

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Antônio Marco de Oliveira Gomes

**Eficácia da sedação medicamentosa oral ou sublingual em cirurgias orais
menores: Revisão sistemática**

Governador Valadares

2026

Antônio Marco de Oliveira Gomes

**Eficácia da sedação medicamentosa oral ou sublingual em cirurgias orais
menores: Revisão sistemática**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Departamento de
Odontologia, do Instituto de Ciências da
Vida, da Universidade Federal de Juiz de
Fora, Campus Governador Valadares,
como requisito parcial à obtenção do grau
de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Alexa Magalhães Dias

Governador Valadares

2026

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

de Oliveira Gomes, Antônio Marco.

Eficácia da sedação medicamentosa oral ou sublingual em cirurgias orais menores: Revisão sistemática / Antônio Marco de Oliveira Gomes. -- 2026.

44 p. : il.

Orientadora: Alexa Magalhães Dias

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Faculdade de Odontologia, 2026.

1. Sedação medicamentosa. 2. Cirurgia oral menor. 3. Sedação medicamentosa oral. 4. Sedação medicamentosa sublingual. 5. Controle da ansiedade. I. Magalhães Dias, Alexa, orient. II. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Antônio Marco de Oliveira Gomes

Eficácia da Sedação Medicamentosa Oral ou Sublingual em Cirurgias Orais Menores: Revisão Sistemática

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Aprovado em 06 de agosto de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Dr(a). Alexa Magalhães Dias - Orientador (a)
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Dr(a). Cleverton Corrêa Rabelo
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Dr(a). Lucas Portela Oliveira
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares



Documento assinado eletronicamente por **Alexa Magalhaes Dias, Professor(a)**, em 06/08/2026, às 11:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cleverton Correa Rabelo, Professor(a)**, em 06/08/2026, às 11:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lucas Portela Oliveira, Professor(a)**, em 06/08/2026, às 11:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **3108214** e o código CRC **76387A1B**.

Referência: Processo nº 23071.927292/2026-39

SEI nº 3108214

Dedico este trabalho aos meus pais que, sem terem tido a oportunidade de acesso à educação, não mediram esforços para me trazer onde estou hoje.

Dedico-o, ainda, aos meus familiares e às pessoas que vêm de onde eu vim, na esperança de que esta conquista não seja só minha e sirva como luz para a geração que me sucede, para que possam acreditar na Educação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais (Marco Antônio e Regiana) que plantaram em mim a semente do saber que me trouxe a vontade de vencer pelos estudos e não seguir pelo caminho escuro do desconhecimento.

Agradeço a Deus, personificado na figura de São Jorge, que seguiu cavalgando ao meu lado na luta diária contra as intempéries visíveis ou não aos meus olhos.

Agradeço aos inúmeros amigos que me levantaram e me apoiaram nos momentos de dificuldade, seja com uma conversa profunda numa sexta-feira à noite, seja com uma breve brincadeira na faculdade, numa segunda-feira de manhã, que aliviou o estresse que nos circunda diariamente.

Agradeço, por fim, à minha orientadora Profa. Dra. Alexa Magalhães e aos demais mestres que trouxeram a mim um pouco do seu vasto conhecimento e experiência para que meus pacientes possam ser amparados por mãos qualificadas.

"Se vi mais longe, foi por estar sobre os ombros de gigantes."
(Isaac Newton, 1675)

RESUMO

A ansiedade odontológica constitui um dos principais fatores que dificultam a realização de cirurgias orais menores sob anestesia local, podendo comprometer a colaboração do paciente durante o procedimento. Nesse contexto, a sedação farmacológica por via oral ou sublingual é amplamente utilizada devido à facilidade de administração, ao perfil de segurança favorável e ao baixo custo. Entretanto, permanecem incertezas quanto à sua efetividade e à superioridade entre os diferentes fármacos e protocolos. O objetivo desta revisão sistemática foi avaliar a efetividade da sedação farmacológica por via oral ou sublingual em adultos submetidos a cirurgias orais menores quanto à redução da ansiedade perioperatória, aos níveis de sedação e à ocorrência de eventos adversos. A revisão foi conduzida de acordo com o *Cochrane Handbook*, reportada conforme o PRISMA 2020 e registrada no PROSPERO (CRD420261392972). Foram realizadas buscas nas bases de dados PubMed, Scopus, SciELO, Web of Science e Google Scholar. A seleção dos estudos, a extração dos dados, a avaliação do risco de viés (RoB 2) e a classificação da certeza da evidência (GRADE) foram realizadas por revisores independentes. Treze ensaios clínicos randomizados, envolvendo 589 participantes, foram incluídos. A elevada heterogeneidade entre intervenções, comparadores e desfechos inviabilizou a realização de uma meta-análise. Evidências de certeza moderada indicaram que a sedação farmacológica por via oral ou sublingual, nos estudos presentes nesta revisão, reduz a ansiedade perioperatória em comparação ao placebo durante o transcirúrgico. Em contrapartida, as comparações com sedação intravenosa e entre diferentes agentes farmacológicos apresentaram evidências de baixa a moderada certeza, sem demonstração consistente da superioridade de qualquer intervenção. Assim, embora a sedação farmacológica por via oral ou sublingual seja eficaz para o controle da ansiedade perioperatória, as evidências disponíveis ainda são insuficientes para recomendar um fármaco, dose ou protocolo específico. Ensaios clínicos randomizados com maior rigor metodológico, amostras adequadamente dimensionadas e desfechos padronizados são necessários para fortalecer a base de evidências e orientar a prática clínica.

Palavras-chave: cirurgia oral; sedação processual; pré-medicação; benzodiazepines.

ABSTRACT

Dental anxiety is one of the main factors hindering the performance of minor oral surgery under local anesthesia, as it may impair patient cooperation during the procedure. In this context, oral or sublingual pharmacological sedation is widely used because of its ease of administration, favorable safety profile, and low cost. However, uncertainty remains regarding its effectiveness and the superiority of specific drugs or administration protocols. The aim of this systematic review was to evaluate the effectiveness of oral or sublingual pharmacological sedation in adults undergoing minor oral surgery with respect to perioperative anxiety reduction, sedation levels, and adverse events. The review was conducted in accordance with the *Cochrane Handbook*, reported following the PRISMA 2020 guidelines, and prospectively registered in PROSPERO (CRD420261392972). Electronic searches were performed in PubMed, Scopus, SciELO, Web of Science, and Google Scholar. Study selection, data extraction, risk of bias assessment (RoB 2), and certainty of the evidence assessment (GRADE) were performed independently by reviewers. Thirteen randomized controlled trials involving 589 participants were included. Substantial heterogeneity across interventions, comparators, and outcome measures precluded meta-analysis. Moderate-certainty evidence indicated that oral or sublingual pharmacological sedation reduces perioperative anxiety compared with placebo during the intraoperative period in the studies included in this review. In contrast, comparisons with intravenous sedation and among different pharmacological agents provided low- to moderate-certainty evidence, with no consistent evidence supporting the superiority of any intervention. Therefore, although oral or sublingual pharmacological sedation is effective for reducing perioperative anxiety, the available evidence remains insufficient to recommend a specific drug, dose, or administration protocol. Further well-designed randomized controlled trials with adequately powered sample sizes and standardized outcome measures are needed to strengthen the evidence base and inform clinical practice.

Keywords: oral surgery; procedural sedation; premedication; benzodiazepines.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVO.....	10
3 METODOLOGIA.....	11
3.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	11
3.2 ESTRATÉGIAS DE BUSCA.....	12
3.3 SELEÇÃO DE ESTUDOS.....	13
3.4 EXTRAÇÃO E TABULAÇÃO DOS DADOS.....	14
3.5 AVALIAÇÃO METODOLÓGICA DOS ESTUDOS.....	14
4 RESULTADOS.....	16
4.1 SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....	16
4.2 CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS.....	16
4.3 RISCO DE VIÉS PARA OS ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS.....	24
4.4 AVALIAÇÃO DA CERTEZA DA EVIDÊNCIA.....	28
5 DISCUSSÃO.....	32
6 CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS.....	38
ANEXO A - DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL.....	42

1 INTRODUÇÃO

A dor pode constituir uma reação fisiológica a um dano tecidual, mas é fortemente influenciada por fatores psicológicos, como o medo e a ansiedade, que contribuem para a modulação desse estímulo (DEKKERS, 2015). Nesse contexto, a ansiedade odontológica está intimamente relacionada às cirurgias orais e pode desencadear alterações em parâmetros fisiológicos, como frequência cardíaca e pressão arterial, especialmente durante a anestesia local (MEDEIROS et al., 2013). Embora o controle transoperatório da dor seja realizado de forma eficiente na odontologia, isoladamente a analgesia não é capaz de mitigar os problemas relacionados à ansiedade (POSSOBON et al., 2007; INVERSO et al., 2016).

Como estratégia para o manejo da ansiedade durante o procedimento cirúrgico, a sedação medicamentosa é amplamente empregada. Entre as opções terapêuticas administradas por via oral ou sublingual, destacam-se os benzodiazepínicos (como diazepam, midazolam, triazolam e alprazolam), além de hipnóticos não benzodiazepínicos e fitoterápicos (como *Passiflora incarnata* e *Valeriana officinalis*) (INVERSO et al., 2016; DANTAS et al., 2017; FARAH et al., 2019; SHARMA, 2019). A ampla utilização dessa modalidade justifica-se pela sua segurança e pelo conforto proporcionado ao paciente, uma vez que as doses convencionais mantêm o indivíduo responsivo e com as funções cardiovasculares e respiratórias preservadas (HANNA et al., 2022).

A escolha de investigar a via oral e sublingual justifica-se não apenas pela sua eficácia e segurança na literatura, mas também pelo cenário normativo brasileiro. A Resolução CFO-295/2026 estabelece que o cirurgião-dentista com habilitação básica em sedação tem sua atuação restrita à via enteral e ao óxido nítrico, sendo proibida a via endovenosa. Portanto, compreender a fundo a eficácia dos ansiolíticos e fitoterápicos orais é essencial para a prática clínica legal e segura da categoria.

