

UNIVERSIDADE DE UBERABA

JOÃO PAULO PIMENTA FERREIRA  
NATALIA OLIVEIRA SANTOS

REVISÃO DE LITERATURA: TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS E NÃO  
FARMACOLÓGICAS DE CONDICIONAMENTO INFANTIL, USADAS  
NA ODONTOPEDIATRIA

Uberaba – MG  
2017

JOÃO PAULO PIMENTA FERREIRA  
NATALIA OLIVEIRA SANTOS

REVISÃO DE LITERATURA: TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS E NÃO  
FARMACOLÓGICAS DE CONDICIONAMENTO INFANTIL, USADAS  
NA ODONTOPEDIATRIA

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para aprovação na disciplina de Orientação de Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Katia Jacqueline Miguel Santos

Uberaba - MG  
2017

F413r Ferreira, João Paulo Pimenta.  
Revisão de literatura: técnicas farmacológicas e não farmacológicas de condicionamento infantil, usadas na odontopediatria / João Paulo Pimenta Ferreira, Natalia Oliveira Santos. – Uberaba, 2017.  
16 f.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia, 2017.

Orientadora: Profa. Ma. Katia Jacqueline Miguel Santos.

1. Odontopediatria. 2. Ansiedade. 3. Medo. 4. Ansiolíticos. 5. Midazolam. I. Santos, Natalia Oliveira. II. Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia. III. Título.

CDD 617.645

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

JOÃO PAULO PIMENTA FERREIRA  
NATALIA OLIVEIRA SANTOS

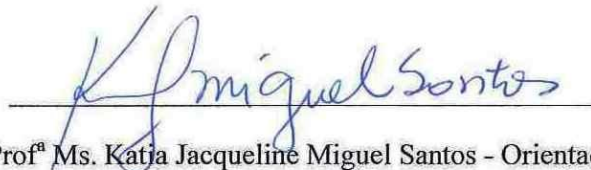
TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS DE  
CONDICIONAMENTO INFANTIL, USADAS NA ODONTOPEDIATRIA

Trabalho de Conclusão de Curso como parte  
dos requisitos para obtenção do título de  
cirurgião-dentista no curso de Odontologia da  
Universidade de Uberaba.

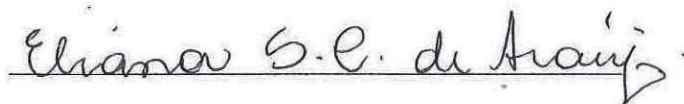
Área de concentração: Farmacologia e Odontopediatria

Aprovado em: 01 / 07/ 2017

BANCA EXAMINADORA



Prof<sup>a</sup> Ms. Katia Jacqueline Miguel Santos - Orientadora  
Universidade de Uberaba



Prof<sup>a</sup> Eliana Silva Cassimiro de Araújo  
Universidade de Uberaba

## RESUMO

O sentimento de medo e a sensação de ansiedade constituem um dos maiores obstáculos para a realização dos atendimentos odontológicos. Momentos como a anestesia que remete ao paciente a lembrança de agulha e o uso de caneta de alta rotação que gera um barulho irritante, podem deixar determinados pacientes em estado de aflição. As técnicas usuais de manejo do comportamento em odontopediatria são, geralmente, suficientes para lidar com muitos pacientes que demonstram medo e ansiedade frente a essa situação. Quando não se obtém resultados satisfatórios com as técnicas de manejo podemos introduzir a terapia com fármacos para se alcançar o sucesso em tais procedimentos clínicos. Na odontopediatria os fármacos mais usados são os sedativos como, por exemplo, o Midazolam. Tal fármaco é preferido por não provocar dependência e/ou tolerância, quando prescrito em pré-operatório ou antes das consultas, e produzir o efeito esperado, diminuindo a ansiedade. A inserção de sedativos no pré-atendimento gera vantagens ao cirurgião-dentista e também ao paciente.

