



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Avaliação da ansiedade na consulta de Odontopediatria: estudo piloto

Inês Lopes Fernandes

Orientadora: Prof.^a Doutora Ana Luísa Costa
Coorientadora: Mestre Maria Teresa Xavier

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Coimbra, 2018

Avaliação da ansiedade na consulta de Odontopediatria: estudo piloto

Fernandes, I*, Xavier, MT**, Costa, AL***

** Aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

*** Assistente Convidada do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

**** Professora Auxiliar do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

Endereço:

Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Avenida Bissaya Barreto, Blocos de Celas

3000-075 Coimbra

Telefone: +351 239484183 Fax: +351 239402910

Endereço de e-mail: inesfernandesmd@gmail.com

1. Sumário

- Resumo
- *Abstract*
- Introdução
- Objetivos
- Materiais e Métodos
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Bibliografia
- Anexos
- Agradecimentos
- Índice

2. Resumo

Introdução: A ansiedade dentária denota um estado de apreensão em relação ao tratamento dentário que, sendo uma problemática comum na população infantil, é por vezes transversal aos pais e Médicos dentistas. Embora seja uma entidade abstrata têm sido utilizadas várias técnicas que permitem avaliá-la, sendo a *Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale* e a escala de Frankl dois exemplos. A possibilidade de existir uma associação entre ansiedade e o desenvolvimento de problemas comportamentais ainda é uma dinâmica em estudo e sem resultados conclusivos.

Objetivos: Avaliar o nível de ansiedade em Odontopediatria e compreender a relação entre os relatos obtidos a partir das crianças e as percepções, tanto dos seus cuidadores, quanto de estudantes de Medicina Dentária. Em paralelo pretende-se analisar uma potencial associação entre a ansiedade e o comportamento da criança durante o tratamento.

Materiais e Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados *PubMed* com as palavras-chave: "Dental anxiety", "Frankl scale", "Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale", seletivamente conjugadas pelo operador booleano "AND" e limitada a publicações entre 2007-2017, em inglês e com resumo disponível. Concomitantemente foram aleatoriamente selecionadas 12 crianças para a realização de um estudo piloto às quais foram aplicadas duas escalas, a *Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale* e a escala de Frankl. Os respetivos cuidadores (n=12) responderam à primeira escala, bem como estudantes do 5º ano de Medicina Dentária (n=4). A avaliação do comportamento foi realizada pelo estudante e por uma Odontopediatra.

Resultados: Foram selecionadas 37 referências, maioritariamente estudos clínicos, adicionando-se 13 por pesquisa cruzada. Do estudo piloto os resultados mais relevantes indicaram que, no geral, as crianças foram classificadas como "não ansiosas"; os pais sobrestimaram o nível de ansiedade dos filhos, mas a sua própria ansiedade não pareceu influenciar a percepção que têm acerca das crianças; os estudantes foram os que melhor perceberam o nível de ansiedade dos pacientes. A escala de Frankl mostrou-se uma ferramenta de fácil utilização, com resultados consistentes inter-observadores. Não se observou uma relação de causalidade entre ansiedade dentária e comportamento durante o tratamento.

Conclusões: Os níveis de ansiedade relatados pelos diferentes sujeitos foram distintos, não se verificando no geral uma associação relevante entre eles. A utilização das duas escalas

em associação não permitiu concluir se o nível de ansiedade determina, ou não, o desenvolvimento de problemas comportamentais. O Médico dentista poderá recorrer a estas escalas, não devendo porém basear a abordagem exclusivamente nos resultados daí advindos.

Palavras-chave: “Ansiedade dentária”, “Escala de Frankl”, “Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale”, “Comportamento”

3. Abstract

Introduction: Dental anxiety indicates a state of apprehension towards dental treatment, which is a common problem in children and, sometimes, it is transversal to parents and dentists. Although it is an abstract concept, several techniques have been used to assess it, with the Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale and the Frankl scale being two examples. The possibility of anxiety and development of behavioral problems being associated is still a dynamic study, but the results are still inconclusive.

Objectives: To evaluate the level of anxiety in Pediatric Dentistry and to understand the relationship between children self-reports and the caregivers and Dentistry student's perceptions about this problem. In parallel, we aim to study if there is an association between anxiety and child behavior during the dental appointment.

Methods: An electronic database search was performed in the PubMed / Medline database using pre-defined keywords, selectively combined through the boolean operator "AND". The research was limited to articles published between 2007 and 2017, in English, with abstract available. Beyond that, 12 children were randomly selected for a pilot study, to which two scales were applied, the Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale and the Frankl scale. Their caregivers (n=12) also completed the first scale, as well as the senior students of Dentistry (n=4). A student and a Pediatric Dentist carried out behavior rating.

Results: From the electronic research, 37 references were selected, mostly clinical studies and 13 references were included from cross-search. The most relevant results from pilot study indicate that, in general, children are classified as "non-anxious". Parents overestimated their children's anxiety level, but their own anxiety did not seem to influence their perception about children. The students were those who better perceived the children's anxiety levels. The Frankl scale proved to be an easy-to-use tool with consistent inter-observer results. Dental anxiety and behavior during treatment seemed to be two realities poorly dependent.

Conclusions: The anxiety levels reported by the different subjects were different and in general there was no relevant relationship between them. The two scales in association did not allow us to conclude if the level of anxiety determines, or not, the development of behavioral problems. The Dentist may use these scales, but should not base the approach exclusively on the results accomplished.

Key-words: "Dental anxiety", "Frankl scale", "Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale", "Behavior"

4. Introdução

Ansiedade, medo ou fobia são termos cuja definição é difícil de diferenciar na prática clínica, razão pela qual são muitas vezes utilizados, de forma incorreta, como sinónimos. Contudo, e segundo Klingberg e Broberg ⁽¹⁾, a designação de “medo dentário” diz respeito a uma reação emocional normal a um ou mais estímulos ameaçadores e específicos de uma situação de tratamento dentário. A ansiedade dentária denota um estado de apreensão de que algo terrível irá acontecer em relação ao tratamento dentário e é acompanhado por uma sensação de perda de controlo. Já a fobia dentária representa um tipo severo de ansiedade dentária ⁽¹⁾.

A ansiedade e o medo dentários são muito comuns, quer na população adulta, quer na infantil, estando significativamente associados a indivíduos que tendem a evitar as consultas de Medicina dentária e que apresentam um tendencial declínio em temas de saúde oral, com uma maior predisposição ao desenvolvimento de patologia ⁽¹⁻¹⁵⁾.

Para além dos efeitos adversos que afetam diretamente o paciente, a ansiedade dentária pode ser igualmente condicionante para o Médico dentista: crianças com maiores níveis de ansiedade estão mais predispostas ao desenvolvimento de alterações comportamentais com perda potencial da colaboração, facto que poderá pôr em causa a segurança de atos interventivos mais invasivos, para além de dificultar o decurso do tratamento tornando-o, em muitos casos, impraticável sem recorrer a técnicas de sedação ou anestesia geral ^(4, 12-14, 16-25).

Assim, o Médico dentista deve reconhecer a existência desta problemática de modo a ajustar o tratamento e a abordagem destas crianças na tentativa de reduzir ou, se possível, eliminar a ansiedade dentária ^(6, 16, 26). Nestes casos, adotar estratégias de *coping* pode ser imprescindível para o sucesso da abordagem, bem como para evitar que a criança desenvolva ou mantenha os seus receios ⁽⁶⁾.

A ansiedade dentária tem uma etiologia multifatorial ^(1, 12, 27), que envolve elementos somáticos, cognitivos e emocionais. Vários fatores etiológicos potenciais têm sido propostos, incluindo a idade ^(1, 4, 12, 22) e o género ^(4, 12-14), traços de personalidade ^(10, 12, 16, 27), experiências dentárias dolorosas anteriores ^(1, 9, 17, 27), condições socioeconómicas e culturais ^(1, 6, 7, 10, 16), ambiente familiar, influência da ansiedade e de comportamentos dos cuidadores ^(1, 4, 6, 7, 16) e medos gerais da criança ^(1, 12, 28).

O tratamento dentário envolve muitos estímulos potencialmente desagradáveis e o consultório é um lugar inquietante para muitas crianças, o que pode possibilitar o desenvolvimento de ansiedade e problemas comportamentais desde muito cedo ^(6, 20, 27).

Embora a ansiedade e o medo sejam entidades abstratas têm sido utilizadas várias técnicas que permitem avaliá-las, as quais podem ser divididas em quatro grandes grupos ^(4, 18).

