

Soluço persistente tratado por hipnose

Persistent hiccup treated by hypnosis

Eduardo Ferreira Lobato¹

DOI: 10.5935/2238-3182.20130040

RESUMO

¹ Médico. Clínica Médica. Habilitado em Hipnose Médica.

É relatado o caso de paciente com queixa de soluço persistente, com duração de pelo menos 1 ano, e que havia tentado diversos tipos de tratamento, farmacológicos ou não, sem qualquer melhora. Foi proposto o tratamento por hipnose durante cerca de dois anos, obtendo-se a sua total remissão. Este relato constitui-se em referência, basicamente por abordar sintomatologia pouco compreendida, por intermédio de terapêutica pouco conhecida e de pouco uso médico: a hipnose. Sabe-se que o soluço, na maioria das vezes, resolve-se espontaneamente, por meio de medicação ou com medidas de fácil execução (apneia forçada, por exemplo). A queixa, entretanto, pode se tornar crônica em alguns pacientes, altamente debilitante e trazendo prejuízos consideráveis, inclusive sociais.

Palavras-chave: Soluço; Hipnose; Terapêutica; Prognóstico.

ABSTRACT

This is a case report of a patient complaining of persistent hiccup for at least 1 year and who had tried several different treatments, pharmacological or else, without improvement. A two-year treatment with hypnosis was proposed and resulted in total remission. This report can be seen as a reference, basically because it approaches little understood symptoms through an also little known therapy, rarely used in medicine: hypnosis. It is known that hiccups are more often resolved either spontaneously or with medication or through easy-to-perform steps (forced apnea, for example). The complaint, however, may become chronic in some patients and can be highly debilitating, bringing considerable damage, including social problems.

Key words: Hiccups; Hypnosis Therapy; Prognosis.

INTRODUÇÃO

O soluço é definido como fenômeno neurorrespiratório devido à contração involuntária dos músculos inspiratórios associada ao fechamento simultâneo da glote, com a produção de ruído característico. É manifestação clínica simples e benigna, quando transitória, como se dá no período pós-prandial ou após ingestão de bebidas alcoólicas, podendo ceder espontaneamente ou com apneia voluntária, ingestão de água ou manobra de Valsalva. Pode, entretanto, ser causa de grande desconforto, mormente quando crônica (mais de 48 horas de evolução), causando sensação de fadiga, alteração do sono, prejuízo da alimentação, depressão e até suicídio.¹⁻⁵

A hipnose, especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como *hipniatria*, é de difícil conceituação. De acordo com a *American Psychological Association*, em 1993, trata-se de procedimento durante o qual o profissional da

Recebido em: 01/08/2012
Aprovado em: 15/07/2013

Autor correspondente:
Eduardo Ferreira Lobato
E-mail: eflobato@ig.com.br

saúde sugere que o paciente experimente mudanças nas sensações, percepções, pensamentos ou comportamentos.⁴ Possui utilidade inegável e precisa ser mais divulgada, mais estudada e mais bem compreendida.

Basicamente são empregados dois tipos de hipnose: o método clássico, atualmente em desuso, no qual se pede ao hipnotizado que foque sua atenção em algum objeto estático ou em movimento (um pêndulo, por exemplo), e a hipnose *ericksoniana* (usada no presente trabalho), criada por Milton Erickson, famoso psiquiatra americano que propôs a abordagem indireta para eliciar recursos que pudessem ser utilizados em passos estratégicos.⁶ Para tanto, Erickson usava diversos recursos visando, senão curar, pelo menos aliviar os sintomas: contando histórias; propondo exercícios práticos; usando metáforas; aumentando e depois diminuindo os sintomas do paciente (baseado na premissa de que, se um sintoma pode ser exacerbado, também pode ser diminuído ou eliminado).⁶

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 41 anos de idade, engenheiro mecânico, casado, leucoderma. Queixava-se de soluços intermitentes, havia cerca de um ano, às vezes acompanhados de vômitos. Submeteu-se a diversos tratamentos, incluindo acupuntura, sonoterapia e anestesia geral em duas ocasiões, sem sucesso. Fez uso de venlafaxina, midazolam, clorpromazina, baclofeno, gabapentina, fenitoína, omeprazol e domperidona, igualmente sem sucesso. Emagreceu 8 kg nesse período.

