

O USO DA SEDAÇÃO CONSCIENTE EM ODONTOPEDIATRIA: ESTÁGIO ATUAL DA QUESTÃO

THE USE OF THE CONSCIOUS SEDATION IN PEDIATRIC DENTISTRY: CURRENT APPRENTICESHIP OF THE SUBJECT.

COUTINHO, Thereza Cristina Lopes*

RESUMO: A autora apresenta uma revista da literatura acerca do uso da sedação consciente em Odontopediatria, estágio atual da questão, abordando os agentes farmacológicos mais utilizados em crianças, incluindo a farmacologia, indicações, contra-indicações, reações colaterais e dosagens dos mesmos.

UNITERMOS: Sedação Consciente; Odontopediatria, Farmacologia; Controle de Comportamento.

SUMMARY: The author presents a literature review about the use of conscious sedation in Pediatric Dentistry, state of art, concerning the most used agents in pedodontic patients, including its pharmacology, indications, counter-indications, side-effects and dosages.

KEY WORDS: Conscious Sedation; Pediatric Dentistry; Pharmacology; Behavior Management.

INTRODUÇÃO

Embora os avanços no tratamento dentário para as crianças tenham tornado possível tratar qualquer paciente infantil, ocasionalmente, o odontopediatra ainda se depara com uma criança que é incapaz de cooperar com ele, devido a problemas emocionais ou físicos. Estes problemas podem manifestar-se na mais tenra idade; nas crianças apreensivas, imaturas emocionalmente, assustadas ou agitadas, ou ainda, em crianças com deficiência mental ou física.

Segundo WEDDELL & JONES³⁴, o controle do comportamento infantil em Odontologia pode ser dividido em três categorias básicas: *psicológico, físico e farmacológico*, este último abrangendo a sedação e a anestesia geral. De acordo com estes autores, os pacientes que apresentam problemas de comportamento como medo, histeria, resistência e agressão; e condições incapacitantes ou falta de condições físicas ou mentais de enfrentar a situação, podem ser considerados como candidatos à sedação.

Entretanto, ainda hoje, existe uma ampla diversidade de opiniões quanto às indicações para a sedação em Odontopediatria e à seleção e uso de medicamentos. A dificuldade de se medir precisamente respostas subjetivas como medo, ansiedade e cooperação tem contribuído para esta controvérsia.

Assim, em decorrência da importância do assunto, este trabalho tem por objetivo apresentar, através de uma revista da literatura, o estágio atual do uso da sedação consciente em Odontopediatria.

REVISTA DA LITERATURA

1. Conceito

De acordo com STACY³², o termo "sedação" tem sido definido de várias maneiras. Para propósitos práticos, e para contrastar o estado da sedação com o da anestesia geral, o autor considera o primeiro como

sendo "o estado induzido por um ou mais medicamentos, no qual o paciente permanece consciente, mas apresenta-se menos apreensivo. Os reflexos de proteção (deglutição e tosse) estão mantidos, e o paciente responderá os comandos verbais. Poderá haver uma diminuição da sensibilidade dolorosa, porém a anestesia local é necessária. Amnésia total ou parcial pode ocorrer".

2. Objetivos

Os objetivos da sedação consciente, segundo a Academia Americana de Odontopediatria² são:

- a) proporcionar o bem-estar do paciente;
- b) controlar seus movimentos, para permitir que o odontopediatra execute um tratamento de qualidade;
- c) permitir que o paciente volte ao estado de alerta ao término da consulta;
- d) produzir uma atitude psicológica positiva em relação a tratamentos futuros.

3. Indicações

KING & BERLOCHER¹⁹ afirmam que a sedação está indicada como uma auxiliar, junto com uma abordagem psicológica apropriada, para permitir que uma criança ansiosa aceite suas primeiras experiências dentárias sem agitação emocional exagerada, ou para permitir o tratamento de crianças muito pequenas, "pre-cooperadoras", cuja a única alternativa seria a anestesia geral.

De acordo com MUSSELMAN & McCLURE²⁵, nesta situação, as crianças são tão jovens, que o estabelecimento de uma comunicação adequada entre o dentista e a criança é impossível, uma vez que a comunicação verbal pode ter pouco significado para elas. Por sua vez, MOODY et al.²⁴ relatam que a sedação também é indicada para crianças mais velhas, com distúrbios emocionais, que estão estressadas psicologicamente pelo ambiente e recusam-se a permitir o tratamento dentário.

