficha clínica, onde o dentista terá as informações do paciente, necessários não só para o trabalho odontológico, como também de hipnodontia.

## 9. A Hipnose na Odontologia.

A hipnose quando aplicada na Odontologia é comumente chamada de hipnodontia, termo criado por Burgem em 1928, que embora não adequado, pois não se hipnotiza o dente, ele permanece sendo usado por questões históricas.<sup>40</sup>

A hipnose é uma poderosa arma na Odontologia não apenas para pacientes com história de *receios, medos ou fobias*, mas também para qualquer paciente que a aceite como coadjuvante de seu tratamento, e no decorrer deste trabalho iremos detalhar o uso da hipnose nas diversas situações e especialidades da Odontologia.<sup>40,41</sup>

O relato histórico mais antigo da hipnose em Odontologia é de 1836, quando J. V. Oudet fez o que seria a primeira extração dentária sob hipnose e sem anestesia. Desta época aos dias atuais houve grande avanço em termos de técnicas e possibilidades da utilização da hipnose em Odontologia e a questão da hipnoanestesia voltará a ser vista com detalhes mais à frente.<sup>40</sup>

Durante o processo hipnótico em Odontologia deveremos estar atentos para alguns fenômenos espontâneos que ocorrem e que tem um interesse mais específico para nossa área, como por exemplo: a) modificação do fluxo salivar; b) queda da temperatura corporal (durante a hipnose em geral ocorre uma diminuição da temperatura corporal por volta de 1,5 a 2 graus centígrados, por isso deveremos estar vigilantes para a necessidade de controlarmos ou normalizarmos a temperatura do paciente, desligando o ar condicionado, oferecendo-lhe algo para se agasalhar ou dissociando-o de maneira que se sinta em um local de temperatura mais agradável como, por exemplo, uma praia, um campo ensolarado ou outra situação que tenha ficado definida no *rapport*; c) extremo relaxamento muscular dificultando a catalepsia bucal etc.<sup>40-42</sup>

Um fato interessante que se observa em pacientes *fóbicos* específicos aos tratamentos odontológicos, é que após algumas sessões de tratamento sob hipnose eles já começam a aceitar o tratamento muitas vezes inclusive sem o uso da hipnose, pois aprendem um novo padrão de respostas aos estímulos do tratamento odontológico.<sup>40-42</sup>

Os pacientes que poderão fazer tratamento odontológico sob hipnose diferem-se entre eles dependendo da sua indicação, pois àquele que chega ao consultório tendo sido indicado para ter um tratamento especificamente sob hipnose, já chega com um índice altíssimo de aceitação ao tratamento e ao profissional, *rapport* indireto, facilitando assim o aprimoramento do *rapport* que é de fundamental importância. Enquanto os que chegam para tratar de maneira tradicional e que durante o tratamento, por algum motivo percebe-se a necessidade do uso da hipnose o bom resultado vai depender muito da abordagem para conseguirmos a aceitação de maneira tranquila ao uso da hipnose, e novamente o *rapport* é de fundamental.<sup>38,42,43</sup>

### 9.1. Uso da hipnose em Odontologia.

A seguir estão relacionadas as principais vantagens do uso da hipnose na Odontologia<sup>40</sup>:

- ✓ *anestesia* pode ser localizada e seu efeito pode ser suspenso logo após o tratamento, não tendo o paciente que permanecer com os incômodos por ela provocada. No caso do uso da anestesia química, a quantidade desta será tão diminuída que os incômodos pós-anestesia serão também mínimos;

- ✓ *Sialostasia* (controle salivar);
- ✓ *hemostasia* (controle de sangramento);
- ✓ *analgesia pós-operatória*;
- ✓ *recuperação pós-operatória* extremamente facilitada e rápida;
- ✓ eliminação e/ou não produção de *cansaço ao paciente*; e
- ✓ *redução da tensão* do cirurgião-dentista.

No caso da Hipnose Ericksoniana, a sua aplicação na Odontologia é variada, e a seguir são citadas algumas de suas indicações<sup>43,44</sup>.

*Condicionamento.* Pode ser usado no auxílio ao paciente para:

- aceitação do tratamento odontológico;
- adaptação à prótese;
- adaptação a aparelhos ortodônticos;
- facilitar o ensino de hábitos higiênicos; e
- facilitar a eliminação de hábito vicioso.

*Controle de fobias.*

*Relaxamentos.* Tanto no relaxamento geral do corpo, como em relaxamento específicos, tais como o da língua e da musculatura envolvida nos seguintes casos:

- tratamento de trismo;
- tratamento de luxação da ATM;
- obtenção de relações maxilomandibulares;
- abertura bucal mantida sem cansaço.

*Catalepsia mandibular, surdez e analgesia.*

*Anestesia.* Tanto superficial e como profunda.

*Sialostasia e Hemostasia.*

*Controle de reflexos.* Pode ser induzida visando à realização de radiografias intra-orais, de moldagens e em casos de distúrbio de sensibilidade lingual e de ânsia de vômito.

