



**UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA**

A Utilização de Anestésicos no Atendimento Clínico Médico-Dentário de Crianças em Itália - Estudo transversal

[The Use of Anesthetics in Clinical Medical-Dental Care of Children in Italy - Cross-sectional Study]

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Roberta Maria Faraci

Orientador:

Prof. Doutora Cristina Lopes Cardoso da Silva

Julho 2025

A Utilização de Anestésicos no Atendimento Clínico Médico-Dentário de Crianças em Itália - Estudo transversal

[The Use of Anesthetics in Clinical Medical-Dental Care of Children in Italy - Cross-sectional Study]

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Roberta Maria Faraci

Orientador:

Prof. Doutora Cristina Lopes Cardoso da Silva

Julho 2025

Aos três anjos mais bonitos,

Estão gravados no meu coração,

Avô Nino, Avó Gianna e Avó Maria.

AGRADECIMENTOS

Dedico este espaço a quem contribuiu para o meu percurso universitário e de vida, pessoas importantes que fazem parte dele.

À Professora Cristina Lopes Cardoso da Silva, pela sua disponibilidade, competência e orientação preciosa na realização deste trabalho. Para mim, uma grande fonte de inspiração.

À minha mãe Maria Antonietta, ensinaste-me a caminhar e estendeste-me os braços sempre que precisei de sentir calor. Agora caminho sozinha e, mesmo com medo às vezes, sei que estás sempre ao meu lado. Quero retribuir o caminho que me deixaste fazer, tornando-te orgulhosa. Ensinaste-me a amar e a ajudar o próximo. Esse é o presente mais bonito que me poderias ter dado. Vou guardá-lo com carinho para um dia oferecer aos meus pacientes.

Ao meu pai, ou melhor, ao papá Giuseppe, o meu espelho, tudo o que há de bonito em mim hoje é graças a ti. Na quarta-feira, 18 de setembro de 2019, apanhámos um avião para Portugal, com a Fufy na mala, muito medo mas confiança nos teus olhos. Permitiste-me viver um percurso académico maravilhoso. Viste-me crescer depressa, perdi momentos especiais contigo — aniversários e vezes em que precisaste de mim e eu estava longe. Papá, a partir de hoje estarei presente todos os dias. Ver-nos-emos crescer juntos, um o espelho do outro. Assim será menos triste, mas mais bonito.

Aos meus avós Vito e Maria, que com tanta paciência durante seis anos, contaram os dias para que eu voltasse a casa apenas para me abraçarem com força.

Ao meu tio Nicola, sempre confiaste em mim e recordas-me constantemente de acreditar nos meus sonhos. Talvez nunca seja tão boa como tu, mas espero chegar pelo menos a dez centímetros da tua excelência profissional. Obrigada.

À minha tia Katia, uma mulher com “M” maiúsculo, obrigada por me ensinares a ser uma mulher melhor a cada dia.

Aos meus tios Michele e Silvana, obrigada por estarem presentes na minha vida. Admiro-vos muito.

Aos meus primos Nino e Leo, dois médicos admiráveis e pessoas incríveis, não há maior orgulho do que ser vossa prima. São um exemplo de perseverança que, no fim, foi recompensada.

Ao meu primo Vito, sei que ainda te devo dez aniversários, mas a partir de hoje prometo estar presente na tua vida, em cada passo que deres, em cada obstáculo que tenho certeza superarás e em cada meta que alcançares. És o meu “pequeno grande” orgulho.

À Flavia, a minha pequena grande mulher. És brilhante e tenho a certeza que farás grandes coisas na vida. Como irmãs, todos os dias lado a lado, acreditando nos nossos sonhos e numa vida linda juntas. Obrigada por existires, és o presente mais bonito que os tios me podiam ter dado, uma irmãzinha para partilhar tudo isto.

À Federica, falar contigo todos os dias fez encurtar a distância entre nós, fizeste-me sentir em casa mesmo quando não estava. Deste-me alegrias, emoções e surpresas ao longo destes anos, tornando-os especiais mesmo sem estar ao teu lado. Nunca estive sozinha sabendo que estavas aí. Um dia ofereceste-me uma caneta que decidi levar comigo a todos os exames até ao último, segurando-a nas mãos como amuleto. Obrigada. Hoje estou aqui.

À família Safina, com a vossa alegria e carisma, coloriram os meus regressos a casa desde Portugal. Muito obrigada, gosto muito de vocês.

À Stefania, tão longe mas tão próxima. És uma das memórias mais queridas da nossa infância. Apoiou-me durante vinte anos e tornaste a distância menos distante, a solidão menos solitária. Ter-te na minha vida é o motivo pelo qual acredito na amizade.

À Giulia R., 2.800 km nunca nos separaram. Conheci-te há poucos anos e entraste na minha vida enriquecendo-a com boas memórias. Às de ontem, às de hoje e às de amanhã, obrigada por estares presente, amiga.

Aos amigos e pessoas incríveis que conheço, que me olharam com admiração, obrigada por me fazerem sentir importante todos os dias.

À Giulia M., Barcelona 2019, tudo começou ali. A vida ofereceu-me uma colega, uma amiga e uma casa sempre que precisei. Durante cinco anos fomos o apoio uma da outra e sei que assim continuará. O último ano no Porto sem ti foi difícil, mas bastava uma chamada ao domingo para nos lembrarmos que estamos sempre próximas. E hoje? Ainda quero escolher-te todos os dias.

À Suaren, quem diria que um café depois da nossa primeira aula nos levaria a tudo o que vivemos juntas depois? Cinco anos a viver contigo, dias de aulas e estudos, noites de risos, televisão e jantares improvisados. Obrigada por me dares um Porto diferente, porque alegraste os dias de chuva e voltaria atrás mil vezes para viver mais um contigo.

À Chiara, minha companheira de aventuras e dupla na clínica, estiveste comigo todos os dias no momento mais esperado destes cinco anos: os primeiros trabalhos com pacientes. Contigo, a ansiedade da primeira extração, o medo de segurar uma seringa ou um bisturi foi mais fácil de enfrentar, porque estavas sempre ali a dizer “vai, tu consegues!”. Tens uma força enorme e ofereceste-me noites loucas que nunca esquecerei. Obrigada. Box 34 gravado no coração, e tu com ele.

Ao Giulio, revelaste-te um bom amigo, um irmãozão em quem confiar, um ombro onde chorar e uma pessoa que sabe sempre arrancar um sorriso. Sim, foste tudo isto nesta aventura que vivi no Porto e tenho certeza que serás um excelente colega. Obrigada.

À Mimì, o último ano foi difícil para ambas, mas demos as mãos e enfrentámos tudo com muita força. Deste-me coragem para os últimos exames e redescobri contigo uma bela amizade. Estes anos, mas sobretudo o último, não teriam sido os mesmos sem ti. Serei-te eternamente grata.

À Siria, Natalia e Alessia, mudar de casa e viver com novas pessoas no último ano assustava-me, mas encontrei em vocês a companhia certa e uma amizade que espero levemos sempre connosco no coração. Foi lindo começar e acabar estes estudos com a Siria, passar os meus dias a rir com a Natalia e poder contar com a Alessia todos os dias. Obrigada, meninas, obrigada Micia e obrigada casa 173.

Obrigada a todas as pessoas que conheci no Porto, todos diferentes, mas com o mesmo sonho no coração. Muitas dessas pessoas fizeram parte do meu crescimento como pessoa, mulher e médica. Foram-me oferecidas experiências que guardarei para sempre. É difícil escrever todos os nomes, mas guardarei as memórias e as amizades construídas. Encontrei uma família. Mas um último agradecimento vai especialmente:

Ao Mario, nunca tive um irmão, mas se tivesse, teria o teu nome, os teus olhos e o teu jeito. Hoje ainda te digo: o Porto sem ti para mim não é o mesmo. Desde que terminaste os teus estudos senti muito a tua falta. Sei que somos diferentes e que muitas vezes lidar comigo foi um desafio, desde que vivíamos juntos até agora, mas é maravilhoso reencontrar-nos crescidos e cheios de sonhos. Para mim, é sempre uma grande festa. Obrigada, gosto muito de ti, meu irmãozinho.

Ao Simone, entre livros e longos passeios pelo Porto, encontrei o amor. Escrever-te nesta minha tese não é fácil, porque quatro linhas não chegam para falar de ti, agradecer-te e

reconhecer quanto fizeste parte destes anos meus. Ensinaste-me a determinação, a paixão, o crescimento e o amor. Todos os lugares foram lar de alguma forma, mas se tivesse que dar um nome a essa palavra, seria o teu. Como escreveste na tua tese, escrevo eu agora: “serei-te eternamente grata”, aconteça o que acontecer, onde quer que estejamos, um do outro. Obrigada.

Um pensamento especial vai para mim mesma, Roberta, pela força que encontrei todos os dias para superar as dificuldades e continuar a acreditar nos meus objetivos, mesmo quando tudo parecia ir na direção oposta. O Porto foi um desafio: uma cidade que amei e odiei, que me pôs à prova, mas que também me deu muito. Nesta experiência aprendi o que significa resistir, adaptar-se e crescer. O Porto mudou-me e, por isso, para o bem e para o mal, serei-lhe sempre grata. Agora é o momento de brilhar.