Entretanto, apesar da frequente indicação dos ansiolíticos orais e sublinguais em cirurgias orais menores, ainda persiste na literatura uma ausência de consenso sobre qual seria o fármaco ou protocolo ideal para esse contexto (INVERSO et al., 2016). A presença de achados heterogêneos sobre a superioridade, segurança, cooperação do paciente, alterações nos parâmetros fisiológicos e eventos adversos das diferentes abordagens evidencia a necessidade de sintetizar rigorosamente as evidências disponíveis.

Diante disso, o objetivo desta revisão sistemática foi avaliar a eficácia da sedação farmacológica por via oral ou sublingual no controle da ansiedade e na obtenção de níveis adequados de sedação em cirurgias orais menores.

2 OBJETIVO

Avaliar por meio de uma revisão sistemática, a efetividade da sedação farmacológica administrada por via oral ou sublingual em pacientes adultos submetidos a cirurgias orais menores, quanto à redução da ansiedade perioperatória, aos níveis de sedação e à ocorrência de eventos adversos, comparativamente ao placebo, à sedação intravenosa ou a outros agentes farmacológicos.

3 METODOLOGIA

A metodologia deste estudo foi conduzida em conformidade com as recomendações da Cochrane e reportada de acordo com as diretrizes do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, 2020). O protocolo desta revisão foi elaborado e registrado na plataforma PROSPERO, sob o número de registro CRD420261392972.

Para condução dessa revisão sistemática, foi elaborada uma questão de pesquisa estruturada com base na estratégia PICOS, descrita abaixo:

- **(P)** População: Pacientes maiores de 18 anos que necessitavam passar por uma intervenção cirúrgica na cavidade oral, sob anestesia local, em ambiente ambulatorial;
- **(I)** Intervenção: Utilização de sedação por via oral ou sublingual durante o procedimento cirúrgico;
- **(C)** Comparação: Avaliação da eficácia e dos efeitos do placebo e de outras modalidades de sedação (óxido nitroso, sedação intravenosa e fitoterápicos), na redução da ansiedade no período transoperatório;
- **(O)** Desfechos: Redução da ansiedade odontológica, nível de sedação dos pacientes e efeitos adversos;
- **(S)** Tipos de estudo: Ensaios Clínicos Randomizados.

Dessa forma, a pergunta norteadora foi: “Em pacientes adultos submetidos a cirurgia oral menor, a sedação farmacológica por via oral ou sublingual é eficaz na obtenção de níveis adequados de sedação e na redução da ansiedade, quando comparada ao placebo ou a outras modalidades de sedação?”

3.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos os estudos que seguiram os seguintes critérios de inclusão:

- 1) Estudos clínicos com pacientes adultos (≥ 18 anos) submetidos a cirurgias orais menores realizadas sob anestesia local em ambiente ambulatorial e associadas à sedação farmacológica por via oral ou sublingual (incluindo benzodiazepínicos, hipnóticos e fitoterápicos);
- 2) Estudos que avaliaram o nível de sedação e /ou a redução de ansiedade;
- 3) Estudos clínicos randomizados (RCTs);
- 4) Estudos com textos completos disponíveis;

Os critérios de exclusão definidos foram:

- 1) Estudos que não atendiam aos critérios de inclusão;
- 2) Estudos de revisão, estudos in vitro, estudos em animais, ensaios pré-clínicos, estudos pilotos, relatos de caso, série de casos, cartas ao editor, estudos clínicos retrospectivos, estudos clínicos controlados não randomizados;
- 3) Estudos onde o procedimento cirúrgico fosse extraoral;
- 4) Estudos que não avaliaram diretamente a ansiedade perioperatória ou o nível de sedação por meio de instrumentos clínicos ou escalas validadas;
- 5) Estudos que avaliaram exclusivamente parâmetros fisiológicos relacionados aos efeitos dos sedativos, sem mensuração direta da ansiedade ou do nível de sedação;
- 6) Estudos em que a intervenção principal consistisse exclusivamente de métodos não farmacológicos de controle da ansiedade;
- 7) Estudos que abrangeram pacientes < 18 anos;
- 8) Estudos em que pelo menos uma das modalidades avaliadas de sedação medicamentosa não fosse feita por via oral ou via sublingual;
- 9) Estudos indisponíveis para a leitura completa.

3.2 ESTRATÉGIAS DE BUSCA

A busca foi realizada sistematicamente por três revisores independentes (A.M.O.G., A.M.D. e J.R.S.S.) entre abril e setembro de 2025, por meio das bases de dados PubMed, Scopus, Scielo, Google Scholar e Web of Science. Os descritores e operadores booleanos utilizados estão apresentados na Tabela 1. Adicionalmente, uma busca manual foi realizada por meio da análise das listas de referências dos artigos incluídos, com o objetivo de identificar estudos relevantes que não tenham sido recuperados nas buscas eletrônicas realizadas nas bases de dados selecionadas.

Tabela 1 - Estratégias de busca

Base de dados	Estratégias de busca
PUBMED (n= 5312) 14/04/2025	(Oral surgery) AND (conscious sedation drugs) OR (Pharmacological Sedation) OR (in office sedation) OR (oral sedation) OR (conscious sedation)
SCOPUS (n= 1943) 28/11/2025	(Oral surgery) AND (conscious sedation drugs) OR (Pharmacological Sedation) OR (in office sedation) OR (oral sedation) OR (conscious sedation)
WEB OF SCIENCE (n=50) 14/07/2025	(Oral surgery) AND (conscious sedation drugs) OR (Pharmacological Sedation) OR (in office sedation) OR (oral sedation) OR (conscious sedation)
SCIELO (n= 1120) 18/04/2025	(Oral surgery) AND (conscious sedation drugs) OR (Pharmacological Sedation) OR (in office sedation) OR (oral sedation) OR (conscious sedation)
GOOGLE SCHOLAR (n= 3620) 06/11/2025	("Oral surgery") AND ALL ("conscious sedation drugs" OR "Pharmacological Sedation" OR "in office sedation" OR "oral sedation" OR "conscious sedation")

Fonte: Elaborada pelo autor (2026).

3.3 SELEÇÃO DE ESTUDOS

Todos os registros encontrados foram exportados para a plataforma Rayyan, onde foi realizada a triagem inicial dos artigos. Após a exclusão das duplicatas, dois revisores independentes realizaram a leitura dos títulos e resumos, classificando os artigos como: "incluído" ou "excluído" de acordo com os critérios de elegibilidade. Em seguida, as discordâncias entre os revisores foram resolvidas através da discussão com um terceiro revisor. Posteriormente, os artigos selecionados na triagem inicial foram obtidos e a leitura completa dos mesmos foi realizada por dois revisores, de forma independente. Essa segunda etapa, envolveu a análise da metodologia, da

avaliação dos desfechos relatados, da clareza e consistência dos dados apresentados. Assim, os artigos foram reavaliados de acordo com os critérios de elegibilidade, sendo incluídos apenas aqueles que se adequaram à proposta da revisão. Eventuais divergências foram resolvidas por um terceiro revisor especialista na área de cirurgia oral menor.

3.4 EXTRAÇÃO E TABULAÇÃO DOS DADOS

Após a leitura completa dos estudos selecionados, utilizou-se a ferramenta NotebookLM como auxiliadora na extração dos seguintes dados:

- 1) Último sobrenome do autor principal e ano de publicação do estudo;
- 2) Tipo de estudo realizado;
- 3) Número final de pacientes e a idade média dos participantes;
- 4) Tipo de cirurgia;
- 5) Tipo de intervenção realizada;
- 6) Método de avaliação da redução de ansiedade dos participantes;
- 7) Método de avaliação do nível de sedação dos pacientes;
- 8) Método de avaliação dos eventos adversos.
- 9) Desfechos encontrados em cada estudo.

A ferramenta NotebookLM foi utilizada como instrumento de extração preliminar dos dados, todos os registros foram conferidos antes da tabulação final das informações.

3.5 AVALIAÇÃO METODOLÓGICA DOS ESTUDOS

Os estudos incluídos ao final do processo de seleção foram avaliados quanto aos risco de viés. Essa análise foi conduzida por dois revisores independentes, utilizando a ferramenta Cochrane de Risco de Viés (RoB 2), específica para estudos clínicos randomizados, que avalia o viés nos seguintes domínios: processo de randomização, desvios em relação às intervenções previstas, dados de desfecho ausentes, medição do desfecho e seleção do resultado relatado. Cada domínio foi classificado como apresentando baixo risco de viés (+), risco de viés com algumas preocupações (?) ou alto risco de viés (-). A análise do risco de viés foi aplicada para cada um dos seguintes desfechos: 1) sedação, 2) ansiedade transoperatória e 3) eventos adversos.

Foi realizada uma síntese narrativa dos ECRs incluídos, descrevendo as características dos estudos, as características dos participantes, os detalhes da intervenção e os principais desfechos.

A certeza da evidência dos estudos incluídos foi avaliada utilizando a abordagem Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE). Essa análise foi conduzida por dois revisores independentes, que avaliaram a certeza de evidência para os seguintes desfechos: sedação adequada, ansiedade transoperatória e eventos adversos. A abordagem GRADE foi aplicada a esses desfechos considerando o agrupamento de estudos que apresentaram as seguintes metodologias semelhantes: 1) Uso da sedação oral/sublingual comparado ao placebo em pacientes submetidos a cirurgias orais menores; 2) Uso da sedação oral/sublingual comparado a sedação intravenosa em pacientes submetidos a cirurgias orais menores. A certeza da evidência foi classificada como alta, moderada, baixa ou muito baixa, com base no risco de viés, inconsistência, indireção, imprecisão e viés de publicação.

Não foi realizada uma meta-análise devido à heterogeneidade dos estudos incluídos em termos de desenhos de estudo, intervenções e medidas de desfecho.

4 RESULTADOS

Após definição da metodologia de busca juntamente com os operadores booleanos e as plataformas preteridas, chegou-se aos seguintes resultados:

4.1 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A busca eletrônica nas bases de dados resultou na identificação de 12.045 artigos, distribuídos da seguinte forma: PubMed (n= 5312), Google Scholar (n= 3620), Scopus (n= 1943), Scielo (n= 1120) e Scielo e Web of Science (n=50), nos quais, todos os títulos e resumos dos artigos da plataforma Google Scholar foram avaliados. Após a remoção de 1447 trabalhos duplicados, restaram 10.598 artigos para triagem inicial.