**Palavras-chave:** ansiedade, medo, condicionamento infantil, ansiolíticos, Midazolam, odontopediatria.

## ABSTRACT

Feeling fearful and anxiety sensation are one of the greatest obstacles to accomplish dental care. Moments like anaesthesia reminds the patient of needles and the use of high speed handpiece creates an irritating noise, and this can bring up on certain customers a state of affliction. The common behaviour management techniques used in pediatric dentistry are, usually, enough to deal with most of the patients who demonstrate some sort of fear or anxiety ahead this situation. When the results are not satisfactory using the behaviour management techniques, we should introduce pharmacological therapy to achieve success with the clinical procedure. In pediatric dentistry the most used medicines are sedatives like, for example, Midazolam. This medicament is preferred among others for not causing dependency or tolerance, when used once before pre-operation, and leading to the expected effect, lowering the anxiety levels. The use of sedatives on pre-dental care creates na advantage to the dental surgeon and also the patient.

**Keywords:** anxiety, fear, child management, anxiolytic, Midazolam, pediatric dentistry.

## SUMÁRIO

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO.....                | 7  |
| 2 OBJETIVO .....                 | 8  |
| 3 METODOLOGIA .....              | 9  |
| 4 REVISÃO DE LITERATURA .....    | 9  |
| 5 DISCUSSÃO .....                | 13 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....     | 14 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... | 15 |

## 1 INTRODUÇÃO

Podemos definir a ansiedade como um estado de inquietude, nervosismo, insegurança, aflição e impaciência. Muitas vezes a ansiedade vem acompanhada do medo, que pode ser categorizado como um sentimento de inquietação quando deparado a uma ameaça real ou imaginária. Ambos estados emocionais comprometem o atendimento clínico do cirurgião-dentista, que muitas vezes se encontra impossibilitado de realizar certos procedimentos devido à ansiedade e medo do paciente para com o profissional, sendo que esses sentimentos podem ser exacerbados de acordo com a complexidade do tratamento (TEIXEIRA; QUESADA, 2004).

O receio da dor, da “injeção”, do “barulho do motor”, o desconhecimento sobre o que será feito, são alguns fatores que colocaram a consulta odontológica em segundo lugar na lista dos maiores medos da população, perdendo apenas para o medo de falar em público (TEIXEIRA; QUESADA, 2004).

O controle do comportamento infantil no consultório odontológico é uma recorrência constante para os dentistas, uma vez que esses pacientes quase sempre têm medo do tratamento. O envolvimento dos pais no tratamento deve ser cada vez maior, para que a ênfase em medicamentos sedativos seja diminuída (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010).

Um dos conceitos principais relacionados às técnicas de comportamento é que os pais devem ter conhecimento e consciência do que poderá ser realizado caso a criança não apresente um comportamento cooperativo. Já que os pais vão interferir de forma direta na permissão da técnica escolhida pelo profissional, uma vez que essa situação gera uma ansiedade também aos pais da criança (VENKATARAGHAVAN *et al.*, 2016).

Uma vez que, o preparo psicológico da criança para ir ao dentista não é de responsabilidade inteiramente dos pais, é de suma importância que o profissional e sua equipe estejam devidamente habilitados para atendê-la. Para atendimento odontológico das crianças é imprescindível que o cirurgião-dentista tenha mais do que apenas destreza manual, conhecimento do desenvolvimento da criança e diagnóstico perspicaz. Ele tem que possuir habilidades de manejo para conduzir a criança ao longo das sessões e para conseguir uma boa relação de confiança (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010).

As técnicas usadas para condicionamento infantil na odontopediatria podem ser categorizadas em farmacológicas e não farmacológicas. Sendo que dentro do âmbito não farmacológico podemos contemplar as seguintes: “falar – mostrar – fazer”, “controle da voz”



e “reforço positivo” (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010). Já na classe farmacológica o medicamento é escolhido de acordo com a idade, dois sedativos são os de escolha quando se trata de atendimentos em odontopediatria, são dois: Diazepam e Midazolam. Porém o Midazolam possui vantagens em relação ao Diazepam, devido ao seu rápido início de ação e menor tempo de meia vida plasmática (COGO *et al.*, 2006).

