

**CONTROLE COMPORTAMENTAL EM ODONTOPEDIATRIA COM O  
AUXÍLIO DE FÁRMACOS: QUANDO E COMO INDICAR.**

BEHAVIOR CONTROL IN PEDIATRIC DENTISTRY WITH DRUG AID: WHEN  
AND HOW TO INDICATE.

**Thais Pinto Pimentel**

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF)  
Aluna do curso de especialização em Odontopediatria da Universidade Federal  
Fluminense (UFF)

**Ana Clara de Almeida Silveira**

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF)  
Aluna do curso de especialização em Ortodontia do Hospital Central da Aeronáutica

**Mônica Pestana Gomes**

Mestre em Odontopediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)  
Doutoranda no Curso de Pós Graduação em Ciências e Biotecnologia da Universidade  
Federal Fluminense (UFF)  
Profa. Adjunto da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da UFF

**Revisão de Literatura**

**Endereço para Correspondência:**

Thais Pinto Pimentel  
Rua Pompílio de Albuquerque 63 – Rio de Janeiro, RJ  
CEP. 20.745-125  
Tel. 2597-7513  
E-mail: [thaisppimentel@hotmail.com](mailto:thaisppimentel@hotmail.com)

**Palavras-chave:** Odontopediatria; Controle Comportamental; Sedação Consciente  
**Keywords:** Pediatric Dentistry; Behavior Control; Conscious Sedation

## INTRODUÇÃO

O atendimento odontológico é conhecidamente uma experiência potencialmente estressante. Este contexto afeta principalmente a criança, que fica exposta a uma situação que foge do seu cotidiano e que envolve procedimentos que podem gerar desconforto físico e psicológico, como medo e ansiedade (POSSOBON, 2004). Tal condição se agrava quando a criança recebe influência negativa de experiências de pessoas próximas ou se a mesma já passou por um algum episódio desagradável no ambiente odontológico (GOMES, 2013). Segundo KUMAR (2009), essa ansiedade acaba protelando a ida do paciente ao dentista, prejudicando sua qualidade de saúde bucal, tornando o seu controle essencial para motivar a volta do paciente (MORAES, 2004). Além disso, quando expostas a uma situação de medo, as crianças tendem a apresentar uma reação de defesa, que pode ser: um comportamento de fuga, esquiva, imobilização motora, enfrentamento da situação, entre outros (COSTA JUNIOR, 2002). Dessa forma, a condução adequada dos procedimentos realizados pelo profissional é prejudicada, dificultando a conclusão do tratamento.

Em Odontopediatria, as chamadas estratégias básicas para se alcançar o controle do comportamento infantil incluem comunicação não verbal, distração, reforço positivo, presença/ausência dos pais, orientação comunicativa e a técnica do falar-mostrar-fazer (LIMA, 2015). Estratégias psicológicas são a primeira escolha para o manejo do comportamento infantil, mas algumas crianças não cooperam com a realização do tratamento odontológico apenas com essas técnicas, por serem muito imaturas ou por terem problemas de conduta que afetam sua capacidade de cooperação (SALEM, 2015; DUQUE, 2005).

Nesses casos, as alternativas para se conduzir o tratamento são a anestesia geral e a sedação pré-operatória. A anestesia geral causa uma depressão generalizada do sistema nervoso central, levando o paciente à inconsciência, perda da capacidade respiratória espontânea e reflexos protetores, sendo indicada em casos mais extremos, seja pelo tipo de procedimento ou pela condição do paciente. A sedação consciente, que pode ser feita com medicação pré-operatória, consiste em um mínimo nível de depressão da consciência, em que se mantém a capacidade de respiração independente e contínua do paciente, bem como de responder apropriadamente a estímulos físicos e ao comando verbal (CAVALCANTE, 2011). As vantagens de sedar o paciente no consultório odontológico envolvem a diminuição do desconforto físico, dor e trauma psicológico; potencial amnésico e controle do medo, ansiedade, comportamento e movimento; maior segurança e bem-estar do paciente. Há uma variação do nível de sedação em cada paciente, uma vez que o efeito do agente sedativo administrado está relacionado à idade cronológica e ao desenvolvimento psicológico da criança (GOMES, 2013). Dentre os agentes que podem ser utilizados para aumentar a capacidade colaboradora dos pacientes em Odontopediatria, os benzodiazepínicos tem tido destaque, representando a primeira opção de fármacos para controle da ansiedade, por apresentarem eficácia e segurança satisfatórias (MACEDO, 2015; POSSOBON, 2004).