*Especialista e Mestre em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense

Contudo, o emprego prudente das drogas, no controle de comportamento, depende do treinamento, experiência e julgamento do profissional⁹.

Na técnica de sedação consciente, é preciso escolher o agente que melhor se adapte ao tipo de paciente, bem como a natureza do tratamento a ser executado. É necessária uma história médica completa, devidamente documentada, a fim de determinar se o paciente pode ser submetido à sedação. Isso, juntamente com um exame recente, feito nas últimas semanas, constituem a "avaliação do risco" ou avaliação do estado fisiológico, que deve incluir uma revisão dos sistemas do paciente, com observação específica sobre o desimpedimento das vias aéreas. Os sinais vitais básicos devem ser indicados, assim como o peso e a idade da criança¹¹.

A Associação Americana de Anestesiologistas (ASA)² recomenda que somente nos pacientes em que não exista nenhum distúrbio orgânico, fisiológico, bioquímico ou psiquiátrico, ou que apresentem doenças sistêmicas leves à moderadas, sem limitações físicas significantes (pacientes Classe I e II da classificação da ASA) podem ser considerados como candidatos à sedação consciente.

4. Instruções aos pais

Previamente ao uso da sedação, deve-se obter uma permissão por escrito dos pais ou do responsável legal pela criança. Eles devem ser informados de forma clara e concisa dos procedimentos usados, medicamentos, complicações e seqüelas que podem afetar seus filhos antes, durante ou depois do tratamento, devendo receber também um roteiro para ser usado na preparação da criança para a consulta, constando o número do telefone do dentista, caso surja alguma pergunta ou problema¹¹.

As informações que devem ser dadas aos pais são as seguintes^{1, 11, 17}:

1. O paciente não deve tomar nada por via oral, 3 a 4 hs antes da consulta, no caso de crianças de 3 a 6 anos; e 8 hs antes, no caso de crianças de 7 anos ou mais. Nada de leite ou sólidos depois da meia-noite, antes da consulta, para reduzir a sensação de náusea;

2. Um dos pais deve acompanhar a criança, e nunca deixá-la sozinha, enquanto estiver sob os efeitos do medicamento;

3. Devido à tendência às tonturas, e descontrole por várias horas, a criança deve ser mantida dentro de casa e vigiada de perto, após a consulta;

4. Ao acordar, a criança sentirá sede, e o primeiro líquido deve ser água pura. Depois, podem ser ingeridos sucos de frutas em pequenos goles. Alimentos moles, não muito quentes, podem ser ingeridos quando a criança tiver vontade.

ELBADRAWY & RIEKMAN¹⁵ pesquisaram a aceitação da técnica de sedação pelos pais, e obtiveram como resultado que cerca de 90,2% a consideravam

efetiva e permitiriam que seus filhos fossem tratados novamente por este método.

5. Dose pediátrica

O paciente odontopediátrico não é meramente um adulto em miniatura. As funções fisiológicas nas crianças podem variar consideravelmente e, assim, a dose deve ser estabelecida conforme o peso da criança, o que permite maior rigor de prescrição e uniformidade²³.

A fórmula de dosagem infantil mais utilizada é a fórmula de CLARK, que baseia-se no peso corporal da criança⁴:

$$\text{Dose da criança} = \frac{\text{peso da criança (Kg)} \times \text{dose de adulto}}{70}$$

Para o cálculo aproximado do peso corporal (Kg) de crianças, utiliza-se a seguinte fórmula⁴:

$$\text{Idade da criança} \times 2 + 9 = \text{peso corporal (Kg) aprox. da criança}$$

6. Classificação dos medicamentos

Os medicamentos mais utilizados para a sedação consciente, em Odontopediatria, dividem-se, de acordo com suas propriedades farmacológicas, nas seguintes categorias: *ansiolíticos (benzodiazepinas)*, *hipnótico-sedativos (hidrato de cloral)* e *fenotiazinas (prometazina)*.

A seguir, esses medicamentos serão brevemente discutidos, especificando, exclusivamente, a administração por via oral. Essa via deve ser a preferida por crianças, pois é segura, de fácil administração, boa aceitabilidade e menos onerosa^{4,23}.