*Pré e pós-operatório.*

*Sugestões pós-hipnóticas.* Com a finalidade de obtenção de distorção do tempo, representação gustativa, amnésia, prolongamento da anestesia, analgesia.

Lembrando que a hipnose é contraindicada em casos de distúrbios psicóticos, especialmente, esquizofrenia, para epiléticos e dependentes de álcool e drogas.<sup>45</sup>

## 10. Hipnoanestesia.

A maioria dos colegas dentistas espera que, com o uso da hipnose, poderá eliminar totalmente a anestesia química do seu trabalho no consultório, porém, com a prática, todos percebem que apenas uma pequena parcela dos pacientes poderá ter seus tratamentos executados unicamente sob anestesia hipnótica, e que na maioria das vezes há necessidade de se fazer um complemento com anestesia química.

A contraindicação absoluta da anestesia química é rara, podemos usá-la conjugada com a hipnoanestesia sem nenhum problema. Além disso, a quantidade de anestésico necessária em tratamento com a hipnoanestesia é bastante reduzida, tendo-se ainda a vantagem da melhor aceitação da injeção, da agulha, pelo paciente já anestesiado por sugestão hipnótica.<sup>40-42</sup>

É bom ressaltar que o paciente que puder ser “trabalhado”, tem maior chance de ter uma hipnoanestesia profunda, podendo, às vezes, com algumas sessões preparatórias, chegar-se à profun-

didade hipnótica que possibilite à execução do tratamento só com a hipnoanestesia. Porém, fatores, como tempo e economia, na maioria das vezes inviabilizam essas sessões preparatórias.<sup>40-42</sup>

Mas, considerando a facilidade no procedimento e o tempo e material economizados no trabalho realizado com o paciente relaxado e hipnoanestesiado, mesmo superficialmente, conclui-se que a hipnose oferece grande vantagem em relação ao tratamento tradicional.<sup>42,44</sup>

### 10.1 - Técnicas de hipnoanestesia.

**Técnica da Transferência.** É o clássico método da indução de anestesia no dorso da mão, pela indução de colocação de uma grossa luva na mão, que irá impedir a transmissão de estímulos, tornando insensível a mesma.

Posteriormente pede-se ao paciente que leve sua mão até o rosto, e ao tocar no rosto a anestesia da mão irá transferir-se para os maxilares. Feita a transferência da anestesia, fazemos um aprofundamento da mesma na região ou dente que será tratado antes de começarmos a execução do tratamento.<sup>41,44</sup>

**Técnica Direta.** Neste método tocamos repetidamente com o dedo o local ou o dente que queremos anestésiar e fazemos indução de insensibilidade e anestesia do local tocado. No caso de anestesia em dentes, devemos inicialmente insistir bastante na indução de anestesia do dente como um todo, passando então a induzir a anestesia das partes deste dente, ou seja, coroa e raízes, esmalte, dentina e nervo. Logo depois começamos a indução da anestesia do osso adjacente, gengiva, língua e lábio, e concluímos reforçando a indução do dente antes de começarmos o tratamento.<sup>44,46</sup>

Nesta técnica, bem como na anterior, é necessária a indução de anestesia no lábio e na língua, no caso de tratamento na região inferior, para que o paciente fique tranquilo e tenha certeza que está realmente anestesiado, pois mesmo quando se trata sem hipnose e com anestesia química, se o local anestesiado não provocar a anestesia no lábio e/ou língua o paciente reclama dizendo que não se encontra anestesiado.<sup>44,46</sup>

É importante lembrar que o auxiliar de consultório, que normalmente acompanha os trabalhos do dentista, não deve estar presente no momento da hipnotização, podendo então voltar ao consultório, depois que o paciente estiver devidamente hipnotizado. Mas, este deve ser informado antecipadamente de todo o procedimento, da ausência do auxiliar e do seu retorno.

Outra coisa que deve ficar clara é que o emprego da hipnose em Odontologia não é privilégio do cirurgião-dentista, pois este pode ser auxiliado por um médico ou psicólogo hipnólogo, que será responsável pela hipnotização e acompanhamento. Dependendo a que se propõe o tratamento odontológico, o paciente poderá ser *preparado* no próprio consultório médico ou psicológico, dando-se ao mesmo um determinado signo-sinal que será utilizado pelo cirurgião-dentista antes e/ou durante seu tratamento. Porém, se cirurgião-dentista tiver habilitação para realizar também a hipnose, além do seu trabalho específico, será mais fácil usufruir dessa ferramenta tão valiosa.

## 11. Fundamentos da Hipnose na Abordagem Ericksoniana.

A hipnose como fenômeno universal, é encontrada na história da humanidade desde os seus primórdios.