- a) Classificações por observação direta do comportamento durante o tratamento dentário (por exemplo: escala de Frankl) ^(1, 3, 4, 10, 18);
- b) Parâmetros fisiológicos (por exemplo: a frequência cardíaca, a resposta basal da pele e a tensão muscular) ^(3, 4, 18);
- c) Técnicas projetivas (por exemplo: *Children's Dental Fear Picture Test* e *Modified Child Dental Anxiety Scale*) ^(4, 18);
- d) Escalas psicométricas, que podem ser preenchidas pela criança ou pelo tutor que a acompanha à consulta (por exemplo: *Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale*) ^(1, 3, 4, 10, 18).

Apesar de existirem muitas escalas psicométricas disponíveis a mais utilizada é a *Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale* (CFSS-DS), criada por Cuthbert e Melamed em 1982, e vastamente citada por vários autores ^(1, 4, 8, 10, 12, 14, 26), a partir da versão original de Scherer e Nakamura, de 1968, o *Fear Survey Schedule for Children* (FSS-FC) ^(29, 30). É amplamente utilizada por ter melhores propriedades psicométricas, por avaliar a ansiedade dentária com maior precisão e por abranger mais aspetos relacionados com o ambiente odontológico ^(2, 3, 24). Tem sido estudada em vários países e os resultados mostram que a CFSS-DS exhibe uma alta fiabilidade (em termos de consistência interna e teste-reteste) e adequada validade de constructo e critérios, tanto em inglês, como em vários outros idiomas ^(2-4, 12, 14, 24, 25, 31). A escala já foi traduzida para finlandês ⁽³²⁾, chinês ⁽³³⁾, sueco ⁽³⁴⁾, vietnamita ⁽³⁵⁾, holandês ⁽³⁶⁾, búlgaro ⁽³⁷⁾, dinamarquês ⁽³⁸⁾, croata ⁽³⁹⁾, japonês ⁽⁴⁰⁾, grego ⁽²⁵⁾, turco ⁽¹²⁾, indiano ⁽³⁰⁾, bósnio ⁽⁴¹⁾, persa ⁽¹⁸⁾, espanhol ⁽⁷⁾, sérvio ⁽¹⁴⁾, árabe ⁽³¹⁾ e português do Brasil ⁽²⁹⁾.

Este questionário é composto por 15 itens relacionados com diferentes aspetos do tratamento dentário, de que são exemplo a “anestesia”, “o motorzinho do dentista”, “ter que abrir a boca”, entre outros (anexo I). Cada item é originalmente pontuado, segundo uma escala, de 1 a 5 da seguinte forma: 1= “sem medo”; 2= “pouco medo”; 3= “medo regular”; 4= “bastante medo”; 5= “muito medo”. Deste modo, a pontuação final pode variar entre 15 e 75 ^(2-4, 7, 8, 10-19, 22, 23, 25-28, 30, 31, 42-50).

Segundo a literatura poder-se-ão considerar diversos limites na pontuação para avaliar a ansiedade. Assim, são propostos os valores 32, 35, 37, 38 ou 39 como potenciais limites. Alguns autores preferem definir um intervalo de 32 a 39, sendo que uma pontuação abaixo de 32 define uma criança como *não ansiosa*, entre 32 e 39 é considerada *potencialmente ansiosa*, e acima de 39 é considerada *ansiosa*. Ainda assim a maior parte dos estudos estabelece o limite aos 38 pontos para distinguir as crianças ansiosas das não ansiosas (4, 13, 16, 18, 26, 28, 30, 42, 43, 48).

A Escala de Frankl (1962) foi desenvolvida para classificar o comportamento e o nível de colaboração da criança durante o tratamento dentário. É uma escala fiável, válida e quantificável sendo provavelmente a mais utilizada neste âmbito. Acrescenta-se ainda o facto de se correlacionar satisfatoriamente com outros questionários que avaliam a ansiedade relacionada com o tratamento (1, 2, 16, 20, 29, 31). A escala divide-se em 4 categorias (2, 20, 24, 31).

- Categoria 1 (--): “*Definitivamente negativo*”
Recusa o tratamento; chora vigorosamente; expressa medo ou qualquer outra evidência de negativismo extremo.
- Categoria 2 (-): “*Negativo*”
Relutante em aceitar o tratamento; falta de colaboração; alguma evidência de atitude negativa, mas não pronunciada (mal-humorado, distante).
- Categoria 3 (+): “*Positivo*”
Aceita o tratamento; o seu comportamento é cauteloso; demonstra vontade de cumprir as ordens do Médico dentista, às vezes com reserva, mas segue as instruções que lhe são dadas de forma colaborante (tímido).
- Categoria 4 (++): “*Definitivamente positivo*”
Boa relação com o Médico dentista; a criança ri e tem interesse nos procedimentos.

A escala deve ser preenchida no decorrer da consulta em diferentes momentos cruciais: durante a anestesia, a utilização da turbina e/ou do contra-ângulo e durante a execução da restauração/exodontia (anexo II) (10, 21, 24, 25, 29).

De salientar que a ansiedade dentária e os problemas comportamentais podem estar relacionados em muitos dos casos, mas essa relação nem sempre é linear e direta. Algumas crianças com ansiedade dentária podem não se apresentar relutantes em relação ao tratamento, ao invés de outras que, mesmo não tendo ansiedade ou medo, desenvolvem

problemas comportamentais com perda da colaboração. Esta interação ainda não é totalmente compreendida e, por isso, não deve ser assumida como uma relação de causa-efeito ^(16, 18, 29, 31, 45).

Apesar do desenvolvimento de técnicas cada vez mais atraumáticas a ansiedade continua a ser uma das principais condicionantes em termos de colaboração e, conseqüentemente, na execução dos procedimentos clínicos com sucesso em Odontopediatria; esta ansiedade é, também muitas vezes, transversal aos cuidadores e ao próprio Odontopediatra. Tendo por base estes pressupostos, o objetivo deste trabalho foi caracterizar e avaliar o grau de ansiedade de uma amostra de cuidadores e respetivas crianças frequentadores da consulta de Odontopediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) tendo em vista a possibilidade de validar a escala CFSS-DS em português de Portugal num estudo futuro de mais larga escala. Além disso, pretendeu-se tentar perceber se o nível de ansiedade poderá estar relacionado com o desenvolvimento de problemas comportamentais, sendo para isso utilizada a escala de Frankl em conjunto com a escala anteriormente referida.

Na prossecução destes objetivos pretendeu-se contribuir para o esclarecimento das seguintes questões:

1. As crianças apresentam algum nível de ansiedade durante a consulta de Odontopediatria?
2. Os respetivos cuidadores são capazes de prever o nível de ansiedade dos seus filhos?
3. A ansiedade é transversal a todos os intervenientes no tratamento (crianças, pais e clínicos)?
4. Existe algum tipo de associação entre o nível de ansiedade e o comportamento das crianças durante o tratamento dentário?

5. Materiais e Métodos

5.1. Revisão bibliográfica narrativa

A pesquisa bibliográfica foi realizada na base de dados *PubMed/Medline* com as palavras-chave: “*dental anxiety*”, “*Frankl Scale*” e “*Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale*”, conjugadas seletivamente através do operador booleano “*AND*”, definindo-se como critérios de inclusão publicações de novembro de 2007 a novembro de 2017, em inglês e com resumo disponível. Por pesquisa cruzada foram adicionadas publicações complementares com interesse na temática abordada, baseadas nas referências previamente selecionadas.

5.2. Estudo piloto - seleção da amostra

A amostra que compôs este estudo piloto foi constituída por 12 crianças e respectivos cuidadores frequentadores da consulta de Odontopediatria da FMUC selecionadas aleatoriamente em diferentes dias de consulta de acordo com os seguintes critérios de inclusão: idade compreendida entre os 3 e os 10 anos, acompanhadas pelo respectivo cuidador e que compareceram à consulta para um tratamento invasivo (tratamento restaurador ou exodontia).

Foram excluídas as crianças com idades não abrangidas pelo intervalo previamente determinado, que não estavam acompanhadas pelo seu cuidador ou ao cargo de Instituições. Aquelas que possuíam algum nível de déficit cognitivo, que tinham sido referenciadas para a consulta por não colaboração nos tratamentos dentários, ou que haviam realizado tratamentos dentários sob anestesia geral ou sedação consciente foram igualmente excluídas.

A todos os pais/tutores foi entregue para assinatura um consentimento informado (anexo III) com a descrição de todo o protocolo a cumprir, tendo o trabalho a anuência da Comissão de Ética da FMUC.

