

Luan Filipe Alves do Nascimento

O uso da hipnose clássica no manejo da dor e da ansiedade durante exodontia de terceiros molares inclusos: relato de casos

Brasília
2018

Luan Filipe Alves do Nascimento

O uso da hipnose clássica no manejo da dor e da ansiedade durante exodontia de terceiros molares inclusos: relato de casos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof^a. Dr^a Érica Negrini Lia

Brasília
2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, Berenice, minha mãe, João, meu pai, Igor, Rainer e Luiara meus irmãos e aos meus sobrinhos pixurús. Obrigado a todos pelo apoio e incentivo.

Agradeço a paciência e a colaboração.

A Luana Rodrigues da Silva minha namorada, que tanto suportou meu estresse (1 a 1 pois suportei o TCC dela), te amo amor.

AGRADECIMENTOS

São muitas pessoas para agradecer, peço desculpas antecipadamente se esqueci alguém, quero que saiba que não o fiz por mal.

Agradeço a Professora Doutora Érica Negrini Lia por ter topado a encrenca e me orientado neste trabalho, sei que não foi fácil (se fosse não teria graça), fico feliz por ter trabalhado um tema que guardamos apreço, a hipnose, fico feliz pelos puxões de orelha e pelas orientações também.

Agradeço a minha dupla de graduação Thais Fernanda Moreira pelos 3 anos de trabalho juntos, sei que não foi fácil mas vencemos! Obrigado por tudo.

Agradeço a minha amiga Quezia Alzira Couto pelas diversas caronas, conversas e por me ensinar a trocar o pneu de seu Ford Ka, acho que 3 vezes, fico muito feliz por ter te conhecido e poder te chamar de amiga.

Agradeço a minha turma, em especial Anna Carolina Sant'Anna , Larissa Ferreira, Jakeline Sanlay, Gênesis David Gobbo.

Agradeço a um time de ouro, saídos das forjas do mais puro fogo do trabalho e dedicação, minha querida dona Idelma, Dona Vivi, Seu, Terezinha, Lara, Elias, não posso esquecer o casal mais sexy da odonto Caetano e Fred, Seu Zé e o irmão Cremilson pessoas que sempre estão focadas no trabalho, de forma honesta e dedicada.

Agradeço a 4 pessoas fantásticas, trabalhadoras batalhadoras, as senhoras Wal, Elizeth, Priscila e Patricia, 4 anjos da guarda da Buco -HuB, sem vocês este trabalho não teria acontecido, obrigado por estes quase 5 anos juntos. Não esqueci de ti Professora Suzeli Sampaio Porto, obrigado por tudo que me ensinou e pelo que ainda vai ensinar, tu não sabes a importância que tens pra mim.

Por ultimo e não menos importante, Guilherme Alves, Robert Rezende, Cesar Melo, Alberto Rezende, Melissa Tiers, Bruno Tricarico, Giancarlo Russo, Bob Burns, Margot Danielle Drucker, Professora Beatriz Acampora, Professor João Oliveira, James Tripp, Sean Michael Andrews e a todos os outros professores das artes mágicas da hipnose, meu muito obrigado, estão todos representados aqui neste trabalho pela tradução de meu resumo realizada pelo amigo Cesar Melo, a voz da hipnose internacional.

PS: Obrigado as calouras Mayra Pereira Roquete e Larissa Meireles
excelentes auxiliares cirúrgicas.

EPÍGRAFE

“A gargalhada é o sol que varre o inverno do rosto humano”.

Victor Hugo

RESUMO

Nascimento, L. F. A. Lia, E. N. Porto, S. S. O uso da hipnose clássica no manejo da dor e da ansiedade durante exodontia de terceiros molares inclusos: relato de casos. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Quadros de medo e ansiedade, que podem ser confundidos com emergências médicas e até mesmo ser causa de evitação ou protelamento de tratamentos, são comumente apresentados por pacientes frente à realização de procedimentos odontológicos. A hipnose é uma ferramenta passível de utilização pelo cirurgião-dentista para o controle do medo e da ansiedade, por ser uma técnica simples, segura e de baixo custo, além de ser reconhecida e regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia. O objetivo deste estudo é apresentar a hipnose como técnica de manejo do paciente ansioso em exodontias de terceiros molares inferiores, através do relato de dois casos clínicos desenvolvidos no Centro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário de Brasília - EBSERH.

ABSTRACT

Nascimento, L. F. A. Lia, E. N. Porto, S. S. The use of classical hypnosis in the management of pain and anxiety during third molar extraction: cases report. 2018. Graduation in Dentistry - Department of Dentistry, Faculty of Health Sciences, University of Brasilia.

Anxiety and fear scenarios that may be confused with medical emergencies which could even to lead to avoiding or procrastinating the treatment, are commonly presented, by patients, when dental procedures are required. Hypnosis is a tool that can be used by dental surgeons for fear and anxiety management, as it is a very simple and safe technique with a low cost, in addition to being recognized and regulated by the National Board of Odontology of Brazil. The objective of this study is to present hypnosis as a technique used to tackle patients' anxiety in exodontia of the third lower molars, through the report of two clinical cases developed in the Oral-Maxillofacial Surgery Centre of the University Hospital of the Federal University of Brasilia - EBSERH.

Sumário

Artigo Científico	17
Abstract	23
Introdução.....	25
Metodologia	29
Relatos de Casos.....	33
Caso 1	33
Caso 2.....	36
Discussão.....	39
Conclusão	41
Referências	43
Anexos.....	47
Normas da Revista	47

Artigo Científico

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

Nascimento, L. F. A. Lia, E. N. Porto, S. S. O uso da hipnose clássica no manejo da dor e da ansiedade durante exodontia de terceiros molares inclusos: relato de casos. 2018.

Apresentado sob as normas de publicação do Revista Gaúcha de Odontologia

Folha de Título

O uso da hipnose clássica no manejo da dor e da ansiedade durante exodontia de terceiros molares inclusos: relatos de casos.