No Egito os sacerdotes induziam um certo tipo de transe, comprovado através de papiros. Na China usavam o transe para uma aproximação com os mortos. No século XI, Avicena, o grande sábio, filósofo e médico iraniano, acreditava que a imaginação era capaz de curar pessoas e também de torná-las enfermas. Faremos um pequeno resumo da história da hipnose.<sup>43,46</sup>

Frans Anton Mesmer (1734-1815) foi considerado o pai da era científica da hipnose. A doutrina de Mesmer se resume assim: a doença resulta da frequência irregular dos fluidos astrais e a cura depende da regulação adequada dos mesmos. Certas pessoas teriam o poder de controlar es-

ses fluidos. Era uma espécie de corrente elétrica que se aplicava à parte enferma do paciente. Ao contato com essa corrente, o indivíduo tinha de entrar em “crise”, caracterizada por convulsões, sem o que não seria curado.<sup>46,47</sup>

Mesmer, a princípio tocava os pacientes com uma vara de metal para provocar as convulsões terapêuticas. Mais tarde o fazia com a imposição das mãos e passes. Após algum tempo, não podendo atender ao número muito grande de pessoas que o procuravam, idealizou uma grande tina circular, contendo garrafas de água magnetizada, saindo de cada gargalo uma vara metálica. As pessoas ficavam em volta da mesma e a cada toque entravam em convulsões terapêuticas. Um método que pode ser considerado de hipnose por sugestão indireta.<sup>44,46</sup>

James Braid (1795-1860) foi responsável pelo nome Hipnose à técnica usada para induzir os transe realizados pôr ele e muitos outros. Marcou o fim do magnetismo animal. Braid concluiu, após presenciar uma apresentação feita por Lafontaine, que se utilizava da fascinação ocular como indução, que, a causa física do transe era o cansaço sensorial, ou seja, o cansaço visual. Ele procurou demonstrar o fato de o transe assemelhar-se a um estado de sono que podia ser induzido por agente físico.<sup>45</sup>

Já no século XX, Ivan Pavlov (1849-1936) conceituou o transe como: excitação em algumas partes do córtex cerebral e inibição de outras provocado pôr sugestões verbais.<sup>46</sup>

Pierre Janet (1849-1947) – descreveu o transe como uma dissociação. Introduziu o termo subconsciente para diferenciá-lo do inconsciente.<sup>45</sup>

Freud fez seus estudos junto com Charcot em casos de histeria e acabou por abandonar a hipnose. Ele fazia correlação da hipnose com patologia. Em 1918, Freud no Congresso Psicanalítico de Budapeste frisava a importância de aliar à psicanálise a hipnose. E, por fim, falava na possibilidade de juntar o “ouro da psicanálise ao bronze da sugestão hipnótica”. Freud contribuiu para que a hipnose voltasse como terapia com suas bases psicológicas modernas.<sup>46</sup>

Milton H. Erickson<sup>43</sup> (1901-1980) percebeu a natureza multidimensional do transe, que se modifica de pessoa a pessoa. Por mais que haja definições, serão sempre visões pessoais, que falharão em algum ponto e não irão substituir a experiência real de viver a hipnose.<sup>43</sup>

A hipnose é usada visando vários objetivos; um dos principais é facilitar o diálogo do consciente e inconsciente para o equilíbrio mental e físico do paciente.

Apresentaremos abaixo algumas das principais técnicas de hipnose frequentemente usadas na prática odontológica<sup>41,42</sup>.

**Técnica de relaxamento progressivo.** Esta técnica tem o objetivo de induzir o paciente a um estado de relaxamento. Trabalha-se todo seu corpo, relaxando grupos de músculos pequenos passando para os maiores. Após o relaxamento sugere-se que ele é capaz de solucionar o problema a que ele está buscando.<sup>47</sup>

**Técnica do levantamento da mão.** Pede-se ao paciente que ele concentre sua atenção em uma de suas mãos, e aos poucos e a seu tempo que a leve até sua testa, e sugere-se que ao chegar à testa ele estará num transe profundo e completamente relaxado e tranquilo. Faz-se a sugestão de melhora e cura.

**Técnica de pestanejamento sincrônico.** Nesta, pede-se ao paciente para abrir e fechar os olhos, fixando a atenção em um ponto determinado, conforme se vai contando de 1 a 10, dando-se sugestões de relaxamento e tranquilidade até que o paciente fecha os olhos e entra em transe. Faz-se então as sugestões para o trabalho que se propõe.

**Treinamento autógeno.** Esta técnica, mais conhecida como auto-hipnose, permite que o paciente aprenda a técnica de relaxamento e faça em casa, como um treinamento, para entrar mais fácil no transe hipnótico.