5.3. Instrumentos

Foi utilizada a versão em português do Brasil do questionário *Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale* (CFSS-DS) ⁽²⁹⁾ para avaliar a ansiedade das crianças e dos cuidadores.

Foram criadas 4 subescalas deste questionário (anexos I, IV-VI):

- a) *Subescala A1*, direcionada à criança (autorrelato de ansiedade nas situações apresentadas);
- b) *Subescalas A2 e A3*, direcionadas ao cuidador (a primeira diz respeito à percepção que o cuidador tem da ansiedade da criança nas situações indicadas; a segunda é um autorrelato da ansiedade do cuidador nas mesmas situações);
- c) *Subescala A4*, direcionada ao Médico dentista especialista em Odontopediatria (percepção que o mesmo tem da ansiedade da criança nas situações apontadas).

Conforme já referido anteriormente o questionário CFSS-DS é composto por 15 itens relacionados com aspetos do tratamento dentário e cada um é pontuado numa escala de 1 (“*sem medo*”) a 5 (“*muito medo*”). As pontuações dos 15 itens foram somadas por forma a obter a pontuação total referente à ansiedade para cada criança, com uma amplitude de variação de um mínimo de 15 a um máximo de 75.

As crianças foram distribuídas em três grupos: crianças com baixos níveis de ansiedade (com pontuação CFSS-DS<32), crianças moderadamente ansiosas (com pontuação CFSS-DS≥32 e ≤38) e crianças ansiosas (com pontuação CFSS-DS>38), conforme descrito por diversos autores ^(14, 15, 44).

Os questionários CFSS-DS/A2 e A3, bem como o consentimento informado, foram entregues ao cuidador no início da consulta e preenchidos na sala de espera após breve explicação sobre o estudo. O questionário CFSS-DS/A1 foi preenchido pela criança no fim da consulta sem qualquer ajuda ou influência sobre as respostas exceto no caso das crianças que não sabiam ler. Nesse caso, o estudante “assistente” (que não fazia parte do estudo) auxiliou a criança no preenchimento. O questionário CFSS-DS/A4 foi preenchido também no fim da consulta pelo estudante do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária (n=4) corresponsável pelo tratamento da criança em causa.

O comportamento de cada criança foi avaliado com recurso à escala de Frankl durante a consulta por um estudante e uma das duas Médicas dentistas especialistas em Odontopediatria treinadas e calibradas. A avaliação foi realizada em momentos distintos: a) administração de anestésico; b) utilização da turbina ou contra-ângulo e c) durante a restauração ou exodontia. A classificação final do comportamento foi feita segundo o valor mais baixo obtido pela escala e que foi utilizado na análise dos resultados. O resultado obtido foi comparado com as pontuações das versões A1, A2 e A4 do questionário CFSS-DS.

5.4. Análise dos resultados

Os resultados dos questionários e das classificações da escala de Frankl, expressos em formato de tabelas e gráficos, foram inicialmente inseridos no programa Microsoft Excel® 2010 para posterior tratamento estatístico através do *IBM SPSS Statistics 23*.

Procedeu-se a uma análise estatística descritiva com recurso a tabelas de contingência e realizou-se o teste t de Student emparelhado e a correlação de Spearman para analisar a associação das variáveis escalares das subescalas, extrapolando para tabelas e gráficos as frequências relativas, médias e desvios-padrão, assumindo um intervalo de confiança a 95% e valores de $p < 0.05$.

Para testar a consistência interna da escala de Frankl a análise da fiabilidade foi realizada a partir do coeficiente de correlação intraclassa (ICC).

6. Resultados

6.1. Revisão bibliográfica narrativa

Numa primeira abordagem foi realizada uma pesquisa com recurso a diferentes conjugações das palavras-chave previamente definidas e segundo os critérios de inclusão inicialmente estabelecidos. Após a leitura dos títulos e resumos disponíveis foi concretizada uma segunda seleção tendo em consideração a relevância científica para o estudo e de acordo com os objetivos do mesmo. Na sequência desta seleção procurou obter-se os textos integrais de todos artigos eleitos procedendo-se à sua leitura e análise. Adicionalmente, por pesquisa cruzada e com base nas referências anteriormente selecionadas, foram acrescentadas as consideradas mais pertinentes.

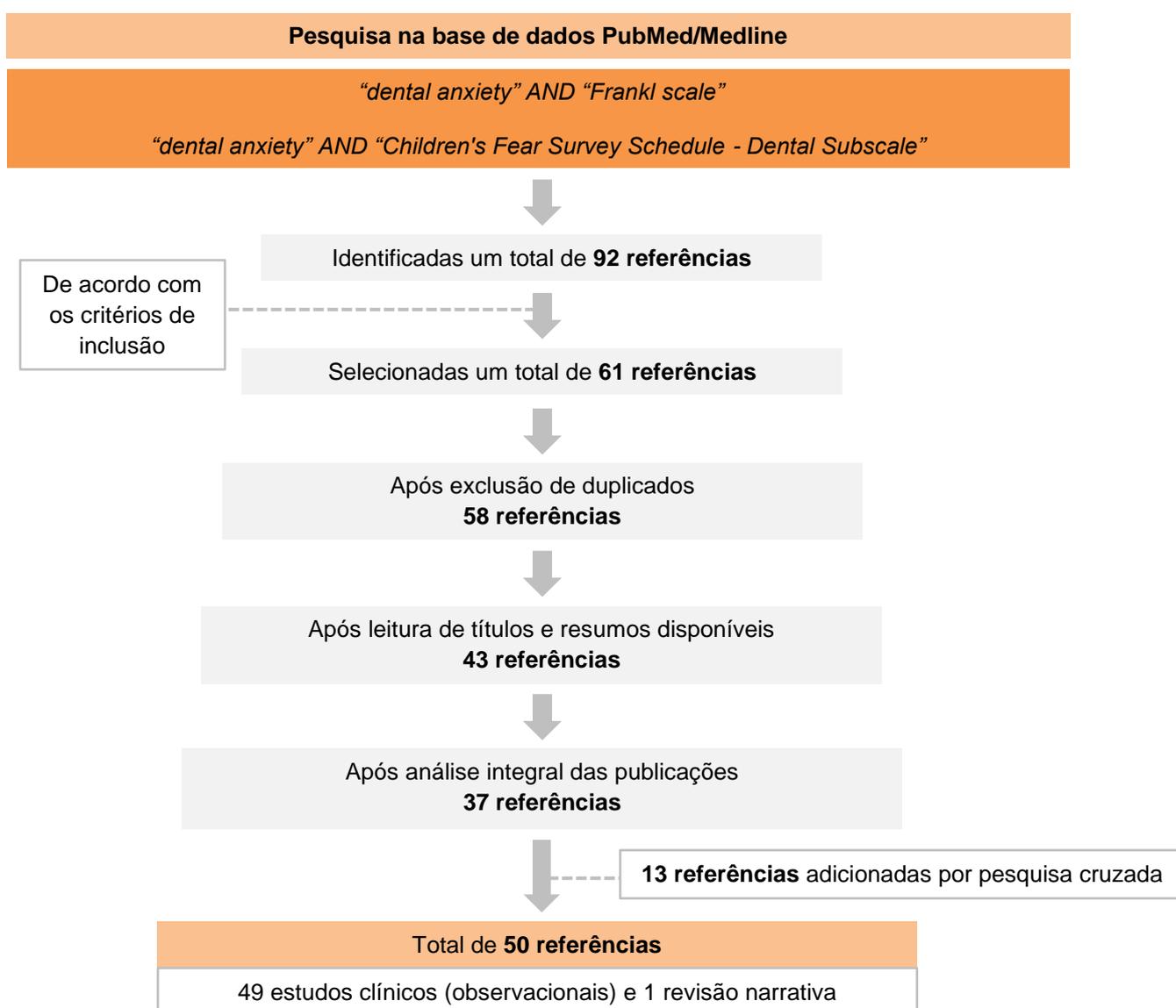


Fig. 1: Prisma flow ilustrando a metodologia de sequência da pesquisa bibliográfica

Tabela I: Seleção de bibliografia considerada mais relevante na pesquisa bibliográfica

Autores	Título	Ano	Tipo de estudo	Objetivos	Conclusões
Gunilla Klingberg, Anders G. Broberg	<i>Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors</i>	2007	Revisão	Rever a literatura publicada de 1982-2006 e avaliar a prevalência de ansiedade dentária e problemas de controlo comportamental em crianças e adolescentes.	A ansiedade dentária e os problemas de controlo comportamental afetam cerca de 9% da população de crianças e adolescentes, estando-lhes associados os fatores idade, género e temperamento. Há necessidade de uma melhor avaliação das ferramentas que medem estas problemáticas.
El-Housseiny AA., Farsi NM., Alamoudi NM., Bagher SM., El Derwi D.	<i>Assessment for the Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale</i>	2014	Estudo clínico	Desenvolver e testar a fiabilidade e validade da versão árabe do CFSS-DS.	CFSS-DS parece ser um método fiável e válido para avaliar a ansiedade dentária das crianças árabes. Não foi observada nenhuma relação entre os procedimentos com e sem anestesia local e a pontuação final do CFSS-DS. O tipo de tratamento não afetou o comportamento das crianças avaliado pela escala de Frankl. Crianças com comportamento negativo apresentaram maiores níveis de ansiedade. O questionário CFSS-DS ainda é um desafio para os investigadores, porque para além de ainda não estarem bem definidos os <i>cut-offs</i> , as crianças mais pequenas são incapazes de preencher e compreender o conteúdo da escala.