A técnica de controle de voz é bem sucedida quando realizada no começo do tratamento, a fim de evitar comportamentos inapropriados já introduzindo à criança a ideia de que quem detém o controle da situação é o profissional, que também pode recorrer a expressões faciais distintas em diversas ocasiões. Deve haver um padrão de linguagem entre o emissor e o receptor, com o objetivo de proporcionar um completo entendimento pela criança (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010).

Outro método de condicionamento infantil é o falar – mostrar – fazer (FMF), onde o profissional deve primeiramente falar à criança os procedimentos que serão realizados, e demonstrar com os instrumentais o que foi falado anteriormente e somente assim iniciar o tratamento de fato (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010).

Pode ser usada a técnica de reforço positivo que seleciona os comportamentos desejados da criança com pequenas recompensas verbais ou materiais, entretanto o que se determina como indesejado o profissional deverá ignorar, criando assim uma modelagem no comportamento da criança durante o tratamento (GUPTA *et al.*, 2014).

Quando houver necessidade de recorrer às técnicas farmacológicas o medicamento de escolha é o Midazolam, que, quando administrado por via oral deverá ser feito na dosagem de 0,5mg/Kg, 10 minutos antes do procedimento e, provocará um efeito de amnésia anterógrada, ou seja, o esquecimento dos fatos durante o pico da ação do medicamento. Esse efeito ocorre tanto em adultos quanto em crianças. As doses do Midazolam são de 7,5 a 15mg para adultos e de 0,2 a 0,6mg/Kg para crianças (COGO *et al.*, 2006).

## 2 OBJETIVO

Demonstrar e discutir, por meio de revisão de literatura, as técnicas de condicionamento infantil não farmacológicas e, a droga Midazolam, como técnica farmacológica usada em odontologia.

### 3 METODOLOGIA

Este trabalho consiste de uma revisão de literatura feita a partir de artigos obtidos por pesquisas em bases de dados. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: PUBMED, LILACS, SciELO e Google Scholar e Livros no período de 1998 a 2016. Foram usadas as seguintes palavras-chave: ansiedade, medo, condicionamento infantil, ansiolíticos, Midazolam, odontopediatria.

### 4 REVISÃO DE LITERATURA

O tratamento odontológico muitas vezes representa um desafio ao profissional e ao paciente e o medo pode levar ao cancelamento ou postergação das consultas, ocasionando um agravamento da saúde bucal da pessoa em tratamento. Quando se refere ao tratamento infantil ainda deve-se levar em consideração as dificuldades naturais da baixa idade, como dificuldade de se manter, por muito tempo, com a boca aberta e imóvel (POSSOBON *et al.*, 2003).

As crianças não diferenciam medos irrealistas e exagerados, reagindo da mesma forma, principalmente quando têm baixa idade, mas isso não significa que são patológicos, a não ser que diagnosticados como tal. A ansiedade e o medo em crianças são predominantemente herdados, e uma forma de se distinguir se é normal ou patológica é pelo tempo que vai durar e a relação com a causa (CASTILLO *et al.*, 2000).

Geralmente os pacientes que possuem uma péssima condição bucal, são os que mais têm chances de apresentar fobias ao tratamento, uma vez que os procedimentos para esses casos são mais demorados e cansativos (KANEGANE *et al.*, 2006).

Porém crianças que já vêm de procedimentos traumáticos prévios representam maior desafio devido ao medo pré-existente dos tratamentos anteriores conturbados, portanto pode-se notar que crianças sem experiências odontológicas são mais fáceis de manejar do que crianças que já se submeteram a tratamentos e não foram cooperativas (POSSOBON *et al.*, 2004).

Com o intuito de diminuir esses sentimentos conturbados existem algumas técnicas que podem ser usadas pelo cirurgião-dentista para minimizar ou em alguns casos até erradicar o medo e a ansiedade das crianças que precisam do tratamento odontológico, tornando

possível a realização dos exames e intervenções necessárias para cada paciente (FERREIRA; ARAGÃO; COLARES, 2009).