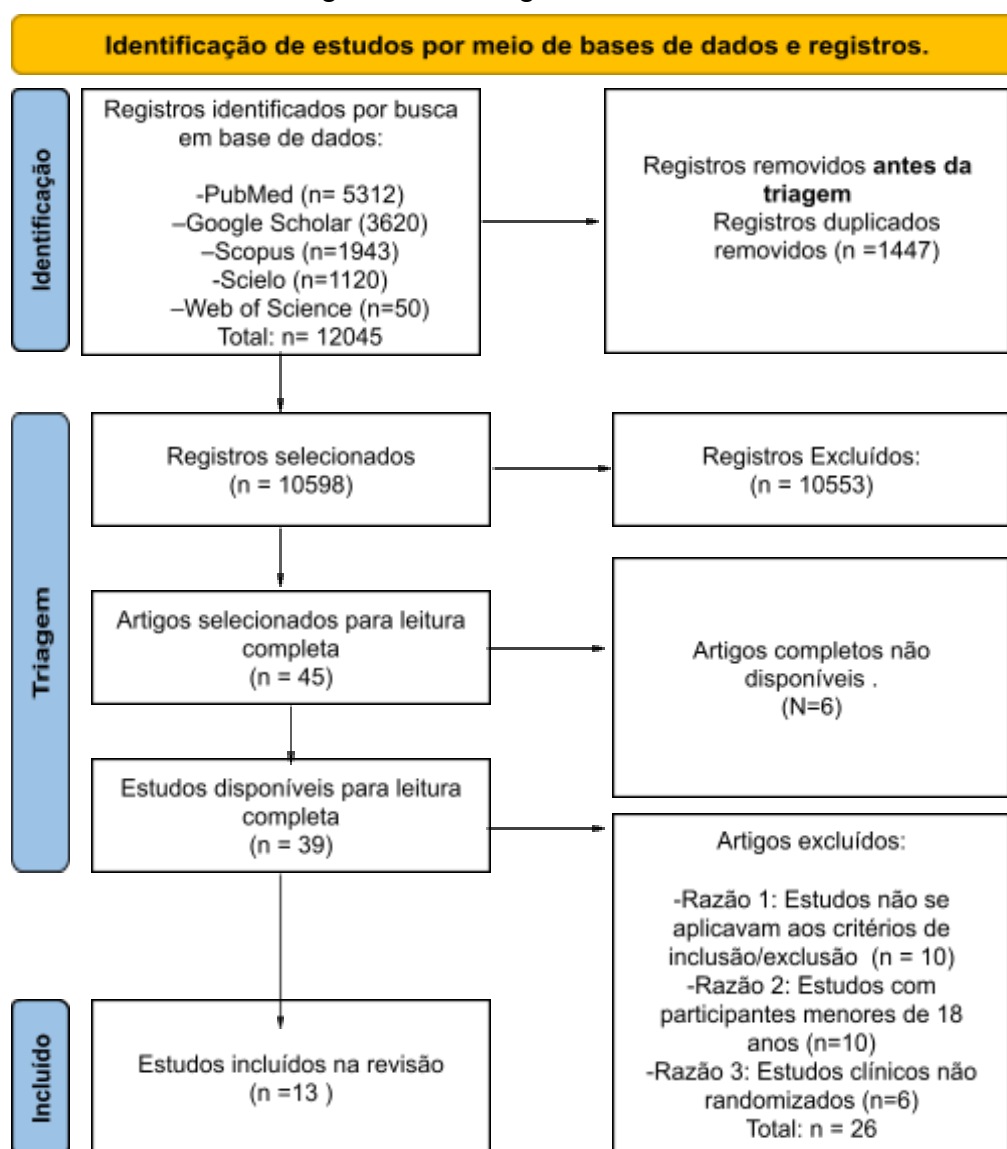
Após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 10.553 registros por não atenderem aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. Dessa forma, 45 artigos foram selecionados para leitura completa. Destes, seis estudos não tiveram os textos completos disponíveis, 20 estudos não atendiam aos critérios de inclusão e seis não eram ensaios clínicos randomizados. Assim, ao final, foram selecionados 13 estudos clínicos randomizados realizados no Brasil, Estados Unidos, Irlanda e Irã. A Figura 1 mostra o fluxograma PRISMA, com o detalhamento da etapa de seleção dos estudos.

4.2 CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS

Foram incluídos treze estudos clínicos randomizados nesta revisão sistemática (BROWNING et al., 1986; O'BOYLE et al.,1987; O'BOYLE et al.,1988; O'BOYLE et al.,1988; BERTHOLD et al., 1997; COLDWELL et al., 1997; GANZBERG et al., 2005; ZAMIRI; EFTEKHARIAN; GHOLAMI, 2012; PEREIRA-SANTOS et al., 2013; DANTAS et al., 2017; DELLOVO et al., 2019; DE MORAES et al., 2019; FARAH et al., 2019). As publicações selecionadas abrangem o período de 1986 a 2019 e apresentam diferentes delineamentos metodológicos. Ao todo, os estudos incluíram 589 pacientes, sendo que esse número variou de 10 a 120. Entre as classes medicamentosas utilizadas, estão os benzodiazepínicos (temazepam, diazepam, midazolam, lormetazepam, triazolam, alprazolam e clonazepam), fitoterápicos depressores do SNC (*Passiflora incarnata* e *Valeriana officinalis*) e hipnóticos não benzodiazepínicos (zaleplon). Os procedimentos cirúrgicos englobam: cirurgia periodontal simples, exodontia simples, exodontia de

terceiros molares em posição favorável e com necessidade de osteotomia e odontosseção. A tabela 2 identifica os estudos selecionados e suas características específicas, bem como os fármacos utilizados para sedação por via oral ou sublingual durante intervenções cirúrgicas odontológicas em nível ambulatorial.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA.



Fonte: Elaborada pelo autor (2026).

TABELA 2 - Características dos estudos incluídos na revisão sistemática

Autor/ Ano	Tipo de Estudo	Número de pacientes (idade média)	Tipo de cirurgia	Tipo de Intervenção	Avaliação da Ansiedade	Avaliação da Sedação	Avaliação dos Eventos Adversos
O'BOYLE et al., 1986	estudo clínico randomizado, duplo-cego e de grupos paralelos	N= 39 (24,2 anos)	Remoção cirúrgica de terceiros molares impactados	Temazepam oral (40mg) + soro IV VS Placebo oral + Diazepam IV (10mg)	Escala de Ansiedade Dental de Corah (DAS)	Monitoramento automático de parâmetros fisiológicos (PA e FC) e observação clínica da resposta do paciente à estímulos externos	Observação clínica contínua e monitoramento na sala de recuperação até a alta
BROWNING et al., 1987	Randomizado e cruzado (RCT)	N= 10 (30 - 60 anos)	Cirurgia periodontal	Diazepam oral (10mg) soro IV VS Placebo oral + Diazepam IV (10mg)	Escala Visual Analógica (EVA)	Sinais vitais, temperatura da pele, resposta galvânica (GSR) e catecolaminas	Monitoramento fisiológico e questionário subjetivo de conforto
O'BOYLE et al., 1987	Estudo de grupos paralelos, randomizado e duplo-cego (RCT)	N= 40 (23,8 anos)	Remoção cirúrgica de terceiros molares impactados	Midazolam oral (15 mg) + 2 ml solução salina IV (35min depois) VS Diazepam IV (10mg) + Placebo VO (35 min antes da sedação IV)	Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI), Escala Visual Analógica (EVA) e Escala de Ansiedade Dental de Corah (DAS)	Teste de Substituição de Símbolos por Dígitos (DSST) e avaliação qualitativa do cirurgião	Questionário (após 1 semana, sobre fadiga, confusão e náusea)
O'BOYLE et al., 1988	Estudo de grupos paralelos,	N= 40 (23,18 anos)	Remoção cirúrgica de terceiros	Lormetazepam sublingual (2,5mg) + 2 ml	Inventário de Ansiedade Traço-Estado	Teste de Substituição de Símbolos por	Questionário (após 1 semana, sobre fadiga, confusão e náusea)

	randomizado e duplo-cego (RCT)		molares impactados	solução salina IV VS Diazepam IV (10mg) + Placebo sublingual	(STAI), Escala Visual Analógica (EVA) e Escala de Ansiedade Dental de Corah (DAS)	Dígitos (DSST) e DSST e avaliações subjetivas do cirurgião sobre relaxamento/cooperação do paciente	
BERTHOLD et al., 1997	Estudo paralelo, de dose única, duplo-cego e controlado por placebo (RTC)	N= 64 (24,7 anos)	Extração de 2 a 4 terceiros molares	Triazolam sublingual (0,25g) + Placebo oral VS Triazolam oral (0,25mg) + Placebo sublingual VS Placebo sub.+ Placebo oral	Escala de classificação gráfica (20 cm) e Escala Visual Analógica (EVA)	Avaliação global da eficácia pelo paciente (1-4) e classificação dos movimentos pelo cirurgião (0-3)	Questionário (relato de efeitos após 3 horas de observação)
COLDWELL et al., 1997	Randomizado, duplo-cego e controlado por placebo (RCT)	N= 36 (21 - 36) e 48 (18 - 45)	Remoção cirúrgica de terceiros molares (em dois casos primeiros molares superiores também foram extraídos)	Alprazolam via oral (0,25 mg, 0,50 mg ou 0,75 mg) VS Placebo	Escala de Ansiedade Odontológica (DAS), Questionário de Confiança em Cirurgia Oral (OSCQ), Escala Intervalar de Resposta à Ansiedade (ISAR), Lista de Verificação de Cognições de Ansiedade e Lista de Verificação de	Bateria computadorizada de testes de memória (evocação e reconhecimento de palavras e histórias) para medir o efeito amnésico do fármaco	Mensuração da amnésia anterógrada através da bateria de testes computadorizados, questionário checklist de 21 sintomas físicos da ansiedade e questionário checklist de 11 pensamentos típicos de ansiedade.