The use of classical hypnosis in the management of pain and anxiety during third molar extraction: cases report

Nascimento, L. F. A.¹

Lia, E. N.²

Porto, S. S.³

¹ Aluno de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

² Professora Associada 3 do Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília (UnB).

³ Cirurgiã Bucomaxilofacial do Hospital Universitário de Brasília – Ebserh/HuB

Correspondência: Profa Dr^a Erica Negrini Lia
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: ericalia70@gmail.com / Telefone: (61) 31071802

Resumo

O uso da hipnose clássica no manejo da dor e da ansiedade durante exodontia de terceiros molares inclusos: relatos de casos.

Quadros de medo e ansiedade, que podem ser confundidos com emergências médicas e até mesmo ser causa de evitação ou protelação de tratamentos, são comumente apresentados por pacientes frente à realização de procedimentos odontológicos. A hipnose é uma ferramenta passível de utilização pelo cirurgião-dentista para o controle do medo e da ansiedade, por ser uma técnica simples, segura e de baixo custo, além de ser reconhecida e regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia. O objetivo deste estudo é apresentar a hipnose como técnica de manejo do paciente ansioso em exodontias de terceiros molares inferiores, através do relato de dois casos clínicos desenvolvidos no Centro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário de Brasília - EBSEH.

Palavras-chave

Hipnose, ansiedade, dor, extração dentária.

Relevância Clínica

Casos de ansiedade odontológica são comuns e cabe ao cirurgião-dentista ter ferramentas para controlar ou resolver estes casos, a hipnose é uma ferramenta experimentada e que apresenta bons resultados no manejo da dor e ansiedade.

Abstract

The use of classical hypnosis in the management of pain and anxiety during third molar extraction: cases reports.

Anxiety and fear scenarios that may be confused with medical emergencies which could even lead to avoiding or procrastinating the treatment, are commonly presented, by patients, when dental procedures are required. Hypnosis is a tool that can be used by dental surgeons for fear and anxiety management, as it is a very simple and safe technique with a low cost, in addition to being recognized and regulated by the National Board of Odontology of Brazil. The objective of this study is to present hypnosis as a technique used to tackle patients' anxiety in exodontia of the third lower molars, through the report of two clinical cases developed in the Oral-Maxillofacial Surgery Centre of the University Hospital of the Federal University of Brasilia - EBSERH

Hypnosis, anxiety, pain, tooth extraction.

Introdução

O cirurgião-dentista(CD) lida frequentemente com pacientes que manifestam episódios de angústia e apreensão frente ao tratamento odontológico. Esse quadro, denominado ansiedade odontológica^{1,2}, configura por vezes uma barreira ao atendimento e atua como fator complicador, principalmente frente a procedimentos cirúrgicos³. Geralmente, sua manifestação ocorre de forma exagerada e irracional⁴. O manejo desse tipo de situação pelo CD é de extrema importância, visto que quadros de ansiedade odontológica podem ser confundidos com emergências médicas, como a hiperventilação, ataque de pânico, dentre outras, como diminuição do limiar doloroso³. Os conceitos de ansiedade e medo são inter-relacionados e ambos estão presentes no quadro de ansiedade odontológica. O medo é uma sensação persistente e irracional que leva à evitação ou fuga de estímulos externos³, ou de situações específicas². Considerando algo externo ao paciente, há um objeto causador do medo³, como por exemplo, uma caneta de alta rotação, seringa carpule ou instrumentais odontológicos diversos. Ainda, há uma característica importante associada ao medo, visto que sua manifestação ocorre geralmente frente a estímulos potencialmente nocivos e conhecidos previamente pelo paciente³. A ansiedade, por sua vez, é benéfica até certo ponto, pois prepara o indivíduo para um evento futuro², e é mais comum⁴. No caso da ansiedade odontológica, pode se manifestar como uma predição do estímulo doloroso⁵, indicando ainda a presença de algum perigo². Seu conceito é associado ao temor a algo que não existe no mundo real e não há objeto causador do sentimento³. Existem, para sua manifestação, gatilhos internos e externos, sendo os internos (sensações e sentimentos, lembranças de eventos passados e a própria fantasia do paciente) os que apresentam maior representatividade. O grau de intensidade desses gatilhos são os determinantes da manifestação do quadro de ansiedade³.

A etiologia da ansiedade odontológica é multifatorial^{3,6}, sendo influenciada principalmente por aspectos sociais e familiares, valendo ressaltar que essa influência é maior na infância. Além disso, destacam-se aspectos relacionados à personalidade e experiências passadas traumáticas relacionadas a procedimentos odontológicos anteriores^{3,6}.

O paciente que sofre de ansiedade odontológica comumente apresenta sinais como inquietação, midríase, sensação de formigamento das extremidades, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca³, além de sentimentos como tensão, apreensão, nervosismo e preocupação exagerada³. A intensidade da ansiedade odontológica também depende do procedimento a ser realizado³, sendo estímulos mais intensos desencadeados por intervenções invasivas como cirurgias, tratamentos endodônticos, restaurações, preparos para próteses fixas e tratamentos periodontais^{3,5}. Os procedimentos odontológicos que causam o maior aumento na intensidade da ansiedade e do medo são o anestésico seguido pelo cirúrgico³.