A comunicação verbal consiste em condicionar a criança através de palavras, explicando a importância do tratamento odontológico. Ao passo que a comunicação não verbal é feita através do comportamento do cirurgião para com a criança, como postura e expressões faciais e corporais. Essas técnicas podem ser usadas sempre e para quaisquer pacientes, sem contraindicações (FERREIRA; ARAGÃO; COLARES, 2009).

O controle de voz é feito com alterações de volume, tom e velocidade da voz do profissional ao conversar com o paciente pediátrico. A ideia dessa técnica é conseguir atenção e cooperação da criança. Só é contraindicado para pacientes com deficiência auditiva (FERREIRA; ARAGÃO; COLARES, 2009).

A técnica FMF baseia-se em uma sequência de ações, as quais tem por finalidade fazer o procedimento com maior aceitação da criança, uma vez que o que será feito tem que ser previamente explicado a criança através de palavras. Depois disso o dentista demonstra o que foi dito em algum objeto ou outra parte do corpo da criança, para que ela veja o que será realizado em sua boca e só então iniciar o tratamento bucal. Deve ser realizada em pacientes acima de 2 anos e é de suma importância que o procedimento feito na boca não fuja da explicação e demonstração feitas anteriormente, para não quebrar o condicionamento e confiança conseguidos até o momento (FERREIRA; ARAGÃO; COLARES, 2009).

A distração tem objetivo de desviar a atenção do paciente enquanto é realizado algum procedimento que seja desagradável para ele (FERREIRA; ARAGÃO; COLARES, 2009).

Na técnica do reforço positivo são desenvolvidas ações que envolvem o psicológico da criança, estimulando as atitudes que o profissional deseja e desestimulando as que são inadequadas. Quando a criança é tratada de forma calorosa por uma boa atuação durante o procedimento ela entenderá que foi uma conduta correta e com isso fará novamente para ter novos reconhecimentos. É função do profissional e da equipe odontológica instigar a criança com carinho e elogios sobre seu comportamento. Com isso a colaboração da criança no tratamento odontológico se torna constante (FERREIRA; ARAGÃO; COLARES, 2009).

A presença ou ausência dos pais durante o tratamento varia de acordo com o comportamento de cada pai, mãe ou responsável. Vai depender da conduta dos pais durante o tratamento de seus filhos, uma vez que pais ansiosos transmitem ansiedade e medo para as crianças. E, por outro lado, pais seguros e determinados auxiliam o profissional no decorrer da sessão. Quando os pacientes possuem idade inferior a 3 anos é importante que os pais estejam

presentes na sala odontológica, desde que saibam colaborar com o dentista (FERREIRA; ARAGÃO; COLARES, 2009).

Segundo o Código Civil de 2002 pessoas com idade inferior a 16 anos, pessoas que possuam deficiência mental ou enfermidade e pessoas que não são capazes de proferir suas vontades (mesmo que por tempo transitório) devem ter um responsável legal para manifestar-se por eles diante de ocasiões diversas. Por isso quando um adolescente, criança ou portador de alguma deficiência mental precisa de tratamento odontológico é necessário que estejam acompanhados pelos responsáveis e que estes estejam cientes de todo o tratamento que será realizado (MACHADO *et al.*, 2009).

Caso nenhuma das técnicas anteriores tenham tido efetividade, ainda tem a possibilidade de usar uma contenção física, antes de partir para o tratamento com o uso das técnicas farmacológicas. Essa contenção tem que ser previamente autorizada pelos responsáveis, contendo documento assinado por eles antes de ser executada. Fundamenta-se em imobilizar a criança com o auxílio de pessoas para segurá-la ou até mesmo um lençol, ou tecido de faixas e fitas adesivas para impedir qualquer movimento impróprio que inviabiliza o tratamento, serve também como proteção para a criança contra seus próprios movimentos, involuntários ou não. É indicada para pacientes imaturos não cooperativos, com deficiências físicas e mentais que não são cooperativos e é contraindicada quando a técnica não pode ser efetivamente realizada, quando já foi realizada anteriormente e não obteve sucesso e para os pacientes que conseguem colaborar com o tratamento (FERREIRA; ARAGÃO; COLARES, 2009).