Na primeira entrevista apresentava-se soluçando muito, com fácies de sofrimento, angústia, apreensão, ansiedade, sudorese profusa e intenso desconforto geral. Relatava que o soluço começou imediatamente após sua mudança de endereço residencial, com a aquisição de imóvel financiado, o que teria gerado preocupação e insegurança, por não saber se conseguiria honrar o pagamento das prestações. Relatava também o falecimento recente do sogro.

Na história pregressa relatou *bronquite* até os sete anos de idade, com diagnóstico prévio de peito de pombo e de síndrome de Gilbert. Negou tabagismo ou etilismo.

Ao exame clínico apresentava-se corado, hidratado e eupneico. Ausculta respiratória e cardíaca normais, pressão arterial sistêmica de 120x80 mmHg. Abdome

sem alterações à palpação e à percussão. Submetido à ampla propedêutica complementar, incluindo endoscopia digestiva alta, ionograma, calcemia, hemograma, glicose, creatinina, gamaglutamiltranspeptidase, transaminases e hormônio tireotrófico, normais.

Confessava-se inseguro, com baixa autoestima e extremamente insatisfeito no seu ambiente de trabalho, no qual se considerava desrespeitado. Infância conturbada, com pai alcoólatra e tentativa de autoextermínio por parte da mãe, quando tinha nove anos de idade. Mãe amorosa, porém rígida e inflexível. Teria encontrado apoio na família da esposa. Dizia-se muito preocupado em “não prejudicar alguém”, já tendo tolerado desaforos de amigos “que não deveria ter aceitado”. Admitiu ter dificuldade em falar de sentimentos, revelando comportamento racional.

O tratamento foi iniciado com hipnose em sessões semanais, com duração aproximada de uma hora. Na primeira metade de cada sessão, foi incentivado a falar de si mesmo, técnica conhecida como *associação livre* no meio psicanalítico. Na segunda metade, procedeu-se à hipnose propriamente dita, *formal*, induzindo transe de profundidade média, usando para isso diversos recursos, como a fala pausada, de baixa tonalidade, procurando provocar o relaxamento muscular progressivo e total; ou incentivando o paciente a imaginar-se em locais prazerosos, como praia ou cachoeira⁴. Já nas primeiras sessões o paciente dizia se sentir muito melhor, apesar da manutenção do sintoma. Conseguia, por exemplo, dormir profundamente toda noite, sem soluçar, segundo relato da esposa, o que não ocorria antes do tratamento. A percepção era de que o paciente estava mais confortável, alegre, otimista, dizendo-se mais confiante e bem disposto. Persistia o soluço, porém, com menos prejuízo somático. Após um ano de tratamento, começou a experimentar longos períodos de acalmia, que chegavam a 30 dias, com nítida mudança no padrão sintomático que até então apresentava. Nas recidivas, o soluço era, além de menos intenso, de curta duração. Após cerca de dois anos de tratamento, coincidindo com o período de Natal, houve total abolição do soluço, sem recidiva em um ano de acompanhamento.

Em todas as sessões procedeu-se à hipnose formal e sempre se procurou dar ao paciente sugestões que promovessem não só a melhora ou abolição do soluço, mas que também aumentassem sua autoestima e seu desejo de boa qualidade de vida. Em muitos pacientes, como nesse caso, percebe-se um círculo vicioso característico: a sintomatologia compromete

a autoestima; e a baixa autoestima piora a sintomatologia. É sempre recomendável, portanto, promover melhora na sintomatologia e estimular a autoconfiança, dizendo, por exemplo, que o paciente *merece* se curar e ser feliz.