<p>Ulrich Klein, Rochelle Manangkil, Peter DeWitt</p>	<p><i>Parents' Ability to Assess Dental Fear in their Six- to 10-year-old Children</i></p>	<p>2015</p>	<p>Estudo clínico</p>	<p>Determinar se: (1) os pais são capazes de avaliar com precisão a ansiedade; (2) as avaliações dos pais e dos filhos sobre a ansiedade se correlacionam com o comportamento; e (3) houve diferença entre género e idade.</p>	<p>Os pais previram com exatidão o grau de ansiedade dentária dos seus filhos, sobrestimando esses valores. As avaliações dos pais foram um mau indicador do comportamento das crianças durante o tratamento, enquanto os autorrelatos das mesmas foram indicadores preditivos. Não houve associação estatisticamente significativa entre os níveis de ansiedade dentária e a idade da criança, mas sim em relação ao género.</p>
<p>Gabriel Salles Barbério</p>	<p><i>Confiabilidade e validade do questionário Children's Fear Schedule-Dental Subscale para avaliação do medo e ansiedade ao tratamento odontológico em crianças.</i></p>	<p>2017</p>	<p>Tese (Revisão e estudo clínico)</p>	<p>Desenvolver e validar a versão em português do Brasil do questionário CFSS-DS.</p>	<p>A versão brasileira do CFSS-DS é uma medida fiável e válida para avaliar a ansiedade dentária em crianças brasileiras. Os Médicos dentistas podem utilizar esta versão para avaliar o nível de ansiedade da criança que se apresenta à consulta e, deste modo, dirigir melhor os seus procedimentos.</p>

6.2. Estudo piloto

6.2.1. Caracterização da amostra

Este estudo piloto incluiu uma amostra de 24 participantes (n=24): 12 crianças e os 12 cuidadores respetivos, que foram avaliados por 4 estudantes do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da FMUC e 2 Médicas dentistas especialistas em Odontopediatria. Das 12 crianças, 9 (75%) eram do género feminino raparigas (média de idades era 7.9±1.6 anos) e 3 (25%) eram do género masculino (média de idades 9±1.0 anos), com uma média geral de idades de 8.2±1,6 anos.

Dos 12 cuidadores, 10 (83.3%) eram mães (média de idades de 39.5±4,4 anos) e 2 (16.7%) eram pais (idade média de 50±15.6 anos). Destes, 1 (8,3%) completou a escolaridade até ao 1º ciclo, 1 (8.3%) até ao 2º ciclo, 1 (8.3%) até ao 3º ciclo, 6 (50%) completaram o ensino secundário e 3 (25%) frequentaram o ensino superior.

De entre os 4 estudantes, 3 (75%) eram do género feminino e 1 (25%) era do género masculino, com média de idades de 22.5±0.5 anos, sendo que todos eles tinham apenas 1 ano de experiência clínica. As duas Médicas dentistas especialistas em Odontopediatria (100% género feminino), com 31 e 42 anos, tinham 8 e 18 anos de experiência clínica respetivamente.

6.2.2. Análise dos resultados obtidos pela Escala CFSS-DS

A tabela I mostra a distribuição de percentagens das respostas dadas face às situações apresentadas no questionário CFSS-DS, comparando os relatos sobre ansiedade dentária dados pelas crianças (A1), as percepções dos pais relativas às crianças (A2), o grau de ansiedade dos pais (A3) e as percepções do estudante de Medicina Dentária relativas à criança que se apresentou à consulta (A4).

Tabela II: Distribuição de percentagens (%) das respostas dadas face às situações apresentadas nas subescalas do questionário CFSS-DS (A1, A2, A3 e A4).

“O que sente nas situações seguintes?”	Crianças A1 (%)	Pais/Crianças A2 (%)	Pais A3 (%)	Estudante MD/Criança A4 (%)
1. “Dentistas”				
Sem medo	6 (50.0)	4 (33.3)	6 (50.0)	5 (41.7)
Pouco medo	3 (25.0)	5 (41.7)	3 (25.0)	1 (8.3)
Medo regular	2 (16.7)	2 (16.7)	3 (25.0)	4 (33.3)
Bastante medo	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	2 (16.7)
Muito medo	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

2. "Médicos"				
Sem medo	9 (75.0)	7 (58.3)	10 (83.3)	6 (50.0)
Pouco medo	1 (8.3)	4 (33.3)	2 (16.7)	2 (16.7)
Medo regular	2 (16.7)	1 (8.3)	0 (0.0)	2 (16.7)
Bastante medo	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)
Muito medo	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. "Anestesia (injeções)"				
Sem medo	2 (16.7)	1 (8.3)	3 (25.0)	1 (8.3)
Pouco medo	3 (25.0)	0 (0.0)	4 (33.3)	4 (33.3)
Medo regular	3 (25.0)	7 (58.3)	5 (41.7)	3 (25.0)
Bastante medo	2 (16.7)	2 (16.7)	0 (0.0)	2 (16.7)
Muito medo	2 (16.7)	2 (16.7)	0 (0.0)	2 (16.7)
4. "Alguém examinar sua boca"				
Sem medo	9 (75.0)	5 (41.7)	9 (75.0)	5 (41.7)
Pouco medo	2 (16.7)	3 (25.0)	3 (25.0)	3 (25.0)
Medo regular	1 (8.3)	4 (33.3)	0 (0.0)	2 (16.7)
Bastante medo	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)
Muito medo	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)
5. "Ter que abrir a boca"				
Sem medo	8 (66.7)	6 (50.0)	10 (83.3)	6 (50.0)
Pouco medo	2 (16.7)	2 (16.7)	2 (16.7)	3 (25.0)
Medo regular	1 (8.3)	4 (33.3)	0 (0.0)	1 (8.3)
Bastante medo	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Muito medo	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)
6. "Uma pessoa que você não conhece encostar em você"				
Sem medo	5 (41.7)	2 (16.7)	6 (50.0)	5 (41.7)
Pouco medo	2 (16.7)	4 (33.3)	3 (25.0)	2 (16.7)
Medo regular	1 (8.3)	5 (41.7)	2 (16.7)	3 (25.0)
Bastante medo	2 (16.7)	1 (8.3)	0 (0.0)	1 (8.3)
Muito medo	2 (16.7)	0 (0.0)	1 (8.3)	1 (8.3)
7. "Alguém ficar olhando para você"				
Sem medo	6 (50.0)	2 (16.7)	6 (50.0)	7 (58.3)
Pouco medo	2 (16.7)	6 (50.0)	5 (41.7)	1 (8.3)
Medo regular	2 (16.7)	4 (33.3)	1 (8.3)	2 (16.7)
Bastante medo	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)
Muito medo	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)
8. "Motorzinho do dentista"				
Sem medo	4 (33.3)	1 (8.3)	9 (75.0)	5 (41.7)
Pouco medo	4 (33.3)	8 (66.7)	3 (25.0)	4 (33.3)
Medo regular	3 (25.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
Bastante medo	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	1 (8.3)
Muito medo	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)
9. "Ver o motorzinho do dentista"				
Sem medo	9 (75.0)	3 (25.0)	9 (75.0)	5 (41.7)
Pouco medo	3 (25.0)	6 (50.0)	3 (25.0)	5 (41.7)
Medo regular	0 (0.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
Bastante medo	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
Muito medo	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)
10. "Barulho do motorzinho do dentista"				
Sem medo	3 (25.0)	2 (16.7)	9 (75.0)	4 (33.3)
Pouco medo	6 (50.0)	7 (58.3)	3 (25.0)	3 (25.0)
Medo regular	1 (8.3)	2 (16.7)	0 (0.0)	3 (25.0)
Bastante medo	1 (8.3)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
Muito medo	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)