O CD possui meios de identificar e graduar o nível da ansiedade do paciente, através de escalas como a de Corah^{1,2,7}, próprias ao meio odontológico. A escala de Corah possui 4 perguntas que abrangem cenários antes da consulta, na sala de espera e na cadeira odontológica preparando-se para procedimentos. De acordo com o escore final alcançado o grau de ansiedade do paciente pode ser classificado como nulo, baixo, moderado e exacerbado^{1,2,7}. A relação entre a intensidade da ansiedade e a sensibilidade ao estímulo doloroso⁵ é conhecida, sendo relacionados altos níveis de ansiedade com limiares de dor reduzidos³. A dor não depende somente do estímulo que a causou⁸, uma vez que é um fenômeno complexo que envolve os componentes neurofisiológicos e psicológicos⁸ apresentando um forte componente subjetivo, em função de vivências culturais, emocionais, ambientais e do processo patológico associado⁹. Para avaliar a dor percebida pelo paciente existem diversas escalas validadas na literatura científica. Um exemplo é a escala gráfica número compartimentada (EGNC) na qual é apresentada ao paciente uma escala gráfica com números de 0 a 10, sendo 0 ausência de dor e 10 maior dor possível⁹. A avaliação da dor por meio da EGNC é rápida, bem assimilada pelo paciente pela facilidade de interpretação, bastando informar o número correspondente a dor percebida⁹.

O controle da ansiedade odontológica pode ser realizado por meio de métodos farmacológicos como benzodiazepínicos, por exemplo. Entretanto, há pacientes que apresentam contra-indicação para determinados medicamentos, ou que não se adaptam aos mesmos em função de efeitos adversos importantes.

Dessa forma, a utilização de métodos não farmacológicos, como a hipnose, podem ser extremamente úteis na prática clínica.

A hipnose é definida como é um estado natural no qual a atenção está focada, acompanhada pela dissociação do pensamento periférico e da redução a estímulos sociais⁴. A hipnose pode ser utilizada como adjuvante no tratamento de experiências traumáticas, além de controlar a dor e ansiedade⁴. Foi utilizada por mais de 200 anos para induzir anestesia no passado, antes do desenvolvimento da anestesia inalatória ⁴, destacando-se o médico escocês James Esdaile, que atuava na Índia durante o século XIX ¹⁰. A história da hipnose na área médica remonta ao século XVII com Franz Anton Mesmer, descritor e principal nome do “*magnetismo animal*”. Na Odontologia, os primeiros a relatar foram Branwell (1921) e Hawkes (1929)¹⁰. Basicamente, a hipnose hoje se divide em dois ramos principais, o da hipnose clássica (sugestões diretas por vezes autoritárias) e a hipnose ericksoniana (sugestões indiretas e permissivas)¹⁰. A hipnose induz um estado de relaxamento fisiológico e reduz a ansiedade, portanto pode ser utilizada como uma ferramenta valiosa durante a realização de procedimentos odontológicos⁴. O processo hipnótico é baseado na interação do sujeito e do hipnotista, neste processo o hipnotista trabalha para influenciar os pensamentos, comportamentos, sentimentos e percepções através das sugestões⁶. A sugestão é baseada na necessidade do sujeito⁶. A Lei Federal 5.081 de 24 de agosto de 1966¹¹ que regula o exercício da Odontologia no território brasileiro prevê a utilização da hipnose pelo CD no seu artigo 6º inciso V, além disso a Resolução 82/2008 de 25 de setembro de 2008¹² do Conselho Federal de Odontologia também regula o exercício da hipnose e de outras práticas integrativas e complementares. Por décadas a hipnose foi pesquisada e verificou-se a sua eficácia clínica no tratamento da dor e da ansiedade⁸.

O objetivo deste estudo foi apresentar a hipnose como técnica de manejo do paciente ansioso em exodontias de terceiros molares inferiores, através do relato de 2 casos clínicos, desenvolvidos no Centro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário de Brasília(CTBMF).

Metodologia

Crítérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, com boa saúde geral (ASA I e II), com indicação de exodontia bilateral de terceiros molares inclusos em posição simétrica¹³ e que alcançaram ao menos 6 pontos na escala de ansiedade de Corah. Foram excluídos pacientes que não responderam ao questionário de controle de dor pós-cirúrgico, pacientes que não retornaram para as etapas do estudo, e aqueles que por qualquer motivo resolvessem desistir de participar.

Pacientes

Foram convidados 2 pacientes que se declararam ansiosos na anamnese e na triagem do Centro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário de Brasília. Os pacientes foram esclarecidos acerca de todos os procedimentos e ambos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a sua realização.

Protocolo cirúrgico e anestésico

As cirurgias para remoção dos terceiros molares inferiores foram realizadas pelo mesmo operador, de acordo com a técnica descrita na literatura¹⁴, incisão, descolamento do retalho muco periosteal de espessura total, osteotomias, odontosseção com brocas em alta rotação sob irrigação abundante com soro fisiológico; remoção do dente seguida de curetagem, regularização óssea e irrigação abundante e sutura com fio de seda 3-0. As cirurgias foram realizadas em 2 etapas, com intervalo de 7 dias entre as mesmas, de tal forma que em cada dia somente um dente foi extraído (38 ou 48), sendo denominadas C1 e C2, respectivamente. Somente na 2ª cirurgia(C2) foi realizada a hipnose. O lado foi escolhido de acordo com a preferência do paciente. A anestesia seguiu a literatura¹⁵ sendo realizados os bloqueios dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal com mepivacaína a 2% associada à

adrenalina 1:100.000 seguindo as técnicas previstas na literatura¹⁵.

Protocolo medicamentoso pós-operatório

Após as cirurgias foi realizada a prescrição das seguintes medicações: 1) Amoxicilina 500mg: 21 cápsulas, administradas a cada 8 horas, durante 7 dias; 2) Nimesulida 100mg: 6 comprimidos, administrados a cada 12 horas, durante 3 dias; 3) Paracetamol 750mg: 12 comprimidos, administrados a cada 6 horas, durante 3 dias e 4) Digluconato de clorexidina 0,12%: bochechos de 15ml por 30 segundos, 3 vezes ao dia, iniciado 2 dias após a cirurgia.

Protocolo de aferição de sinais vitais e de intensidade dolorosa

Todos os dados coletados foram anotados em fichas individuais para cada paciente, disponíveis em anexo. Foram mensurados os sinais vitais, como pressão arterial (PA) e frequência cardíaca (FC); além da mensuração da intensidade da dor por meio da aplicação da escala EGNC em tempos determinados.