RESUMO

Introdução: A anestesia local desempenha um papel fundamental na prática da medicina dentária, especialmente no atendimento de crianças e adolescentes, nos quais o controle da dor e da ansiedade é essencial para o sucesso clínico e para a prevenção de experiências traumáticas futuras. Apesar da sua importância, as práticas clínicas relacionadas com a administração de anestesia local em pacientes pediátricos podem variar amplamente em função da formação, experiência e preferências dos profissionais. **Objetivo:** Avaliar a prática clínica de médicos dentistas que atuam em Itália no que diz respeito à utilização de anestesia local em crianças e adolescentes, identificando os tipos de anestésico mais utilizados, as técnicas preferenciais de administração, os principais desafios enfrentados e a percepção dos profissionais quanto à sua própria competência nesta área. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional transversal baseado num questionário online. O inquérito abordou aspetos demográficos, frequência de atendimento pediátrico, critérios para administração de anestesia local, tipo e forma de anestésico utilizado, técnicas aplicadas, tempo médio de administração, desafios percebidos e estratégias para a gestão da ansiedade infantil. **Resultados:** A amostra esteve constituída por 152 médicos dentistas, tendo a maioria dos participantes relatado utilizar anestesia local de forma seletiva (45,4%) ou frequente (40,8%), sendo a ansiedade da criança o principal desafio apontado (73,7%). A lidocaína foi o anestésico mais utilizado (59,2%), seguida da articaína, e a técnica infiltrativa foi a preferida (85,5%). A anestesia tópica, maioritariamente em gel, foi amplamente adotada (79,6%). A maioria dos dentistas afirmou sentir-se confortável com a administração de anestesia local em crianças (89,5%) e valorizou cursos de atualização como principal recurso de formação contínua (86,2%). **Conclusão:** Os resultados evidenciam uma prática clínica geralmente segura e adaptada ao contexto pediátrico, embora ainda existam lacunas importantes relacionadas com a padronização das técnicas, cálculo da dose anestésica e formação específica em odontopediatria. Estratégias educativas direcionadas e maior adesão às diretrizes clínicas internacionais podem contribuir para a melhoria da qualidade e segurança do atendimento médico-dentário infantil.

Palavras-chave: anestesia, odontopediatria, práticas clínicas, comparativo internacional, saúde pública

ABSTRACT

Introduction: Local anesthesia plays a fundamental role in the practice of dentistry, especially in the care of children and adolescents, in whom pain and anxiety control are essential for clinical success and for the prevention of future traumatic experiences. Despite its importance, clinical practices related to the administration of local anesthesia in pediatric patients can vary widely depending on the training, experience and preferences of the professionals. **Objective:** To evaluate the clinical practice of dentists working in Italy regarding the use of local anesthesia in children and adolescents, identifying the most commonly used types of anesthetic, preferred administration techniques, main challenges faced and the professionals' perception of their own competence in this area. **Methodology:** A cross-sectional observational study based on an online questionnaire was conducted. The survey addressed demographic aspects, frequency of pediatric care, criteria for administration of local anesthesia, type and form of anesthetic used, techniques applied, average administration time, perceived challenges and strategies for managing childhood anxiety. **Results:** The sample consisted of 152 dentists, with most participants reporting using local anesthesia selectively (45.4%) or frequently (40.8%), with children's anxiety being the main challenge (73.7%). Lidocaine was the most commonly used anesthetic (59.2%), followed by articaine, and the infiltration technique was the preferred one (85.5%). Topical anesthesia, mostly in gel form, was widely adopted (79.6%). Most dentists stated that they felt comfortable administering local anesthesia to children (89.5%) and valued refresher courses as the main resource for continuing education (86.2%). **Conclusion:** The results show that clinical practice is generally safe and adapted to the pediatric context, although there are still important gaps related to the standardization of techniques, calculation of anesthetic dose and specific training in pediatric dentistry. Targeted educational strategies and greater adherence to international clinical guidelines can contribute to improving the quality and safety of pediatric dental care.

Keywords: anesthesia, pediatric dentistry, clinical practices, international comparison, public health

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	xiii
ABSTRACT	xv
ÍNDICE DE TABELAS.....	xix
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. DESENVOLVIMENTO.....	3
2.1. A anestesia local – Revisão de Literatura.....	3
2.1.1. Anestésicos locais mais utilizados em Odontopediatria.....	3
2.1.2. Técnicas de anestesia local.....	4
2.2. Materiais e métodos.....	7
2.2.1. Tipo de Estudo e Amostra.....	7
2.2.2. Critérios de inclusão e exclusão.....	8
2.2.3. Instrumentos de recolha de dados.....	8
2.2.4. Tratamento estatístico dos dados.....	9
3. RESULTADOS	11
4. DISCUSSÃO.....	25
5. CONCLUSÃO.....	31
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
5. APÊNDICES	35
APÊNDICE A: Questionário realizado.....	35
APÊNDICE B: Assentimento informado dos Participantes.....	41
APÊNDICE C: Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.....	43

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização da amostra	11
Tabela 2 Número de crianças atendidas numa semana convencional de trabalho.....	11
Tabela 3 Fatores que influenciam a decisão de utilizar ou não utilizar anestesia local em crianças	12
Tabela 4 Abordagem em relação à utilização de anestesia em crianças durante a realização de tratamentos restauradores	12
Tabela 5 Principais desafios ao administrar anestesia local em crianças	13
Tabela 6 Classificação da experiência relativamente à utilização de anestesia local em crianças	13
Tabela 7 Anestésico tópico utilizado habitualmente.....	14
Tabela 8 Formulação de anestesia tópica preferida	14
Tabela 9 Tempo de aplicação da anestesia tópica	14
Tabela 10 Motivo de não utilização de anestesia tópica	15
Tabela 11 Cálculo da dose máxima de anestésico local antes de administrar anestesia em crianças	15
Tabela 12 Anestésico local utilizado para infiltração vestibular no atendimento clínico de crianças	16
Tabela 13 Critério para a seleção do tipo de anestésico?.....	16
Tabela 14 Hábito de utilizar seringas com aspiração para administração de anestésico	17
Tabela 15 Técnicas de administração utilizadas para anestésias locais em crianças? .	17
Tabela 16 Tempo para realizar a infiltração de um anestésico pela técnica de infiltração apical.....	17
Tabela 17 Tempo para realizar a infiltração de um anestésico pela técnica de bloqueio regional.....	18
Tabela 18 Principais preocupações ao utilizar anestesia local em crianças.....	18

Tabela 19 Sentimento em relação à administração de anestesia local em crianças durante as consultas de medicina dentária.....	19
Tabela 20 Recursos ou meios de formação considerados importantes para melhorar o uso de anestesia em crianças	19
Tabela 21 Formação académica vs utilização da anestesia nas crianças	20
Tabela 22 Formação académica vs hábito de utilizar anestesia tópica	21
Tabela 23 Formação académica vs técnica para anestesia local	22
Tabela 24 Formação académica vs como se sente em relação à administração de anestesia local em crianças durante as consultas de medicina dentária	23

1. INTRODUÇÃO

Em Odontopediatria, lidar com o comportamento do paciente pediátrico, muitas vezes associado ao medo e à angústia, pode ser um grande desafio para os médicos dentistas. Atualmente, e mesmo com as novidades tecnológicas em medicina dentária, o medo e a ansiedade são muitas vezes vistos como grandes barreiras no atendimento médico porque estão ligados a uma sensação de dor e sofrimento (Martins et al., 2017).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor define a dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano" (Treede, 2018).

Em medicina dentária, a dor é uma sensação desagradável e muitas vezes incontrolável, e está diretamente relacionada a dois fatores: à sensação de dor propriamente dita e a aspetos psicológicos e/ou emocionais (Silva et al., 2019). A dor dentária relacionada com a cárie dentária, o envolvimento pulpar e o traumatismo dentário tem sido relatada entre as crianças, sendo um dos principais motivos para os pacientes pediátricos procurarem cuidados dentários (Muller et al., 2017).

A gestão da dor nos cuidados dentários pediátricos é um aspeto crítico na ansiedade, frequentemente relacionada com a indução da dor e exacerba a perceção da dor. Consequentemente, estes indivíduos experimentam maior dor, que persiste por um período mais longo, com uma memória de dor exagerada (Elicherla et al., 2021).

Assim, a gestão inadequada da dor ajuda a estimular respostas negativas e medo nas crianças, o que constitui um obstáculo para os médicos dentistas incutirem uma atitude positiva nos pacientes pediátricos. Por conseguinte, tratar os pacientes pediátricos com o mínimo de sofrimento e dor tornou-se um objetivo predominante para a todos os odontopediatras (Elicherla et al., 2021).

A anestesia local é caracterizada pela falta de sensibilidade numa área específica do corpo resultante da diminuição na excitação das terminações nervosas ou da inibição do processo de condução nos nervos periféricos. Uma característica importante é a habilidade de causar essa sensação sem causar perda de consciência, diferenciando-se assim da anestesia geral. A anestesia local é a mais comum em medicina dentária sendo que há uma grande variedade de técnicas e fármacos disponíveis para a sua aplicação (Patel et al., 2023).

Existem dois grandes grupos de anestésicos, sendo os do grupo amida e grupo éster os mais utilizados em medicina dentária. Em Odontopediatria, os anestésicos mais utilizados são as amidas, entre elas, a lidocaína, a mepivacaína, a prilocaína e a articaína, visto que são menos tóxicas, mais eficazes e com um potencial alergénico menor do que os ésteres (Malamed, 2019).

Desta forma, o objetivo do presente estudo observacional foi avaliar as práticas relacionadas com a administração de anestesia no atendimento de crianças e adolescentes, nomeadamente o tipo de anestésico utilizado, em que procedimentos são utilizados assim como técnicas anestésicas preferenciais, numa amostra de médicos dentistas que exercem a sua atividade clínica em Itália.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. A anestesia local – Revisão de Literatura

2.1.1. Anestésicos locais mais utilizados em Odontopediatria

A lidocaína a 2% é o anestésico local mais utilizado em medicina dentária, tendo um início de ação 2 a 3 minutos após a sua administração. Pode ser encontrada nas concentrações de 1% ou 2% (com ou sem vasoconstritor) e na concentração de 5% na forma tópica. Nas crianças utiliza-se lidocaína a 2% com adrenalina 1:200.000. A dose máxima que pode ser administrada é de 4,5mg/Kg (Infarmed, 2023). A lidocaína pode ser utilizada como anestesia tópica, em concentrações que variam entre 2% e 10% (Silva et al., 2019).