11. "Alguém colocar instrumentos na sua boca"				
Sem medo	5 (41.7)	2 (16.7)	8 (66.7)	6 (50.0)
Pouco medo	2 (16.7)	6 (50.0)	3 (25.0)	1 (8.3)
Medo regular	1 (8.3)	3 (25.0)	1 (8.3)	2 (16.7)
Bastante medo	3 (25.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	1 (8.3)
Muito medo	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (16.7)
12. "Engasgar"				
Sem medo	2 (16.7)	1 (8.3)	3 (25.0)	3 (25.0)
Pouco medo	2 (16.7)	3 (25.0)	3 (25.0)	2 (16.7)
Medo regular	4 (33.3)	6 (50.0)	5 (41.7)	5 (41.7)
Bastante medo	2 (16.7)	2 (16.7)	1 (8.3)	2 (16.7)
Muito medo	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
13. "Ter que ir para o hospital"				
Sem medo	2 (16.7)	2 (16.7)	9 (75.0)	3 (25.0)
Pouco medo	3 (25.0)	4 (33.3)	1 (8.3)	3 (25.0)
Medo regular	4 (33.3)	3 (25.0)	2 (16.7)	5 (41.7)
Bastante medo	1 (8.3)	3 (25.0)	0 (0.0)	1 (8.3)
Muito medo	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
14. "Pessoas com roupa branca"				
Sem medo	9 (75.0)	6 (50.0)	11 (91.7)	6 (50.0)
Pouco medo	3 (25.0)	5 (41.7)	1 (8.3)	3 (25.0)
Medo regular	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	2 (16.7)
Bastante medo	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)
Muito medo	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
15. "Ter uma pessoa limpando seus dentes"				
Sem medo	9 (75.0)	6 (50.0)	11 (91.7)	6 (50.0)
Pouco medo	1 (8.3)	4 (33.3)	1 (8.3)	4 (33.3)
Medo regular	1 (8.3)	2 (16.7)	0 (0.0)	1 (8.3)
Bastante medo	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)
Muito medo	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

Dos resultados expressos na Tabela I verifica-se que a maioria das respostas foram "Sem medo" e "Pouco medo" em todas as versões, com menos expressão sobre as respostas que refletem maiores níveis de ansiedade.

As situações que obtiveram as maiores pontuações médias, ou seja, que provocaram maiores níveis de ansiedade nas crianças estão a seguir apresentadas por ordem decrescente: "engasgar" (66.7%); "anestesia (injeções)" e "ter que ir para o hospital" (58.3%); "uma pessoa que você não conhece encostar em você" e "alguém colocar instrumentos na sua boca" (41,7%); "alguém ficar olhando para você" e "motorzinho do dentista" (33.3%). Curiosamente as situações "ver o motorzinho do dentista" e "pessoas com roupa branca" foram as únicas às quais nenhuma das crianças relatou altos níveis de ansiedade (apenas relataram "sem medo" ou "pouco medo").

Depois de recolhidos todos os dados procedeu-se à soma dos valores de cada resposta obtendo-se uma pontuação indicativa do nível de ansiedade de cada criança. Segundo os limites determinados para este estudo, "não ansioso" (<32), "moderadamente ansioso" (32≤X≤38) e "ansioso" (>38), pode observar-se na Figura 2 a distribuição dos indivíduos consoante o seu nível de ansiedade, verificando-se que 2 (16.7%) das crianças do grupo

A1, 2 (16.7%) crianças (segundo os seus cuidadores) do grupo A2 e 4 (33.3%) crianças (segundo o estudante) do grupo A4 foram classificadas como “ansiosas”. Das 4 subescalas do questionário CFSS-DS obtiveram-se as seguintes pontuações médias: A1=30.5±10.4; A2=32.5±7.9; A3=22.1±5.3 e A4=33.3±16.7.

Recorrendo ao Teste t de Student emparelhado conclui-se que houve uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$) entre a média das pontuações obtidas pelas subescalas A2/A3 e A1/A3, com valores de $p=0.002$ e $p=0.02$, respetivamente; ao contrário do que aconteceu para as comparações A1/A2, A1/A4 e A2/A4, que assumiram valores de $p=0.55$, $p=0.23$ e $p=0.72$, respetivamente. Estes resultados vão de encontro às conclusões retiradas pela correlação de Spearman, à exceção da associação A1/A2, expostas a seguir.

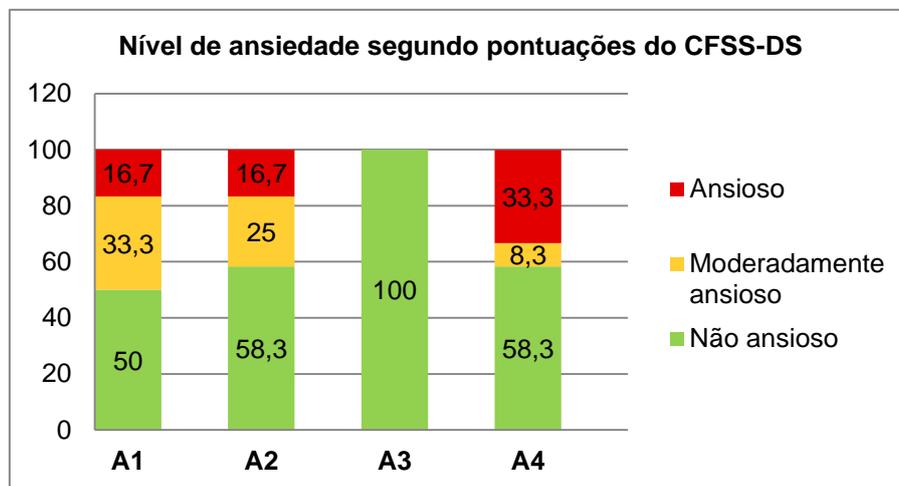


Fig. 2: Gráfico da distribuição dos indivíduos de acordo com o nível de ansiedade obtido pelas pontuações de cada uma das subescalas do CFSS-DS.

Ao avaliar a correlação de Spearman entre as subescalas A1 e A2, A1 e A3, A1 e A4 foi encontrada uma forte correlação entre A1 e A4 ($r=0.79$; $p=0.002$), ou seja, os estudantes são capazes de avaliar corretamente a ansiedade da criança que se apresenta à sua consulta. No que diz respeito à correlação das subescalas A1 e A3, este valor é baixo ($r=0.32$; $p=0.30$), pelo que daqui se depreende que os pais não tendem a projetar a sua ansiedade sobre os seus filhos. Quando realizada esta análise entre as subescalas A2 e A3, ou seja, os relatos dos pais, observou-se uma fraca correlação ($r=0.20$; $p=0.53$). Neste seguimento depreende-se que o nível de ansiedade dos cuidadores não influencia a sua previsão acerca do nível relatado pelos seus filhos. Embora não exista uma diferença estatisticamente significativa entre as médias das pontuações entre A1 e A2, existe uma fraca correlação entre essas subescalas ($r=0.46$; $p=0.13$), o que sugere que os cuidadores não têm uma correta percepção do nível de ansiedade dos seus filhos.

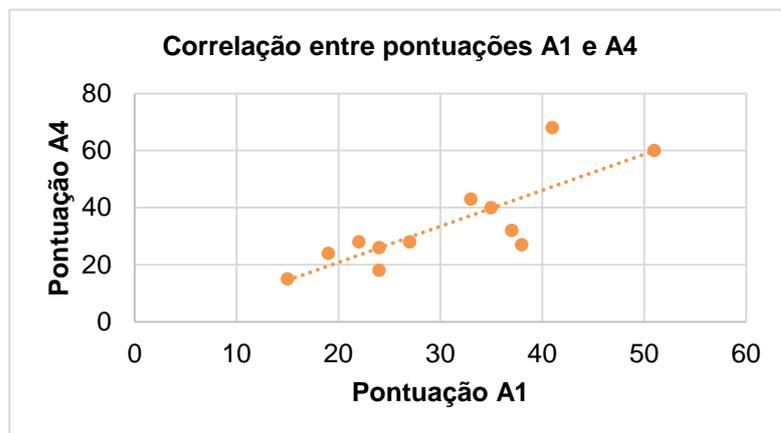


Fig. 3: Gráfico de dispersão representativo da correlação entre as pontuações médias obtidas pelas subescalas A1 e A4.