Para as aferições de PA e FC foi utilizado o Monitor de Pressão Arterial Automático (OMRON modelo HEM-7113 (OMRON HEALTHCARE, INC. Illinois, USA), de acordo com a seguinte ordem: (T1) - Consulta Inicial; (T2) - Dia da cirurgia, ao chegar para o procedimento; (T3) - 1 hora após T2 e imediatamente antes da cirurgia, sendo realizada em sala diferente da utilizada para a cirurgia; (T4) - Equipe pronta, sala cirúrgica em condições de receber o paciente para montagem final e início do procedimento, aferição realizada no momento pré-anestésico; (T5) - imediatamente após o procedimento anestésico; (T6) - realizada após a saída do paciente da sala cirúrgica na recepção interna do Centro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. O protocolo de aferição da intensidade dolorosa seguiu a seguinte ordem: 1ª Verificação - após o procedimento anestésico; 2ª Verificação - após o término da cirurgia; 3ª Verificação - 12 horas

após o término; 4ª Verificação - 24 horas após e 5ª Verificação - 48h após o término. Da 3ª a 5ª verificação foi utilizado contato telefônico via aplicativo WhatsApp, para evitar o esquecimento de preenchimento de fichas pelo paciente. A segunda cirurgia seguiu o mesmo protocolo, com a inclusão de sessão de hipnose entre T2 e T3. Foram anotados tempo cirúrgico total, droga anestésica utilizada e sua quantidade.

Coleta da entrevista

Ambos os pacientes foram entrevistados acerca de suas impressões sobre as duas etapas cirúrgicas, sob o formato de discurso livre. O entrevistador gravou e transcreveu as entrevistas, utilizando as próprias palavras dos pacientes.

Protocolo hipnótico

A sessão de hipnose foi realizada entre T2 e T3 da 2ª cirurgia(C2) e realizada em sala externa ao Centro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. Estiveram presentes somente hipnólogo e paciente, e antes do início da sessão, foram realizados esclarecimentos sobre a hipnose e retirada de dúvidas. Na sequência, foi realizada a indução de acordo com a técnica de Dave Elman conforme os passos descritos: 1ª etapa - relaxamento de pálpebras e teste de abertura após o relaxamento; 2ª etapa - abertura e fechamento das pálpebras - sugestão de aprofundamento a cada ciclo, repetido 3 vezes; 3ª etapa - teste do relaxamento corporal - levantamento do braço e soltura sobre a coxa; 4ª etapa - relaxamento da mente - Contagem regressiva de 20 a 1 junto ao alfabeto em ordem crescente (um número e uma letra), 5ª etapa - estabelecimento do signo-sinal para re-induções rápidas ao estado hipnótico. O processo hipnótico escolhido é baseado nas premissas da hipnose clássica devido sua rapidez na indução ao transe e facilidade de implantação das sugestões. A âncora de local seguro foi criada utilizando-se sugestões mais abertas possíveis para evitar contaminação na imaginação da

paciente. As sugestões seguiram o padrão: "Imagine-se naquele lugar, onde não há nada capaz de te incomodar, pode ser uma praia, um sítio, seu quarto, a casa da sua avó, não sei como é seu lugar, mas você sabe e está nele agora"; " Imagine este lugar com o máximo de detalhes possíveis, como se você pudesse andar nele, sentir a areia nos pés ou mesmo as folhas da floresta, quem sabe ainda poder tocar nos móveis ou sentir o vento, este lugar é seu então traga o máximo de detalhes de cada lugarzinho, deixando este local o mais vivo possível"; " Neste local que você está andando, vendo cada aspecto dele". Concluída a construção do local seguro é instalada uma âncora ligada a cadeira da sala cirúrgica, esta âncora é a responsável pela ativação dos efeitos assim que a paciente senta na cadeira.

Relato dos casos

Caso 1

Paciente sexo feminino, 19 anos, compareceu para primeira consulta de avaliação acerca da necessidade de extração dos terceiros molares (18,28,38 e 48), classificação 2B¹³. Durante a anamnese, a paciente demonstrou ser ansiosa e apresentou muitas dúvidas frente ao procedimento. Informou que já havia consultado outros profissionais e apresentava receio quanto ao procedimento e ao risco de parestesia. Relatou ainda apresentar muita ansiedade relacionada ao ato de ir ao consultório odontológico para exames ou procedimentos. O escore alcançado pela escala de Corah foi de 7 pontos. No primeiro momento cirúrgico(C1), foi realizada a exodontia do dente 48. A paciente se apresentou em boas condições, acompanhada por familiares e as aferições dos sinais vitais e da intensidade da dor foram realizadas nos tempos determinados, de acordo com o protocolo descrito. Durante as manobras de extração, a paciente relatou dor, sendo de imediato verificada a abrangência do território anestesiado. O operador esclareceu sobre a percepção da pressão, fato que poderia ser confundido com dor, durante a cirurgia e o procedimento continuou normalmente. A duração de todo o procedimento cirúrgico foi de exatos 30 minutos, com uso de 3 tubetes de mepivacaína 2% + epinefrina 1:100.000 (5,7mL).

Na visão da paciente, a primeira cirurgia foi como segue o relato *ipsis litteris*: “Sentia muita dor, muito medo, ansiedade. Foi ruim na hora de tirar o dente e na pós cirurgia inchou bastante ficou muito dolorido passei uma semana dormindo sentada não consegui engolir a saliva; doía muito na hora de comer não tava conseguindo comer nada sólido até o terceiro dia. A bochecha ficou muito inchada e os pontos demorou um pouco a cicatrizar. Saiu pouco sangue na primeira cirurgia, tomei muita dipirona porque eu estava sentindo muita dor direto; para escovar os dentes foi muito difícil. A bochecha inchou muito que eu não conseguia fechar os dentes. Demorou muito até desinchar até a retirada dos pontos”.