					Sintomas Físicos		
GANZBERG et al., 2005	Estudo cruzado (crossover) e duplo-cego (RCT)	N= 14 (18 - 40 anos)	Extração de terceiros molares impactados	Triazolam oral (0,5 mg) VS Zaleplon oral (10 mg)	Escala Visual Analógica (EVA)	Escala Visual Analógica e testes de recordação (cartões)	Questionário (dia seguinte) sobre efeitos desagradáveis e sedação residual
ZAMIRI; EFTEKHARIAN; GHOLAMI, 2012	Randomizado, controlado e duplo-cego (RCT)	N= 60 (37,3 anos)	Exodontia de dentes não especificados	Clonazepam oral (2 mg) VS Placebo	Escala Visual Analógica (EVA)	Avaliação de sinais vitais (PA, FC, SpO2)	Avaliação de sinais vitais (PA, FC, SpO2)
PEREIRA-SANTOS et al., 2013	Boca dividida, randomizado e cruzado (RCT)	N= 28 (18 - 29 anos)	Extração bilateral de terceiros molares inferiores impactado ou incluso	Midazolam oral (5 mg) VS Óxido Nitroso (N2O/O2 - 50%)	Escala de Ansiedade Dental de Corah (DAS), dosagem de cortisol salivar	Monitoramento de sinais vitais	Monitoramento clínico de sinais de sobressedação (desorientação, náusea)
DANTAS et al., 2017	Ensaio clínico cruzado (crossover), duplo-cego, randomizado e controlado (RCT)	N= 40 (23,9 anos)	Extração bilateral de terceiros molares inferiores impactados	Midazolam oral (15mg) VS Passiflora Oral (260mg)	Escala de Ansiedade Dental de Corah (DAS)	Parâmetros físicos (FC, PA, SpO2) e teste de interferência na memória	Questionário (24h após) sobre sonolência e outros efeitos
DELLOVO et al., 2019	Randomizado, duplo-cego, controlado e cruzado (RCT)	N= 30 (31,3 anos)	Extração bilateral de terceiros molares	Midazolam oral (15 mg 30 min antes) + auriculoterapia simulada (iniciada 5 dias antes da cirurgia)	Escala de Ansiedade Dental de Corah (DAS)	Questionários e parâmetros físicos (PA, FC e SpO2)	Formulário de autoavaliação (após 24 horas)

				VS Placebo Oral (30 min antes) + auriculoterapia (iniciada 5 dias antes)			
FARAH et al., 2019	Estudo prospectivo, randomizado , de boca dividida (split-mouth), cruzado e duplo-cego (RCT)	N= 20 (23,7 anos)	Extração bilateral de terceiros molares mandibulares impactados (com necessidade de osteotomia e odontosseção)	Midazolam oral (15mg) VS Valeriana oral (100mg)	Escala de Ansiedade Dental de Corah (DAS)	Escala de Ramsay e monitoramento fisiológico.	formulário de autoavaliação e efeitos colaterais (após 24 horas)
MORAES et al., 2019	Ensaio clínico randomizado (RCT)	N= 120 (22,6 anos)	Extração de terceiros molares superiores totalmente impactados	Diazepam Oral (5 mg) VS Midazolam Oral (7,5 mg) VS Óxido Nitroso (N2O/O2 - 40%/60%)	Escala de Ansiedade Dental de Corah (DAS) e Escala Visual Analógica (EVA)	Sinais vitais e Teste de Amnésia Retrógrada (recordação de imagens)	Questionário de conforto e efeitos adversos (7 dias após)

TABELA 3 - Desfecho dos estudos incluídos

Autor/ Ano	Desfecho
O'BOYLE et al., 1986	O temazepam oral (40 mg) foi altamente eficaz na redução da ansiedade antecipatória em pacientes classificados como "Altamente Ansiosos", sendo significativamente superior ao placebo. Nos pacientes com "Baixa Ansiedade", não houve diferença significativa entre as intervenções.
BROWNING et al., 1987	O diazepam intravenoso (10 mg) mostrou-se mais eficaz na redução do estresse e nervosismo do que o diazepam oral (10 mg). Aos 15 minutos, os pacientes sentiam-se 53% menos nervosos com a via IV, contra uma redução de 33,5% na via oral. A via intravenosa também produziu amnésia anterógrada na maioria dos pacientes.
O'BOYLE et al., 1987	O midazolam oral (15 mg) foi avaliado pelo cirurgião como proporcionando uma ansiólise superior e maior relaxamento durante o procedimento quando comparado ao diazepam intravenoso (10 mg). O midazolam também causou maior comprometimento psicomotor inicial, mas com alta satisfação do paciente.
O'BOYLE et al., 1988	O lormetazepam sublingual (2,5 mg) apresentou eficácia clínica comparável ao diazepam intravenoso (10 mg) no controle da ansiedade intraoperatória. Ambos os tratamentos produziram reduções significativas e similares nos escores de ansiedade (escala STAI) e tensão (escala EVA).
BERTHOLD et al., 1997	O triazolam sublingual (0,25 mg) foi mais efetivo na redução da ansiedade transoperatória e da percepção de dor aos 15 minutos de cirurgia quando comparado ao triazolam oral (0,25 mg) e ao placebo. Os níveis plasmáticos foram mais altos no grupo sublingual, sugerindo maior biodisponibilidade
COLDWELL et al., 1997	Apenas a dose de 0,75 mg de alprazolam reduziu significativamente a ansiedade durante a cirurgia oral. As doses de 0,25 mg e 0,50 mg tenderam a reduzir a ansiedade, mas não alcançaram significância estatística . O estudo concluiu que as doses necessárias para ansiólise clínica também causavam prejuízo na memória.
GANZBERG et al., 2005	O zaleplon (10 mg) forneceu uma ansiólise comparável à do triazolam (0,5 mg) em cirurgias de

	terceiros molares. A principal diferença foi a recuperação, que foi significativamente mais rápida com o zaleplon (64% dos pacientes alertas ao chegar em casa vs. 21% com triazolam).
ZAMIRI; EFTEKHARIAN; GHOLAMI, 2012	O clonazepam (2 mg) em dose única foi altamente eficaz na redução da ansiedade (medida pela escala EVA) em comparação ao placebo um hora após a medicação. Houve também reduções significativas na pressão arterial e frequência de pulso no grupo que utilizou o fármaco.
PEREIRA-SANTOS et al., 2013	O midazolam oral (7,5 mg) foi mais efetivo na redução dos níveis de cortisol salivar (marcador objetivo de ansiedade/estresse) 40 minutos após a administração do que o óxido nítrico a 50%. Ambos os métodos reduziram a ansiedade subjetiva, mas o midazolam teve um impacto biológico maior.
DANTAS et al., 2017	A <i>Passiflora incarnata</i> (260 mg) apresentou um efeito ansiolítico similar ao midazolam (15 mg), sem diferenças significativas nos parâmetros físicos (PA, FC, SpO2). Contudo, o midazolam causou significativamente mais interferência na memória (amnésia) e maior sonolência.
DELLOVO et al., 2019	A auriculoterapia (com sementes de mostarda) demonstrou um efeito ansiolítico equivalente ao midazolam (15 mg). A redução da ansiedade foi observada em 86,7% dos pacientes com auriculoterapia e 83,3% com midazolam, tornando as técnicas intercambiáveis para o controle da ansiedade, mas com menos efeitos adversos na auriculoterapia.
FARAH et al., 2019	O midazolam (15 mg) foi mais eficaz no controle da ansiedade do que a <i>Valeriana officinalis</i> (100 mg), baseando-se no relato de calma dos pacientes (90% no grupo midazolam vs. 70% no grupo valeriana) e nos parâmetros fisiológicos mais deprimidos. A valeriana, embora menos potente, proporciona relaxamento sem causar amnésia.
MORAES et al., 2019	O midazolam (7,5 mg), o diazepam (5 mg) e o óxido nítrico (40%) foram todos igualmente eficazes no controle da ansiedade, não havendo diferença estatisticamente significativa entre as três técnicas na redução dos escores da escala de Corah no pós-operatório. Todas as intervenções foram consideradas seguras e com pouco impacto em sinais vitais.

Os principais desfechos avaliados nos estudos incluídos foram ansiedade perioperatória, nível de sedação e eventos adversos. A ansiedade foi mensurada por diferentes instrumentos, incluindo a Escala de Ansiedade Dental de Corah (DAS), a Escala Visual Analógica (EVA), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI), Escala de classificação gráfica, o Questionário de Confiança para Cirurgia Oral (OSCQ), a Escala Intervalar de Resposta à Ansiedade (ISAR), listas de verificação de sintomas físicos e cognições relacionadas à ansiedade e, em um estudo, por observação clínica do cirurgião e do pesquisador.

O nível de sedação foi avaliado por meio de observação clínica, classificação comportamental, avaliações subjetivas do cirurgião e do paciente, Escala de Ramsay, Teste de Substituição de Símbolos por Dígitos (DSST), testes de memória e recordação, monitoramento de parâmetros fisiológicos (pressão arterial, frequência cardíaca e saturação periférica de oxigênio) e marcadores biológicos, temperatura da pele, resposta galvânica da pele e níveis de catecolaminas. Os eventos adversos foram avaliados por diferentes métodos, incluindo observação clínica, questionários de autoavaliação aplicados em diferentes intervalos de acompanhamento, monitoramento de parâmetros fisiológicos, avaliação de sinais de sobressedação e baterias computadorizadas de testes.

4.3 RISCO DE VIÉS PARA OS ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS

O risco de viés dos ensaios clínicos randomizados (ECRS) incluídos nesta revisão sistemática foi avaliado utilizando a ferramenta Risk of Bias 2 (RoB 2) da Cochrane, separadamente para os desfechos sedação, ansiedade perioperatória e eventos adversos. A avaliação foi realizada utilizando a abordagem por intenção de tratar, sendo os julgamentos dos cinco domínios sintetizados em uma classificação global de risco de viés para cada desfecho (Figuras 2–4).

Foram avaliados onze estudos para o desfecho sedação (BROWNING et al., 1987; O'BOYLE et al., 1986; O'BOYLE et al., 1987; O'BOYLE et al., 1988; BERTHOLD et al., 1997; GANZBERG et al., 2005; ZAMIRI; EFTEKHARIAN; GHOLAMI, 2012; DANTAS et al., 2017; DELLOVO et al., 2019; DE MORAES et al., 2019; FARAH et al., 2019), treze para ansiedade perioperatória (BROWNING et al., 1987; O'BOYLE et al., 1986; O'BOYLE et al., 1987; O'BOYLE et al., 1988; BERTHOLD et al., 1997; COLDWELL et al., 1997; GANZBERG et al., 2005; ZAMIRI; EFTEKHARIAN; GHOLAMI, 2012; PEREIRA-SANTOS et al., 2013; DANTAS et al.,

2017; DELLOVO et al., 2019; DE MORAES et al., 2019; FARAH et al., 2019) e nove para eventos adversos (O'BOYLE et al., 1986; O'BOYLE et al., 1987; O'BOYLE et al., 1988; BERTHOLD et al., 1997; GANZBERG et al., 2005; DANTAS et al., 2017; DELLOVO et al., 2019; DE MORAES et al., 2019; FARAH et al., 2019). Para sedação e eventos adversos, todos os estudos receberam julgamento global de algumas preocupações, enquanto, para ansiedade perioperatória, onze estudos foram classificados como algumas preocupações e dois como alto risco de viés (PEREIRA-SANTOS et al., 2013; MORAES et al., 2019).