O objetivo do presente estudo é avaliar, por meio de uma revisão de literatura, como e quando indicar o emprego de fármacos, mais especificamente os benzodiazepínicos, como alternativa para o controle comportamental em pacientes odontopediátricos.

## REVISÃO DE LITERATURA

A dificuldade em administrar a ansiedade pode levar ao insucesso do tratamento odontológico. Além das já citadas dificuldades geradas pelo comportamento não colaborador do paciente, o estado de saúde do mesmo pode ser comprometido, pois a falta de controle da ansiedade pode desencadear respostas vasovagais exacerbadas, aumentando o tônus simpático e gerando, assim, aumento da pressão arterial, da sensação de dor, da frequência respiratória e da pulsação. A ansiedade presente durante o atendimento odontológico pode ser controlada por meio da sedação consciente.

A técnica da sedação mínima, ou sedação consciente, é perfeitamente viável de ser realizada no consultório odontológico. As indicações para este tipo de sedação incluem pacientes em que técnicas não farmacológicas de controle comportamental não são bem sucedidas e pacientes que não podem cooperar em razão da imaturidade fisiológica ou emocional (GOMES, 2013). Além disso, o emprego de fármacos constitui uma alternativa também nas situações em que não há o tempo necessário para o emprego de técnicas comportamentais, como, por exemplo, nos casos que exigem urgência em sua resolução pela presença de dor intensa (POSSOBON, 2004).

Os benzodiazepínicos, fármacos que possuem efeito ansiolítico, consistem no grupo de medicamentos mais importante para o controle da ansiedade, devido a sua grande eficácia, relativa seletividade de efeitos, baixa toxicidade e pouca capacidade de gerarem dependência. Esse grupo de fármacos não cura, apenas trata os sintomas da ansiedade, possibilitando que o paciente se adapte melhor ao quadro clínico, ou que facilite as estratégias de condicionamento psicológico. Este efeito também tem relação com a prevenção de situações de emergência, como a lipotímia, a síncope e a síndrome da hiperventilação, cuja incidência é bem maior em pacientes com ansiedade mal controlada (TEIXEIRA, 2004). Por tudo isso, representam a classe de agentes mais empregados para se obter a sedação mínima na clínica odontológica. Entretanto, os profissionais de Odontologia, no Brasil, ainda não adquiriram o costume de realizar sedação na clínica, apresentando insegurança e resistência à prescrição, sobretudo pela formação deficiente com relação a esses medicamentos. Na Odontopediatria, o receio é ainda maior (MACEDO-RODRIGUES, 2015). A partir daí, pode-se ter uma noção da importância do conhecimento de alguns fatores relacionados à farmacologia dos agentes em questão.

Os benzodiazepínicos são citados na literatura como fármacos com propriedades ansiolíticas, sedativas, anticonvulsivantes e miorelaxantes. A identificação de sítios de ligação específicos para os benzodiazepínicos em estruturas do sistema nervoso central (SNC), como o sistema límbico, viabilizou o entendimento do seu mecanismo de ação. Demonstrou-se que essas drogas, ao se ligarem aos receptores, facilitam a ação do ácido gama-amino-butírico (GABA), o neurotransmissor inibitório primário do SNC. A ativação do receptor GABA gera a abertura dos canais de cloreto (Cl<sup>-</sup>) da membrana dos neurônios, aumentando o influxo desse ânion para dentro das células e resultando, assim, na diminuição da propagação de impulsos excitatórios (FONTOURA, 2013).

Tudo isso explica a segurança clínica proporcionada pela administração dos benzodiazepínicos, já que sua ação ansiolítica ocorre pela potencialização dos efeitos inibitórios de um neurotransmissor (GABA) sintetizado pelo próprio organismo (ANDRADE, 2014).