Para a segunda cirurgia, novamente, a paciente chegou acompanhada por familiares e informou estar ansiosa com a procedimento. Foi realizada a exodontia do dente 38. O mesmo protocolo de aferições foi seguido, sendo a única diferença a realização da sessão de hipnose entre T2 e T3 (no espaço de 1 hora de aguardo). Foi realizada a extração do dente 38, que ocorreu sem intercorrências e sem nenhum tipo de manifestação da paciente sobre dores ou incômodos. Foram realizadas aferições fora do protocolo, a pedido da cirurgiã, pois a paciente “aparentava estar sedada - palavras da cirurgiã”. Todo o procedimento cirúrgico durou novamente exatos 30 minutos com uso de 2 tubetes de mepivacaína 2% + epinefrina 1:100.000 (3,6ml). Os resultados obtidos a partir da mensuração dos sinais vitais e da intensidade dolorosa da primeira (C1) e segunda cirurgia (C2) encontram-se nas Figuras 1, 2 e 3.

Na visão da paciente, a segunda cirurgia foi como segue o relato *ipsis litteris*: “*Eu não estava preparada para segunda cirurgia, fui pega de surpresa quando fui tirar os pontos da primeira, mas foi bem mais tranquilo. Teve a primeira sessão de hipnose e na hora da anestesia e na hora de começar a tirar o segundo dente foi mais tranquilo. Na hora de tirar o dente eu não fiquei com muito medo e não doeu tanto quanto a primeira foi mais tranquilo até na recuperação! Eu já consegui escovar os dentes tranquilo e minha bochecha não inchou muito, tava conseguindo comer melhor. Na hora de engolir não doía tanto quanto na primeira; eu tomei dipirona menos do que na primeira, não senti tanta dor nem tanto incômodo quanto a primeira foi uma cirurgia mais tranquila tanto na recuperação, porém, na segunda cirurgia sangrou mais do que a primeira, mas a recuperação foi mais rápida e melhor”.*

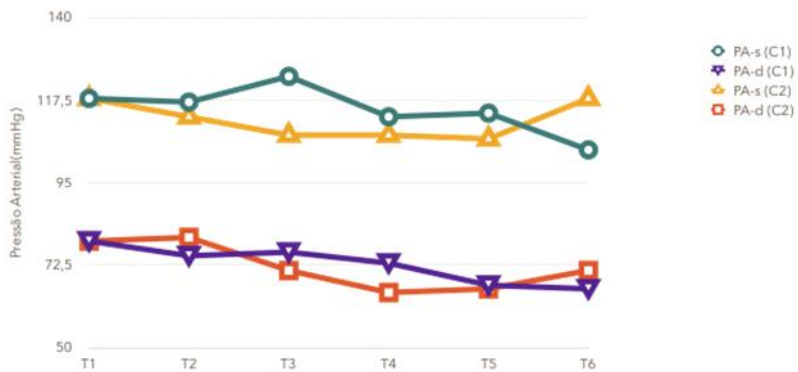


Figura 1: Pressão arterial sistólica (PA-s) e diastólica (PA-d) na 1ª e 2ª cirurgias (C1 e C2), nos tempos T1 a T6 (Caso 1).

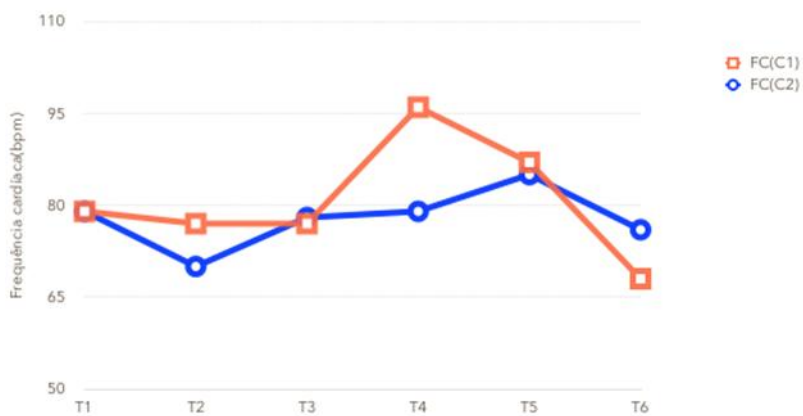


Figura 2: Frequência cardíaca (FC) na 1ª e 2ª cirurgia (C1 e C2), nos tempos T1 a T6 (Caso 1).

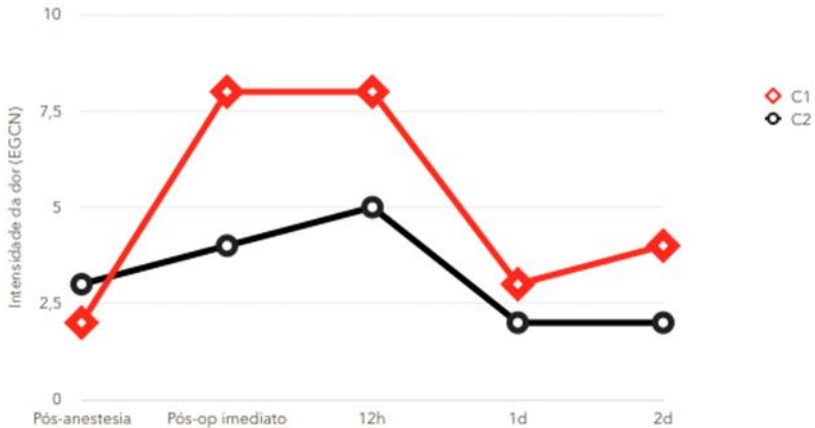


Figura 3: Intensidade dolorosa (EGCN) nos tempos pós-anestesia, pós-operatório imediato, 12, 24 e 48 horas após a 1ª e 2ª (C1 e C2) cirurgia (Caso 1).