A mepivacaína é um anestésico local também bastante utilizado, sendo que apresenta um início de ação entre 1,5 e 2 minutos, no entanto, o seu potencial de toxicidade é duas vezes superior ao da lidocaína. A dose máxima recomendada em crianças é de 6,6 mg/Kg. Apresenta-se numa concentração de 2% com vasoconstritor e 3% sem vasoconstritor. A sua principal vantagem em relação aos outros anestésicos locais, é que pode ser utilizada sem vasoconstritor (Infarmed, 2023).

A prilocaína, quando comparada à lidocaína, apresenta o dobro do potencial de toxicidade. O seu início de ação ocorre entre 2 e 4 minutos após a sua administração. A dose máxima é de 6,0 mg/Kg, numa concentração de 3% com vasoconstritor (Felipressina), não existindo na forma tópica (Infarmed, 2023).

A articaína, quando associada à lidocaína torna-se menos tóxica, e quando administrada por via endovenosa tem baixa toxicidade. A dose máxima é de 6,6 mg/Kg (Infarmed, 2023).

A associação de vasoconstritores aos anestésicos locais, permite um aumento da duração e efeito do anestésico, diminuindo o risco de toxicidade, reduzindo o risco de hemorragia e permitindo uma utilização de menores quantidades da solução (Ganzer & Basualdo, 2014).

Os vasoconstritores são substâncias químicas associadas aos sais dos anestésicos, têm como função a absorção lenta do sal do anestésico, quando associados a anestésicos locais não realizam efeitos farmacológicos, para além da constrição arteriolar localizada. (Carvalho et al., 2013; Paiva & Cavalcanti, 2005).

A escolha do anestésico local a usar vai depender da idade do paciente, da sua função hepática, massa corporal e do historial de complicações com anestésicos locais (Ganzer & Basualdo, 2014).

2.1.2. Técnicas de anestesia local

Técnicas convencionais

A aplicação de anestésicos locais de forma tópica desempenha um papel fundamental na administração de anestesia local intraoral assintomática (Malamed, 2019).

Em geral, a concentração de um anestésico local aplicado topicamente é maior do que a sua forma injetável, facilitando assim a sua absorção através da membrana mucosa. No entanto, essa maior concentração pode aumentar o risco de toxicidade, tanto localmente nos tecidos, quanto sistemicamente, se houver uma absorção eficiente do fármaco. Como as formulações tópicas não contêm vasoconstritores e os anestésicos locais tendem a dilatar os vasos sanguíneos, algumas formulações tópicas podem ser rapidamente absorvidas pela corrente sanguínea, alcançando níveis sanguíneos semelhantes aos obtidos pela administração intravenosa direta (Malamed, 2019).

No entanto, muitos anestésicos locais injetáveis não são eficazes quando aplicados topicamente, pois as concentrações necessárias para produzir anestesia por essa via são elevadas, aumentando significativamente o risco de toxicidade local nos tecidos (Malamed, 2019).

Normalmente, os anestésicos tópicos são eficazes apenas nos tecidos superficiais, atingindo uma profundidade de cerca de 2 a 3 mm. Isso significa que os tecidos mais profundos à área de aplicação podem não ser adequadamente anestesiados. No entanto, essa anestesia superficial possibilita uma penetração assintomática e menos traumática da agulha na membrana mucosa (Malamed, 2019; Silva et al., 2019).

Os anestésicos tópicos benzocaína e lidocaína são insolúveis em água, mas solúveis em álcool, propilenoglicol, polietilenoglicol e outros veículos apropriados para aplicação tópica. As formas de base desses anestésicos são absorvidas mais lentamente na corrente sanguínea, o que reduz o risco de sobredosagem após a aplicação dentária (Malamed, 2019).

O creme EMLA[®] (Eutectic Mixture of Local Anesthetics) é um anestésico tópico usado frequentemente na prática clínica. O EMLA[®] é uma emulsão composta por 2,5% de lidocaína e 2,5% de prilocaína, onde a fase oleosa consiste numa mistura eutética desses

dois compostos numa proporção de 1:1 em peso. Devido à sua eficácia na penetração da pele íntegra, é intuitivo pensar que o EMLA[®] também pode proporcionar anestesia tópica eficaz na cavidade oral. Embora o folheto informativo originalmente desaconselhasse o uso do EMLA[®] em membranas mucosas, estudos clínicos subsequentes mostraram resultados satisfatórios (Lee & Yang, 2019; Malamed, 2019).

Cada técnica de anestesia local pode ser realizada sem dor e de maneira atraumática, inclusivamente no palato, uma região altamente sensível na cavidade oral (Malamed, 2019).

A técnica de infiltração de anestésico é a escolha para anestesiar os dentes maxilares com sucesso. Nesse caso, a agulha deve penetrar na prega mucovestibular e ser inserida na profundidade dos ápices das raízes vestibulares dos dentes. A solução é então depositada supraperiostealmente e infiltra-se através do osso alveolar, atingindo o ápice radicular (Peedikayil & Vijayan, 2013).

O bloqueio mandibular é a técnica de anestesia local de escolha no tratamento de molares decíduos ou permanentes inferiores. A profundidade da anestesia tem sido a principal vantagem dessa técnica. A anestesia de todos os molares, pré-molares e caninos do lado da infiltração permite o tratamento de vários dentes do mesmo quadrante numa só consulta. Para o bloqueio alveolar inferior, a criança é incentivada a abrir a boca o máximo possível enquanto o operador posiciona a ponta do polegar no bordo anterior do ramo mandibular, sendo a agulha inserida entre a crista oblíqua interna e a rafe pterigomandibular (Malamed, 2019).

As novas tecnologias e abordagens farmacológicas em anestesia em medicina dentária têm sido apresentadas como revolucionárias para a prática clínica, oferecendo soluções mais seguras, eficazes e confortáveis para os pacientes. A contínua pesquisa e desenvolvimento nessa área são essenciais para aprimorar ainda mais os cuidados dentários e garantir a melhor experiência possível para os pacientes (Patel et al., 2023).

Sistemas de anestesia local controlada por computador

Os sistemas de anestesia local controlada por computador (CCLAD, do inglês *Computer Controlled Local Anesthesia Device*) representam um avanço significativo na forma de administração de anestésicos locais em medicina dentária, proporcionando uma experiência mais precisa e confortável para os pacientes. Estes sistemas utilizam

tecnologia avançada para regular automaticamente o fluxo e a pressão do anestésico, resultando numa injeção mais suave e consistente (Attia et al., 2022; Kwak et al., 2016).

O princípio básico dos CCLAD envolve um microprocessador que controla a taxa de fluxo do anestésico e está integrado numa unidade de controlo que permite ao operador seleccionar diferentes modos de injeção, adaptando a administração de acordo com as necessidades específicas do procedimento e a sensibilidade do paciente. Os sistemas permitem, por exemplo, seleccionar modos de injeção extremamente lenta para áreas sensíveis ou densas, ou modos mais rápidos para procedimentos que requerem uma anestesia rápida e eficaz (Attia et al., 2022; Kwak et al., 2016).

Sistemas vibrotáteis

Os sistemas vibrotáteis de anestesia local em medicina dentária representam uma abordagem inovadora fundamentada em princípios neurofisiológicos para mitigar a dor durante procedimentos clínicos. Especificamente, sugere-se que a transmissão dos sinais de dor ao cérebro pode ser regulada por neurónios sensoriais de grande diâmetro, os quais, quando estimulados por estímulos não dolorosos, como vibrações, têm a capacidade de atenuar a transmissão desses sinais dolorosos. Isso resulta na redução da percepção da dor durante a administração da anestesia local se for aplicada vibração no local de injeção (Erdogan et al., 2018).

Anestesia intraóssea

A anestesia intraóssea é uma técnica avançada que permite a injeção direta do anestésico na estrutura óssea esponjosa adjacente ao dente a ser tratado. Esta abordagem oferece um efeito anestésico rápido e localizado, minimizando a anestesia dos tecidos moles circundantes. Ao direccionar o anestésico diretamente na área desejada, proporciona uma anestesia eficaz e reduzida em termos de tempo de latência, o que a torna particularmente útil em procedimentos médico-dentários complexos (Peñarrocha-Oltra et al., 2012).

Uma das suas vantagens é a possibilidade de realizar anestesia mandibular bilateral sem causar anestesia dos lábios e da língua, o que não é alcançável com as técnicas convencionais. Além disso, requer um menor volume de solução anestésica, o que pode

diminuir o risco de toxicidade e outras complicações associadas ao uso de grandes quantidades de anestésico (Aps, 2013; Peñarrocha-Oltra et al., 2012).

Sistemas de anestesia sem agulha

A utilização de agulhas para a administração de anestesia local é uma prática comum e necessária em medicina dentária. No entanto, a agulha representa um dos principais obstáculos no contexto da ansiedade e dor sentida pelos pacientes durante as consultas (Oba et al., 2020).

Neste contexto, a inovação e o desenvolvimento de métodos de anestesia sem agulha emergem como soluções promissoras para mitigar esses desafios. Entre esses métodos, destacam-se a anestesia tópica, que utiliza géis, sprays ou cremes aplicados diretamente na mucosa oral, e os sistemas de anestesia por jato (*jet injection*), que entregam o anestésico sob alta pressão sem a necessidade de perfuração da mucosa. Outros avanços incluem a iontoforese que facilita a penetração de anestésicos tópicos através de uma corrente elétrica, e a crioterapia que utiliza frio extremo para anestesiar os nervos (Alameeri et al., 2022; Dhingra et al., 2022; Galui et al., 2020; Lee, 2016).

Essas alternativas podem proporcionar uma administração de anestesia menos invasiva, reduzindo significativamente a ansiedade e aumentando o conforto do paciente durante o tratamento. A adoção desses métodos representa um avanço significativo na prática clínica, promovendo uma experiência mais positiva para os pacientes e incentivando uma maior adesão aos cuidados de saúde oral (Oba et al., 2020).