Milton Erickson estruturou todo seu método baseado nestas técnicas, valorizando principalmente o diálogo do consciente com o inconsciente e o sistema sensorial.<sup>48</sup>

### 11.1. Hipnose Ericksoniana

A técnica de Hipnose Ericksoniana consiste em fazer um tipo especial de transe para cada paciente. Mesmo seguindo uma forma de indução padronizada, ele procura seguir um critério de avaliação de como cada pessoa é; como cria seu sintoma, como é sua resistência, e assim por diante. É um método baseado numa linguagem de fácil acesso a cada paciente. A linguagem será dele mesmo, através de sugestões indiretas, mas não só e exclusivamente estas, podendo se utilizar as sugestões diretas na construção de um transe mais leve e natural para cada pessoa.<sup>46,47</sup>

O terapeuta, captura a atenção do paciente através de aspectos de interesse deste e com a sua linguagem característica. A espontaneidade é parte fundamental para aceitar o que o paciente traz, até mesmo a resistência, e se utilizar deste material para ir passo por passo para dentro do paciente.

Podemos entender como transe natural o tipo de transe que Milton Erickson realizava em seus pacientes que era o oposto às induções formais. Ele fazia um tipo de sinergismo, ou princípio de semelhança, como na homeopatia. Dava o mesmo do mesmo para encontrar uma nova saída. Assim, ele aceitava e utilizava a situação em que se encontrava o sujeito. O comportamento presente se tornava o remédio definitivo e parte da indução, já que a indução formal, nestes casos, não produzia resposta favorável. Erickson preservava uma coisa muito importante, ele achava que a compreensão e a intelectualização não curava ninguém. Por que a pessoa tem que entender o porquê é obesa? Nessa técnica ele trabalha com a mudança de atitude.<sup>47</sup>

Usar a técnica de Erickson não é simplesmente contar uma história e sim trabalhar conteúdos internos de pacientes para que eles através do seu problema façam uma vivência nova e que modifique as vivências anteriores, que ele vinha tendo. Contar uma história não vai adiantar, se a história não tiver nada a ver com seu problema.<sup>43,46</sup>

Nessa técnica você tem várias possibilidades. Pode falar diretamente, dar sugestões indiretas, produzir fenômenos hipnóticos, usando, por ex., a levitação das mãos, sugerir visualizações, energização com cores, transes sinestésicos, trabalho com o corpo, dar cor aos sentimentos, dissociações e pressuposições. Por meio natural compreende-se a aceitação e utilização da situação encontrada sem se esforçar em reestruturá-la psicologicamente. Dessa forma, o comportamento presente do paciente torna-se mais uma ajuda precisa e uma parte atual na indução de um transe. O aspecto do sinergismo é usado nesta técnica.<sup>43,46</sup>

Jeffrey Zeig<sup>47</sup> (1995) escreveu sobre a linguagem hipnótica, baseado no que Milton Erickson fazia. Ele criou um método para que os alunos aprendessem, com mais facilidade, a técnica do mestre. Transcrevo esta técnica para uma melhor compreensão da mesma.

**Comando embutido.** É como a fala de alguém; inclui ou não o nome da pessoa, com ou sem o uso de repetições; ordem que você dá dentro de uma citação. Ex. *Você não precisa chorar tanto..., aqui, agora, você pode abrir seu peito e respirar fundo.*

**Citação.** São os ditados populares. Você utiliza um ditado para produzir uma linguagem. Um exemplo disso é *água mole em pedra dura tanto bate até que fura.*

**Yes Set.** Pode ser só de audição, de percepção, de afeto, visual, cinestésico. Você pode fazer *Yes Set* em cima de fenômeno hipnótico. Ex.: levitação das mãos, anestesia, alucinação positiva.

**Pressuposição.** Seria: “*você pode isso*”, “*quando*”, “*eu não sei quando*”, “*na medida em que*” ou “*quando for o tempo e lugar onde você estiver, você pode*”.



**Dissociação afirmativa.** Você fala X para a mente consciente e diz Y para a mente inconsciente e vai ligar a um porque para fazer conexão de uma com a outra. São linguagens que ajudam também a fazer esse processo em que X tem a ver com Y. Tudo que você fala tem uma segunda mensagem, porque o inconsciente é literal, ele capta aquilo que é falado e modifica. Deve-se falar palavras com duplo sentido.

**Dissociação Dupla.** Você fala X para a mente consciente e vai dizer Y para a inconsciente, depois troca, falando Y para a mente consciente e X para a mente inconsciente. Ex.: *...e sua mente consciente pode prestar atenção no que eu estou dizendo, enquanto a sua mente inconsciente pode viajar no tempo e no espaço em sensações agradáveis ou a sua mente consciente pode viajar no tempo e no espaço em sensações agradáveis, enquanto isso sua mente inconsciente pode ouvir o que eu estou falando.*

## 12. Bruxismo – Doença Tensional.

O Bruxismo é um hábito parafuncional de ranger os dentes e constitui um dos mais difíceis desafios para a odontologia restauradora, sendo que a dificuldade para sua resolução aumenta de acordo com a gravidade do desgaste dentário produzido. Fisiopatologicamente, o esmalte dentário é o primeiro a receber os prejuízos do Bruxismo, e o desgaste anormal dos dentes é o sinal mais frequente da anomalia funcional. O padrão de desgaste dental do Bruxismo prolongado é, frequentemente, não uniforme e mais severo nos dentes anteriores.<sup>49</sup>