A ação dos benzodiazepínicos é praticamente limitada ao SNC, ainda que possam ser observados mínimos efeitos cardiovasculares. No sistema respiratório, podem provocar discreta redução do volume de ar corrente e da frequência respiratória. (FONTOURA, 2013; ANDRADE, 2014).

Em contrapartida, os efeitos adversos mais comuns que podem ser causados por esses medicamentos são bastante conhecidos, podendo destacar a fadiga, a redução da velocidade de raciocínio, tosse, desempenho motor comprometido e confusão. Alguns efeitos adversos mais raros também podem ocorrer, podendo citar a cefaleia, náusea, vômitos, diarreia, tontura, alucinações e até mesmo dependência nos casos de uso crônico. Os benzodiazepínicos podem ainda produzir os chamados efeitos paradoxais, sobretudo em crianças, nos quais o paciente se mostra excessivamente excitado, desinibido e desorientado. É importante citar que o uso dos benzodiazepínicos é contraindicado em crianças com deficiência mental (autismo e distúrbios paranoicos), pois esses medicamentos podem acentuar as reações paroxísticas (COGO, 2006; FONTOURA, 2013; MACEDO-RODRIGUES 2015; NOIA, 2011; TEIXEIRA 2004).

Para evitar qualquer tipo de complicação, é recomendado que, ao realizar esse tipo de sedação, o cirurgião-dentista possua em seu consultório um kit de emergência que contenha, principalmente, medicamentos para reações alérgicas e máscara de oxigênio. Os profissionais interessados em aplicar essa técnica devem buscar aperfeiçoamento específico em programas de residência ou cursos extensivos. Nos casos em que haja necessidade de reversão dos efeitos de um benzodiazepínico, o fármaco de escolha deve ser o Flumazenil, que apresenta resultados eficazes e rápidos. Ao final do procedimento, a criança deve estar acompanhada de um responsável, repousar por seis horas e não utilizar outras drogas depressoras do sistema nervoso central, para que os efeitos do benzodiazepínico não sejam potencializados

Outro efeito desses fármacos com grande importância na Odontopediatria é a amnésia anterógrada, definida como o “esquecimento dos fatos que se seguiram a um evento tomado como ponto de referência”. Este quadro é considerado benéfico, pois o paciente não terá lembranças da maioria dos procedimentos, alguns traumáticos, que podem funcionar como experiência negativa (CAVALCANTE, 2011; MACEDO-RODRIGUES, 2015; FONTOURA, 2013; ANDRADE, 2014; NOIA, 2011).

As drogas sedativas podem ser administradas por via oral, intranasal, intramuscular, intravenosa e retal. A via oral ainda é, de longe, a mais utilizada pelos dentistas brasileiros, devido à sua facilidade de administração, ao fato de não causar dor, ao baixo custo e à conveniência. (DUQUE, 2005; BAYARDO, 2012; ANDRADE, 2014; MACEDO-RODRIGUES, 2015; OLIVEIRA, 2010).

Ainda que não existam protocolos definitivos que orientem a escolha de um benzodiazepínico para sedação oral em Odontologia, sobretudo pela variedade de metodologias empregadas nos estudos, alguns fatores devem ser considerados, tais como: idade do paciente, possibilidade de interações com outros medicamentos e tipo de benzodiazepínico utilizado. Além disso, o profissional deve se atentar, no momento da prescrição, à possibilidade de ocorrência de algum tipo de interação medicamentosa,

refletindo na importância da realização de uma anamnese adequada. (COGO, 2006; OLIVEIRA 2010).

Todos os benzodiazepínicos possuem o mesmo mecanismo de ação, podendo ser classificados de acordo com a velocidade do início e a duração de sua ação. Com relação ao fator idade, apenas dois benzodiazepínicos são atualmente recomendados para uso em Odontopediatria, o diazepam e o midazolam, ambos com vantagens sobre outros agentes sedativos como a prometazina, hidroxizina e hidrato de cloral. (COGO 2006).