6.2.3. Análise dos resultados obtidos pela Escala de Frankl

Os observadores foram treinados e calibrados para esta escala através da observação de 25 vídeos de diferentes crianças durante o tratamento dentário, em dois momentos distintos. A fiabilidade intra-examinador foi ICC 0.89 ($p < 0.001$) e inter-examinador foi, para a primeira calibração, ICC 0.84 ($p < 0.001$) e para a segunda ICC 0.83, ou seja, existiu uma boa consistência interna tanto intra, quanto inter-observadores;

Os resultados da avaliação do comportamento segundo a escala de Frankl estão ilustrados na Figura 4, da qual se conclui que a maioria das crianças apresentou um comportamento positivo nas várias fases do tratamento, tanto na avaliação feita pelos estudantes quanto pelas Odontopediatras.

Recorrendo a uma medida de fiabilidade que calcula a variância dos resultados dos dois avaliadores em relação ao mesmo sujeito, em relação à escala de Frankl, os estudantes e Odontopediatras apresentaram altos níveis de concordância, tendo sido obtidos os seguintes ICC 0.89, 0.94 e 0.79 ($p < 0.001$) para o momento da anestesia, utilização de turbina/contra-ângulo e momento da restauração ou exodontia, respetivamente.

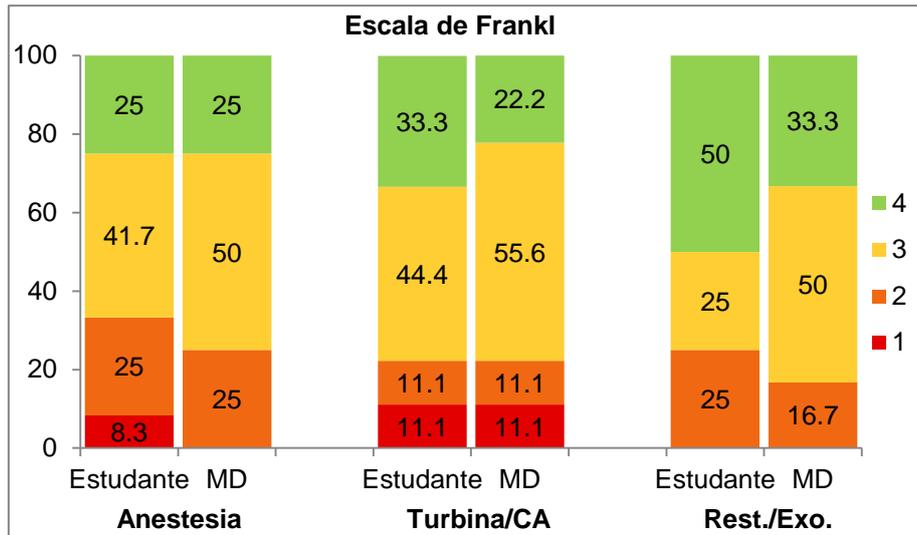


Fig. 4: Gráfico de distribuição das avaliações do comportamento das crianças de acordo com a escala de Frankl no momento da anestesia, utilização de turbina ou contra-ângulo (CA) e durante a restauração (Rest.) ou exodontia (Exo.), segundo a visão do estudante e do Odontopediatra (MD).

6.2.4. Relação do questionário CFSS-DS com a Escala de Frankl

Uma vez que o preenchimento do questionário CFSS-DS A4 foi apenas realizado pelos estudantes foi considerada somente a avaliação do comportamento feita pelos mesmos. A classificação final do comportamento foi feita com base no valor mais baixo de entre os três procedimentos.

Ao comparar os resultados obtidos pela subescala A1 com a escala de Frankl, conforme representado na Tabela II, verificou-se que crianças com níveis de comportamento definitivamente negativo apresentaram maiores pontuações no questionário CFSS-DS, ao contrário daquelas que apresentaram um comportamento positivo e definitivamente positivo, em que as suas pontuações foram mais baixas. No entanto, no que diz respeito ao comportamento negativo, a média das pontuações obtidas no questionário CFSS-DS corresponde a um nível de ausência de ansiedade.

Quando se comparam os resultados da escala de Frankl e a subescala A2 constatou-se que, segundo as percepções dos pais, as crianças que receberam a classificação de comportamento definitivamente negativo e definitivamente positivo obtiveram pontuações que as definem como “ansiosas” e “não ansiosas”, respetivamente. Contudo, as que receberam a classificação de comportamento positivo foram consideradas “ansiosas” e as que apresentaram um comportamento negativo foram classificadas como “não ansiosas”.

No que diz respeito às percepções dos estudantes de Medicina Dentária, crianças com comportamentos definitivamente negativo, negativo e positivo obtiveram pontuações que as categorizam como crianças ansiosas. Para o grupo com comportamento definitivamente positivo, as pontuações da subescala A4 incluem-nas no grupo das crianças “não ansiosas”.

Tabela III: Comparação dos resultados obtidos pela escala de Frankl e pelo questionário CFSS-DS (subescalas A1, A2 e A4).

Escala de Frankl	Número de crianças (%)	Total CFSS-DS A1 $\bar{X}\pm dp$	Total CFSS-DS A2 $\bar{X}\pm dp$	Total CFSS-DS A4 $\bar{X}\pm dp$
Definitivamente negativo	1 (8.3%)	41±0.0	48±0.0	68±0.0
Negativo	4 (33.3%)	31.2±14.5	27±2.5	36.3±19.1
Positivo	4 (33.3%)	31±6.6	37±6.4	36.3±18.2
Definitivamente positivo	3 (25%)	25.3±11.1	28.7±5.1	21.7±9.1

7. Discussão

A ansiedade dentária é um problema que tende a afetar o decurso do tratamento e que pode pôr em causa a segurança de todos os intervenientes quando a ela se associam problemas comportamentais. Na tentativa de prever atitudes adversas ao tratamento dentário foram criadas escalas, já validadas em diversos países para diversos idiomas, e que têm mostrado bons resultados quanto à sua utilização na prática clínica ^(2-4, 12, 14, 24, 25, 31).

O presente estudo piloto determinou que a pontuação média do questionário CFSS-DS obtida para a subescala A1 (30.5 ± 10.4) pode ser incluída no intervalo de resultados obtidos por outros autores (onde o valor mínimo encontrado foi 21.0 e o máximo 35.0) ^(1, 5, 8, 10, 31, 36, 42, 44), tal como acontece com o valor médio das pontuações obtidas pelos cuidadores a partir da subescala A2 (32.5 ± 7.9) ^(4, 17, 22, 28, 30). Daqui se depreende que, hipoteticamente, os cuidadores tendem a sobrestimar o nível de ansiedade das crianças e que, por essa mesma razão, as percepções dos pais nem sempre correspondem à realidade da criança. Tratando-se de crianças em idade pré-escolar, estas deverão receber ajuda do cuidador ou, em última instância, deverá ser este a preencher o questionário ^(22, 29). Ao comparar as médias das pontuações obtidas pelas crianças e pelos pais não existiam diferenças estatisticamente significativas ($p=0.55$; $p<0.05$); contudo, ao analisar a correlação entre elas, a mesma revelou-se fraca ($r=0.46$; $p=0.13$). Estes resultados foram os únicos para o qual o teste t e a correlação de Spearman sugeriram conclusões diferentes, ou seja, as médias finais das duas subescalas não são muito diferentes, no entanto as respostas dadas pelas crianças (A1) e pelos pais (A2) não variaram da mesma forma, podendo isto significar que os pais parecem não prever corretamente o nível de ansiedade dos filhos.

As crianças têm tendência a reproduzir as atitudes dos pais e adotar facilmente os mesmos padrões de comportamento ⁽⁴³⁾. Consequentemente, os níveis de ansiedade dos cuidadores poderão ter um papel fundamental no desenvolvimento da ansiedade dentária da criança; não obstante, e com base na média das pontuações obtidas da subescala A3 (22.1 ± 5.3) (autorrelatos dos cuidadores) e no resultado do teste t ($p=0.02$; $p < 0.05$), não se observou uma associação entre a ansiedade parental e a das crianças, sendo até superior o nível médio de ansiedade das crianças em relação ao dos pais. Essa relação tem sido debatida e as conclusões têm sido divergentes, com estudos a demonstrar uma associação entre a ansiedade das crianças e a dos respetivos pais ^(7, 16, 17), enquanto outros documentam resultados contraditórios, afirmando que essa associação está longe de ser completa ^(1, 6, 46). Ainda assim, uma análise comparativa entre as subescalas A2 (percepções dos cuidadores) e A3 (autorrelatos dos cuidadores), (teste t: $p=0.002$; $p < 0.05$ e correlação

de Spearman: $r=0.20$; $p=0.53$), permitiu inferir que o nível de ansiedade dos cuidadores não interfere no processo de pontuação dos seus educandos.