A importância do Bruxismo ainda se deve à sua relação com a dor muscular da articulação temporomandibular e alguns tipos de cefaleia. Pode ser definido como um hábito parafuncional que consiste em movimentos involuntários ritmados e espasmódicos de ranger ou apertar os dentes, ocorrendo normalmente durante o sono<sup>53</sup>. Alguns autores dividem o termo Bruxismo *excêntrico*, quando apenas ocorre o apertar os dentes, ou *excêntrico*, onde além de apertar os dentes há também o ranger dos dentes, porém, ambos sempre involuntários.<sup>51</sup>

Há discrepância sobre a definição precisa do Bruxismo, alguns autores definindo-o como atividade parafuncional diurna ou noturna e outros o alegando exclusivamente durante o sono. De modo geral diz-se bruxomania para definir esse movimento de apertar, ou ranger dos dentes, quando a pessoa se encontra acordada. É importante destacar, para entendimento conceitual, que o Bruxismo não é necessariamente uma doença, e uma disfunção. É perfeitamente possível que alguns portadores de Bruxismo não tenham maiores consequências para o sistema mastigatório. O aspecto mórbido ou doentio pode ser pensado quando este hábito funcional leva a algum prejuízo do sistema mastigatório ou desencadeia sintomas de distúrbios temporomandibulares, como por exemplo, a artrite temporomandibular.<sup>50</sup>

O Bruxismo noturno pode ocorrer em praticamente todos os estágios do sono, sendo observado predominantemente no estágio II e virtualmente ausente nos estágios III e IV, mais profundos. Quando relacionado ao sono, o Bruxismo envolve movimentos rítmicos semelhantes ao da mastigação intercalados por longos períodos de contração mandibular. Essas contrações costumam ser fortes e até superar aquelas realizadas durante a mastigação normal consciente. Costumam durar o suficiente para produzir fadiga e dor muscular.<sup>49,50</sup>

**Incidência e Curso.** Alguns trabalhos estimam entre 6 e 20% dos adultos e em torno de 14% das crianças a incidência do Bruxismo. Entretanto, sinais e sintomas de Bruxismo são observados entre 80% e 90% das populações estudadas, sugerindo que, ou essas pessoas apresentam Bruxismo inconscientemente ou já o tiveram. Parece ainda que o Bruxismo diminui com a progressão da

idade, predominantemente depois dos 50 anos. Quanto à distribuição nos sexos, alguns autores encontraram maior frequência do Bruxismo em mulheres.<sup>49</sup>

**Etiologia.** As causas normalmente estariam relacionadas a fatores psicológicos, como tensão emocional, agressão reprimida, ansiedade, raiva, medo, frustrações e estresse. A frequência e a severidade do Bruxismo podem variar a cada noite, e parece estar altamente associado ao estresse emocional e físico.

**Prognóstico e Consequências.** Hábitos disfuncionais, do tipo Bruxismo, costumam gerar desgastes dentário, má oclusão severa, trauma oclusal, fratura dentária e dores em certos componentes do sistema mastigatório. O Bruxismo é considerado uma das causas das desordens temporomandibulares devido à possibilidade de desencadear dor ou disfunção na musculatura mastigatória e /ou articulação temporo-mandibular.<sup>52,53</sup>

**Tratamento.** Atualmente a odontologia tem optado pela utilização de uma placa estabilizadora, de resina acrílica, que respeite os conceitos de máxima estabilidade mandibular em relação cêntrica e movimentos excêntricos harmoniosos através de guias específicas (protrusivas e caninas). A função da placa estabilizadora seria para proteger os dentes e demais componentes do sistema mastigatório durante as crises noturnas de Bruxismo. Além disso, a placa ainda reduziria a atividade elétrica de músculos elevadores da mandíbula, como masseter e temporal, reduzindo assim a atividade tensional. Entretanto, a colocação de placas constitui-se num tratamento, digamos sintomáticos. O ideal seria o tratamento dos estados tencionais, estressantes ou ansiosos que produzem o Bruxismo.<sup>49</sup>