O diazepam é considerado o fármaco padrão do grupo. Sua meia-vida de eliminação é de 24 a 72 horas. Essa eliminação lenta permite que existam prolongadas concentrações terapêuticas mesmo após o tratamento de curta duração. Apesar de os efeitos clínicos desaparecem de 2 a 3 horas, a sonolência e o prejuízo na função psicomotora podem persistir devido à produção dos metabólitos ativos. Em Odontopediatria, o diazepam é ainda menos preconizado, já que os casos de efeito paradoxal a partir da sua administração são relativamente maiores em crianças e idosos. No entanto, aos que optarem pelo emprego deste medicamento em pacientes odontopediátricos, são sugeridas dosagens que variam de 0,2 a 0,5 mg/kg (FERREIRA, 2014; COGO, 2006; ANDRADE, 2014).

Em contrapartida, o midazolam tornou-se, nos últimos anos, a primeira opção dos odontopediatras que praticam a sedação. Suas principais vantagens sobre o diazepam são o menor período de ação, de absorção e de eliminação. O midazolam inicia sua ação em aproximadamente 10 minutos, atingindo sua concentração máxima em 30 minutos, diferenciando-se assim do diazepam, que tem um início de ação em aproximadamente 45 a 90 minutos após sua administração. Além disso, os efeitos clínicos desta droga duram em torno de 1 a 2 horas, sendo mais adequada aos procedimentos curtos característicos da Odontologia. Este quadro pode ser explicado pelo fato de o midazolam ser a droga mais solúvel em água, além de não produzir metabólitos ativos, o que representa uma indução mais rápida e eliminação com menor duração. Além disso, o midazolam possui uma capacidade significativamente maior em produzir amnésia anterógrada nos pacientes, quando comparada ao diazepam. Por tudo isso, o midazolam é atualmente o ansiolítico mais utilizado em Odontopediatria (FERREIRA, 2014; COGO, 2006; OLIVEIRA, 2010, ANDRADE, 2014).

## DISCUSSÃO

Os benzodiazepínicos mais utilizados na rotina odontológica são: diazepam, alprazolam, triazolam, lorazepam e midazolam, que, apesar de ser comprovadamente eficazes, apresenta efeitos variados entre os indivíduos, além de ser dose-dependente e ter alta eliminação (MACEDO, 2015). Inicialmente, o diazepam, que possui uma ação de longa duração e baixo custo, era o benzodiazepínico mais utilizado na Odontologia. Entretanto, com o desenvolvimento do midazolam, a partir dos resultados favoráveis avaliados com a administração dessa nova droga e na sua ação de curta duração, pôde-se observar uma mudança nesse panorama. Nos últimos anos, apesar de ter um custo relativamente alto, o midazolam é o benzodiazepínico mais utilizado pelos cirurgiões-dentistas, sobretudo os odontopediatras (NOIA, 2011).

A partir dessa linha de raciocínio, muitas pesquisas têm tratado o midazolam como o mais utilizado. Quando empregado corretamente, ele age inibindo depressão

respiratória ou cardiovascular e tornou-se popular no meio odontológico, em decorrência de seus bons resultados após o uso oral e sua ampla margem de segurança. BAYARDO et al. 2 (2012) afirmaram que o midazolam é muito empregado em crianças devido a sua capacidade de gerar conforto ao paciente, facilitar diagnósticos invasivos e procedimentos terapêuticos, diminuir o estresse, além de gerar amnésia anterógrada. Outros estudos citados por KALIBATIENE et al. (2015), mostram que o emprego do midazolam como pré-medicação é indicado, podendo ser observada a melhora do comportamento e humor pós-operatórios e a redução da incidência de pesadelos, apatia, desordens alimentares, enurese, estresse e outras formas de comportamentos pós-operatórios adversos.

Observa-se, através da utilização do método bioquímico, que o nível de cortisol salivar é reduzido com a administração do midazolam (GOMES, 2013). Entretanto, a avaliação da escala comportamental OSUBRS (Ohio State University Behavior Rating Scale) mostrou que a redução de cortisol não traduziu um comportamento mais adequado dos pacientes em situação de estresse no consultório. Os resultados do estudo em questão, que se baseou no emprego de midazolam 1,0mg/kg via oral em crianças de 2 a 5 anos, podem ter sido influenciados por fatores como idade cronológica e temperamento; os tipos de métodos utilizados para avaliar o estresse e a ansiedade; características do sedativo utilizado; condição psicológica, experiências odontológicas traumáticas prévias e status social.