Caso 2

Paciente do sexo feminino, 19 anos, compareceu ao setor CTBMF com encaminhamento para exodontias dos terceiros molares. Já havia sido avaliada por outro profissional que solicitou uma tomografia para avaliar a proximidade dos dentes 38 e 48, classificação 2C¹³, aos seus respectivos nervos alveolares inferiores. Diante da informação sobre o risco de parestesia, seu grau de ansiedade e o da mãe que a acompanhava eram altos. O escore de ansiedade obtido por meio da aplicação da escala de Corah foi de 13 pontos.

No dia da primeira cirurgia (C1) foi realizada a extração do 48; a paciente estava acompanhada pela mãe. A cirurgia transcorreu sem nenhuma complicação ou intercorrência. Todo o procedimento cirúrgico durou 45 min e foram utilizados 3,5 tubetes de Mepivacaína 2% + Epinefrina 1:100.000 (6,3 ml).

O relato *ipsis litteris* da paciente relativo à primeira cirurgia foi o seguinte: “A primeira cirurgia foi bem dolorosa pra mim; eu acabei sentindo muitas dores principalmente durante o processo e no mesmo dia as dores continuaram muito fortes e foi bem difícil pra

comer e dormir também. Foram uns 3 dias com dores, mas foi regredindo e pra mim, o pior momento foi a cirurgia em si, que foi bem angustiante e logo que acabou a dor estava bem intensa”.

Na segunda cirurgia (C2) foi realizada a extração do dente 38. Todo o protocolo foi novamente seguido, sendo a única diferença a realização da sessão de hipnose realizada entre T2 e T3. A paciente novamente foi acompanhada da mãe, mostrou-se curiosa pelo processo e foi cooperativa. A cirurgia ocorreu sem nenhuma intercorrência; e a paciente se manteve relaxada durante todo o procedimento. Todo o procedimento cirúrgico durou 1 hora e foram utilizados 3,5 ml tubetes de mepivacaína 2% + epinefrina 1:100.000. Os resultados obtidos a partir da mensuração dos sinais vitais e da intensidade dolorosa da primeira (C1) e segunda cirurgia (C2) encontram-se nas Figuras 4, 5 e 6. O relato *ipsis litteris* da paciente sobre a segunda cirurgia: “ A segunda cirurgia eu tava com mais medo da dor que eu poderia sentir, o que não aconteceu, eu senti sim dor durante mas comparado com a primeira não foi quase nada então eu acabei saindo da cirurgia muito tranquila e foi muito mais fácil fazer outras coisas porque eu não tava com aquela dor aguda”

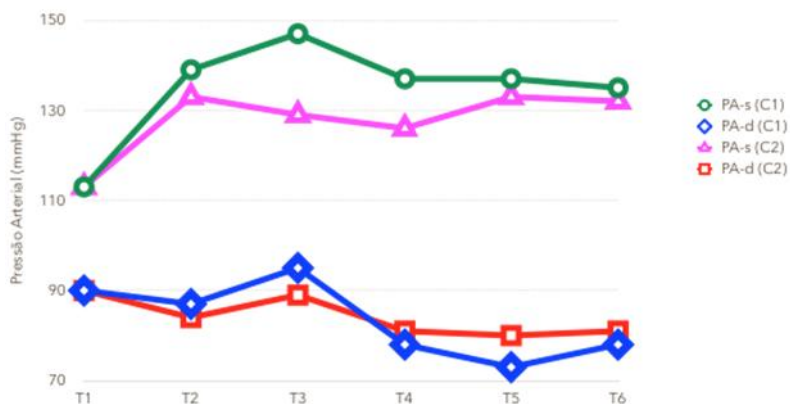


Figura 4: Pressão arterial sistólica (PA-s) e diastólica (PA-d) na 1ª e 2ª cirurgias (C1 e C2), nos tempos T1 a T6 (Caso 2).

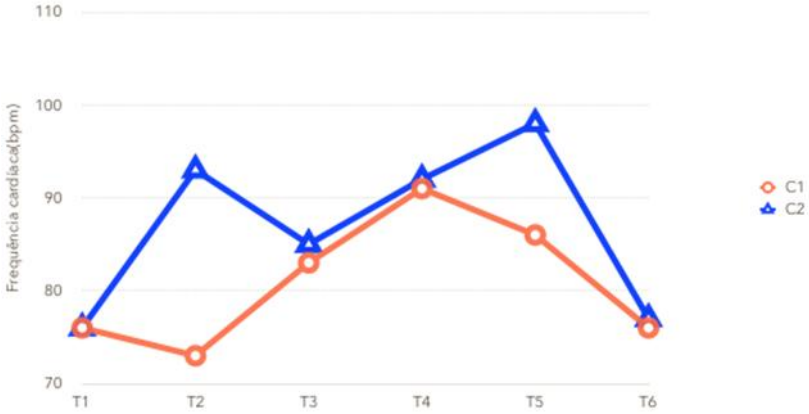


Figura 5: Frequência cardíaca (FC) na 1ª e 2ª cirurgia (C1 e C2), nos tempos T1 a T6 (Caso 2).

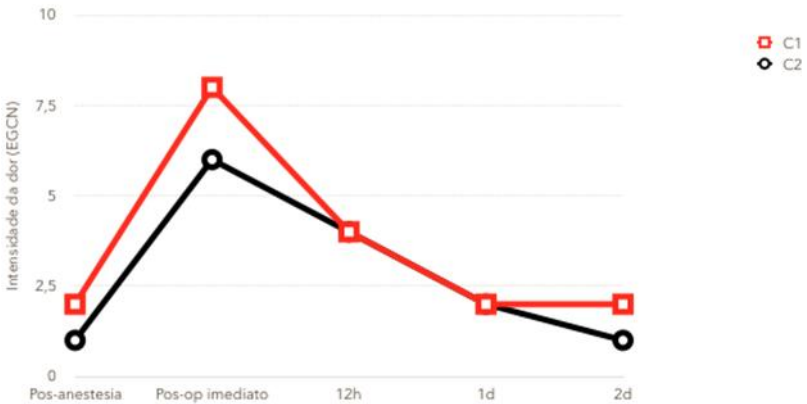


Figura 6: Intensidade dolorosa (EGCN) nos tempos pós-anestesia, pós-operatório imediato, 12, 24 e 48 horas após a 1ª e 2ª (C1 e C2) cirurgia (Caso 2).