### 13. Casos clínicos.

**Caso nº 1:** paciente A. A. F., sexo masculino, 27 anos, estudante. Procurou-nos por indicação de sua psicóloga, sem preparo prévio, por apresentar medo do aparelho de alta-rotação, tanto ao barulho quanto pela própria visão do mesmo, pois lembraria aparelho de tortura. Na primeira sessão, logo após o *rapport*, utilizamos a técnica de fixação do olhar, usando uma espiral, o transe foi rápido levando o paciente a uma profundidade média. Fizemos alguns testes que nos mostrou ser o paciente extremamente visual, citando detalhes de suas visualizações, bom auditivo e mediano em relação à sinestesia bucal, após os detalhes de suas visualizações, bom auditivo e mediano em relação à sinestesia bucal, após os testes foi feito então o signo-sinal. Na segunda sessão iniciamos com o signo-sinal, tendo o paciente entrado em transe de maneira imediata, fez-se então dissociação usando-se a técnica de visualização e usamos a praia como recurso. Foi aplicada anestesia química em pequena quantidade no dente a ser restaurado, pois o paciente não apresentava medo de anestesia, e logo em seguida induzimos o paciente a ver no calçadão da praia um afiador de facas com seu instrumento de trabalho fazendo um ruído extremamente alto e estridente, ao ser comprovado a aceitação desta indução passamos a utilizar o aparelho *alta-rotação*, sem nenhum tipo de reação negativa.

Na mesma sessão resolvemos fazer limpeza de tártaro utilizando aparelho de ultrassom que também emite som alto e estridente e que em geral provoca sensibilidade na gengiva e na região de colo dental, induziu-se então o paciente a tomar um *suco diferente*, porém muito gostoso e cuja fruta possuía um poderoso anestésico que iria anestésiar toda sua gengiva e região de colo dos dentes, após comprovada a anestesia superficial usamos o ultrassom com resultado extraordinário.

**Caso nº 2:** paciente N. M. C., sexo feminino, 45 anos, comerciante. Há 25 anos sem tratamento odontológico por medo, sem, contudo, saber exatamente o que ou quando começou. Ela veio ao

consultório, trazida pela sua avó. Esta tinha assistido uma reportagem sobre hipnose na televisão, representado um *rapport* inicial.

Durante seu tratamento procurei demonstrar a necessidade deste, para aumentar sua autoestima e também devido sua posição social etc. Na primeira sessão apenas procurei aprofundar o *rapport*, tendo conseguido tal intento.

Durante as três primeiras sessões a paciente não teve contato com a sala clínica, ou seja, cadeira odontológica e demais equipamentos, as induções foram feitas em uma sala anexa.

Na quarta sessão a paciente ao entrar no escritório pode, propositadamente, ver os equipamentos da sala clínica, a indução foi feita ainda no escritório e após a paciente ter entrado em transe foi pedido para que ela abrisse os olhos sem despertar e caminhasse até a cadeira odontológica e sentasse, o que fez com certo receio, porém fez.

A quinta sessão foi feita com a paciente sentada na cadeira odontológica e, logo após ter entrado em transe, pediu-se para que ela abrisse os olhos sem despertar e cuspiasse na cuspidadeira. Depois, a solicitação foi que tornasse a abrir os olhos, sem despertar, e olhasse para cada componente do equipamento, no final da sessão a paciente relatou que foi muito mais fácil do que havia imaginado. Na sessão seguinte foi feito exame radiográfico completo com a paciente imaginando estar colocando na boca um pirulito de morango, sua fruta preferida. A partir daí, o tratamento transcorreu normalmente.

Vale ressaltar que a cada final de sessão pedia-se para a paciente marcar em uma régua mental de zero a dez seu nível de tensão, na primeira sessão marcou dez, na terceira já marcava cinco, na quinta marcou quatro e no dia das radiografias marcou três.

**Caso nº 3:** paciente A. C. M., sexo masculino, 55 anos, funcionário público. Indicado especificamente para hipnose, já tendo acompanhamento de psicóloga, porém sem o uso da hipnose.

Paciente relatou que nunca teve medo de dentista, porém há seis meses durante tratamento de canal cujo trabalho foi muito demorado, tendo ele ficado durante muito tempo de boca aberta e com muita saliva isto o apavorou, pois lhe deu a sensação de não poder respirar, como se fosse se sufocar, a partir de então, segundo ele, entrou em crise de síndrome do pânico, não mais conseguindo prosseguir com o tratamento odontológico, sendo que também a anestesia provoca todos esses sintomas pois acha que não poderá respirar nem deglutir estando anestesiado.

O paciente tinha o hábito de “fungar” continuamente, o que aparentemente seria por achar que não está respirando corretamente. Paciente não aprofunda o transe, porém é extremamente visual. Como o paciente teme a anestesia trabalhamos a hipnoanestesia como sendo uma *proteção* tendo obtido resultado muito bom.

Durante todo o tratamento procuramos demonstrar o perfeito funcionamento do seu organismo, principalmente em termos de respiração e deglutição, pois durante o transe o hábito de “fungar” desaparece completamente, mostrando que seu inconsciente sabe que sua respiração é normal. Foram determinadas algumas *âncoras* para facilitar o tratamento quando da necessidade de permanecer de boca aberta e/ou ser anestesiado, e a partir da sexta sessão já pudemos dar início efetivo ao tratamento odontológico, sempre demonstrando a facilidade com que o ele respirava e deglutia, mesmo estando de boca aberta ou anestesiado.