2.2. Materiais e métodos

2.2.1. Tipo de Estudo e Amostra

O presente trabalho é o resultado de um estudo descritivo e comparativo, em que foi utilizado um questionário disponibilizado online (Apêndice A), através de um formulário *Google Forms*, e aplicado no período compreendido entre o início de março de 2025 e o final de abril de 2025, totalizando 2 meses de recolha de dados. O questionário foi aplicado após a obtenção do parecer favorável por parte da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Apêndice C).

No fim do período de disponibilização do questionário, foram recolhidas 152 respostas válidas.

2.2.2. Critérios de inclusão e exclusão

Os questionários foram direcionados a médicos dentistas, especialistas ou não em Odontopediatria, e que atendessem crianças e/ou adolescentes na sua prática clínica. Os critérios de inclusão foram:

- médicos dentistas que realizem atendimento médico-dentário de crianças e/ou adolescentes na sua prática clínica em Itália.

Para garantir a integridade dos dados, os participantes que não manifestaram consentimento para participar do estudo (Apêndice B) foram excluídos da análise, assegurando a validade e a ética da pesquisa. Essa medida visa respeitar os princípios de participação voluntária e informada, respeitando a confidencialidade.

2.2.3. Instrumentos de recolha de dados

O questionário proposto foi elaborado pelas investigadoras coordenadoras do projeto onde este estudo se encontra inserido, especialistas em Odontopediatria, com base na literatura científica atual, nos conhecimentos científicos na temática em estudo das investigadoras e após reunião com outros profissionais (*focus group*) sobre aspetos que consideravam relevantes. O questionário elaborado foi validado após obtenção de respostas de um grupo de 12 médicos dentistas que aceitou participar nesta fase de teste piloto, grupo esse com características diversificadas relativamente a género, idade, formação, anos de experiência, no sentido de identificar possíveis problemas de compreensão, dificuldades na resposta ou até mesmo questões relacionadas com a formatação e a estrutura do questionário. As respostas da totalidade dos participantes na validação revelaram a inexistência de necessidade de efetuar qualquer alteração ao questionário apresentado. Posteriormente o questionário foi traduzido para italiano pela aluna que desenvolveu o presente trabalho de dissertação, e foi novamente validado num grupo de 10 profissionais italianos, não tendo sido identificadas dificuldades de compreensão ou de resposta às questões apresentadas.

O questionário utilizado encontrava-se constituído por 5 partes, sendo que a 1ª parte permitiu efetuar a caracterização da amostra e a 2ª parte permitiu perceber o processo de decisão de utilização de anestesia. A 3ª parte abordava a utilização de anestesia tópica e a

4ª parte a utilização de anestesia local infiltrativa. Por fim, a 5ª parte estabelecia algumas considerações finais sobre o tema abordado.

Para a recolha de dados, o questionário foi disponibilizado através de um link de acesso direto. As respostas foram registadas na plataforma *Google Forms* e transferidas automaticamente para um documento *Google Sheet*, onde puderam ser organizadas eficientemente. Essa abordagem tecnológica permitiu uma recolha de dados centralizada, facilitando o processo de preparação a análise subsequente.

2.2.4. Tratamento estatístico dos dados

Os dados recolhidos das respostas ao questionário foram organizados e exportados para uma base de dados criada em Excel, onde foram codificados em variáveis, e, posteriormente, foi feito o tratamento estatístico da informação obtida através da criação de uma segunda base de dados, utilizando o *software IBM® Statistics SPSS, vs 29.0*. Os resultados serão apresentados sob a forma de tabelas e gráficos.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o teste de Fisher e o teste de independência do Qui-quadrado. O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado. Nas situações em que este pressuposto não estava satisfeito usou-se o teste do Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$.

3. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 152 inquiridos. A média de idades foi de 35,9 anos, variando entre um mínimo de 23 e um máximo de 69 anos. A maioria dos participantes era do género feminino (55,9%) e era Médico Dentista especialista noutra área de Medicina Dentária (49,3%) (cf. Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização da amostra

	Média	Desvio padrão
Idade	35,9	±11,9
Há quantos anos realiza atendimento clínico de crianças?	8,9	±9,9
	n	%
Género		
Feminino	85	55,9
Masculino	67	44,1
Formação Académica		
Médico dentista generalista	1	0,7
Médico dentista generalista com formação pós-graduada em Odontopediatria	3	2,0
Médico dentista generalista sem formação pós-graduada em Odontopediatria	66	43,4
Médico Dentista especialista em Odontopediatria	7	4,6
Médico Dentista especialista noutra área de Medicina Dentária	75	49,3

A maioria dos dentistas atendia por semana entre 1 e 5 crianças (65,1%), seguindo-se 6 a 10 crianças (24,3%) (cf. Tabela 2).

Tabela 2

Número de crianças atendidas numa semana convencional de trabalho

	n	%
1 a 5 crianças	99	65,1
6 a 10 crianças	37	24,3
11 a 20 crianças	10	6,6
21 a 30 crianças	2	1,3
Mais de 30 crianças	4	2,6
Total	152	100,0

O tipo de tratamento a realizar (82,9%) e a idade da criança (61,2%) foram os fatores mais referidos na decisão de utilizar a anestesia local em crianças (cf. Tabela 3).

Tabela 3

Fatores que influenciam a decisão de utilizar ou não utilizar anestesia local em crianças

	n	%
Idade da criança	93	61,2
Ansiedade da criança	71	46,7
Cooperação da criança	51	33,6
Tipo de tratamento a realizar	126	82,9

As respostas “Utilizo a anestesia local em casos específicos” (45,4%) ou “Utilizo a anestesia local na maior parte dos casos” (40,8%) foram as respostas mais frequentes à questão: Qual a sua abordagem em relação à utilização de anestesia em crianças durante a realização de tratamentos restauradores (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Abordagem em relação à utilização de anestesia em crianças durante a realização de tratamentos restauradores

	n	%
Nunca utilizo anestesia local em tratamentos restauradores	11	7,2
Utilizo anestesia local em casos específicos	69	45,4
Utilizo anestesia local em quase todos os casos	62	40,8
Utilizo sempre anestesia local em tratamentos restauradores	10	6,6
Total	152	100,0

Os principais desafios referidos ao administrar anestesia local nas crianças foram ansiedade da criança (73,7%), dificuldade em manter a criança imóvel (47,4%) e medo de causar dor ou desconforto (47,4%) (cf. Tabela 5).

Tabela 5

Principais desafios ao administrar anestesia local em crianças?

	n	%
Dificuldade em manter a criança imóvel	72	47,4
Ansiedade da criança	112	73,7
Medo de causar dor ou desconforto	64	42,1
Compreensão da criança sobre o procedimento	58	38,2
Complicações técnicas durante a aplicação	34	22,4

No total, uma percentagem de 62,5% dos dentistas inquiridos avalia a sua experiência com o uso de anestesia local em crianças como sendo “Positiva” (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Classificação da experiência relativamente à utilização de anestesia local em crianças

	n	%
Muito negativa	1	0,7
Negativa	0	0
Neutra	21	13,8
Positiva	95	62,5
Muito positiva	35	23,0
Total	152	100,0

Foram obtidas 121 respostas afirmativas, correspondente a 79,6% dos inquiridos, relativamente à utilização de anestesia tópica.

Relativamente ao tipo de anestésico tópico referido como sendo o mais utilizado, foi a Lidocaína (74,3%) seguida da Articaína (13,2%) (cf. Tabela 7).

Tabela 7

Anestésico tópico utilizado habitualmente

	n	%
Articaína	16	13,2
Benzocaína	6	4,9
Lidocaína	90	74,3
Prilocaína	7	5,8
Tetracaína	2	1,6
Total	121	100,0

O gel foi indicado como sendo o tipo de fórmula de anestesia tópica preferido (64,4%), seguido de Spray (29%) (cf. Tabela 8).

Tabela 8

Formulação de anestesia tópica preferida

	n	%
Gel	78	64,4
Solução líquida	8	6,6
Spray	35	29,0
Total	121	100,0

A maioria dos inquiridos referiu aplicar o anestésico local durante 30 segundos a 1 minuto (57%) (cf. Tabela 9).

Tabela 9

Tempo de aplicação da anestesia tópica

	n	%
Até 30 s	30	24,8
De 30 s a 1 minuto	69	57,0
2 minutos	14	11,6
3 minutos	4	3,3
Mais do que 3 minutos	4	3,3
Total	121	100,0

Os motivos mais referidos para a não utilização de anestesia tópica foram “A criança não apresenta ansiedade significativa”(45,1%), “A eficácia é insuficiente” (19,3%) e “Não considero necessário para o procedimento” (19,3%) (cf. Tabela 10).

Tabela 10

Motivo de não utilização de anestesia tópica

	n	%
Difícil gerir o posicionamento	1	3,2
A criança não apresenta ansiedade significativa	14	45,1
A eficácia é insuficiente	6	19,3
Não tenho experiência ou treino suficiente	3	9,6
Não considero necessário para o procedimento	6	19,3
Preocupo-me com reações alérgicas	1	3,2
Total	31	100,0

Cerca de 68% dos participantes indicou que calcula a dose com base no peso da criança, sendo que 31,6% afirmou que não o faz (cf. Tabela 11).

Tabela 11

Cálculo da dose máxima de anestésico local antes de administrar anestesia em crianças

	n	%
Calculo a dose com base no peso	103	67,8
Não o calculo	48	31,6
Utilizo sempre o mesmo número de anestubos por tratamento	1	0,7
Total	152	100,0

Os anestésicos indicados como sendo os mais utilizados para infiltração vestibular no tratamento de crianças foram a Articaína com epinefrina (61,8%), Lidocaína com epinefrina (52,6%) e Mepivacaína (52%) (cf. Tabela 12).