BENZODIAZEPINAS

Diazepam (ex: Valium[®])

O diazepam é um agente tranqüilizante e anticonvulsivante que foi sintetizado em 1961, por Steinbach & Reader, em Nova Jersey. É um pó pálido, amarelo cristalino, virtualmente inodoro, sendo lipossolúvel e insolúvel na água¹⁶.

Em 1965, PEABODY²⁶ relatou a administração do diazepam por via oral, a 2.000 "crianças problemáticas", concluindo que era o melhor medicamento para estes casos. Posteriormente, vários pesquisadores^{5, 7, 8, 10, 21, 22, 27} obtiveram excelentes resultados clínicos com o diazepam, relatando que o mesmo promovia situações operatórias satisfatórias, e seria uma alternativa útil, ao invés da anestesia geral, para crianças muito ansiosas.

Este medicamento tem efeito depressor no Sistema Nervoso Central (SNC). Um fator importante é a larga margem de segurança entre as doses terapêuticas e tóxicas, sendo difícil de se administrar uma sobredosagem. Por essa razão, é comumente usado em Odontopediatria, para *alívio da tensão e ansiedade de moderada a extrema*¹⁶.

A forma oral é bem absorvida pelo trato gastrointestinal (GI), cerca de 30 minutos, atingindo ní-

vel sangüíneo máximo, duas horas após a administração. Uma hora após a ingestão, quase 90% do efeito máximo já é notado. É biotransformado no fígado e excretado pela urina. A duração de seu efeito é de aproximadamente três a quatro horas; entretanto, os produtos resultantes de sua biotransformação levam a prolongado nível sangüíneo subclínico (2 a 3 dias) do medicamento, e a uma depressão potencial dos reflexos motores^{9,16,21}.

O diazepam não deve ser administrado em crianças com menos de 06 meses de idade, com glaucoma agudo de ângulo estreito, disfunções hepáticas ou renais, ou que apresentem hipersensibilidade à droga. Como reações colaterais apresenta: sonolência, tonteira, fadiga, alteração da salivação, diplopia e ataxia¹⁶.

A posologia para as crianças é de 0,2 mg/kg de peso, sendo a dose dividida em três administrações. A primeira ao deitar, na noite anterior à consulta; a segunda dose ao acordar, no dia da consulta (quando marcada para depois das 12 hs); e a terceira, uma hora antes da consulta. Nas consultas realizadas na parte da manhã, não é feita a administração do medicamento ao acordar^{11,19}.

HIPNÓTICO-SEDATIVOS

Hidrato de cloral

O hidrato de cloral é um hipnótico-sedativo relativamente seguro e rapidamente eficaz, sendo amplamente empregado na prática odontopediátrica. Foi desenvolvido por Liebig, em 1832, e introduzido como um hipnótico por Liebrich, em 1869. Apresenta-se como uma substância cristalina branca ou incolor, com um odor penetrante e desagradável, e um sabor cáustico e amargo. É solúvel na água, álcool, éter, clorofórmio e óleos estáveis e voláteis^{29,30}.

BOYD & MANFORD⁷, em 1945, relataram o uso do hidrato de cloral como pré-medicação em crianças, descrevendo-o como sendo seguro e razoavelmente satisfatório. A partir daí, estudos clínicos^{3, 6, 13, 14, 18, 24, 29, 31, 35} em crianças demonstraram o sucesso de seu uso como sedativo, na grande maioria dos casos.

Ele age produzindo sedação e hipnose, através de seu efeito depressivo no SNC. Não produz efeitos analgésicos, e excitação ou delírio podem surgir na presença de dor. O hidrato de cloral é irritante para a pele e membrana mucosa e, também, para o trato GI. O início de sua ação é imediato, desenvolvendo hipnose em 30-60 minutos após a administração oral, continuando por quatro a oito horas. É biotransformado no fígado e excretado via renal³⁰.

O hidrato de cloral é indicado para *controle e alívio da ansiedade em crianças pré-escolares (até 3 anos)*. As contra-indicações incluem: insuficiência hepática ou renal, hipersensibilidade à droga, gastrite, doença cardíaca severa e asma brônquica. Pode apresentar como reações colaterais, ligeira depressão respiratória e da pressão sangüínea, náusea, vômito e vertigem^{29, 30}.