Foram usadas várias medicações farmacológicas ao longo da sua evolução, como: baclofeno, 10 mg duas vezes ao dia, logo no início do tratamento e interrompido depois de um mês, já que não alterou a sintomatologia; risperidona, 1 mg ao dia, que parece ter melhorado o padrão do sono, entretanto, foi interrompido quase 15 dias após a sua introdução; clorpromazina, 15 gotas três vezes ao dia, rapidamente suspensa por provocar intensa sedação; domperidona, 10 mg duas vezes ao dia, que parece ter melhorada a dispepsia, sendo suspensa depois de 15 dias do início de sua administração; tioridazina, 50 mg/dia, rapidamente suspensa por provocar intensa sedação; midazolam, 15 mg ao deitar, por 45 dias, e que parece ter diminuído o desconforto durante a noite; gabapentina (300 mg) associada ao baclofeno (10 mg), duas vezes ao dia, durante 30 dias; famotidina, 40 mg/dia por 60 dias; e nifedipina, 10 mg três vezes ao dia, por 60 dias.

O paciente, ao perceber o fracasso da terapêutica farmacológica, passava a usar os medicamentos de forma irregular. Ao final do tratamento hipnótico, e em simultaneidade ao alívio total da sintomatologia, fez uso recomendado por outro médico que o acompanhava de gabapentina (300 mg duas vezes ao dia), associada a omeprazol (20 mg/dia), baclofeno (10 mg duas vezes ao dia) e domperidona (10 mg duas vezes ao dia), por 90 dias. Foi sugerido que suspendessem toda a medicação, o que foi feito.

DISCUSSÃO

Antes de iniciar qualquer tratamento com hipnose, é necessária adequada avaliação clínica com base em anamnese, exame físico e propedêutica complementar, para avaliar corretamente a sua utilidade. A hipnose encontra sua indicação em variada gama de condições clínicas, principalmente nas de natureza psicossomática, síndrome do pânico, enxaqueca, síndrome do intestino irritável, disfunção erétil, depressão reativa, fobias, insônia, ansiedade, vaginismo.⁴ Mesmo nos distúrbios orgânicos, ajuda a dar conforto, acolhimento e segurança, minorando a sintomatologia.

Atribui-se a inspiração do termo psicossomático a Descartes, o qual postulou inadequadamente a divisão do ser em mente e corpo. A literatura cita Heinroth, médico psiquiatra alemão, visto como romântico, como o criador do referido termo, em 1818, quando procurou rotular e explicar fenômenos físicos sem causas orgânicas evidentes.⁷ Franz Alexander, uma das maiores personalidades da psicossomática mundial, a partir de 1930, no Instituto de Psicanálise de Chicago, foi o responsável pela divulgação das ideias psicossomáticas. Ele também se ligou a esse modelo de causa e efeito, teorizando sobre conflitos específicos que geravam respostas corporais específicas. O certo é que até hoje não se compreendem verdadeiramente esses fenômenos, mas a ideia da divisão entre mente e corpo já não existe mais e, ao contrário, é amplamente combatida. Restou o termo psicossomático, mesmo com as críticas assinaladas.⁷

Foi Balint, psicanalista húngaro radicado na Inglaterra desde 1920, quem contribuiu definitivamente para mudar o enfoque da psicossomática, principalmente a partir de 1945, quando suas ideias ficaram mais conhecidas. Voltou-se, então, não para somente buscar explicações e rotular doenças, mas para a importância da relação médico-paciente, evidenciando a crescente significação da conduta ou atitude psicossomática, considerada válida até hoje. Balint assinalava a importância crescente do estudo sobre as emoções surgidas durante o atendimento, tanto no médico quanto no paciente. Essa nova abordagem retirava o paciente do lugar passivo e o transformava em ativo participante do seu próprio tratamento.⁷ É exatamente esse enfoque que é valorizado no tratamento por hipnose (Ericksoniana), ou seja: ouvir atentamente as queixas do paciente; *aceitá-las* sem restrições; mostrar ao paciente como suas emoções podem ter papel ativo na gênese e manutenção da sintomatologia; e propor ao paciente um modelo de tratamento que inclua sua participação ativa no processo.