Figura 2 - Risco de viés para o desfecho nível de sedação

Autor/Ano	Intervenção	Comparador	D1	D2	D3	D4	D5	Geral
BERTHOLD et al., 1997	Triazolam (oral/sublingual)	Placebo						
BROWNING et al., 1987	Diazepam (oral)	Diazepam (Intravenoso)						
DANTAS et al., 2017	Passiflora Incarnata (oral)	Midazolam (oral)						
DELLOVO et al., 2019	Placebo (oral) + auriculoterapia	Midazolam (oral) + auriculoterapia						
FARAH et al., 2019	Valeriana (oral)	Midazolam (oral)						
GANZBERG et al., 2005	Zaleplon (oral)	Triazolam (oral)						
MORAES et al., 2019	Midazolam (oral)	Diazepam (oral) e Óxido Nitroso (40%)						
O'BOYLE et al., 1986	Temazepam (oral)	Diazepam (intravenoso)						
O'BOYLE et al., 1987	Midazolam (oral)	Diazepam (intravenoso)						
O'BOYLE et al., 1988	Lormetazepam (sublingual)	Diazepam (intravenoso)						
ZAMIRI; EFTEKHARIAN; GHOLAMI, 2012	Clonazepam (oral)	Placebo						
Baixo Risco Risco Moderado Alto Risco			D1- Processo de randomização D2- Desvios das intervenções pretendidas D3- Dados Perdidos D4- Mensuração do desfecho D5- Relato seletivo do desfecho					

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

De forma geral, a maioria dos estudos apresentou baixo risco de viés no Domínio 2 (desvios das intervenções pretendidas), 3 (dados ausentes) e 4

(mensuração do desfecho), sendo as principais limitações observadas no Domínio 1 (processo de randomização) e 5 (seleção do resultado relatado). No Domínio 1, as preocupações decorreram principalmente da descrição insuficiente dos métodos de geração da sequência aleatória e, sobretudo, da ocultação da alocação em estudos mais antigos ou com relato metodológico incompleto (BROWNING et al., 1987; O'BOYLE et al., 1986; O'BOYLE et al., 1987; O'BOYLE et al., 1988; ZAMIRI; EFTEKHARIAN; GHOLAMI, 2012; DELLOVO et al., 2019; DE MORAES et al., 2019). No Domínio 5, nenhum estudo pôde ser classificado como de baixo risco, pois não estavam disponíveis protocolos ou planos de análise estatística prospectivamente definidos, ou as informações disponíveis não permitiam confirmar que os desfechos e análises haviam sido especificados antes do conhecimento dos resultados. Essa situação foi observada tanto em estudos sem registro do ensaio quanto naqueles com registros retrospectivos ou iniciados após o recrutamento dos participantes.

Algumas limitações foram específicas de determinados estudos. Berthold et al. (1997) apresentou algumas preocupações no Domínio 2 em todos os desfechos avaliados, em decorrência da exclusão de participantes após a randomização sem relato de análise por intenção de tratar. De forma semelhante, De Moraes et al. (2019) apresentou algumas preocupações no Domínio 4 para os desfechos sedação e eventos adversos, uma vez que esses desfechos incluíram medidas subjetivas obtidas em um contexto em que participantes e avaliadores provavelmente tinham conhecimento da intervenção recebida. Para o desfecho ansiedade perioperatória, entretanto, esse mesmo estudo foi classificado como alto risco de viés, pois a ansiedade foi mensurada por um instrumento autorrelatado (Escala de Ansiedade Odontológica de Corah) em participantes que necessariamente conheciam a intervenção recebida, tornando provável a influência desse conhecimento sobre a mensuração do desfecho.

O segundo estudo classificado como alto risco de viés para ansiedade foi Pereira-Santos et al. (2013), em razão do Domínio 2, uma vez que ocorreram desvios da intervenção pretendida associados à sedação excessiva em dois participantes, exigindo modificação do protocolo com óxido nítrico e posterior exclusão desses indivíduos da análise. Como esses desvios estavam relacionados à intervenção e não ocorreram de forma equilibrada entre os grupos, considerou-se provável que tenham influenciado a estimativa do efeito.

Figura 3 - Risco de viés para o desfecho redução da ansiedade

Autor/Ano	Intervenção	Comparador	D1	D2	D3	D4	D5	Geral
BERTHOLD et al., 1997	Triazolam (oral/sublingual)	Placebo						
COLDWELL et al., 1997	Alprazolam via oral (0,25 mg, 0,50 mg ou 0,75 mg)	Placebo						
BROWNING et al., 1987	Diazepam (oral)	Diazepam (Intravenoso)						
DANTAS et al., 2017	Passiflora Incarnata (oral)	Midazolam (oral)						
DELLOVO et al., 2019	Placebo (oral) + auriculoterapia	Midazolam (oral) + auriculoterapia						
FARAH et al., 2019	Valeriana (oral)	Midazolam (oral)						
GANZBERG et al., 2005	Zaleplon (oral)	Triazolam (oral)						
MORAES et al., 2019	Midazolam (oral)	Diazepam (oral) e Óxido Nitroso (40%)						
O'BOYLE et al., 1987	Temazepam (oral)	Diazepam (intravenoso)						
O'BOYLE et al., 1988	Midazolam (oral)	Diazepam (intravenoso)						
Pereira-Santos et al., 2013	Lormetazepam (sublingual)	Diazepam (intravenoso)						
ZAMIRI; EFTEKHARIAN; GHOLAMI, 2012	Clonazepam (oral)	Placebo						
Baixo Risco Risco Moderado Alto Risco			D1- Processo de randomização D2- Desvios das intervenções pretendidas D3- Dados Perdidos D4- Mensuração do desfecho D5- Relato seletivo do desfecho					

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

No conjunto, os julgamentos globais foram predominantemente influenciados por limitações relacionadas ao relato dos métodos de randomização e à impossibilidade de excluir completamente a seleção dos resultados apresentados. Exceções relevantes foram observadas apenas para o desfecho ansiedade, no qual Pereira-Santos et al. (2013) e Moraes et al. (2019) apresentaram alto risco de viés em decorrência de limitações específicas relacionadas, respectivamente, aos desvios das intervenções pretendidas e à mensuração de um desfecho autorrelatado.

Figura 4 - Risco de Viés para o desfecho eventos adversos

Autor/Ano	Intervenção	Comparador	D1	D2	D3	D4	D5	Geral
BERTHOLD et al., 1997	Triazolam (oral/sublingual)	Placebo						
DANTAS et al., 2017	Passiflora Incarnata (oral)	Midazolam (oral)						
DELLOVO et al., 2019	Placebo (oral) + auriculoterapia	Midazolam (oral) + auriculoterapia						
FARAH et al., 2019	Valeriana (oral)	Midazolam (oral)						
GANZBERG et al., 2005	Zaleplon (oral)	Triazolam (oral)						
MORAES et al., 2019	Midazolam (oral)	Diazepam (oral) e Óxido Nitroso (40%)						
O'BOYLE et al., 1986	Temazepam (oral)	Diazepam (intravenoso)						
O'BOYLE et al., 1987	Midazolam (oral)	Diazepam (intravenoso)						
O'BOYLE et al., 1988	Lormetazepam (sublingual)	Diazepam (intravenoso)						
Baixo Risco Risco Moderado Alto Risco			D1- Processo de randomização D2- Desvios das intervenções pretendidas D3- Dados Perdidos D4- Mensuração do desfecho D5- Relato seletivo do desfecho					

Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

4.4 AVALIAÇÃO DA CERTEZA DA EVIDÊNCIA

Durante a avaliação da certeza da evidência pela abordagem GRADE, optou-se utilizar apenas para os desfechos avaliados por pelo menos dois ensaios clínicos randomizados dentro da mesma comparação. Na comparação entre sedação farmacológica oral ou sublingual e placebo, apenas o desfecho ansiedade perioperatória atendeu a esse critério, sendo composto pelos estudos de Berthold et al. (1997), Coldwell et al. (1997) e Zamiri et al. (2012), totalizando 168 participantes. A certeza da evidência para esse desfecho foi classificada como moderada. O desfecho da sedação não foi submetido à avaliação GRADE, uma vez que apenas Berthold et al. (1997) avaliou diretamente esse desfecho. Da mesma forma, os eventos adversos foram relatados apenas por Berthold et al. (1997), não sendo realizada avaliação da certeza da evidência.

Na comparação entre sedação farmacológica oral ou sublingual e sedação intravenosa, quatro ensaios clínicos randomizados (O'Boyle et al., 1986; Browning et

al., 1987; O'Boyle et al., 1987; O'Boyle et al., 1988) contribuíram para os desfechos sedação adequada e ansiedade perioperatória, envolvendo um total de 159 participantes. Para ambos os desfechos, a certeza da evidência foi classificada como baixa. Para eventos adversos, a avaliação foi baseada nos estudos de O'Boyle et al. (1986), O'Boyle et al. (1987) e O'Boyle et al. (1988), totalizando 119 participantes, sendo a certeza da evidência classificada como moderada.

As comparações entre diferentes sedativos farmacológicos administrados por via oral não foram submetidas à avaliação GRADE, uma vez que cada comparação específica foi representada por apenas um ensaio clínico randomizado. Nesses casos, os resultados foram apresentados exclusivamente por meio de síntese narrativa, acompanhada da avaliação individual do risco de viés.

Em síntese, a certeza da evidência foi considerada moderada para o desfecho ansiedade perioperatória na comparação entre sedação farmacológica oral ou sublingual e placebo e para o desfecho eventos adversos na comparação entre sedação farmacológica oral ou sublingual e sedação intravenosa. Para a comparação entre sedação farmacológica oral ou sublingual e sedação intravenosa, a certeza da evidência foi classificada como baixa para os desfechos sedação e ansiedade perioperatória.