Resultados mais favoráveis foram observados por BAYARDO et al. (2012) após a ingestão de 0,5 mg/kg de midazolam 10 minutos antes do início do tratamento. Através da Escala de Frankl, o grupo experimental apresentou resultados estatisticamente significativos em relação à melhora do comportamento, ressaltando que um dos critérios de inclusão era a manifestação de comportamento negativo de acordo com a escala de Frankl durante a primeira consulta. Partindo do princípio de que os agentes medicamentosos não devem substituir as estratégias de controle de comportamento, este estudo demonstrou que o comportamentos dos pacientes que foram atendidos com medidas de restrição juntamente à sedação consciente com midazolam foi adequado e tranquilo. As crianças não choraram e a ansiedade mostrou-se menor do que nos pacientes que foram atendidos sem a sedação prévia.

O mesmo saldo positivo foi encontrado por KALIBATIENE et al. (2015), destacando-se que os efeitos sedativos gerados pelo emprego do midazolam foram observados 30 minutos após a sua ingestão, enquanto que BAYARDO et al. (2012) esperaram apenas 10 minutos para iniciar o atendimento. Apesar de tal diferença, as doses utilizadas foram semelhantes, já que KALIBATIENE et al. (2015) concluíram que o emprego de midazolam oral na dosagem de 0,2 - 0,6 mg/kg na sedação consciente pré-cirúrgica de pacientes odontopediátricos é eficaz e seguro. Os resultados mostraram que os índices de sono, movimento e choro, bem como as reações dos pacientes no momento da separação dos pais, além da colaboração com o cirurgião-dentista foram significativamente melhores nos pacientes que participaram do grupo experimental, sendo as doses acima de 0,41 mg/kg relacionadas com os melhores efeitos sedativos.

O intervalo de 30 minutos entre a ingestão do medicamento e o início dos procedimentos também foi preconizado por AZEVEDO, et al. (2013), uma vez que essa conduta proporcionou o maior número de pacientes em níveis profundos de sedação. Este estudo concluiu que a administração de 0,2 - 0,4 mg/kg de midazolam oral é eficaz e segura para o tratamento odontopediátrico, ressaltando que as doses de pelo menos 0,3

mg/kg geraram uma frequência maior de comportamentos positivos, quando comparadas a doses menores.

Apesar de o midazolam ser comprovadamente eficaz na sedação consciente em pacientes odontopediátricos, a sua dosagem ideal via oral ainda não foi estabelecida. No entanto, analisando estudos recentes, pode-se concluir que doses de 0,2 a 0,6 mg/kg podem ser empregadas com um forte embasamento positivo da literatura, sobretudo doses próximas de 0,5 mg/kg. Quanto ao momento da ingestão do medicamento, já que o midazolam atinge sua concentração máxima em 30 minutos, recomenda-se aguardar este intervalo para o início dos procedimentos odontológicos, ainda que efeitos sedativos possam ser observados após 10 minutos de ingestão, que é quando o midazolam inicia sua ação.

## CONCLUSÃO

Os benzodiazepínicos constituem uma importante alternativa na prática odontológica para o controle do medo e ansiedade gerados pelos procedimentos, sobretudo na Odontopediatria, uma vez que as técnicas de manejo comportamental podem não ser suficientes para o atendimento de pacientes não colaboradores. A abordagem precária sobre esses medicamentos na formação dos cirurgiões-dentistas faz com que muitos ainda fiquem inseguros quanto à sua utilização. Todavia, a prática do controle comportamental infantil com o auxílio de tais fármacos vem crescendo muito nos últimos anos, destacando-se o uso do midazolam, que além de boa margem de segurança, proporciona efeitos sedativos de curta duração, ideais para a realização de procedimentos odontológicos. Apesar de já se ter conhecimento de que a administração de doses em torno de 0,5mg/kg, meia hora antes do início do atendimento, proporcione os efeitos mais adequados, ainda são necessárias mais pesquisas que assegurem esta dose com evidências científicas.