Também é de suma importância *desmistificar* o termo *hipnose*, mostrando que nada há de mágico ou fantástico nesse método de tratamento. É apenas uma técnica que se alia à psicoterapia, devendo ser considerada um instrumento *acelerador* do processo de cura.

O termo *hipnose* deriva-se do grego *hypnos* (sono), considerado impróprio, já que o objetivo da hipnose não é fazer o paciente dormir, mas relaxá-lo, acalmá-lo, fazê-lo entender sua sintomatologia sob a ótica emocional e buscar uma via alternativa de cura.

O termo se mantém, todavia, nos dias atuais, já que foi consagrado pelo uso.

Um dos mitos acerca da hipnose é o de que o poder está todo centrado no hipnotizador. É preciso deixar bem especificado para o paciente que a hipnose acontece pela aceitação e interação da pessoa que entra em transe para vivenciar aquilo que se pede⁴. Como já dito, no tratamento por hipnose o paciente é parte ativa no processo, precisando interagir com o terapeuta para juntos encontrarem o caminho da cura. É um modelo de tratamento que desafia o modelo do médico detentor do saber, visto até quase como um semideus.

É preciso dizer ao paciente que a hipnose acontece naturalmente no nosso dia-a-dia, por exemplo: quando se dirige em alguma estrada monótona, de paisagens repetitivas, pode-se facilmente entrar em transe; ou quando se está assistindo a um filme interessante, reage-se emocionalmente a ele, chorando ou rindo, até com aumento na frequência cardíaca e sudorese nas extremidades.⁸ Todos esses esclarecimentos visam a facilitar o *rapport* (falar a mesma língua de), o que, sem dúvida contribui efetivamente para o processo de cura.

A hipnose *informal* constitui-se na conversa com o paciente, como na anamnese clássica, demonstrando escuta atenta e compartilhando o sofrimento. É de praxe dizer “entendo...” ou “imagino o quanto você vem sofrendo” a fim de demonstrar o apreço pelo seu caso.

Na hipnose *formal* procede-se à indução do chamado transe hipnótico⁴, o qual consiste basicamente em fazer o paciente relaxar. O relaxamento, por si só, já é terapêutico. Nessa fase, antes de induzir o transe, costuma-se perguntar ao paciente sobre suas preferências de relaxamento ou de férias, por exemplo. É sugerido a ele que se deite ou se recoste na cadeira, o que achar mais confortável; e se aprecia a praia, pede-se que feche os olhos e imagine o barulho das águas do mar ao fundo e a brisa marítima no seu rosto. Procede-se, enquanto isso, à sugestão de progressivamente relaxar a musculatura. À medida que é percebido o relaxamento do paciente, pode-se então iniciar as sugestões que se quer dar à sua mente, de acordo com cada caso, com o objetivo de facilitar seu processo de cura.

Existem basicamente três tipos de profundidade do transe: o transe leve (há catalepsia das pálpebras, relaxamento, sensação de peso em várias partes do corpo); médio (amnésia parcial, marcada catalepsia dos membros do corpo, aumento isolado das mais

diversas sensações); e o transe profundo (amnésia total, na maioria dos sujeitos; anestesia cirúrgica, habilidade para manter o transe de olhos abertos). A maioria dos hipnoterapeutas prefere o transe médio, que se revelou altamente eficaz na maior parte dos pacientes.⁴