Figura 5 - Análise GRADE: Sedação Oral x Placebo

Avaliação de Certeza							Nº de Pacientes		Efeito		Certeza	Importância
Nº de Estudos	Delineamento do Estudo	Risco de Viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras Considerações	Sedação Medicamentosa Oral	Placebo	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)		

Ansiedade perioperatória (avaliado com: DAS, VAS, STAI, ISAR e outras escalas de ansiedade validadas)

3	ensaios clínicos randomizados	Não Grave	Não Grave	Não Grave	Grave ^a	Nenhum	106	62	-	Ver Comentário	⊕⊕⊕○	Crítico
---	-------------------------------	-----------	-----------	-----------	--------------------	--------	-----	----	---	----------------	------	---------

IC: Intervalo de Confiança; **DPM:** Diferença Padronizada de Médias

Observações:

- a. O tamanho total da amostra foi limitado (168 participantes), e não houve estimativa de efeito combinado disponível, uma vez que a síntese quantitativa não foi viável. Consequentemente, as evidências disponíveis não fornecem uma estimativa suficientemente precisa da magnitude do efeito do tratamento.

Figura 6 - Análise GRADE: Sedação Oral x Sedação Intravenosa

Nº de Estudos	Avaliação de Certeza						Nº de Pacientes		Efeito			
	Delineamento do Estudo	Risco de Viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras Considerações	Sedação Medicamentosa Oral	Placebo	Relativo (95% IC)	Absoluto (95% IC)	Certeza	Importância
Sedação (avaliada por avaliação global da sedação relatada pelo paciente e pelo clínico, cooperação o proedimento, desempenho psicomotor, fisiológicos relacionados à sedação).												
4	ensaios clínicos randomizados	Não Grave	Grave ^a	Não Grave	Grave ^b	Nenhum	79	80	-	Ver Comentário	⊕⊕○○ Baixa ^{a,b}	Crítico
Ansiedade perioperatória (avaliada por meio de: escalas de ansiedade relatadas pelo paciente, incluindo VAS, STAI, ISAR e outras medidas validadas de ansiedade transoperatória)												
4	ensaios clínicos randomizados	Não Grave	Grave ^c	Não Grave	Grave ^d	Nenhum	79	80	-	Ver Comentário	⊕⊕○○ Baixa ^{c,d}	Crítico
Eventos adversos (avaliado com: Incidência de eventos adversos relacionados ao tratamento, incluindo sedação excessiva, tontura, náusea, vômito, eventos cardiorrespiratórios complicações relacionadas).												
3	ensaios clínicos randomizados	Não Grave	Não Grave	Não Grave	Grave ^e	Nenhum	Os estudos incluídos relataram eventos adversos de forma descritiva, abrangendo sintomas pós-operatórios, amnésia, recuperação psicomotora e tolerabilidade ao tratamento. No entanto, a definição e o relato dos eventos adversos foram inconsistentes entre os estudos, e nenhum deles forneceu dados suficientemente homogêneos sobre o número de participantes que apresentaram pelo menos um evento adverso em cada grupo de tratamento. Consequentemente, não foi possível calcular uma estimativa combinada do efeito quantitativo.				⊕⊕⊕○ Moderada ^e	Crítico

IC: Intervalo de Confiança; DPM: Diferença Padronizada de Médias

Observações:

- A classificação foi reduzida em um nível devido à inconsistência, uma vez que a direção dos achados comparativos variou entre os estudos. A sedação oral ou sublingual foi relatada como comparável à sedação intravenosa em dois ensaios, superior em alguns aspectos e menos eficaz ou menos satisfatória em outro. Diferenças nos agentes sedativos, nas medidas de desfecho, nas perspectivas de avaliação e nos momentos de aferição podem explicar parcialmente a heterogeneidade; no entanto, a inconsistência não pôde ser totalmente resolvida ou quantificada, pois não havia uma estimativa de efeito comum disponível.
- Rebaixado em um nível devido à imprecisão, uma vez que as evidências basearam-se em apenas quatro pequenos ensaios clínicos randomizados, totalizando 159 participantes, sem uma estimativa de efeito combinado. O tamanho total da amostra provavelmente ficou abaixo do tamanho ideal de informação, e os dados disponíveis permanecem compatíveis com diferenças clinicamente relevantes que favorecem tanto a sedação oral quanto a intravenosa. Portanto, novos estudos bem delineados poderiam alterar significativamente a estimativa do efeito.
- Rebaixado em um nível devido a uma inconsistência grave, uma vez que a direção do efeito do tratamento variou entre os estudos incluídos. Um estudo favoreceu o diazepam intravenoso, outro favoreceu o midazolam oral e dois da ansiedade comparável entre a sedação oral/sublingual e o diazepam intravenoso. Essas diferenças provavelmente estão relacionadas a variações nos agentes sedativos orais e em suas características farmacológicas, resultando em heterogeneidade não explicada nos efeitos observados.
- Rebaixado em um nível devido à imprecisão, uma vez que as evidências baseavam-se em quatro pequenos ensaios clínicos randomizados e controlados, totalizando apenas 159 participantes, sem uma estimativa de efeito combinado. O tamanho total da amostra provavelmente estava abaixo do tamanho ideal de informação, e estudos adicionais bem delineados poderiam alterar significativamente o efeito estimado sobre a ansiedade perioperatória.
- Rebaixado em um nível devido à imprecisão, pois as evidências baseavam-se em apenas três pequenos ensaios clínicos randomizados e controlados, totalizando 119 participantes, com poucos eventos adversos relatados e sem estimativa de efeito combinado. O tamanho total da amostra estava abaixo do tamanho ideal de informação, e estudos adicionais poderiam alterar substancialmente o risco estimado de eventos adversos.

5 DISCUSSÃO

A sedação por via oral ou sublingual constitui uma alternativa amplamente utilizada para o manejo da ansiedade em pacientes submetidos a cirurgias orais menores, principalmente por apresentar administração simples, menor custo e dispensar o acesso venoso, características que favorecem sua aplicação em ambiente ambulatorial (ARAÚJO et al., 2018). Entretanto, a diversidade de fármacos, doses, vias de administração, protocolos clínicos e instrumentos empregados para mensuração dos desfechos dificultou a comparação entre os ensaios clínicos e a consolidação de evidências consistentes acerca da efetividade da sedação farmacológica oral ou sublingual (O'BOYLE et al., 1986; BROWNING et al., 1987; O'BOYLE et al., 1987; O'BOYLE et al., 1988; BERTHOLD et al., 1997; COLDWELL et al., 1997; GANZBERG et al., 2005; ZAMIRI; EFTEKHARIAN; GHOLAMI, 2012; PEREIRA-SANTOS et al., 2013; DANTAS et al., 2017; DELLOVO et al., 2019; DE MORAES et al., 2019; FARAH et al., 2019).

Nesse contexto, a presente revisão sistemática reuniu exclusivamente ensaios clínicos randomizados envolvendo pacientes adultos submetidos a cirurgias orais menores, permitindo uma avaliação específica da eficácia da sedação farmacológica oral ou sublingual sobre ansiedade, sedação e eventos adversos. Diferentemente de revisões anteriores, os resultados foram interpretados segundo comparações clínicas previamente definidas e complementados pela avaliação do risco de viés (RoB 2) e da certeza da evidência (GRADE). Os achados demonstraram benefício consistente da sedação oral ou sublingual na redução da ansiedade quando comparada ao placebo, sustentado por evidência de certeza moderada. Em contrapartida, quando comparada à sedação intravenosa ou a outras modalidades farmacológicas, as evidências permaneceram menos conclusivas, refletindo principalmente a heterogeneidade metodológica, o pequeno número de participantes por comparação e a baixa ou moderada certeza da evidência observada nas avaliações GRADE.

A comparação entre sedação farmacológica oral ou sublingual e placebo representa a evidência mais consistente identificada nesta revisão para o desfecho ansiedade perioperatória. Os estudos de Berthold et al. (1997), Coldwell et al. (1997) e Zamiri, Eftekharian e Gholami (2012), embora tenham utilizado diferentes benzodiazepínicos, doses e escalas de avaliação, apontaram benefício da intervenção farmacológica em relação ao placebo, permitindo que esse conjunto de

evidências fosse classificado com certeza moderada. Esse resultado é biologicamente plausível, considerando que os benzodiazepínicos potencializam a neurotransmissão mediada pelo ácido gama-aminobutírico (GABA), promovendo redução da atividade neuronal relacionada aos circuitos do medo e da ansiedade, mecanismo que explica seu amplo emprego na sedação odontológica (MALAMED, 2021; BRUNTON; HILAL-DANDAN; KNOLLMANN, 2023). Entretanto, a interpretação desses achados deve permanecer restrita à comparação com placebo. Os estudos incluídos avaliaram diferentes intervenções farmacológicas, como alprazolam, clonazepam e triazolam, em diferentes doses e protocolos de administração, impossibilitando concluir que todos os sedativos orais ou sublinguais apresentam eficácia equivalente. Além disso, apenas um estudo clínico avaliou os desfechos de sedação e eventos adversos nessa comparação, o que impossibilitou a aplicação do GRADE e limitou a extrapolação dos resultados para além da redução da ansiedade (Berthold et al., 1997). Assim, embora exista evidência moderadamente confiável de benefício em relação ao placebo, ainda não é possível estabelecer qual fármaco, dose ou protocolo apresenta melhor desempenho clínico.

Em contraste, a comparação entre sedação oral ou sublingual e sedação intravenosa revelou um cenário significativamente mais complexo. Os quatro estudos clínicos conduzidos por O'Boyle et al. (1986; 1987; 1988) e Browning et al. (1987) compararam benzodiazepínicos administrados por via oral ou sublingual com diazepam intravenoso em procedimentos de cirurgia oral menor. Apesar de alguns estudos não demonstrarem diferenças estatisticamente significativas entre as modalidades, a presente revisão classificou a certeza da evidência como baixa para ansiedade e sedação, indicando que novas pesquisas poderão modificar substancialmente essas estimativas. Esse aspecto possui importante implicação clínica: a ausência de diferença estatística não deve ser interpretada como demonstração de equivalência terapêutica. De fato, a sedação intravenosa apresenta características farmacocinéticas distintas, como início de ação mais rápido, possibilidade de titulação contínua da dose e maior previsibilidade do efeito clínico, enquanto a administração oral ou sublingual depende da absorção gastrointestinal ou da mucosa oral, estando sujeita à variabilidade individual relacionada ao metabolismo de primeira passagem e às diferenças farmacocinéticas entre os pacientes (MALAMED, 2021; BRUNTON; HILAL-DANDAN; KNOLLMANN, 2023). Portanto, embora a sedação oral ou sublingual represente uma alternativa

menos invasiva, a evidência atualmente disponível é insuficiente para afirmar que produz resultados comparáveis aos da sedação intravenosa em todos os cenários clínicos.