Quando os métodos não farmacológicos não surtirem efeito existem três tipos de sedação que poderão ser indicadas e que são classificadas em: mínima, moderada e profunda. A que será abordada neste trabalho é a sedação mínima, que tem por objetivo deprimir levemente o sistema nervoso central (SNC), diminuindo o nível de consciência não afetando a autonomia da respiração e capacidade de responder a estímulos externos como instruções físicas e verbais. Existem algumas contraindicações dos Benzodiazepínicos, das quais valem ser ressaltadas: portadores de insuficiência respiratória grave, crianças com grave comprometimento físico e mental, hipersensibilidade prévia e apneia do sono (ANDRADE, 2014).

Um bom sedativo a ser usado deve preencher alguns critérios como: início rápido da ação, eficiente duração da ação (que possa ser monitorada dependendo do tempo que a sedação é necessária e, que possa ser regredida rapidamente após o término do procedimento

a ser realizado, para evitar sedação indesejada) e sem metabólitos ativos (MIYAKE; REIS; GRISI, 1998).

Os Benzodiazepínicos também podem auxiliar no atendimento odontológico por diminuir o reflexo de vômito e o fluxo salivar, além de relaxar os músculos esqueléticos (ANDRADE, 2014).

O sedativo ideal também deve apresentar várias vias de administração e não deprimir exageradamente o SNC uma vez que os sistemas respiratório e cardíaco são deprimidos na mesma proporção. Por isso a importância da disposição de uma droga antagonista aos consumidores, caso o efeito sedativo precise ser rapidamente cessado. Essa depressão dos sistemas respiratório e cardíaco é a maior preocupação em relação ao uso de Benzodiazepínicos para controle de comportamento (MIYAKE; REIS; GRISI, 1998).

Esse tipo de medicamento é indicado quando não se pode ter um controle sobre o quadro de ansiedade por meios não farmacológicos; quando há necessidade de tratamentos invasivos como procedimentos cirúrgicos; situações emergenciais. Em alguns casos o cirurgião-dentista deve entrar em contato com o médico responsável pelo paciente caso ele seja portador de doenças como: doenças cardiovasculares, asma brônquica ou crises convulsivas (ANDRADE, 2014).

Os Benzodiazepínicos não podem ter nenhum tipo de interação medicamentosa, porque muitas vezes são usados por pacientes especiais, os quais já fazem uso de outros medicamentos essenciais para a saúde dos mesmos (MIYAKE; REIS; GRISI, 1998).

O Midazolam, que pertence à classe dos Benzodiazepínicos, foi eleito como a droga de escolha quando necessário uma intervenção farmacológica (COGO *et al.*, 2006). Ramos e colaboradores, 2009, concordam com essa posição devido ao rápido início de sua ação, meia vida curta, ampla gama de formas de administração e uma sedação pelo tempo adequado.

Com o uso dessa droga espera-se um efeito hipnótico (capaz de induzir o sono), amnésico (capaz de perda de memória) e ansiolítico (capaz de diminuir ansiedade). O uso de depressores do SNC requer do profissional um conhecimento sobre a farmacologia do medicamento e um conhecimento acerca de ressuscitação do sistema cardiopulmonar, para que seja feito um trabalho com certa segurança (RAMOS *et al.*, 2009).

O mecanismo de ação do Midazolam se dá sobre os receptores gabaérgicos, que são depressores do SNC, funcionando como um indutor que aumenta a afinidade do neurotransmissor ácido gama aminobutírico (GABA) em seus receptores e causando assim uma hiperpolarização da fibra nervosa, causando sedação e efeito ansiolítico (RAMOS *et al.*, 2009).

Define-se como a hiperpolarização nesse caso como uma abertura dos canais de cloreto ( $\text{Cl}^-$ ) da membrana neuronal aumentando a entrada desses íons para o meio intracelular, o que ocasionará na diminuição excitatória e na propagação dos impulsos excitatórios (ANDRADE, 2014).