O soluço pode ter várias etiologias e, na dependência de órgãos e sistemas, pode ser: a) no sistema nervoso central: neoplasias, *shunt* ventriculoperitoneal, esclerose múltipla, hidrocefalia e acidente vascular encefálico; b) no sistema nervoso periférico, devido à irritação do nervo frênico ou vago: hérnia hiatal, esofagite, pericardite, infarto agudo do miocárdio, neoplasias do pescoço, linfadenopatia do mediastino, infecções pulmonares, neoplasia do esôfago, gastrite, úlcera péptica e câncer gástrico; c) metabólicas, farmacológicas e infecciosas: anestesia geral, barbitúricos, metildopa, sepse, malária, tuberculose, uremia, hipocalcemia, hiponatremia; finalizando, a literatura cita as causas idiopáticas e psicogênicas.¹⁻³

Os soluços são classificados como persistentes quando têm mais de 48 horas de evolução e menos de um mês. Acima de 1 mês de evolução são classificados como intratáveis.^{9,10} Os soluços persistentes são, frequentemente, idiopáticos. Existem várias opções de tratamento, entretanto, sem qualquer tipo de protocolo, consenso ou estudos randomizados¹¹. Algumas estratégias de tratamento permanecem empíricas. A maior parte da compreensão acerca do uso de medicamentos vem de poucos relatos de casos.¹¹ Neste relato, o paciente já havia se submetido a diversos tratamentos e exames, sem êxito.

Entre os medicamentos indicados, apenas a clorpromazina está aprovada para uso, e por muitos anos tem sido a droga de escolha, na dose de 25 mg até quatro vezes ao dia. No entanto, pode apresentar sérios efeitos colaterais, como hipotensão, retenção urinária, glaucoma e delírio.¹¹ Entre os anticonvulsivantes, o ácido valproico pode ser efetivo ao bloquear o estímulo do soluço. A gabapentina produz bloqueio dos canais neurais de cálcio e aumenta a liberação de GABA, modulando a excitabilidade diafragmática. Estudo envolvendo 43 pacientes mostrou melhora clínica em 32 pacientes na dose de 900 mg/dia; e em nove pacientes na dose de 1.200 mg/dia; sem efeitos colaterais importantes, exceto sonolência.¹¹ O baclofeno, 5-20 mg três vezes ao dia, tem comprovado ser eficaz desde 1992, ao bloquear a transmissão sináptica. Pode causar, no entanto, ataxia, delírios, tonturas e sedação, principalmente nos pacientes com função renal comprometida.

A nifedipina, 10-20 mg três vezes ao dia por via oral, pode ser eficaz ao reverter a despolarização anômala no arco reflexo do soluço. Há risco substancial de induzir hipotensão, principalmente em pacientes hipovolêmicos. O metilfenidato pode diminuir o soluço a partir da inibição da recaptção de dopamina e norepinefrina. Pode ser boa opção em pacientes deprimidos ou em sedação por opioides.¹¹ O midazolam tem sido usado com bons resultados, administrado em infusão IV contínua, produzindo sedação por curtos períodos. A lidocaína, também por via IV, tem interrompido o soluço em pacientes no pós-operatório imediato, com risco de toxicidade cardiovascular e neurológica, principalmente em pacientes com doenças avançadas.¹¹ A sertralina pode ser benéfica ao agir nos receptores de serotonina periféricos no trato gastrointestinal, diminuindo a motilidade anormal no estômago, esôfago ou diafragma ou pelos efeitos centrais no arco reflexo do soluço. Existem relatos de sucesso terapêutico com a administração IV de metilamfetamina (6-12 mg) ou pentazocina (30 mg)¹⁰ Pode-se também tentar a combinação de baclofeno com gabapentina; ou ambos em associação com cisaprida e omeprazol. Há perigo, entretanto, de usar tais medicações por tempo prolongado (especialmente cisaprida, proibida no Brasil), devido ao risco de sérios efeitos colaterais.¹¹