As comparações entre a sedação oral ou sublingual e diferentes agentes farmacológicos evidenciaram um corpo de evidências heterogêneo, no qual cada comparação foi representada predominantemente por um único estudo clínico randomizado. Entre os estudos incluídos, Dantas et al. (2017) compararam midazolam e *Passiflora incarnata*; Ganzberg et al. (2005) compararam triazolam e zaleplon; De Moraes et al. (2019) investigaram diazepam, midazolam e óxido nítrico; e Farah et al. (2019) compararam midazolam e *Valeriana officinalis*. Embora alguns ensaios tenham relatado redução da ansiedade ou níveis satisfatórios de sedação para as intervenções avaliadas, a disponibilidade de apenas um estudo para cada comparação, associada ao reduzido tamanho amostral, impede estabelecer uma hierarquia de eficácia entre os diferentes agentes farmacológicos. Por esse motivo, essas comparações foram sintetizadas de forma narrativa e não puderam ser submetidas à avaliação da certeza da evidência pelo GRADE.

Os achados da presente revisão convergem parcialmente com os de Araújo et al. (2018), que também identificaram potencial benefício da sedação oral para o controle da ansiedade em pacientes adultos submetidos a procedimentos odontológicos. Entretanto, diferenças metodológicas importantes entre as duas revisões devem ser consideradas. Enquanto Araújo et al. 2018 incluíram apenas intervenções administradas por via oral e realizaram exclusivamente uma síntese narrativa, a presente revisão restringiu a população a pacientes submetidos especificamente a cirurgias orais menores, incluiu intervenções por via oral e sublingual, avaliou comparações clinicamente distintas e incorporou a ferramenta RoB 2 e a abordagem GRADE. Dessa forma, mais do que apresentar resultados divergentes, os dois trabalhos são complementares, sendo que a presente revisão amplia o escopo das comparações clínicas e acrescenta uma avaliação estruturada da certeza da evidência, fortalecendo a interpretação dos achados para a prática clínica.

A interpretação dos achados deve considerar também a qualidade metodológica dos estudos incluídos. Embora todos os ensaios apresentassem delineamento randomizado, a avaliação pelo RoB 2 demonstrou predomínio do julgamento "algumas preocupações" para sedação e eventos adversos, enquanto,

para ansiedade perioperatória, dois estudos foram classificados como alto risco de viés. As principais limitações concentraram-se na descrição insuficiente da geração da sequência aleatória e, sobretudo, na ocultação da alocação, problemas frequentes nos estudos mais antigos, além da ausência de protocolos prospectivos ou planos de análise previamente registrados. Para ansiedade, Pereira-Santos et al. (2013) foi classificado como alto risco de viés devido à exclusão de participantes após sedação excessiva, enquanto Berthold et al. (1997) recebeu julgamento de "algumas preocupações" em razão da exclusão de participantes após a randomização sem relato de análise por intenção de tratar. Esses achados reforçam a importância de avaliar o risco de viés separadamente para cada desfecho, evitando extrapolar a qualidade metodológica observada para ansiedade aos demais resultados clínicos. A aplicação do GRADE complementou essa análise ao permitir estimar a confiança no conjunto das evidências. A comparação entre sedação oral ou sublingual e placebo apresentou certeza moderada para ansiedade, enquanto a comparação com sedação intravenosa apresentou baixa certeza para ansiedade e sedação e certeza moderada para eventos adversos. Diversas comparações não puderam ser classificadas pelo GRADE por serem representadas por apenas um estudo. Assim, a ausência de classificação da certeza da evidência não deve ser interpretada como ausência de benefício ou de risco, mas como insuficiência de evidências comparáveis para produzir estimativas confiáveis.

Do ponto de vista clínico, os resultados sugerem que a sedação farmacológica por via oral ou sublingual representa uma alternativa viável para redução da ansiedade em pacientes adultos submetidos a cirurgias orais menores, especialmente quando comparada ao placebo. Entretanto, essa conclusão não pode ser generalizada para todas as modalidades de sedação nem para todos os fármacos avaliados. A escolha do sedativo deve considerar não apenas sua eficácia potencial, mas também o perfil clínico do paciente, o tempo previsto para o procedimento, a necessidade de monitoramento e a previsibilidade da resposta farmacológica, aspectos já destacados em revisões anteriores e diretrizes sobre sedação em Odontologia (DIONNE et al., 2006; DONALDSON; GIZZARELLI; CHANPONG, 2007; HAAS, 2015; ARAÚJO et al., 2018).

As limitações desta revisão decorrem predominantemente das características da literatura disponível. A heterogeneidade entre as intervenções, comparadores e métodos de avaliação, associada às amostras reduzidas e à escassez de estudos

comparáveis, inviabilizou a realização de meta-análises e restringiu a síntese à abordagem narrativa. Além disso, grande parte dos estudos que contribuíram para as principais sínteses de evidência são publicações antigas, aspecto que deve ser considerado na interpretação dos achados, tendo em vista a evolução dos protocolos de sedação, do monitoramento clínico e das recomendações metodológicas para os ensaios clínicos. Apesar dessas limitações, esta revisão amplia o conhecimento disponível ao restringir a população a pacientes submetidos a cirurgias orais menores, ao incorporar intervenções por via sublingual e ao aplicar sistematicamente as ferramentas RoB 2 e GRADE, proporcionando uma avaliação mais robusta da confiabilidade das evidências.

Em conjunto, os achados desta revisão indicam que a sedação farmacológica oral ou sublingual apresenta evidências favoráveis para redução da ansiedade quando comparada ao placebo, porém a confiança nessa conclusão varia conforme o comparador analisado e a qualidade metodológica dos estudos disponíveis. Dessa forma, futuros ensaios clínicos devem priorizar protocolos de sedação mais padronizados, amostras adequadamente dimensionadas, registro prospectivo, ocultação da alocação e utilização de instrumentos validados para avaliação da ansiedade, sedação e eventos adversos. Além disso, estudos comparativos entre diferentes fármacos e vias de administração são necessários para fortalecer a base de evidências e orientar a tomada de decisão clínica em cirurgia oral menor.

6 CONCLUSÃO

A presente revisão sistemática demonstrou que a sedação farmacológica por via oral ou sublingual apresenta evidência de certeza moderada para redução da ansiedade perioperatória em comparação ao placebo em pacientes adultos submetidos a cirurgias orais menores. Entretanto, as evidências disponíveis para as comparações com sedação intravenosa e com outros agentes farmacológicos permaneceram limitadas ou inconclusivas, principalmente em decorrência do reduzido número de estudos, da heterogeneidade entre as intervenções e das limitações metodológicas dos ensaios clínicos incluídos. Dessa forma, embora a sedação oral ou sublingual represente uma alternativa promissora para o manejo da ansiedade nesse contexto clínico, ainda não é possível estabelecer a superioridade entre diferentes fármacos, doses ou protocolos de administração. Estudos clínicos contemporâneos, com maior rigor metodológico, protocolos padronizados e amostras adequadamente dimensionadas, são necessários para fortalecer a certeza da evidência e subsidiar a tomada de decisão clínica.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Jimmy de Oliveira; MOTTA, Rogério Heládio Lopes; BERGAMASCHI, Cristiane de Cássia; GUIMARÃES, Caio Chaves; RAMACCIATO, Juliana Cama; ANDRADE, Natalia Karol de; FIGUEIRÓ, Mabel Fernandes; LOPES, Luciane Cruz. Effectiveness and safety of oral sedation in adult patients undergoing dental procedures: protocol for a systematic review. **BMJ Open**, v. 8, e017681, 2018. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017681. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017681>. Acesso em: 10 jul. 2026.
- BERTHOLD, Charles W.; DIONNE, Raymond A.; COREY, Sharon E. Comparison of sublingually and orally administered triazolam for premedication before oral surgery. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics**, v. 84, n. 2, p. 119-124, ago. 1997. DOI: 10.1016/S1079-2104(97)90055-X. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1079-2104\(97\)90055-X](https://doi.org/10.1016/S1079-2104(97)90055-X) . Acesso em: 7 jan. 2026.
- BROWNING, R. D.; ALLEN, G. D.; KINNEY, E. B. A.; CARRANZA JUNIOR, F. A. A comparison of oral and intravenous diazepam sedation for periodontal surgery. **Anesthesia Progress**, v. 34, n. 2, p. 46-50, 1987. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3474910/>. Acesso em: 30 jan. 2026.
- BRUNTON, Laurence L.; HILAL-DANDAN, Randa; KNOLLMANN, Björn C. (org.). **As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman**. 14. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- COLDWELL, S. E.; MILGROM, P.; GETZ, T.; RAMSAY, D. S. Amnestic and anxiolytic effects of alprazolam in oral surgery patients. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 55, n. 10, p. 1061-1070, 1997. DOI: 10.1016/S0278-2391(97)90280-9. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0278-2391\(97\)90280-9](https://doi.org/10.1016/S0278-2391(97)90280-9). Acesso em: 24 jan. 2026.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO-295, de 10 de julho de 2026**. Regulamenta o emprego de fármacos para sedação nos procedimentos odontológicos, os protocolos de segurança, a formação, a inscrição e o exercício da sedação em Odontologia, bem como estabelece as modalidades de habilitação e dá outras providências. Brasília, DF: Conselho Federal de Odontologia, 2026. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2026/07/Resolucao-CFO-295-2026.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2026.
- DANTAS, Liliame-Poconé; OLIVEIRA-RIBEIRO, Artur de; ALMEIDA-SOUZA, Liane-Maciel de; GROppo, Francisco-Carlos. Effects of Passiflora incarnata and midazolam for control of anxiety in patients undergoing dental extraction. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 22, n. 1, p. e95-e101, jan. 2017. DOI: 10.4317/medoral.21140. Disponível em: <https://doi.org/10.4317/medoral.21140>. Acesso em: 20 jan. 2026.
- DEKKERS, Wim. Pain as a subjective and objective phenomenon. In: SCHRAMME, Thomas; WALKER, Mary (ed.). **Handbook of the Philosophy of Medicine**.