A dose de 0,25mg/Kg se mostrou a mais adequada para o uso odontopediátrico, causando um efeito ansiolítico e amnésico suficiente, sem maiores efeitos sobre a respiração e concentração de oxigênio, porém já foram testados também 0,5mg/Kg e 1,0mg/Kg. Quando administrado por via oral os efeitos adversos foram consideravelmente menores do que quando administrado por via endovenosa (efeitos envolvem: parada respiratória, apneia, efeito paradoxal, entre outros) (RAMOS *et al.*, 2009).

A via de administração mais usual do Midazolam, na Odontologia, é oral, porém pode ser usado endovenoso, exigindo assim a presença de um médico anestesiologista. Devido à média do tempo de pico plasmático sugere-se que se faça a ingestão da droga de 30 min a 45 min antes do início do procedimento a ser realizado. Em crianças a média da meia vida do medicamento foi de 90 min, o que disponibiliza tempo suficiente para os procedimentos odontológicos (1h – 2h) (RAMOS *et al.*, 2009).

O uso desse medicamento aumentou com a disseminação da ideia de importância de controle de ansiedade em atendimentos odontológicos, aumentando também o conhecimento sobre as técnicas de sedação consciente. Representa um conforto maior para o paciente e profissional, e comparando com o Diazepam esse medicamento se mostrou com uma eficácia de 3 a 4 vezes maior (RAMOS *et al.*, 2009).

A sedação em odontopediatria deve possuir sempre três fases: pré-sedação, onde deve ser avaliada a saúde da criança com exame físico, história médica prévia, fatores de risco, medicamentos em uso e possíveis alergias. Preparação do ambiente no qual será realizada a sedação, pois o mesmo deve estar munido de material para reanimação cardiopulmonar em caso de necessidade e equipe qualificada. E por fim a pós-sedação onde a criança deve ser monitorada até sua plena consciência e instrução para os responsáveis sobre o pós-operatório (WANNMACHER; FERREIRA, 2007).

## 5 DISCUSSÃO

Possobon e colaboradores, 2003, relataram que o tratamento odontológico em clínicas odontopediátricas pode ser bastante conturbado, a ansiedade e o medo de algumas crianças são os principais obstáculos a serem superados, para isso Albuquerque e colaboradores, 2010, sugeriram o emprego de técnicas de controle do comportamento infantil que podem ser utilizadas por todos os cirurgiões dentistas. Essas mesmas técnicas também foram endossadas por Ferreira e colaboradores, 2009, pois possibilitam um atendimento mais tranquilo tanto para o paciente, quanto para o profissional. Trabalhando principalmente com o psicológico da criança, conseguindo um melhor condicionamento com o transcorrer das sessões.

É imprescindível que os pais moldem seu próprio comportamento diante dos filhos, pois, segundo Venkataraghavan e colaboradores, 2016, a ansiedade acomete também aos pais os quais exercem extrema influência na atitude dos filhos. De acordo com Ferreira e colaboradores, 2009, os pais podem contribuir com o desenvolver do tratamento desde que não incentivem comportamentos inadequados por parte da criança e colaborem com o profissional. Porém, Machado e colaboradores, 2009, afirmam que, mesmo quando os responsáveis não conseguem agir de forma apropriada dentro da sala odontológica, é fundamental que eles estejam cientes de todos os procedimentos a serem realizados e assinem o termo de consentimento livre e esclarecido para os filhos menores de 16 anos.

Quando as tentativas de condicionamento não farmacológicas forem absolutamente ineficientes, Cogo e colaboradores, 2006, preconizam o uso de ansiolíticos Benzodiazepínicos, como o Diazepam e o Midazolam, sendo este último o de primeira escolha devido aos melhores benefícios quando comparado ao primeiro. Andrade, em 2014, e Ramos e colaboradores, em 2009, reforçaram essa escolha para os casos de pacientes em odontopediatria.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho pôde-se concluir que a maioria dos procedimentos em odontopediatria podem ser executados apenas com o auxílio das técnicas de controle não farmacológicas, exigindo do profissional uma boa relação com as crianças para condicioná-las de forma adequada. Entretanto em casos peculiares, onde nenhuma das técnicas de controle

do comportamento forem eficazes, podemos introduzir uma terapêutica medicamentosa, onde o fármaco de primeira escolha na odontopediatria é o Midazolam.