Ele pode ser associado à prometazina que, por ser antiemético, reduz a sensação de náusea e ainda

potencializa o seu efeito sedativo²⁹. O hidrato de cloral deve ser administrado com a criança em jejum (duas horas antes). A dosagem é de 50 a 70 mg/kg de peso de hidrato de cloral, 20% em veículo xaroposo; ou de 70 a 100 mg/kg do medicamento, associado a 3 mg de prometazina¹⁴.

Ao administrar-se este medicamento, a região pericubal da criança deve ser protegida com vaselina ou pomada, para prevenir irritação de pele, se a criança cuspir ou regurgitar o medicamento. Deve-se respeitar um intervalo mínimo de uma semana entre as administrações, para que não ocorra a tolerância ou a dependência à droga. No Brasil, o medicamento é usado com sucesso na Odontologia para bebês; entretanto, como a droga não existe comercialmente, é necessária a sua manipulação em farmácias especializadas, a partir do cristal importado¹⁴.

FENOTIAZINAS

Prometazina (ex: Fernegan[®])

As fenotiazinas foram sintetizadas primeiramente em 1883 mas, somente em 1934, elas foram empregadas clinicamente¹⁹.

A prometazina apresenta propriedades sedativas e tranqüilizantes, sendo também antiemética e anti-histamínica, além de potencializar os efeitos de outros depressores do SNC. O início de ação é de 15 a 30 minutos, sendo facilmente absorvida, com efeito máximo em uma a duas horas, e tendo quatro a seis horas de duração. É biotransformada no fígado e excretada tanto na urina quanto nas fezes^{23,33}.

Ela está indicada como *sedação pré-operatória e alívio da apreensão e ansiedade leve*, sendo mais comumente usada em Odontopediatria associada ao hidrato de cloral, e no controle de náusea e vômito^{19,23,33}.

A prometazina está contra-indicada em casos de discrasias sangüíneas ou icterícia, asma grave, disfunção hepática ou renal, glaucoma, hipotensão severa ou hipersensibilidade. As reações colaterais incluem: xerostomia, tonteira, sonolência, ligeira hipotensão, visão desfocada e reações extrapiramidais (espasmos musculares). Crianças com doenças como catapora, sarampo e gastroenterite são mais susceptíveis aos efeitos extrapiramidais, não sendo indicado o seu uso nestes casos²³.

A dosagem pediátrica, na forma de xarope, é de 1,0 mg/kg de peso, administrado uma hora antes da consulta¹¹. Cada colher de chá do medicamento corresponde a 5 mg da droga⁴.

7. Prescrição dos medicamentos^{4,12}

De acordo com as Portarias n.ºs 27 e 28 da DIVISÃO NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MEDICAMENTOS (DIMED), que regulamentam a prescrição de medicamentos controlados (considerados capazes de causar dependência física e/ou psíquica), o aviamento da receita destes agentes (ex: diazepam e hidrato de

cloral) só é permitido quando apresentada a notificação de receita B, de cor azul, semelhante a um talão de cheques, que é mandado confeccionar pelo profissional. Este formulário contém espaços apropriados para a identificação do emitente, do comprador, fornecedor e da especialidade farmacêutica prescrita. No espaço reservado à identificação do emitente deverão ser impressos dados pessoais do profissional, tais como o nome, endereço (inclusive CEP) e o número de inscrição no Conselho Regional de Odontologia (CRO). Esta receita tem validade por 30 dias, contados a partir da data de sua emissão.

O formulário ficará retido pelo farmacêutico, no momento de compra da droga. Assim, o paciente deverá receber também do dentista, outra receita - a profissional, de cor branca - contendo as recomendações necessárias para o uso do medicamento.

O modelo de notificação de receita foi normatizado pela Portaria DIMED n.º 05, de 11 de maio de 1984, e representado como o Anexo 1, da Portaria n.º 02 DIMED, de 08 de março de 1985.

8. Monitorização dos pacientes

Os sinais vitais do paciente (pulso e respiração), temperatura e coloração das unhas e mucosas precisam ser monitorizados a cada dez minutos, por auxiliar devidamente treinada, antes e durante as consultas sob a sedação, até o paciente ser dispensado, uma vez que as respostas fisiológicas individuais podem variar¹¹.

Uma caixa de emergência com equipamento de ressuscitação deve estar sempre à mão no caso de surgirem problemas respiratórios ou cardiovasculares. O paciente só deve ser dispensado quando estiver apto a levantar e caminhar por conta própria, alerta e conversando².