Discussão

O objetivo deste trabalho foi apresentar a hipnose como técnica de manejo da dor e da ansiedade de pacientes submetidos a exodontias de terceiros molares. Decompondo as cirurgias em três etapas, sendo a 1º etapa - T3 a T6 (PA e FC); a 2º etapa - mensuração da intensidade dolorosa pós anestésica e pós cirúrgica; a 3º etapa - mensuração da intensidade dolorosa durante o repouso pós cirúrgico, é possível verificar com maior clareza os resultados obtidos.

A pressão arterial é resultado do produto entre o débito cardíaco e a resistência vascular periférica e encontra-se aumentada em situações de dor e de ansiedade, em particular a pressão sistólica. A elevação da pressão arterial se dá pelo mecanismo de estimulação do sistema nervoso autônomo simpático, quando há liberação de adrenalina pela medula adrenal, levando à vasoconstrição periférica e aumento do débito cardíaco, em função da estimulação de receptores alfa-1 e beta-1, respectivamente¹⁶. Portanto, é esperado que, diante do alívio da ansiedade e da dor, ocorra diminuição da frequência cardíaca e pressão arterial. Nos casos estudados, após a hipnose, foi observada diminuição da percepção à dor, tanto pela aplicação da escala, quanto pelo próprio relato dos pacientes. As alterações da pressão arterial e frequência cardíaca ainda que discretas, sugerem a eficácia da técnica da hipnose. Porém, o mais relevante é a descrição da percepção dos próprios pacientes, que afirmaram ter melhor enfrentamento do processo cirúrgico quando hipnotizados.

Destaca-se a percepção positiva dos pacientes frente ao uso da hipnose(i), como verificado nas segundas cirurgias, no caso 1 - *“...não senti tanta dor nem tanto incômodo quanto a primeira foi uma cirurgia mais tranquila...”* e no caso 2 - *“a segunda cirurgia eu tava com mais medo da dor que eu poderia sentir, o que não aconteceu, eu senti dor durante mas comparado com a primeira não foi quase nada...”*. Nos dois casos, o receio da dor percebida na primeira cirurgia foi neutralizado na segunda cirurgia após a sessão de hipnose.

Na literatura científica, a hipnose apresenta bons resultados na redução dos índices de dor e ansiedade^{6,8,17}, sendo reconhecida como uma ferramenta de uso auxiliar da medicina para resolução de doenças somáticas e psicossomáticas¹⁷ e redução de frequência cardíaca e pressão arterial frente a estímulos estressores^{8,17}.

Este trabalho foi desenvolvido como um projeto piloto, a fim de subsidiar futuras pesquisas sobre o tema, com a finalidade de verificar de forma mais apurada a efetividade da hipnose no manejo da dor e ansiedade dos pacientes cirúrgicos.

Conclusão

A hipnose foi eficaz em reduzir a ansiedade e a percepção da dor nos casos estudados, de acordo com o relato dos pacientes.

Referências

1. Presoto CD, Cioffi SS, Dias TM, Loffredo L de CM, Campos JADB. Escala de ansiedade odontológica: Reprodutibilidade das respostas dadas em entrevistas telefônicas e pessoais. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2011;11(2):205–10.
2. Pereira V, Barreto R, Pereira G, Cavalcanti H. Avaliação dos Níveis de Ansiedade em Pacientes Submetidos ao Tratamento Odontológico. *Rev Bras Ciências da Saúde [Internet]*. 2013;17(1):55–64. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/15985/9405>
3. Medeiros, L. A. ; Ramiro, F. M. S. ; Lima, C. A. A. ; Souza, L.M.A. ; Fortes, T. M. V. ; Groppo FC. Avaliação do grau de ansiedade dos pacientes antes de cirurgias orais menores. *Rev Odontol UNESP*. 2013;42(5):357–63.
4. Spiegel D. Special Article. *Depress Anxiety*. 2013;352:342–52.
5. Diercke K, Bürger GD, Bermejo JL, Lux CJ, Brunner M. The management of dental anxiety and impact of psychosomatic factors on dentistry : Is recent scientific research translated into German dental practices ? 2012;
6. Appukuttan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: Literature review. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2016;8:35–50.
7. Corah N. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res [Internet]*. 1969;14214. Available from: <http://jdr.sagepub.com/content/48/4/596.extract>
8. Brugnoli MP, Pesce G, Pasin E, Basile MF, Tamburin S, Polati E. The role of clinical hypnosis and self-hypnosis to relief pain and anxiety in severe chronic diseases in palliative care: a 2-year long-term follow-up of treatment in a nonrandomized clinical trial. *Ann Palliat Med [Internet]*. 2018;7(1):17–31. Available from: <http://apm.amegroups.com/article/view/17664/18505>