Portanto cabe ao cirurgião-dentista adequar a melhor técnica para cada paciente ou até utilizar mais de uma técnica para um mesmo paciente, com o objetivo de viabilizar as sessões durante o tratamento, ou seja, conseguir condicionar a criança a fim de promover a saúde bucal de forma tranquila e eficiente.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, CM; GOUVÊA, CVD; MORAES RCM; BARROS, RN; COUTO, CF. Principais técnicas de controle de comportamento em odontopediatria. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 2, p. 110-115, jun/jul. 2010.

ANDRADE, ED. Sedação Mínima. In: **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. Cap. 4, p. 23-29.

ANDRADE, ED. Odontopediatria. In: **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. Cap. 14, p. 137-148.

CASTILLO, ARGL; RECONDO, R; ASBAHR, FR; MANFRO, GG. Transtornos de Ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 22( Suppl II), 20-23, 2000.

COGO, K; BERGAMASCHI, CC; YATSUDA, R; VOLPATO, MC; ANDRADE, ED. Sedação consciente com benzodiazepínicos em odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 18(2), p. 181-8, maio-ago, 2006.

FERREIRA, JMS; ARAGÃO, AKR; COLARES, V. Técnicas de Controle do Comportamento do Paciente Infantil: Revisão de Literatura. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.** João Pessoa, v. 9(2), p. 247-251, maio/ago. 2009.

GUPTA, A; MARYA, CM; BHATIA, HP; DAHIYA, V. Behaviour management of an anxious child Anil **Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal**, v. 16, n. 1, p. 3-6, 2014.

KANEGANE, K; PENHA, SS; BORSATTI, MA; ROCHA, RG. Ansiedade ao Tratamento Odontológico no Atendimento de Rotina. **RGO.** Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 111-114, abr./jun. 2006.



MACHADO, MS; NAGANO, HCM; SILVA, JYB; BOSCO, VL. Participação dos Pais na Tomada de Decisões no Atendimento Odontológico de seus Filhos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. v. 21(1), p. 38-47, jan./abr. 2009.

MIYAKE, RS; REIS, AG; GRISI, S. Sedação e Analgesia em Crianças. **Rev Ass Med Brasil**. v. 44(1), p. 56-64, 1998.

POSSOBON, RF; MORAES, ABA; JUNIOR, ALC; AMBROSANO, GMB. O Comportamento de Crianças Durante Atendimento Odontológico. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, v. 19, p. 059-064, 2003.

POSSOBON, RF; MORAES, ABA; AMBROSANO, GMB; JUNIOR, ALC. O comportamento de Crianças em Tratamento Odontológico: Intervenção Psicofarmacológica. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 9, n. 1, p. 29-35, 2004.

RAMOS, TC; RAMOS, MESP; AZOUBEL, MCF; AZOUBEL, E; SOARES, AR; ALVES, ETP; BEZERRA, F. Midazolam: Aspectos Clínicos e Farmacológicos em Sedação Consciente. Estudo Retrospectivo Avaliando 258 Casos Clínicos. **Innov Implant J Biomater Esthet**. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 39-45, jan./abr. 2009.

TEIXEIRA, TF; QUESADA, GAT. Terapia ansiolítica para pacientes odontológicos. **Saúde**, v. 30, n. 1-2, p. 100-103, 2004.

VENKATARAGHAVAN, K; SHAH, J; KAUR, M; TRIVEDI, K; SHAH, S; VIRDA, M. Pro-Activeness of Parents in Accepting Behavior Management Techniques: A Cross-Sectional Evaluative Study. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 10(7), p. ZC46-ZC49, jul. 2016.

WANNMACHER, L; FERREIRA, MBC. Prescrição de medicamentos em Odontopediatria. In: **Farmacologia Clínica para Dentistas**. Ed. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap. 42, p. 426-439.