A sedação tem sido usada para reduzir a ansiedade em crianças que são incapazes de aceitar o tratamento dentário, devido ao medo do ambiente estranho ou por alguma deficiência física ou mental.

O medo do dentista tem várias origens, segundo KLEIKNECHT et al.²⁰ e PORCIONE & CLARK²⁸, desde experiências passadas traumatizantes até diferenciais em sensibilidade, e tolerância à dor. Na criança, a apreensão pode chegar ao ponto de impedir que ela compreenda o tratamento odontológico como mais uma experiência normal de vida²⁷.

Nesse caso, a sedação é desejável, de modo a aliviar o medo e a apreensão, condicionando o pequeno paciente a aceitar o tratamento, levando-o a uma atitude melhor em relação à Odontologia na vida adulta⁹. Porém, a sedação não deve ser usada rotineiramente, e nem como uma substituta do controle psicológico do paciente infantil. Se possível, ele deve ser manejado de maneira normal, sem ser submetido a terapia medicamentosa desnecessária.

Qualquer forma de sedação, ainda que simples, deve ser acompanhada por medidas de segurança que incluam a utilização de pessoal treinado, e dispor de equipamento necessário para auxílio, no caso de possíveis complicações²⁷.

O odontopediatra deve conhecer profundamente os aspectos anatômicos, fisiológicos, farmacológicos e psicológicos envolvidos no uso dos vários medicamentos, a fim de selecionar o mais adequado, além de obter o consentimento escrito dos responsáveis pela criança, antes de sua utilização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ABUM, M. M. Premedication for handicapped patients. *Dent. Clin. N. Amer.*, p. 429 - 442, Juy, 1960
- 2 - AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guidelines for the elective use of conscious sedation, deep sedation and general anesthesia in pediatric patients. *Ped. Dent.*, v. 7, n. 4, p. 334-7, aug. 1985.
- 3 - ANDERSON, J. L. Use of chloral bydrate in dentistry. *Northwest Dent.*, v. 39, n. 1, p. 33-5, jan. 1960.
- 4 - ARMONIA, P. L. & TORTAMANO, N. Como prescrever em Odontologia. 2. ed. São Paulo: Santos, 1991. 142 p.
- 5 - BAIRD, E. E. & CURSON, I. Orally administered diazepam in conservative dentistry. *Brit. Dent. J.*, v. 128, n. 1, p. 25-7, jan. 1970.
- 6 - BARENIE, J. T. Premedication for the problem child: placebo and chloral hydrate. *J. Pedodont.*, v. 1, n. 4, p. 272-80, 1997.
- 7 - BOYD, J. D. & MANFORD, M. L. Premedication in children. A controlled clinical trial of oral triclofos and diazepam. *Brit. J. Anaesth.*, v. 45, n. 5, p. 501-6, May 1973.
- 8 - CARMICHAEL, A. F. & Mac DONALD, A. G. Diazepam. *Brit. Dent. J.*, v. 125, n. 11, p. 480, Dec. 1968.
- 9 - COUNCIL ON DENTAL EDUCATION, AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Guidelines for teaching the comprehensive control of pain and anxiety in dentistry. *J. Dent. Education*, v. 36, n. 1, p. 63, jan. 1972.
- 10 - CRACK, D. J. Diazepam premedication in the management of behavioral problems. *J. Dent. Res.*, v. 50, n. 3, p. 223, May/June 1971.
- 11 - CREEDON, R. L. Controle farmacológico do comportamento do paciente. In: McDONALD, R. E. & AVERY, D. R. *Odontopediatria*. 5. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1991. p. 206-21.
- 12 - CURY, A. S. et al. Comentários sobre a legislação recente que regulamenta as drogas capazes de provocar dependência física e/ou psíquica. *O. M.*, v. 32, n. 3, p. 55-63, abr. 1986.