9. Andrella GDEQ, De PMP, Maria S, Fonseca P. Estudo comparativo entre duas escalas de dor e a aplicação em doentes. *Estudos*. 2007;34(1/2):21–34.
10. Montenegro G, Alves L, Zaninotto AL, Falcão DP, de Amorim RFB. Hypnosis as a Valuable Tool for Surgical Procedures in the Oral and Maxillofacial Area. *Am J Clin Hypn* [Internet]. 2017;59(4):414–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/00029157.2016.1172057>
11. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03) Lei Nº5,081 de 24 de agosto de 1966 – Regula o exercício da Odontologia {Acesso em 14/10/2018} Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5081.htm
12. Conselho Federal de Odontologia (<http://www.cfo.org.br>) Resolução CFO 82, de 25 de setembro de 2008 – Reconhece e regulamenta o uso pelo Cirurgião-Dentista de práticas integrativas e complementares a saúde bucal {Acesso em 14/10/2018} Disponível em <http://transparencia.cfo.org.br/ato-normativo/?id=1282>
13. Pell GJ, Gregory BT. Impacted mandibular third molars classification and modified technique for removal. *Dental Dig*. 1933; 39: 330-8.
14. Hupp. J.R. Edward Ellis III, Tucker, M. R. *Cirurgia Oral e Maxilofacial contemporânea* 5ª Edição Rio de Janeiro, Elsevier, 2009.
15. Malamed, S. F. *Manual de Anestesia Local*. 6ª Edição Rio de Janeiro, Elsevier 2013.
16. Guyton, A. C. Hall, J.E *Tratado de Fisiologia Médica* 11ª Edição Rio de Janeiro, Elsevier 2006.
17. Kazem S, Alsadat M, Mesgarzadeh V, Shahidi A, Halaj A. Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia , pain perception , control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars : A case e control study. *J Cranio-Maxillofacial Surg*

[Internet]. 2013;41(4):310–5. Available
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2012.10.009>

from:

Anexos

Normas da Revista



ISSN 1981-8637 *versão impressa*
ISSN 1981-8637 *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

-) [Forma e preparação de manuscritos](#)
-) [Envio de manuscritos](#)

Acesso final em 01/10/2018

(Forma e preparação de manuscritos)

Submissão de trabalhos

Serão aceitos trabalhos acompanhados de declaração de responsabilidade, declaração de concordância com a cessão de direitos autorais e carta assinada por todos os autores, com descrição do tipo de trabalho e da área temática e a principais contribuições do estudo para a área

Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores deverão providenciar permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Autoria: o número de autores deve ser coerente com as dimensões do projeto. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

A **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia** considera aceitável o limite máximo de 6 autores por artigo. Entretanto, poderá admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados, em folha separada, de justificativa convincente para a participação de cada um dos autores.

Os manuscritos devem conter, na página de identificação, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

Apresentação do manuscrito

O texto deverá ser digitado em fonte Arial tamanho 12, com espaço entrelinhas 1,5 cm. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm).

Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação. Para esclarecimentos de eventuais dúvidas quanto à forma, sugere-se consulta a este fascículo.

Os artigos devem ter, no máximo, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de Digital Object Identifier (DOI), este deve ser informado.

Versão reformulada: a versão reformulada deverá ser encaminhada por e-mail, indicando o número do protocolo e o número da versão. Os autores deverão enviar apenas a última versão do trabalho. O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, os autores deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados.

Os prazos fixados para nova submissão dos originais corrigidos serão informados no ofício que acompanha os originais e deverão ser rigorosamente respeitados.

A nova submissão fora dos prazos estipulados acarretará no cancelamento definitivo do processo de avaliação e a devolução definitiva dos originais.

Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a sequência apresentada abaixo:

Especialidade ou área da pesquisa: uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato a especialidade ou área à que pertence a pesquisa.

Título: a) título completo em português e inglês ou espanhol, devendo ser conciso, evitando excesso das palavras, como “avaliação do...”, “considerações

acerca de...”, “estudo exploratório”; b) short title com até 50 caracteres em português (ou espanhol) e inglês.

Autoria: a) nome de todos os autores por extenso, indicando o Departamento e/ou Instituição a que pertencem (incluindo indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados os autores); b) será aceita uma única afiliação por autor. Os autores deverão, portanto, escolher dentre suas afiliações aquela que julgarem a mais importante; c) todos os dados da afiliação devem ser apresentadas por extenso, sem nenhuma abreviação; d) endereço completo para correspondência de todos os autores, incluindo o nome para contato, telefone e e-mail. Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores. Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

Resumo: a) todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês; b) para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações; c) não deve conter citações e abreviaturas. Termos de indexação: correspondem às palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Bireme.

Introdução: deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos: devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações, incluindo os procedimentos adotados, universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico. Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nomes genéricos, doses e vias de administração. Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula. Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do parecer de aprovação. Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados: devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

Tabelas, quadros, figuras e gráficos devem ser limitados a seis no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas. Os gráficos devem ser enviados sempre acompanhados dos respectivos valores numéricos que lhes deram origem e em formato Excel. Os autores se responsabilizam pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas deverão ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 dpi. Na apresentação de imagens e texto, deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O paciente não poderá ser identificado ou reconhecível nas imagens.

Discussão: deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas. Não repetir em detalhes dados ou outros materiais já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

Conclusão: parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo. As conclusões devem ser precisas e claramente expostas, cada uma delas fundamentada nos objetos de estudo, relacionado os resultados obtidos com as hipóteses levantadas. Evidenciar o que foi alcançado com o estudo e a possível aplicação dos resultados da pesquisa; podendo sugerir outros estudos que complementem a pesquisa ou para questões surgidas no seu desenvolvimento. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no estilo Vancouver. Nas referências com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina et al. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências.

Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação,

dissertações, teses e de textos não publicados (aulas, entre outros). Livros devem ser mantidos ao mínimo indispensável uma vez que refletem opinião dos respectivos autores e/ou editores. Somente serão aceitas referências de livros mais recentes. Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo no prelo), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Citações bibliográficas no texto: utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Documentos

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de responsabilidade, (2) Transferência de direitos autorais e (3) Contribuições do artigo, nos quais constarão:

-) Título do manuscrito
-) Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito)
-) Autor de contato
-) Data

1. Declaração de Responsabilidade: Certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo,

não omitindo quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo; - Certifico que o manuscrito é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra Revista e não o será, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

2. Transferência de Direitos Autorais: Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia** passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, vedado a qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista.: Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia** passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, vedado a qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista.

3. Contribuições do artigo: Destacar as principais contribuições do estudo para a área em que se insere