Quando analisados os dados obtidos a partir da subescala A4 (percepções dos estudantes) foi possível concluir a existência de uma boa correlação com os resultados obtidos dos autorrelatos das crianças ($r=0.79$; $p=0.002$), além de não existirem diferenças significativas entre as médias dos dois grupos ($p=0.23$; $p<0.05$), querendo isto possivelmente significar que os estudantes, apesar de pouco experientes, conseguiram prever positivamente o nível de ansiedade da criança pela qual eram responsáveis. Assim, após uma primeira consulta com a criança o profissional poderá ser capaz de entender quais os fatores predisponentes à ansiedade da criança, sendo até porventura possível categorizar a mesma como “ansiosa” ou “não ansiosa”, adequando a sua abordagem nas consultas seguintes de modo a otimizar o tratamento.

A partir dos dados da amostra não foi possível inferir se as pontuações do questionário CFSS-DS estariam relacionadas com o género e a idade da criança uma vez que existia um grande desequilíbrio (aleatoriedade temporal de seleção da amostra) entre o número de sujeitos do género feminino em relação ao masculino, bem como um intervalo de idades pouco consistente, podendo conduzir a um viés na análise dos resultados. Todavia, aqueles que foram obtidos pela maioria dos autores apontam para um maior nível de ansiedade dentária no género feminino, em comparação com o masculino^(1, 7, 9, 13, 14, 18, 22, 23, 29, 31, 43, 45, 47, 48). Quanto ao fator idade, os resultados da literatura são díspares: diferentes pesquisas determinaram que as crianças mais novas tendem a apresentar um maior nível de ansiedade^(1, 13, 16, 19), contrariamente a outras nas quais as crianças que se incluíam na faixa etária dos 8 aos 12 anos eram mais ansiosas^(12, 18, 23, 30, 45). Além desta inconsistência de resultados acrescem os estudos onde não se demonstram diferenças significativas entre o género^(3, 6, 8, 12, 16, 19, 25, 30, 44), nem a idade^(2, 22, 29, 31, 47).

As situações provenientes do ambiente dentário para as quais foi relatado um maior nível de ansiedade foram: “engasgar”, “anestesia (injeções)”, “uma pessoa que você não conhece encostar em você”, “ter que ir para o hospital” e o “motorzinho do dentista”, o que está em concordância com o que havia sido descrito por outros autores^(2, 8, 12-14, 16, 19, 23, 25, 29, 31). O facto de a situação “ver o motorzinho do dentista” não ter sido classificada como algo que cause elevados níveis de ansiedade por parte da criança pode estar relacionado com a familiarização/dessensibilização que ocorre ao longo do tempo com os instrumentos utilizados pelo Médico dentista; ainda assim a utilização do mesmo ainda causa alguma apreensão por parte das crianças.

Quanto aos resultados advindos da escala de Frankl, ao analisar a sua consistência interna, que neste estudo foi elevada (ICC 0.89, 0.94 e 0.79; $p < 0.001$), depreende-se que

esta parece ser, efetivamente, uma ferramenta com resultados reprodutíveis, fiáveis e com baixa variância inter-observadores. Neste caso foi possível concluir que, independentemente dos anos de experiência do profissional, as classificações alcançadas não serão muito díspares para uma mesma criança, sendo esta escala uma boa medida de avaliação do comportamento e de fácil utilização, conforme consubstanciado por vários autores ^(1, 31).

Apesar da baixa representatividade da amostra deste estudo (estudo piloto) quando analisados os resultados da subescala A1 e a escala de Frankl, o comportamento negativo foi associado a pontuações CFSS-DS mais elevadas, ou seja, níveis de ansiedade mais acentuados, em contraste com as pontuações mais baixas associadas a um comportamento positivo, tal como já foi observado na maioria das pesquisas ^(2, 10, 16, 18, 20, 24, 25, 29, 31). Porém, quando as subescalas A2 e A4 foram comparadas com os resultados da escala de Frankl, a relação não se deu na proporção inversa dado que nem sempre crianças com comportamento negativo eram necessariamente ansiosas, ou as que demonstravam um comportamento positivo eram obrigatoriamente não ansiosas. Estes resultados vão de encontro aos de Klein U. *et al* (2015) e Kosma I. *et al* (2016) que defendem que esta relação nem sempre é direta ou previsível ^(22, 45). Assim, e a partir destes dados, concluiu-se que as diferentes versões do questionário CFSS-DS determinam relações distintas entre a ansiedade dentária e o comportamento da criança durante a consulta, pelo que o clínico deve ser crítico na avaliação dos resultados, não devendo assumi-los como verdades absolutas.

Este estudo piloto teve algumas limitações sendo talvez a de maior relevância a reduzida dimensão da amostra, impossibilitando a assunção da transversalidade dos resultados para a população infantil em geral. Além disso tratou-se de uma amostra de ambiente clínico na qual os dados não estão normalmente distribuídos. Vale a pena também realçar que algumas crianças (aquelas com idade pré-escolar, n=2) demonstraram dificuldade em preencher o questionário sozinhas, essencialmente por não compreenderem com clareza algumas perguntas, como por exemplo, aquelas relacionadas com o “motorzinho”. O facto de se ter recorrido à versão do questionário CFSS-DS em português do Brasil, por não existir validação para português (Portugal), pode ter dificultado a interpretação de algumas perguntas e enviesado as respostas. Adicionalmente a distinção entre as possíveis respostas nem sempre foi clara, como são exemplos “pouco medo” e “medo regular”, ou “bastante medo” e “muito medo”. Essa distinção é dificultada pelo facto de esta escala *Likert* de 5 pontos não estar descrita detalhadamente na literatura. Para tentar solucionar esta dificuldade, Ma L. *et al.*, em 2015, incluíram uma escala de imagens faciais representativas de cada uma das opções de resposta, obtendo melhores resultados na compreensão do questionário ⁽²⁴⁾. Outro aspeto que pode ter influenciado os resultados

foi o facto de ainda não estarem implementados os limites das pontuações que distinguem os indivíduos “ansiosos” dos “não ansiosos”.

O momento do preenchimento do questionário também é algo controverso: alguns autores defendem que este deve ser preenchido antes da consulta, pois o tipo e a qualidade de tratamento podem influenciar as respostas ^(3, 12, 13), contrariamente ao que foi defendido por El-Housseiny A. *et al* (2014) que preferiram administrá-lo após o tratamento, argumentando que as crianças poderiam apresentar ansiedade antecipada ao mesmo ⁽²⁾. Neste estudo o questionário foi entregue no fim da consulta uma vez que desta forma se garantia que a criança tinha experienciado um tratamento invasivo (restauração ou exodontia) e conhecia todas as situações que lhe eram apresentadas.

8. Conclusão

Tendo em atenção as limitações deste estudo piloto e com base nos resultados obtidos foi possível concluir que as crianças apresentam diferentes níveis de ansiedade, independentes dos experienciados pelos pais. Curiosamente observou-se uma maior correlação das pontuações quando comparados os relatos dos estudantes de Medicina Dentária e os das crianças que estavam a acompanhar, do que quando comparados estes últimos com os relatos dos respetivos cuidadores.

Verificou-se ainda que nenhuma das subescalas CFSS-DS assumiu uma relação direta, nem bidirecional com os resultados da escala de Frankl, sendo assim impossível concluir se crianças com níveis de ansiedade elevados apresentarão, ou não, maior propensão ao desenvolvimento de problemas comportamentais. Além disso, a variabilidade de resultados derivados das diferentes associações de escalas criam uma dificuldade na compreensão desta dinâmica.

Ao utilizar esta escala psicométrica em conjunto com a escala de Frankl o Médico dentista será capaz de reconhecer mais eficazmente quais as situações que geram ansiedade na criança e adequar a sua abordagem clínica às características individuais. A detecção precoce desta problemática é muito importante uma vez que a eliminação da ansiedade dentária desde a infância poderá evitar sérios problemas relacionados com a saúde oral. No entanto, devido à complexidade da ansiedade dentária, de etiologia multifactorial, é imperativo que os Médicos dentistas interajam pessoalmente com todos os pacientes antes de iniciar qualquer tratamento, de modo a avaliar os seus níveis de ansiedade e colaboração, em vez de se basearem apenas nas avaliações feitas pelos pais, ou até mesmo pelas próprias crianças ⁽²²⁾.