Tabela 12

Anestésico local utilizado para infiltração vestibular no atendimento clínico de crianças

	n	%
Lidocaína com epinefrina	80	52,6
Lidocaína	55	36,2
Articaína com epinefrina	94	61,8
Mepivacaína	79	52,0
Bupivacaína	5	3,3

A condição médica do paciente (65,8%), idade da criança (53%) e a eficácia do anestésico (52,6%) foram os critérios mais referidos para a seleção do tipo de anestésico (cf. Tabela 13).

Tabela 13

Critério para a seleção do tipo de anestésico?

	n	%
Procedimento a executar	115	75,7
Condição médica do paciente	100	65,8
Eficácia do anestésico	80	52,6
Disponibilidade do anestésico	34	22,4
Características químicas do anestésico	24	15,8
Idade da criança	81	53,3
Preço do anestésico	3	2,0

Cerca de 62% dos participantes indicou que tem por hábito utilizar seringas com aspiração para administração de anestésico apenas em algumas técnicas, por exemplo, num bloqueio regional, e 28,9% afirmaram que o fazem sempre (cf. Tabela 14).

Tabela 14

Hábito de utilizar seringas com aspiração para administração de anestésico

	n	%
Nunca	14	9,2
Sempre	44	28,9
Apenas em algumas técnicas, por exemplo num bloqueio regional (ex. trocular)	94	61,8
Total	152	100,0

As técnicas de administração utilizadas para anestesia local em crianças mais referidas foram injeção infiltrativa (85,5%) e anestesia em área específica (48,7%) (cf. Tabela 15).

Tabela 15

Técnicas de administração utilizadas para anestesiarem localmente crianças?

	n	%
Bloqueio regional	41	27,0%
Anestesia em área específica (ex. palatino)	74	48,7%
Injeção Infiltrativa	130	85,5%
Total	152	100,0

Relativamente à duração da infiltração de um anestubo de anestésico pela técnica de infiltração apical, a maioria dos inquiridos referiu demorar entre 1 a 2 minutos (68,4%) (cf. Tabela 16).

Tabela 16

Tempo para realizar a infiltração de um anestubo pela técnica de infiltração apical

	n	%
1 a 2 minutos	104	68,4
3 a 5 minutos	9	5,9
6 a 10 minutos	2	1,3
Menos de 1 minuto	37	24,3
Total	152	100,0

De modo similar, o tempo entre 1 e 2 minutos, foi o tempo mais frequente selecionado (53,9%) para a realização da infiltração de um anestubo pela técnica de bloqueio regional (cf. Tabela 17).

Tabela 17

Tempo para realizar a infiltração de um anestubo pela técnica de bloqueio regional

	n	%
1 a 2 minutos	82	53,9
3 a 5 minutos	49	32,2
6 a 10 minutos	3	2,0
Menos de 1 minuto	17	11,2
Mais de 10 minutos	1	0,7
Total	152	100,0

Quase metade dos dentistas indicam que não têm preocupações ao usar a anestesia local em crianças (45,4%), sendo que 38,2% reconhece como preocupação dificuldade na gestão do comportamento da criança durante a execução da técnica e 29,6% os possíveis efeitos colaterais (cf. Tabela 18).

Tabela 18

Principais preocupações ao utilizar anestesia local em crianças

	n	%
Insegurança no cálculo da dose máxima de anestésico	30	19,7
Possíveis efeitos colaterais	45	29,6
Dificuldade na gestão do comportamento da criança durante a execução da técnica	58	38,2
Eficácia do anestésico	33	21,7
Não tenho preocupações	69	45,4
Tempo necessário para a recuperação pós-operatória	11	7,2

Para minimizar a ansiedade da criança durante a administração de anestesia local os dentistas usam maioritariamente anestesia tópica prévia (73%) seguindo-se a utilização

de distratores (ex. brinquedos, música, televisão, etc.), em igual percentagem com a explicação do procedimento (54,6%).

Uma proporção muito elevada dos dentistas afirmou não ter tido necessidade de lidar com complicações relacionadas com o uso de anestesia local em crianças (96,1%).

“Sinto-me confortável” foi a resposta indicada por 89,5% dos dentistas relativamente à questão de como se sentem em relação à administração de anestesia local em crianças durante as consultas de medicina dentária (cf. Tabela 19).

Tabela 19

Sentimento em relação à administração de anestesia local em crianças durante as consultas de medicina dentária

	n	%
Sinto-me confortável	136	89,5
Sinto-me inseguro/a	4	2,6
Não tenho opinião formada	7	4,6
Sinto-me desconfortável	5	3,3
Total	152	100,0

Os recursos ou meios de formação considerados como mais importantes para melhorar a utilização da anestesia local em criança foram os cursos de atualização (86,2%) e Material de leitura (42,1%) (cf. Tabela 20).

Tabela 20

Recursos ou meios de formação considerados importantes para melhorar o uso de anestesia em crianças

	n	%
Cursos de atualização	131	86,2
Workshops práticos	56	36,8
Supervisão de profissionais experientes	31	20,4
Material de leitura	64	42,1

De forma a tentar verificar a associação entre diversas variáveis com a formação académica apenas se teve em conta as duas formações académicas mais frequentes já que estas representavam 92,1% da amostra total e as restantes serem pouco representativas.

Analisando a formação académica vs a utilização da anestesia em crianças, de um modo geral, os médicos dentistas generalistas sem formação pós-graduada em Odontopediatria e os médicos dentistas especialistas noutras áreas de medicina dentária responderam maioritariamente que utilizam a anestesia local em casos específicos (50,8% vs 45,3%) embora a relação não tenha sido estatisticamente significativa ($p=0,496$). Já os médicos dentistas especialistas em Odontopediatria utilizam a anestesia local na maioria dos casos (57,1%) (cf. Tabela 21)

Tabela 21

Formação académica vs utilização da anestesia nas crianças

		Formação			Total
		Médico dentista generalista sem formação pós-graduada em Odontopediatria	Médico dentista especialista noutra área de medicina dentária	Médico Dentista especialista em Odontopediatria	
Não utilizo anestesia local no tratamento restaurativo	n	6	4	1	11
	%	9,2%	5,3%	14,2%	7,5%
Utilizo anestesia local em casos específicos	n	33	34	1	68
	%	50,8%	45,3%	14,2%	46,3%
Utilizo anestesia local na maior parte dos casos	n	21	33	4	58
	%	32,3%	44,0%	57,1%	39,4%
Utilizo sempre anestesia local no tratamento restaurativo	n	5	4	1	10
	%	7,7%	5,3%	14,2%	6,8%
Total	n	65	75	7	147
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Os médicos dentistas generalistas sem formação pós-graduada em Odontopediatria responderam afirmativamente (78,5%) à utilização de anestesia tópica, sendo que esta

proporção foi mais elevada nos médicos dentistas especialistas noutras áreas de medicina dentária (81,3%) e nos médicos dentistas especializados em Odontopediatria (85,7%), embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p=0.679$) (cf. Tabela 22).

Tabela 22

Formação académica vs hábito de utilizar anestesia tópica

		Formação			Total
		Médico dentista generalista sem formação pós-graduada em Odontopediatria	Médico dentista especialista noutra área de medicina dentária	Médico Dentista especialista em Odontopediatria	
Não	n	14	14	1	29
	%	21,5%	18,7%	14,3%	19,7%
Sim	n	51	61	6	118
	%	78,5%	81,3%	85,7%	80,3%
Total	n	65	75	7	147
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A proporção de dentistas que usa a anestesia em área específica (ex. palatino) é significativamente mais elevada nos médicos dentistas especialistas noutras áreas de medicina dentária do que nos médicos dentistas generalistas ou que nos médicos dentistas especialistas em Odontopediatria (58,7% vs 40% vs 42,9%) ($p=0,042$) (cf. Tabela 23).

Tabela 23

Formação académica vs técnica para anestesia local

	Médico dentista generalista sem formação pós-graduada em Odontopediatria		Médico dentista especialista noutra área de medicina dentária		Médico Dentista especialista em Odontopediatria		
	n	%	n	%	n	%	
Bloqueio regional	14	21,5%	22	29,3%	3	42,9%	0,336
Anestesia em área específica	26	40,0%	44	58,7%	3	42,9%	0,042*
Injeção Infiltrativa	58	89,2%	62	82,7%	6	85,7%	0,336

A maioria dos dentistas quando inquiridos sobre “Como se sente em relação à administração de anestesia local em crianças durante as consultas de medicina dentária?” responderam que se sentem confortáveis (87,7% vs 90,7% vs 85,7%), não sendo a diferença estatisticamente significativa ($p = 0,318$) (cf. Tabela 24).

Tabela 24

Formação académica vs como se sente em relação à administração de anestesia local em crianças durante as consultas de medicina dentária

		Formação			
		Médico dentista generalista sem formação pós-graduada em Odontopediatria	Médico dentista especialista noutra área de medicina dentária	Médico Dentista especialista em Odontopediatria	Total
Sinto-me confortável	n	57	68	6	131
	%	87,7%	90,7%	85,7%	89,1%
Sinto-me inseguro/a	n	2	1	1	4
	%	3,1%	1,3%	14,3%	2,7%
Não tenho opinião formada	n	5	2	0	7
	%	7,7%	2,7%	0%	5,0%
Sinto-me desconfortável	n	1	4	0	5
	%	1,5%	5,3%	0%	3,6%
Total	n	65	75	7	147
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4. DISCUSSÃO

O presente estudo transversal fornece uma visão abrangente sobre as práticas de anestesia local no atendimento dentário de crianças e adolescentes em Itália, evidenciando aspectos técnicos, preferências clínicas e desafios enfrentados pelos médicos dentistas na rotina clínica.