## REFERÊNCIAS

- 1- POSSOBON, R. et al. O comportamento de crianças em tratamento odontológico: intervenção psicofarmacológica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 29-35, 2004.
- 2- GOMES, H. de S. **Ensaio clínico randomizado controlado triplo cego para avaliação da ansiedade e estresse de crianças submetidas à sedação com midazolam oral durante tratamento odontológico**. 89f. Dissertação -

- Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.
- 3- KUMAR S, et al. Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in Udaipur district, India. **J Oral Sci**, v. 51, n. 2, p. 245-254, 2009.
  - 4- MORAES, A.B.A. de et al. Psicologia e Odontopediatria: A Contribuição da Análise Funcional do Comportamento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Campinas, p. 75-82, 2004.
  - 5- COSTA JÚNIOR, A.L. Psicologia aplicada à Odontopediatria: uma introdução. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, 2002.
  - 6- LIMA, A.R. de A.; MEDEIROS, M.; COSTA, L.R. Percepção de mães sobre sedação em Odontopediatria como uma alternativa à anestesia geral. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Campinas, v. 63, n. 2, Abril/Junho de 2015.
  - 7- SALEM, K. et al. Two Oral Midazolam Preparations in Pediatric Dental Patients: A Prospective Randomised Clinical Trial. **International Journal of Pediatrics**, v. 2015.
  - 8- DUQUE, C.; ABREU-E-LIMA, F.C.B. Midazolam – Uma nova alternativa para sedação em Odontopediatria. **Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS**, v. 20, n. 48, p. 177-186, Abril/Junho de 2005.
  - 9- CAVALCANTE, L.B. et al. Sedação consciente: um recurso coadjuvante no atendimento odontológico de crianças não cooperativas. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 47, n. 1, Março de 2011.
  - 10- MACEDO-RODRIGUES, L.W.; REBOUÇAS, P.D. O uso de Benzodiazepínicos e N<sup>2</sup>O/O<sup>2</sup> na sedação consciente em Odontopediatria. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, Piracicaba, v. 25, n. 1, p. 55-59, Janeiro/Junho de 2015.
  - 11- TEIXEIRA, T. F.; QUESADA, G. A. Terapia ansiolítica para pacientes odontológicos. **Saúde**, v. 30 (1-2):100-103, Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/RS, 2004.



- 12-FONTOURA, R.A. da **Terapêutica e protocolos medicamentosos em odontologia**. 1.ed. São Paulo: Napoleão Editora, 2013.
- 13- ANDRADE, E.D. de **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.
- 14-COGO, K. et al. Sedação consciente com Benzodiazepínicos em Odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, p. 181-188, Maio/Agosto de 2006.
- 15-NÓIA, C.F.; ORTEGA-LOPES, R.; MAZZONETTO, R. Considerações sobre a utilização dos benzodiazepínicos em Implantodontia. **Revista Implantnews**, v. 8(5), p. 674-677, 2011.
- 16-BAYARDO, R.A.; HERRERA, M.L.; ACEVES, L. Midazolam conscious sedation in 2-4 years old children. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 60, n. 3, Julho/Setembro de 2012.
- 17-OLIVEIRA, M. C.; ALEIXO, R. Q.; RODRIGUES, T. V. Uso de benzodiazepínicos em cirurgia bucomaxilofacial. **Saber científico Odontológico**, v. 1, n. 1, p. 53 – 67, Julho/Dezembro de 2010.
- 18-FERREIRA, J.L.G. et al. O Uso de Ansiolítico no Pré-Atendimento em Odontologia - Revisão de Literatura. **Revista Odontológica da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 26, n.3, p. 227-231, Setembro/Dezembro de 2014.
- 19-KALIBATIENE, L. et al. An evaluation of the effectiveness and safety of midazolam in children undergoing dental surgery. **Elsevier**, Lithuanian University of Health Sciences, n. 51, p. 180-186, 2015.
- 20- AZEVEDO, I.D. et al. Efficacy and safety of midazolam for sedation in Pediatric Dentistry: a controlled clinical trial. **Journal of Dentistry for Children**, v. 80, n. 3, p. 133-138, Janeiro de 2013.