### **Conclusão.**

O medo e a ansiedade podem gerar o estresse, e este pode levar o organismo a liberar uma quantidade de catecolamina, adrenalina, até 40 vezes maior que a quantidade diária, em atividade normal. Dessa forma, o profissional da Odontologia deve, cada vez mais, buscar o seu aperfeiçoamento nas diversas técnicas de controle de medo, dor e ansiedade, para que não venha a ser, a necessidade de atendimento odontológico, a responsável pelo desencadeamento de transtornos de ansiedade ou crises depressivas.

A hipnose vem sendo utilizada de forma mais consciente por vários profissionais com a finalidade de diminuir a ansiedade durante o tratamento dentário, associado a vários medicamentos.

Se a evolução dos fármacos permite ao profissional de saúde o total controle da dor trans e pós-operatória, torna-se imperioso na prática clínica diária um profundo conhecimento das drogas e as diversas possibilidades de interação entre as mesmas, para podermos assim oferecer aos nossos pacientes uma melhora na sua qualidade de vida, autoestima e conseqüentemente, estaremos conscientes do nosso papel como profissionais de saúde na contemporaneidade.

A Hipnose está regulamentada no Conselho Federal de Odontologia, através do decreto lei 5081, de 24 de agosto de 1966, no seu artigo sexto, inciso VI.

## Referências.

1. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1993.
2. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais DSM-III. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos, 1986.
3. Valente NLA, Fiks JP, Vallada H, de Mello MF. Evolutionism and genetics of posttraumatic stress disorder Rev. Psiquiatr (RS) 2008; 30(1).
4. Castillo ARGL, Recondo R, Fernando R Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. Braz J Psiquiat. 2000; 22.
5. Ferreira Junior DA, Monteiro de Souza R, Barros FLF. Psychobiological aspects of anxiety: norepinefrine and its implications for sports performance. Cadernos UNIFOA. 2011; 6(1):75-82.
6. Gentil V. Ansiedade e Transtornos Ansiosos. In Gentil e Cois. Pânico, Fobias e Obsessões. São Paulo: Editora EdUSP, 1997.
7. Cortez CM e Silva D. Fisiologia Aplicada à Psicologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2008.
8. Graeff FG. Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. Braz. J. Psychiatr 2007; 29:53-56.
9. Scott DS, Hirschman R. Psychological aspects of dental anxiety in adults. J Am Dent 1982; 104:27-31.
10. Ayer WA Jr, Domoto PK, Gale EN, Joy ED Jr, Melamed BG. Overcoming dental fear: strategies for its prevention and management. J Am Dent Assoc. 1983;107(1):18-27.
11. Gift H. Issues to consider in the control of acute pain, fear and anxiety. In Dione RA, Phero JC, eds: Management of pain and anxiety in dental practice. Elsevier Science, 1981.
12. Malamed SF. The stress reduction protocols: a method of minimizing risk in dental practice. The fifth annual Continuing Education Seminar in Practical Considerations in IV and IM Dental Sedation, Mt. Sinai Medical Center, Miami, 1979.
13. Gordon D, McCullagh L, Phero. Assessing the need for anesthesia and sedation in the general population. J Am Dental Assoc. 1998; 129: 167-173 1998.
14. Kaufman E, Weinstein P, Milgrom P. Difficul Ties in achieving local anesthesia. J. Am. Dent. Assoc. 1984; 108:205-208.
15. Yagiela JA, Neidle EA, Dowd FJ. Pharmacology and therapeutics for dentists, fourth ed. St Louis Mosb., 1998.
16. Pawlick RE: Psychological/behavioral techniques in managing pain and anxiety in dental practice. New York: Elsevier Science, 1991.
17. Weiner AA. Dental anxiety: differentiation identification and behavioral management. J. Can. Dent. Assoc. 1992; 58:580-585.
18. Cangiani LM. Anestesia Ambulatorial. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.
19. Nardi AE. O tratamento farmacológico da fobia social. Rev. Bras. Psiquiat. 1999; 21(4):249-257.
20. First MB, Spitzer RL, Gibson M, Williams JB. Structured clinical Interview for DSM-IV axis I disorders. Patient edition (SCID I/P, Version 2.0). American Psychiatric Association, Washington DC, 1996.
21. Guimarães F, Rangé B. Fobias específicas. In: Rangé, Bernard (Org.). Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos. São Paulo: Psy, 1998.
22. Kay J, Tasman A, Lieberman JA. Psiquiatria: ciência comportamental e fundamentos clínicos. São Paulo: Manole, 2002.
23. Ballone GJ. Ansiedade. PsiquWeb. Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>
24. Esperidião-Antonio V, Majeski-Colombo M, Toledo-Monteverde D, Moraes-Martins G, Fernandes JJ, Bauchiglioni de Assis M, Siqueira-Batista R. Neurobiologia das Emoções. Rev. Psiqu. Clín. 2008; 35 (2); 55-65.
25. LeDoux J. Brain mechanisms of emotion and emotional learning. Current Opinions in Neurobiology. 1992; 2:191-197.
26. Ohman A. The role of the amygdala in human fear: automatic detection of threat. Psychoneuroendocrinology. 2005; 30(10):953-958.