A média de idade dos participantes (35,9 anos), com predominância do gênero feminino (55,9%), reflete uma amostra jovem e representativa da realidade profissional atual na Europa. O fato de quase metade dos participantes (49,3%) ter especialização em outras áreas da medicina dentária pode explicar a abordagem seletiva ao uso da anestesia local em crianças. Profissionais com formação em áreas não especializadas em Odontopediatria podem ter um conhecimento limitado sobre as técnicas específicas de anestesia para crianças e a gestão do comportamento infantil. A formação em Odontopediatria oferece uma base sólida não só para o manuseio de técnicas anestésicas específicas, mas também para lidar com os aspectos psicológicos do atendimento pediátrico, como a ansiedade e cooperação da criança (Silva et al., 2021).

A representatividade dos especialistas em Odontopediatria na amostra (4,6%) é consideravelmente inferior ao esperado, dado o foco do estudo no uso da anestesia em crianças. Isso pode limitar a generalização dos resultados para a prática odontopediátrica específica, uma vez que a experiência e o treinamento especializado são fatores que influenciam diretamente a prática da anestesia pediátrica. A discrepância pode ser explicada pela distribuição desigual de especialistas em Odontopediatria na prática clínica. A procura por cuidados especializados em crianças nem sempre é atendida com profissionais qualificados, especialmente em determinadas regiões ou centros urbanos com menos acesso a especialistas (Pereira et al., 2023). Isso implica que a maior parte do atendimento dentário pediátrico é realizado por profissionais generalistas, que podem não ter a mesma confiança ou experiência no uso de anestesia local, o que pode afetar os resultados observados no estudo.

A maioria dos profissionais atende de 1 a 5 crianças por semana (65,1%), o que pode limitar a familiaridade e confiança na aplicação sistemática de técnicas anestésicas em pediatria, especialmente nos casos mais complexos ou com comportamento não colaborativo. Contudo, quando se analisa apenas os resultados dos médicos especialistas em Odontopediatria verifica-se que todos eles atendem no mínimo 10 crianças por

semana sendo que 57,1% atende entre 11 e 20 crianças por semana e 42,9% atende mais de 30 crianças por semana.

Os principais fatores que influenciam a decisão de administrar anestesia local em crianças foram o tipo de tratamento (82,9%) e a idade da criança (61,2%). Tais resultados são coerentes com a literatura, que aponta que procedimentos restauradores invasivos e a menor idade estão frequentemente associados a maior necessidade de anestesia, com o objetivo de prevenir experiências negativas (Ram & Peretz, 2003; Lee et al., 2018).

A abordagem predominante relatada foi o uso da anestesia local em casos específicos (45,4%), embora uma parcela significativa (40,8%) a utilize na maioria dos casos. Isso reflete uma prática clínica cautelosa, provavelmente motivada pela tentativa de equilibrar conforto e cooperação da criança sem recorrer de forma sistemática à anestesia. Além disso, a maioria dos inquiridos não são especialistas em Odontopediatria pelo que podem apresentar algum receio no uso rotineiro da anestesia local devido às diferenças anatômicas existentes entre crianças e adultos, tal como referem Areenoo et al. (2022).

A ansiedade da criança, a dificuldade de imobilização e o medo de provocar dor foram os desafios mais frequentemente apontados. Esses fatores estão bem documentados na literatura e são considerados barreiras cruciais para o sucesso anestésico em Odontopediatria (Ten Berge et al., 2002; Guglielmo et al., 2022). A percepção de dor e o medo estão intimamente ligados ao comportamento da criança e à resposta ao tratamento, sendo influenciados por experiências prévias, comunicação com o profissional e uso de técnicas auxiliares como distração ou sedação leve (Klingberg & Broberg, 2007).

A maioria dos profissionais relatou o uso rotineiro de anestesia tópica, com preferência pela formulação em gel. Essa prática está alinhada com as recomendações internacionais que sugerem a aplicação prévia de anestesia tópica para reduzir a dor da punção e aumentar a aceitação da anestesia injetável (Meechan, 2011). Contudo, uma pequena parcela não a utiliza, alegando falta de eficácia ou ausência de ansiedade na criança, indicando uma possível subvalorização dos benefícios da anestesia tópica, mesmo em pacientes colaborativos.

A lidocaína (59,2%) foi o anestésico mais selecionado, seguida da articaína. No entanto, para infiltração, a articaína com epinefrina foi preferida por 61,8% dos participantes. A literatura sustenta a superioridade da articaína para infiltrações em dentes decíduos e permanentes, devido à sua maior difusão tecidual e eficácia analgésica (Malamed et al.,

2001; Katyal, 2016), embora a sua utilização em bloqueios mandibulares em crianças menores de 4 anos ainda seja controversa por risco potencial de parestesias (Haas & Lennon, 1995). Também as guidelines da AAPD afirmam que se deve utilizar a lidocaína, sendo que não é recomendado a utilização de articaína em pacientes pediátricos com menos de quatro anos e a utilização de bupivacaína não é recomendada em pacientes com menos de 12 anos (AAPD, 2024).

Além disso, aproximadamente 68% dos dentistas afirmaram calcular a dose com base no peso, o que está de acordo com as diretrizes da AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry, 2023). Entretanto, a proporção de profissionais que não seguem esse critério (31,6%) é preocupante, principalmente considerando os riscos de toxicidade sistêmica de anestésicos locais em crianças de baixo peso corporal (Boynes et al., 2006).

Relativamente às técnicas preferencialmente utilizadas, as técnicas de infiltração vestibular e anestesia em área específica foram as mais referidas. A técnica infiltrativa é geralmente recomendada como a primeira escolha em crianças devido à sua eficácia e menor risco de lesões nervosas (Meechan, 2011). O uso de seringas com aspiração em bloqueios regionais foi relatado por 62% dos participantes, demonstrando preocupação com a segurança, embora o ideal seria uma utilização sistemática em todas as técnicas injetáveis, como preconizado pelas diretrizes internacionais (AAPD, 2023).

Também o estudo transversal de Bani-Hani et al. (2024) demonstrou que a maioria dos odontopediatras usava anestesia tópica em crianças sendo a lidocaína a anestesia local injetável mais comumente usada. No entanto, apresentavam um conhecimento inadequado sobre o cálculo da dose e eram relutantes na utilização da infiltração de articaína em vez da anestesia em bloco.

Os tempos médios para administração de anestesia relatados (1 a 2 minutos) estão dentro dos parâmetros clínicos considerados ideais para uma infiltração lenta e menos dolorosa, o que permite reduzir a ansiedade e o desconforto do paciente (Tayeb et al., 2020).

Quase metade dos médicos dentistas inquiridos relatou não ter preocupações significativas com o uso de anestesia local em crianças, no entanto, vários profissionais referiram ter dificuldade na gestão comportamental. Estes resultados destacam a importância da formação profissional em técnicas de gestão comportamental e comunicação, elementos centrais na prática odontopediátrica (Klingberg & Broberg, 2007). Para reduzir a ansiedade, a aplicação prévia de anestesia tópica e o uso de

distratores ou explicações simples foram estratégias comuns, corroborando a literatura que recomenda o uso combinado dessas abordagens (Versloot et al., 2008).

A quase totalidade dos profissionais inquiridos afirmou não ter tido necessidade de lidar com complicações relacionadas com anestesia local, o que pode refletir um nível adequado de confiança clínica. Ainda assim, é fundamental considerar que complicações, embora raras, podem ocorrer – como reações alérgicas, hematomas ou parestesias – e exigem preparação para uma intervenção rápida (Malamed, 2019).

A maioria dos dentistas indicou a importância de cursos de atualização e materiais de leitura, como ferramentas para melhorar a prática anestésica. Essa necessidade é corroborada por estudos que mostram que a formação contínua está positivamente associada à adoção de práticas seguras, eficientes e atualizadas na anestesia local em Odontopediatria (Lee et al., 2018; Alzahrani et al., 2021).

Por fim, a análise da relação entre formação e prática anestésica revelou que dentistas com formação em outras áreas de especialidade da medicina dentária utilizam mais frequentemente a anestesia em áreas específicas (ex. palatino). Isso sugere que o tipo de formação pode influenciar a complexidade das técnicas aplicadas, mesmo que não se traduza diretamente em diferenças quanto ao conforto ou confiança na administração da anestesia local.

Os dados obtidos na presente investigação revelam importantes aspectos da prática clínica dentária em Itália, no contexto da anestesia local em crianças e adolescentes, com implicações diretas para a melhoria da qualidade do cuidado. Em primeiro lugar, a constatação de que muitos profissionais utilizam a anestesia local de forma seletiva e individualizada é positiva, pois demonstra uma adaptação às necessidades específicas de cada paciente pediátrico. No entanto, a variabilidade nas técnicas e critérios adotados, incluindo a não padronização na avaliação da dose anestésica em relação ao peso corporal, levanta preocupações quanto à segurança anestésica em determinados contextos.

A ampla utilização da anestesia tópica e o reconhecimento da importância de estratégias não farmacológicas para a gestão da ansiedade infantil reforçam a necessidade de um modelo de atendimento mais humanizado, que integre técnicas psicológicas, comunicação adequada e empatia na gestão do paciente pediátrico. Neste sentido, destaca-se a relevância da formação contínua e específica em Odontopediatria, não

apenas no domínio técnico, mas também nas áreas de psicologia do desenvolvimento, controlo comportamental e farmacologia aplicada à infância.

O elevado grau de confiança dos profissionais ao administrar anestesia local em crianças, ainda que encorajador, deve ser interpretado com equilíbrio. A autoconfiança clínica deve ser sustentada por conhecimento teórico sólido e prática baseada em evidências. A introdução sistemática de protocolos clínicos baseados em guidelines internacionais, como os da AAPD e da IADP, pode contribuir para uma maior uniformidade e segurança na prática odontopediátrica em Itália e noutros contextos europeus.

5. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos na presente investigação fornecem uma visão relevante e atualizada sobre as práticas clínicas relacionadas com a utilização de anestesia local, no atendimento dentário de crianças e adolescentes, por médicos dentistas a exercer atividade clínica em Itália. Verificou-se que, apesar da maioria dos profissionais relatar segurança e conforto na administração da anestesia local em pacientes pediátricos, a decisão pela sua utilização ainda é fortemente influenciada por fatores como o tipo de tratamento a realizar e a idade da criança, refletindo uma abordagem clínica prudente e individualizada.

Destaca-se a preferência pelo uso seletivo de anestesia local, o que pode estar associado à tentativa de minimizar experiências potencialmente negativas para a criança, mas que também pode indicar limitações na formação específica em Odontopediatria entre os profissionais inquiridos. A anestesia tópica demonstrou ser amplamente adotada como estratégia de gestão da ansiedade e da dor, especialmente na forma de gel, embora subsista uma minoria de profissionais que questiona a sua eficácia.

A articaína, especialmente em associação com epinefrina, e a lidocaína são os anestésicos mais utilizados pelos profissionais, o que está em consonância com as evidências científicas disponíveis quanto à sua eficácia e segurança. A infiltração vestibular local foi a técnica mais aplicada, sendo também considerada a mais apropriada para o contexto pediátrico. No entanto, o fato de cerca de um terço dos profissionais não calcular a dose anestésica com base no peso corporal da criança constitui um dado preocupante, uma vez que tal prática é fundamental para evitar o risco de toxicidade sistémica.

Por fim, a valorização expressiva de cursos de atualização e materiais educativos pelos profissionais reforça a necessidade de investimentos contínuos na formação pós-graduada e no desenvolvimento de competências clínicas específicas para o atendimento pediátrico. Tais medidas são essenciais para promover uma prática anestésica mais segura, eficaz e centrada na criança, contribuindo para a melhoria da qualidade do atendimento em medicina dentária pediátrica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alameeri, A. A., AlShamsi, H. A., Murad, A., Alhammadi, M. M., Alketbi, M. H., AlHamwi, A., Rawi, N. H. A., Kawas, S. A., Mohammed, M. M., & Shetty, S. R. (2022). The feasibility of needleless jet injection versus conventional needle local anesthesia during dental procedures: a systematic review. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 48(6), 331–341. <https://doi.org/10.5125/jkaoms.2022.48.6.331>
- Alzahrani, S., Alqarni, M., Alzahrani, A., Alzahrani, F., & Alzahrani, H. (2021). Knowledge, attitude, and practice of dental practitioners regarding local anesthesia in children: A cross-sectional study. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 11(4), 413–418. https://doi.org/10.4103/jispcd.JISPCD_449_20
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2023). Behavior guidance for the pediatric dental patient. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*, 2023, 292–310.
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2024). Use of local anesthesia for pediatric dental patients. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry, 2024, 386-93.
- Aps, J. K. (2013). Intraosseous Local Anesthesia in Dentistry Makes Sense. *International Journal of Clinical Anesthesiology*, 1, 1006. <https://doi.org/10.1007/s00784-013-1011-6>
- Areenoo, P., Manmontri, C., Chaipattanawan, N., Chompu-Inwai, P., Khanijou, M., Kumchai, T., & Wongsirichat, N. (2022). Anesthetic efficacies of buccal with palatal injection versus buccal with intra-septal injection in permanent maxillary first molars of pediatric patients. *Journal of dental anesthesia and pain medicine*, 22(4), 239–254. <https://doi.org/10.17245/jdapm.2022.22.4.239>
- Attia, S., Austermann, T., May, A., Mekhemar, M., Conrad, J., Knitschke, M., Böttger, S., Howaldt, H. P., & Riad, A. (2022). Pain perception following computer-controlled versus conventional dental anesthesia: randomized controlled trial. *BMC oral health*, 22(1), 425. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02454-1>
- Bani-Hani, T., Al-Fodeh, R., Tabnjh, A., & Leith, R. (2024). The Use of Local Anesthesia in Pediatric Dentistry: A Survey of Specialists' Current Practices in Children and Attitudes in Relation to Articaine. *International journal of dentistry*, 2024, 2468502. <https://doi.org/10.1155/2024/2468502>
- Boynes, S. G., Moore, P. A., Tan, P. M., & Zovko, J. (2006). Complications associated with local anesthesia administration: a survey of Pennsylvania dentists. *Journal of the American Dental Association*, 137(1), 90–95.
- Carvalho, B., Fritzen, E. L., Parodes, A. G., Santos, R. B. D., & Gedoz, L. (2013). O emprego dos anestésicos locais em Odontologia: Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Odontologia*, 70(2), 178–181.
- Erdogan, O., Sinsawat, A., Pawa, S., Rintanalert, D., & Vuddhakanok, S. (2018). Utility of Vibratory Stimulation for Reducing Intraoral Injection Pain. *Anesthesia progress*, 65(2), 95–99. <https://doi.org/10.2344/anpr-65-02-01>
- Guglielmo, R., Aras, I., Laskin, D. M., & Galluccio, G. (2022). Managing children's dental anxiety and fear: a review. *International Journal of Pediatric Dentistry*, 32(1), 3–12.
- Haas, D. A., & Lennon, D. (1995). A 21-year retrospective study of reports of paresthesia following local anesthetic administration. *Journal of the Canadian Dental Association*, 61(4), 319–320.
- INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (2023). *Informação sobre medicamentos autorizados em Portugal*. <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infomed>
- Katyal, V. (2016). The efficacy and safety of articaine versus lignocaine in dental treatments: a meta-analysis. *Journal of Dentistry*, 52, 1–10.
- Klingberg, G., & Broberg, A. G. (2007). Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: A review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17(6), 391–406.
- Kwak, E. J., Pang, N. S., Cho, J. H., Jung, B. Y., Kim, K. D., & Park, W. (2016). Computer-controlled local anesthetic delivery for painless anesthesia: a literature review. *Journal of dental anesthesia and pain medicine*, 16(2), 81–88. <https://doi.org/10.17245/jdapm.2016.16.2.81>

- Lee H. S. (2016). Recent advances in topical anesthesia. *Journal of dental anesthesia and pain medicine*, 16(4), 237–244. <https://doi.org/10.17245/jdapm.2016.16.4.237>
- Lee, C. R., & Yang, H. J. (2019). Alternative techniques for failure of conventional inferior alveolar nerve block. *Journal of dental anesthesia and pain medicine*, 19(3), 125–134. <https://doi.org/10.17245/jdapm.2019.19.3.125>
- Lee, H. H., Milgrom, P., & Coldwell, S. E. (2018). Training in local anesthesia for dental students and general dentists: A scoping review. *Journal of Dental Education*, 82(9), 983–990.
- Malamed, S. F. (2019). *Handbook of local anesthesia* (7ª edição). Elsevier.
- Malamed, S. F., Gagnon, S., & Leblanc, D. (2001). Articaine hydrochloride: a study of the safety of a new amide local anesthetic. *Journal of the American Dental Association*, 132(2), 177–185.
- Meechan, J. G. (2011). Why does local anaesthesia not work in inflamed tissue? *Dental Update*, 38(7), 442–446.
- Muller, C. E., Junior, M. F., Dadalto, E. C., Gomes, A. M. M., Sarmiento, L. C., & Gomes, A. P. M. (2017). Prevalence of odontogenic pain and associated factors in children treated at a pediatric dental emergency service. *Revista Odonto Ciencia*, 32, 115–120.
- Patel, B. J., Surana, P., & Patel, K. J. (2023). Recent Advances in Local Anesthesia: A Review of Literature. *Cureus*, 15(3), e36291. <https://doi.org/10.7759/cureus.36291>
- Peedikayil, F. C., & Vijayan, A. (2013). An update on local anesthesia for pediatric dental patients. *Anesthesia, essays and researches*, 7(1), 4–9. <https://doi.org/10.4103/0259-1162.113977>
- Peñarrocha-Oltra, D., Ata-Ali, J., Oltra-Moscardó, M. J., Peñarrocha-Diago, M., & Peñarrocha, M. (2012). Side effects and complications of intraosseous anesthesia and conventional oral anesthesia. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, 17(3), e430–e434. <https://doi.org/10.4317/medoral.17512>
- Pereira, P., Souza, D., & Santos, M. (2023). A disponibilidade de especialistas em Odontopediatria: Desafios e implicações para o atendimento pediátrico. *Revista Brasileira de Odontologia*, 68(6), 89–97.
- Ram, D., & Peretz, B. (2003). Administering local anaesthesia to paediatric dental patients—current status and prospects for the future. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 13(2), 80–89.
- Silva, F., Tuorto, F., Vasconcellos, I., Silva, O., & Resende, R. (2019). Eficácia do anestésico tópico em odontologia: Revisão de literatura. 27–54
- Silva, J. A., Oliveira, M., & Machado, D. (2021). Conhecimentos e atitudes de médicos dentistas sobre anestesia local em crianças. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 62(1), 22–28.
- Tayeb, K., Khounganian, R., & Hasan, R. (2020). Effects of slow injection speed on pain perception during delivery of local anesthesia in children: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 44(4), 243–248.
- Ten Berge, M., Veerkamp, J. S., Hoogstraten, J., & Prins, P. J. (2002). Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30(2), 101–107.
- Treede R. D. (2018). The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *Pain reports*, 3(2), e643. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000643>
- Versloot, J., Veerkamp, J. S. J., & Hoogstraten, J. (2008). Pain behavior and distress in children during two sequential dental visits: comparing a computerized anesthesia delivery system and a traditional syringe. *British Dental Journal*, 205(1), E2

5. APÊNDICES

APÊNDICE A: Questionário realizado

1ª Parte – Caracterização da Amostra

1- Género:

- Feminino
- Masculino

2- Idade:

- _____ anos

3- Formação académica:

- Médico dentista generalista sem formação pós-graduada em Odontopediatria
- Médico dentista generalista com formação pós-graduada em Odontopediatria
- Médico dentista especialista em Odontopediatria. Desde: _____
- Médico dentista especialista noutra área de medicina dentária

4- Há quantos anos realiza atendimento clínico de crianças?