Neste relato é muito provável que a origem dos soluços tenha sido de causa psicogênica. Repare tratar-se de paciente inseguro, de personalidade frágil, indeciso, com baixa autoestima. Em muitos distúrbios psicossomáticos o sintoma funciona como um pedido de ajuda; uma forma de exteriorizar a angústia que, de outra forma, se tornaria insustentável. O paciente sentia-se insatisfeito no seu trabalho, com a sensação de estar sendo explorado, o que certamente contribuía – senão causava – para o agravamento da sua sintomatologia. Pareceu ter personalidade submissa, sofredora e resignada. Chamou a atenção sua capacidade de enfrentar a doença, de aceitar a sintomatologia tão debilitante sem sequer esboçar qualquer sinal de irritação ou impaciência, chegando mesmo, às vezes, a rir da própria situação. Sem dúvida, a sua persistência no tratamento, sua assiduidade, contribuíram sobremaneira na cura.

Durante as sessões de hipnose, procura-se usar sugestões que melhorem a autoestima, incentivando a autoconfiança e reafirmando a capacidade de enfrentamento de situações difíceis. É preciso também tentar suprimir a sintomatologia, promovendo o relaxamento muscular como um todo, especialmente

do diafragma, sabidamente envolvido na gênese do processo patológico. A melhora sintomática foi gradativa, como sói ocorrer na terapia por hipnose. É comum, inclusive, haver *piora* para só depois acontecer a cura progressiva.

CONCLUSÃO

A hipnose pode ser recurso terapêutico válido no tratamento do soluço. São indispensáveis duas providências antes de indicar o tratamento por hipnose:

- excluir etiologia orgânica e, sempre que possível, corrigi-la;
- certificar-se de que a hipnose seja feita com eficiência, inclusive com conhecimentos básicos de psicodinâmica.

Este é um relato que tem várias limitações, já que apenas um paciente foi abordado sob essa modalidade de tratamento. Conforme comentado anteriormente, existem poucos relatos de casos e tratamentos na literatura médica, comprovando ser o soluço sintomatologia ainda mal compreendida, de etiologia muitas vezes idiopática, o que dificulta avaliar a eficácia da hipnose no seu tratamento. Deve-se considerar também que a hipnose *médica* é relativamente nova na Medicina e que seu mecanismo de ação ainda é pouco compreendido.

Salienta-se, por fim, que, pela lei brasileira, apenas profissionais médicos, odontologistas e psicólogos encontram-se devidamente autorizados a usar a hipnose nos seus pacientes⁴; e que deve ser considerada mais um recurso terapêutico que pode ser de grande utilidade em muitas situações clínicas com o objetivo de amenizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Dani R. Gastroenterologia essencial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
2. Cecil RL, Russell L, Goldman L, Ausiello DA. Cecil medicine. 23ª ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; c2008.
3. Tarantino AB. Doenças pulmonares. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.
4. Bauer S. Hipnoterapia ericksoniana passo a passo. Campinas, SP: Editora Psy; 1998.

5. Martinez Rey C, Villamil Cajoto L. Hipo(singultus):revisión de 24 casos. Rev Med Chile. 2007; 135:1132-8. [Citado em 2012 mar 03]. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000900006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000900006>.
 6. Erickson M. Hipnose médica e odontológica. São Paulo: Psy II; 1994.
 7. Caldeira G, Martins JD. Psicossomática teoria e prática. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.
 8. Costa Ferreira MV. Hipnose na prática clínica. São Paulo: Atheneu; 2003.
 9. Keum Nae Kang, In Kyung Park, Jeong Hun Suh, Jeong Gill Leem, Jin Woo Shin. Ultrasound-guided pulsed radiofrequency lesioning of the phrenic nerve in a patient with intractable hiccup. Korean J Pain. 2010 Sept; 23(3):198-201
 10. Fry EN. Management of intractable hiccup. Br Med J. 1977; 2(6088):704.
 11. Woelk CJ. Managing hiccups. Can Fam Physician. 2011 June; 57(6):672-5.
-