27. Rodrigues SM, Schafe GE, LeDoux JE. Molecular mechanisms underlying emotional learning and memory in the lateral amygdala. *Neuron* 2004; 44:75-91.
28. Adolphs R, Tranel D, Hanna Damasio H, Damasio AR. Fear and the Human Amygdala. *J. Neurosci.* 1995; 75: 5879-5801.
29. LeDoux JE. The amygdala: contributions to fear and stress. *Semin. Neurosci.* 1994; 6:231-237.
30. Mezzasalma, MA, Valença AM, Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, Nardi AE. Neuroanatomy of panic disorder. *Rev. Bras. Psiquiat.* 2004; 26(3): 202-206.
31. Tao R, Auerbach SB. Regulation of serotonin release by GABA and excitatory amino acids. *J. Psychopharm.* 2000; 14:100-113.
32. Piccoloto NM, Pergher GK, Wainer R. Fobias específicas: Diagnósticos, etiológicos, mantenedores e terapêuticos. In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica.* Porto Alegre: Artmed, 2004.
33. Groves P. Meditation and anxiety. *Braz. J. Psychiatr.* 1999; 174:79. doi:10.1192/bjp.174.1.79a
34. Trieger N. *Pain Control*, 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis: Mosby-Yaer Book, 1998.
35. Flegal KE, Kishiyama S, Zajdel D, Haas M, Oken BS. Adherence to yoga and exercise interventions in a 6-month clinical trial. *BMC Complement Altern Med.* 2007;7:37.
36. Cassiano de Araújo SR, de Mello MT, Leite JR. Anxiety disorders and physical exercise. *Rev. Bras. Psiquiat.* 2006; 29(2):164-171.
37. Goodman e Gilman: *As Bases Farmacológicas da Terapêutica.* 10<sup>a</sup> ed., McGrawHill, 2000.
38. David Akstein: *Hipnologia*, Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora Hypnos Ltda.
39. Faria OA. *Manual de Hipnose Médica e Odontologia.* São Paulo: Livraria Atheneu.
40. Adas WH. Hipnose médico-odontológica. *Rev. Bras. Medicina (Psiquiatria)* 1981; 4:1982-1983.
41. Lima E. Hypnodontia and its applications in dentistry. *RGO* 1979;27(1):31-32.
42. Fernández JF. Hypnosis in Odontology. *An. Esp. Odontoestomatol.* 1975; 34(4):337-359.
43. Erickson MH, Hershman S, Selter IL. *Hipnose médica e odontológica: aplicações práticas.* São Paulo: Livro Pleno, 2003.
44. Melo JR. *Hipnose em Odontologia. Manual do Principiante.* Recife: Editora Livro Fácil, 2000.
45. Cortez CM, Oliveira CR. A hipnose e a ética médica. *Bioética* 2003; 11:65-82
46. de Moraes Passos AC, Farina O. *Aspectos Atuais da Hipnologia.* São Paulo: Linográfica Editora Ltda, 1961.
47. Zeig JK. *Seminários Didáticos com Milton Erickson.* Editorial PsY II, 1995.
48. JShultz JH. *Técnica da Hipnose.* São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1966
49. Pereira RPA, de Negreiros WA, Scarparo HC, Pigozzo MN, Consani RLX, Mesquita, MF. Bruxism and life quality. *Revista Odonto Ciência (PUCRS).* 2006; 21:185-190
50. Glaros AG, Williams K, Lausten L. The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain. *J Am Dent Assoc.* 2005;136(4):451-458. doi: 10.14219/jada.archive.2005.0200.

## Anexo.

### Modelo de Ficha Clínica.

Quesitos mínimos que devem constar em uma ficha clínica visando o tratamento com hipnose.

Nome.	Data nascimento.
Endereço.	Telefone.
Celular.	E-mail.
Filiação: Pai/Mãe.	Profissão.
Estado civil.	Religião.
Escolaridade.	Possui irmãos. Quantos?
Qual sua relação entre eles.	
Usa bebidas alcoólicas?	Usa drogas? Qual(is)?
Está grávida?	Está no período menstrual?
Está em tratamento médico?	

Tem ou já teve alguma enfermidade importante?

Asma.	Cefaleia.	Desmaios.
Diabetes.	Doença renal.	Insônia.
Doenças cardíacas	Sinusite.	Tonturas.
Tuberculose	Úlceras digestivas ou gastrites.	

Sofreu alguma fratura.

Qual é sua a queixa principal?

Qual é a quantidade de amigos que você tem?

Qual é o seu passatempo preferido.

Tem medo de alguma coisa? De que?

Já fez relaxamento hipnótico anteriormente?

Data e Assinatura do paciente concordando com o tratamento.