- _____ anos

5- Numa semana convencional de trabalho, em média, quantas crianças atende?

- 1 a 5 crianças
- 6 a 10 crianças
- 11 a 20 crianças
- 21 a 30 crianças
- Mais de 30 crianças

2ª Parte – Utilização de Anestesia

1- Quais os fatores que influenciam a sua decisão de utilizar ou não utilizar anestesia local em crianças? (Selecione todas as opções que se apliquem)

- Idade da criança
 - Tipo de tratamento a realizar
 - Ansiedade da criança
 - Cooperação da criança
 - Outro (especificar):
-

2- Qual a sua abordagem em relação à utilização de anestesia em crianças durante a realização de tratamentos restauradores?

- Nunca utilizo anestesia local em tratamentos restauradores
- Utilizo anestesia local em casos específicos
- Utilizo anestesia local em quase todos os casos
- Utilizo sempre anestesia local em tratamentos restauradores

3- Na sua opinião, quais são os principais desafios ao administrar anestesia local em crianças? (Selecione todas as opções que se apliquem)

- Compreensão da criança sobre o procedimento
- Ansiedade da criança

- Dificuldade em manter a criança imóvel
- Complicações técnicas durante a aplicação
- Medo de causar dor ou desconforto
- Outro (especificar): _____

4- Como classifica a sua experiência relativamente à utilização de anestesia local em crianças?

- Muito positiva
- Positiva
- Neutra
- Negativa
- Muito negativa

3ª Parte – Utilização de Anestesia Tópica

1- Tem por hábito utilizar anestesia tópica?

- Não
- Sim

Se respondeu NÃO à pergunta anterior:

1.1- Porque motivo não utiliza anestesia tópica?

- Não considero necessário para o procedimento
- Preocupo-me com reações alérgicas
- A eficácia é insuficiente
- A criança não apresenta ansiedade significativa
- Não tenho experiência ou treino suficiente
- Não tenho acesso a anestésicos tópicos
- Outro (especificar): _____ (Passa à 4ª

parte)

Se respondeu SIM à pergunta anterior:

1.2- Qual o anestésico tópico que utiliza habitualmente?

- Benzocaína
- Lidocaína
- Tetracaína
- Articaína
- Prilocaína
- Outro (especificar): _____

1.3- Que formulação de anestesia tópica prefere?

- Spray
- Gel
- Solução líquida
- Adesivo anestésico

1.4- Durante quanto tempo aplica a anestesia tópica?

- até 30 segundos
- de 30 segundos a 1 minuto (inclusive)
- 2 minutos

- 3 minutos
- mais do que 3 minutos

4ª Parte – Anestesia local

1- Calcula a dose máxima de anestésico local antes de administrar anestesia em crianças?

- Não calculo
- Calculo a dose em função do peso da criança
- Utilizo sempre o mesmo número de anestubos por tratamento.
Indicar quantidade: _____ anestubos.

2- Que anestésico local para infiltração utiliza no atendimento clínico de crianças? (Selecione todas as opções que se apliquem)

- Lidocaína
 - Lidocaína com epinefrina
 - Articaina com epinefrina
 - Mepivacaína
 - Bupivacaína
 - Outro (especificar):
-

3- Qual o seu critério para a seleção do tipo de anestésico? (Selecione todas as opções que se apliquem)

- Idade da criança
 - Procedimento a executar
 - Condição médica do paciente
 - Eficácia do anestésico
 - Disponibilidade do anestésico
 - Características químicas do anestésico
 - Preço do anestésico
 - Outro (especificar):
-

4- Tem por hábito utilizar seringas com aspiração para administração de anestésico?

- Nunca
- Sempre
- Apenas em algumas técnicas, por exemplo num bloqueio regional (ex. trocular)

5- Quais as técnicas de administração que utiliza para anestésiar localmente crianças? (Selecione todas as opções que se apliquem)

- Injeção infiltrativa
 - Bloqueio regional
 - Anestesia em área específica (ex: palatino)
 - Outro (especificar):
-

6- Em média, quanto tempo demora para realizar a infiltração de um anestubo pela técnica de infiltração apical?

- Menos de 1 minuto
- 1 a 2 minutos
- 3 a 5 minutos
- 6 a 10 minutos
- Mais de 10 minutos

7- Em média, quanto tempo demora para realizar a infiltração de um anestubo pela técnica de bloqueio regional?

- Menos de 1 minuto
- 1 a 2 minutos
- 3 a 5 minutos
- 6 a 10 minutos
- Mais de 10 minutos

8- Quais são as suas principais preocupações ao utilizar anestesia local em crianças? (Selecione todas as opções que se apliquem)

- Não sinto preocupação
- Insegurança no cálculo da dose máxima de anestésico
- Dificuldade na gestão do comportamento da criança durante a execução da técnica
- Possíveis efeitos colaterais
- Eficácia do anestésico
- Tempo necessário para recuperação pós-operatória
- Outro (especificar):

9- Qual é habitualmente a sua abordagem para minimizar a ansiedade da criança durante a administração de anestesia local? (Selecione todas as opções que se apliquem)

- Explicação do procedimento
- Uso de anestesia tópica prévia
- Distratores (ex: brinquedos, música, televisão, etc)
- Outro (especificar):

10- Alguma vez teve de lidar com complicações relacionadas com a utilização de anestesia local em crianças?

- Não
 - Sim. Refira qual a complicação:
-

5ª Parte – Considerações finais

1 – De um modo geral, como se sente em relação à administração de anestesia local em crianças durante as consultas de medicina dentária?

- Sinto-me confortável
- Sinto-me desconfortável
- Sinto-me inseguro(a)
- Não tenho opinião formada

- Outro (especificar):

2- Que recursos ou meios de formação considera importantes para melhorar o uso de anestesia em crianças? (Selecione todas as opções que se apliquem)

- Cursos de atualização
 - Workshops práticos
 - Material de leitura
 - Supervisão de profissionais experientes
 - Outro (especificar):
-

6ª Parte – Validação do questionário

Este grupo de perguntas ajudará na validação do questionário, identificando possíveis problemas de compreensão, dificuldades na resposta ou até mesmo questões relacionadas com a formatação e a estrutura do questionário.

1- Clareza e compreensão

As perguntas do questionário foram claras e fáceis de entender?

- Sim
- Não. Em que perguntas teve dificuldade de compreensão? _____

2- Facilidade de Resposta

Na sua opinião as opções de resposta são adequadas para cada pergunta?

- Sim
- Não. Em que perguntas considera que as opções de resposta poderiam ser melhoradas? _____

As instruções para preenchimento do questionário estavam claras?

- Sim
- Não. Como sugere melhorar as instruções?

3- Tempo de Preenchimento

Quanto tempo demorou a preencher este questionário?

- Menos de 5 minutos
- 5-10 minutos
- 10-15 minutos
- mais de 15 minutos

O questionário pareceu longo ou cansativo de responder?

- Sim. Que partes considera que poderiam ser mais curtas ou simplificadas?

_____ - Não

4- Estrutura e Design

Considera que o questionário se encontra bem organizado?

- Sim
- Não. Como sugere reorganizar as perguntas? _____

A Utilização de Anestésicos no Atendimento Clínico Médico-Dentário de Crianças em Itália - Estudo transversal

A formatação do questionário (nomeadamente as opções de múltipla escolha) foi fácil de seguir?

- Sim
- Não. O que considera que poderia ser melhorado?

APÊNDICE B: Assentimento informado dos Participantes

Caro colega,

Venho por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento de um questionário que faz parte de um projeto de investigação cujo principal objetivo é compreender a utilização da anestesia local nos cuidados clínicos médicos e odontológicos prestados a crianças.

Agradecemos desde já a sua colaboração, que é fundamental para o desenvolvimento deste estudo.

As respostas recolhidas serão utilizadas exclusivamente no âmbito desta investigação, garantindo-se sempre o anonimato. Em momento algum serão recolhidos dados pessoais que permitam a sua identificação.

Caso tenha alguma questão ou necessite de esclarecimentos adicionais, poderá contactar:

Roberta Maria Faraci
40180@ufp.edu.pt

APÊNDICE C: Parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Diretora da FCS

Nº	Data
FCS/PI – 657/24	09 de Dezembro de 2024

Exma. Senhora Professora Doutora,

A Comissão de Ética apreciou o projeto de investigação apresentado pelas Professoras Doutoras Cristina Cardoso Silva e Rita Rodrigues Mendes, intitulado “A Utilização de Anestésicos no Atendimento Clínico Médico-Dentário de Crianças e Adolescentes: Um Estudo Comparativo entre Vários Países”.

O objetivo do projeto é investigar e comparar as práticas anestésicas no atendimento clínico médico-dentário de crianças e adolescentes, nomeadamente o tipo de anestésico utilizado, em que procedimentos médico-dentários os utilizam, assim como técnicas anestésicas preferenciais, numa amostra de médicos dentistas que exerçam atividade clínica em diversos países: Portugal, Itália, França, Espanha e América Latina.

A Comissão de Ética considera o estudo pertinente para a área de Medicina Dentária, e não afetado por questões éticas.

Deste modo, a Comissão de Ética considera nada haver a opor quanto à realização deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Inês Lopes Cardoso



FUNDAÇÃO ENSINO E CULTURA “FERNANDO PESSOA”

NIPC. 502 057 602 - Reg. Comercial nº.26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto - Portugal
T. +351 22 507 1300* - <https://www.ufp.pt>
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Rua Carlos da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal
T. +351 22 507 4630* - <https://www.ufp.pt>
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto - Portugal
T. +351 22 507 1300* - <https://www.ufp.pt>
geral@fundacaofernandopessoa.pt

* (chamada para a rede fixa nacional)