- 13 - CZARNECKI, E. S. et al. The use of chloral hydrate for the apprehensive child. *Penn. Dent. J.*, v. 30, n. 2, p. 40-2, Feb. 1963.
- 14 - DEZAN, C. C. et al. O uso da sedação com hidrato de cloral na Odontologia para bebês. *Rev. Bras. Odont.*, v. 51, n. 4, p. 8-11, Jul/Ag. 1994.
- 15 - ELBADRAWY, H. E. & RIEKMAN, G. A. A survey of parental attitudes toward sedation of their child. *Ped. Dent.*, v. 8, n. 3, p. 206-8, Sept. 1986.
- 16 - HARGREAVES, J. A. Pharmacotherapeutic approaches to behavior management: diazepam. In: WRIGHT, G. Z. *Behavior management in dentistry for children*. Philadelphia: Saunders, 1975. p. 159-63.
- 17 - HAWES, R. Problemas de dolor y sedacion. In: FINN, S. B. *Odontologia pediátrica*. 4. ed. México: Interamericana, 1976. p. 101-19.
- 18 - HOUP, M. I. et al. Assessing chloral hydrate dosage for young children. *J. Dent. Child*, v. 52, n. 5, p. 364-9, Sept/Oct. 1985.
- 19 - KING, D. L. & BERLOCHER, W. C. Premedication in pedodontics. Attitudes and agents. *Ped. Dent.*, v. 1, n. 4, p. 251-7, Aug. 1979.
- 20 - KLEIKNECHT, R. A. et al. Origins and characteristics of fear of Dentistry. *J. Amer. Dent. Ass.*, v. 86, n. 4, p. 842-8, 1973.
- 21 - KURLAND, P. Diazepam. *Brit. Dent. J.*, 125, n. 12, p. 424, Dec. 1968.
- 22 - MACIEL, L. M. C. & MARTINEZ, P. F. Uso do diazepam no tratamento odontopediátrico em crianças problemas. *Ars. Cvrandi Odont.*, v. 5, n. 12, p. 43-4, Mar. 1979.
- 23 - MALAMED, S. F. Pharmacology and therapeutics of anxiety and pain control. In: BRAHAM, R. L. & MORRIS, M. E. *Textbook of pediatric dentistry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1980. p. 404-19.
- 24 - MOODY, E. H. et al. The therapeutic effectiveness of nitrous oxide and chloral hydrate administered orally, rectally and combined with hydroxyzine for pediatric dentistry. *J. Dent. Child.*, v. 53, n. 6, p. 425-9, Nov/Dec. 1986.
- 25 - MUSSELMAN, R. J. & McCLURE, D. B. Pharmacotherapeutic approaches to behavior management: introductory remarks. In: WRIGHT, G. Z. *Behavior management in dentistry for children*. Philadelphia: Saunders, 1975. p. 172-5.
- 26 - PEABODY, J. B. Premedicating pedodontic patients. *Tex. Dent. J.*, v. 83, n. 1, p. 12-15, Jan. 1965.
- 27 - PENIDO, R. S. & OLIVEIRA, B. H. de. Utilização do diazepam em odontopediatria. *Rev. Bras. Odont.*, v. 47, n. 6, p. 42-7, Nov/Dez. 1990.
- 28 - PORCIONE, A. G. & CLARK, R. E. Comments on an empirical study of the causes of dental fear. *J. Dent. Res.*, v. 53, p. 496, 1974.
- 29 - ROBBINS, M. B. Chloral hydrate and promethazine as premedicants for the apprehensive child. *J. Dent. Child.*, v. 35, n. 5, p. 327-31, Sept. 1967.
- 30 - SIM, J. M. Pharmacotherapeutic approaches to behavior management: chloral hydrate. In: WRIGHT, G. Z. *Behavior management in dentistry for children*. Philadelphia: Saunders, 1975. p. 165-9.
- 31 - SMITH, R. Chloral hydrate sedation for handicapped children: a double blind study. *Anesth. Porg.*, v. 24, p. 159-62, Sept/Oct. 1997.
- 32 - STACY, G. C. Methods of attaining sedation for dental procedures. *Aust. Dent. J.*, v. 19, n. 2, p. 100-4, Apr. 1974.
- 33 - TRAPP, L. D. Pharmacologic management of pain and anxiety. In: STEWART, R. E. et al. *Pediatric dentistry: scientific foundations and clinical practice*. St. Louis: Mosby, 1982, p. 810-25.
- 34 - WEDDELL, J. A. & JONES, J. E. Sedação e analgesia em odontopediatria. In: McDONALD, R. E. & AVERY, D. R. *Odontopediatria*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986. p. 203-15.
- 35 - WEISS, N. et al. A comparison of chloral hydrate with and without promethazine in the premedication of children. *J. Dent. Res.*, V. 63, n. 3, p. 223, Mar. 1984.