Dordrecht: Springer, 2015. DOI: 10.1007/978-94-017-8706-28-1. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-94-017-8706-2_8-1. Acesso em: 12 de dez. 2025.

DELLOVO, A. G.; SOUZA, L. M. A.; OLIVEIRA, J. S. de; AMORIM, K. S.; GROPPPO, F. C. Effects of auriculotherapy and midazolam for anxiety control in patients submitted to third molar extraction. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 48, p. 669-674, 2019. DOI: 10.1016/j.ijom.2018.10.014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2018.10.014>. Acesso em: 10 jul. 2026.

DIONNE, Raymond A. et al. Balancing efficacy and safety in the use of oral sedation in dental outpatients. **The Journal of the American Dental Association**, v. 137, n. 4, p. 502-513, 2006. DOI: 10.14219/jada.archive.2006.0223. Disponível em: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2006.0223>. Acesso em: 14 jun. 2026.

DONALDSON, Mark; GIZZARELLI, Gina; CHANPONG, Bunpracha. Oral sedation: a primer on anxiolysis for the adult patient. **Anesthesia Progress**, v. 54, n. 3, p. 118-129, 2007. DOI: 10.2344/0003-3006(2007)54[118:OSAPOA]2.0.CO;2. Disponível em: [https://doi.org/10.2344/0003-3006\(2007\)54\[118:OSAPOA\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.2344/0003-3006(2007)54[118:OSAPOA]2.0.CO;2). Acesso em: 13 jun. 2026.

FARAH, Gustavo Iacobucci; FERREIRA, Gustavo Zanna; DANIELETTTO-ZANNA, Carolina Ferrairo; LUPPI, Caroline Resquetti; JACOMACCI, William Piccin. Assessment of *Valeriana officinalis* L. (valerian) for conscious sedation of patients during the extraction of impacted mandibular third molars: a randomized, split-mouth, double-blind, crossover study. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 77, n. 9, p. 1796.e1-1796.e8, 2019. DOI: 10.1016/j.joms.2019.05.003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2019.05.003>. Acesso em: 21 jan. 2026.

GANZBERG, Steven I.; DIETRICH, Thomas; VALERIN, Manuel; BECK, F. Michael. Zaleplon (Sonata) oral sedation for outpatient third molar extraction surgery. **Anesthesia Progress**, v. 52, p. 128-131, 2005. DOI: 10.2344/0003-3006(2005)52[128:ZOS]2.0.CO;2. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1586798/>. Acesso em: 21 jan. 2026.

HAAS, Daniel A. **Oral sedation in dental practice**. Toronto: Royal College of Dental Surgeons of Ontario, 2015.

HANNA, Monica; CHEN, Peter; CLARKSON, Earl. Update on medications for oral sedation in the oral and maxillofacial surgery office. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, v. 34, n. 1, p. 9-19, 2022. DOI: 10.1016/j.coms.2021.08.008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.coms.2021.08.008>. Acesso em: 10 jun. 2026.

HOSIE, H. E.; BROOK, I. M.; NIMMO, W. S. Comparison of sedation with temazepam by mouth and Diazemuls I.V. for dental surgery: variability in absorption may influence clinical effect. **British Journal of Anaesthesia**, v. 60, n. 1, p. 18-23, 1988. DOI: 10.1093/bja/60.1.18. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/bja/60.1.18>. Acesso em: 20 jan. 2026.

INVERSO, G.; RESNICK, C. M.; GONZALEZ, M. L.; CHUANG, S. K. Anesthesia complications of diazepam use for adolescents receiving extraction of third molars. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 74, n. 6, p. 1140-1144, jun. 2016.

DOI: 10.1016/j.joms.2016.01.055. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.joms.2016.01.055>. Acesso em: 21 jan. 2026.

MALAMED, S. F. **Manual de Anestesia Local**. 7ª ed. Rio de Janeiro
 Guanabara-Koogan, 2021

MEDEIROS, Leonardo de Araujo; RAMIRO, Filipe Mazar Santos; LIMA, Carlos
 Alysson Aragão; SOUZA, Liane Maciel de Almeida; FORTES, Tânia Maria Vieira;
 GROppo, Francisco Carlos. Avaliação do grau de ansiedade dos pacientes antes
 de cirurgias orais menores. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 5, p.
 357-363, set./out. 2013. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rounesp/a/BpS6QPkprWyssXPnbzqfCWz/?lang=pt>. Acesso
 em: 11 jan. 2026.

MORAES, Michelle Bianchi de; BARBIER, Winnie Souza; RALDI, Fernando Vagner;
 NASCIMENTO, Rodrigo Dias; SANTOS, Lucio Murilo dos; SATO, Fabio Ricardo
 Loureiro. Comparison of Three Anxiety Management Protocols for Extraction of Third
 Molars With the Use of Midazolam, Diazepam, and Nitrous Oxide: A Randomized
 Clinical Trial. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 77, n. 11, p.
 2258.e1-2258.e8, 2019. DOI: 10.1016/j.joms.2019.06.001. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.joms.2019.06.001>. Acesso em: 21 jan. 2026.

O'BOYLE, C. A.; BARRY, H.; FOX, E.; McCREARY, C.; BEWLEY, A. Controlled
 comparison of a new sublingual lorazepam formulation and I.V. diazepam in
 outpatient minor oral surgery. **British Journal of Anaesthesia**, v. 60, n. 4, p.
 419-425, 1988. DOI: 10.1093/bja/60.4.419. Disponível em:
<https://doi.org/10.1093/bja/60.4.419>. Acesso em: 24 jan. 2026.

O'BOYLE, C. A.; HARRIS, D.; BARRY, H.; CULLEN, J. H. Differential effect of
 benzodiazepine sedation in high and low anxious patients in a "real life" stress
 setting. **Psychopharmacology**, v. 88, n. 2, p. 226-229, 1986. DOI:
 10.1007/BF00652245. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF00652245>. Acesso
 em: 31 jan. 2026.

O'BOYLE, C. A.; HARRIS, D.; BARRY, H.; McCREARY, C.; BEWLEY, A.; FOX, E.
 Comparison of midazolam by mouth and diazepam I.V. in outpatient oral surgery.
British Journal of Anaesthesia, v. 59, n. 6, p. 746-754, 1987. DOI:
 10.1093/bja/59.6.746. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/bja/59.6.746>. Acesso
 em: 21 jan. 2026.

PEREIRA-SANTOS, Darkilson; BRÊDA-JÚNIOR, Marcus Antônio; FERRAZ,
 Emanuela Prado; CRIPPA, Grasielle Edilaine; OLIVEIRA, Fabíola Singaretti de;
 ROCHA-BARROS, Valdemar Mallet da. Study Comparing Midazolam and Nitrous
 Oxide in Dental Anxiety Control. **The Journal of Craniofacial Surgery**, v. 24, n. 5, p.
 1636-1639, 2013. DOI: 10.1097/SCS.0b013e3182a15dfc. Disponível em:
<https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e3182a15dfc>. Acesso em: 22 jan. 2026.

POSSOBON, Rosana de Fátima; CARRASCOZA, Karina Camillo; MORAES,
 Antonio Bento Alves de; COSTA JUNIOR, Áderson Luiz. O tratamento odontológico
 como gerador de ansiedade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p.
 609-616, set./dez. 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pe/a/StpJjSrV9SPzJRbZDjGnmLR/?lang=pt&format=pdf>
Acesso em: 12 dez. 2025.

SHARMA, Vikas; SINGH, Amaninder; SHARMA, Parul; KAUR, Simranjeet; ZUTSHI, Akanksha. Comparative Study Between Oral Lorazepam and Diazepam as Sedation in Oral and Maxillofacial Surgery. **Journal of Maxillofacial and Oral Surgery**, v. 18, n. 2, p. 256–259, 2019. DOI: 10.1007/s12663-018-1096-1. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12663-018-1096-1>. Acesso em: 20 jan. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FÍSICA. **Constantino Tsallis sobre os ombros de gigantes**. Sociedade Brasileira de Física, 17 abr. 2025. Disponível em: Sociedade Brasileira de Física — Constantino Tsallis sobre os ombros de gigantes. Acesso em: 20 jul. 2026.

ZAMIRI, B.; EFTEKHARIAN, H. R.; ARASTEH, N. Clonazepam for the management of anxiety associated with oral surgery: a randomized double-blind controlled trial. **Journal of Dentistry**, Shiraz University of Medical Sciences, v. 13, n. 2, p. 75-79, jun. 2012. Disponível em: https://dentjods.sums.ac.ir/article_41197.html. Acesso em: 25 jan. 2026.

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Declaro, para fins de transparência científica, que foram utilizadas ferramentas de Inteligência Artificial como recurso auxiliar na elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso, conforme descrito abaixo:

Ferramentas utilizadas: NotebookLM e ChatGPT;

Versões: Gemini 3.5, GPT-5.6.

Finalidades de uso: Extração e tabulação de dados, conferência gramatical e conferência das referências bibliográficas

Etapas de utilização: Resultados: extração de dados para formular a “TABELA-2”;

Referências: conferência das referências; e conferência gramatical de todo texto.

Descrição da aplicação: As ferramentas foram utilizadas como suporte para extração de dados específicos dos artigos selecionados, normatização em ABNT das referências e conferência gramatical do texto completo.

Declaro ainda que todas as informações, análises, interpretações, resultados e conclusões apresentados neste trabalho foram criticamente revisados por mim e pela orientadora, permanecendo sob responsabilidade integral do discente a veracidade, originalidade e integridade científica do conteúdo apresentado.

Governador Valadares, 02 de Agosto de 2026

Assinatura do discente: _____

Documento assinado digitalmente
 **ANTONIO MARCO DE OLIVEIRA GOMES**
Data: 02/08/2026 21:08:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assinatura do(a) orientador(a): _____

Documento assinado digitalmente
 **ALEXA MAGALHAES DIAS**
Data: 03/08/2026 11:20:11-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>