Não obstante, e porque se trata de um estudo piloto, as conclusões retiradas não poderão ser extrapoladas para a população em geral dada a baixa representatividade da amostra, estando programada a prossecução deste trabalho em mais larga escala e ponderando uma validação para português (Portugal) dos instrumentos agora empregues.

9. Bibliografia

1. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent.* 2007;17(6):391-406.
2. El-Housseiny A, Farsi N, Alamoudi N, Bagher S, El Derwi D. Assessment for the children's fear survey schedule-dental subscale. *J Clin Pediatr Dent.* 2014;39(1):40-6.
3. El-Housseiny AA, Alamoudi NM, Farsi NM, El Derwi DA. Characteristics of dental fear among Arabic-speaking children: a descriptive study. *BMC Oral Health.* 2014;14:118.
4. Tong HJ, Khong J, Ong C, Ng A, Lin Y, Ng JJ, et al. Children's and parents' attitudes towards dentists' appearance, child dental experience and their relationship with dental anxiety. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2014;15(6):377-84.
5. Rojas-Alcayaga G, Uribe L, Barahona P, Lipari A, Molina Y, Herrera A, et al. Dental Experience, Anxiety, and Oral Health in Low-income Chilean Children. *J Dent Child (Chic).* 2015;82(3):141-6.
6. Coric A, Banozic A, Klaric M, Vukojevic K, Puljak L. Dental fear and anxiety in older children: an association with parental dental anxiety and effective pain coping strategies. *J Pain Res.* 2014;7:515-21.
7. Lara A, Crego A, Romero-Maroto M. Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *Int J Paediatr Dent.* 2012;22(5):324-30.
8. Raj S, Agarwal M, Aradhya K, Konde S, Nagakishore V. Evaluation of Dental Fear in Children during Dental Visit using Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2013;6(1):12-5.
9. Luoto A, Lahti S, Nevanpera T, Tolvanen M, Locker D. Oral-health-related quality of life among children with and without dental fear. *Int J Paediatr Dent.* 2009;19(2):115-20.
10. Kyritsi MA, Dimou G, Lygidakis NA. Parental attitudes and perceptions affecting children's dental behaviour in Greek population. A clinical study. *European Archives of Paediatric Dentistry.* 2012;10(1):29-32.
11. Nirmala SV, Veluru S, Nuvvula S, Chilamakuri S. Preferences of Dentist's Attire by Anxious and Nonanxious Indian Children. *J Dent Child (Chic).* 2015;82(2):97-101.
12. Akbay Oba A, Dulgergil CT, Sonmez IS. Prevalence of dental anxiety in 7- to 11-year-old children and its relationship to dental caries. *Med Princ Pract.* 2009;18(6):453-7.
13. Kakkar M, Wahi A, Thakkar R, Vohra I, Shukla AK. Prevalence of dental anxiety in 10-14 years old children and its implications. *J Dent Anesth Pain Med.* 2016;16(3):199-202.
14. Lalic M, Aleksic E, Milic J, Malesevic A, Jovicic B. Reliability and validity of Serbian version of children's dental fear questionnaire. *Vojnosanitetski pregled.* 2015;72(7):602-7.

15. Chikkala J, Chandrabhatla SK, Vanga NR. Variation in levels of anxiety to dental treatment among nonorphan and orphan children living under different systems. *J Nat Sci Biol Med.* 2015;6(Suppl 1):S13-6.
16. Suprabha BS, Rao A, Choudhary S, Shenoy R. Child dental fear and behavior: the role of environmental factors in a hospital cohort. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2011;29(2):95-101.
17. Lee CY, Chang YY, Huang ST. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *Int J Paediatr Dent.* 2008;18(6):415-22.
18. Salem K, Kousha M, Anissian A, Shahabi A. Dental Fear and Concomitant Factors in 3-6 Year-old Children. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2012;6(2):70-4.
19. Negovetic Vranic D, Ivancic Jokic N, Bakarcic D, Carek A, Rotim Z, Verzak Z. Dental Fear in Children with Repeated Tooth Injuries. *Acta Clin Croat.* 2016;55(2):259-64.
20. Aminabadi NA, Adhami ZE, Oskouei SG, Najafpour E, Jamali Z. Emotional intelligence subscales: are they correlated with child anxiety and behavior in the dental setting? *J Clin Pediatr Dent.* 2013;38(1):61-6.
21. Erfanparast L, Vafaei A, Sohrabi A, Ranjkesh B, Bahadori Z, Pourkazemi M, et al. Impact of Self-concept on Preschoolers' Dental Anxiety and Behavior. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2015;9(3):188-92.
22. Klein U, Manangkil R, DeWitt P. Parents' Ability to Assess Dental Fear in their Six- to 10-year-old Children. *Pediatr Dent.* 2015;37(5):436-41.
23. Caprioglio A, Mariani L, Tettamanti L. A pilot study about emotional experiences by using CFSS-DS in young patients. *Eur J Paediatr Dent.* 2009;10(3):121-4.
24. Ma L, Wang M, Jing Q, Zhao J, Wan K, Xu Q. Reliability and validity of the Chinese version of the Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *Int J Paediatr Dent.* 2015;25(2):110-6.
25. Arapostathis KN, Coolidge T, Emmanouil D, Kotsanos N. Reliability and validity of the Greek version of the Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *Int J Paediatr Dent.* 2008;18(5):374-9.
26. Mungara J, Injeti M, Joseph E, Elangovan A, Sakthivel R, Selvaraju G. Child's dental fear: cause related factors and the influence of audiovisual modeling. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2013;31(4):215-20.
27. Vogels WE, Aartman IH, Veerkamp JS. Dental fear in children with a cleft lip and/or cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2011;48(6):736-40.
28. Blomqvist M, Ek U, Fernell E, Holmberg K, Westerlund J, Dahllof G. Cognitive ability and dental fear and anxiety. *Eur J Oral Sci.* 2013;121(2):117-20.

29. Barbério GS. Confiabilidade e validade do questionário Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale para avaliação do medo e ansiedade ao tratamento odontológico em crianças. Bauru: Universidade de São Paulo; 2016.
30. Singh P, Pandey RK, Nagar A, Dutt K. Reliability and factor analysis of children's fear survey schedule-dental subscale in Indian subjects. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2010;28(3):151-5.
31. El-Housseiny AA, Alsadat FA, Alamoudi NM, El Derwi DA, Farsi NM, Attar MH, et al. Reliability and validity of the Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale for Arabic-speaking children: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2016;16:49.
32. Alvesalo I, Murtomaa H, Milgrom P, Honkanen A, Karjalainen M, Tay KM. The Dental Fear Survey Schedule: a study with Finnish children. *Int J Paediatr Dent.* 1993;3(4):193-8.
33. Milgrom P, Jie Z, Yang Z, Tay KM. Cross-cultural validity of a parent's version of the Dental Fear Survey Schedule for children in Chinese. *Behav Res Ther.* 1994;32(1):131-5.
34. Klingberg G, Berggren U, Noren JG. Dental fear in an urban Swedish child population: prevalence and concomitant factors. *Community Dent Health.* 1994;11(4):208-14.
35. Milgrom P, Mancl L, King B, Weinstein P. Origins of childhood dental fear. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):313-9.
36. ten Berge M, Hoogstraten J, Veerkamp JS, Prins PJ. The Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule: a factor analytic study in The Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998;26(5):340-3.
37. Llieva E, Veleganova V, Petrova S, Belcheva A. A study on fear provoking factors in students from the town of Plovdiv. *Folia Med (Plovdiv).* 2001;43(1-2):16-9.
38. Wogelius P, Poulsen S, Sorensen HT. Prevalence of dental anxiety and behavior management problems among six to eight years old Danish children. *Acta Odontol Scand.* 2003;61(3):178-83.
39. Majstorovic M, Veerkamp JS, Skrinjaric I. Reliability and validity of measures used in assessing dental anxiety in 5- to 15-year-old Croatian children. *Eur J Paediatr Dent.* 2003;4(4):197-202.
40. Nakai Y, Hirakawa T, Milgrom P, Coolidge T, Heima M, Mori Y, et al. The Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(3):196-204.
41. Bajric E, Kobaslija S, Juric H. Reliability and validity of Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule (CFSS-DS) in children in Bosnia and Herzegovina. *Bosn J Basic Med Sci.* 2011;11(4):214-8.
42. Brogardh-Roth S, Stjernqvist K, Matsson L, Klingberg G. Dental fear and anxiety and oral health behaviour in 12- to 14-year-olds born preterm. *Int J Paediatr Dent.* 2010;20(6):391-9.

43. Majstorovic M, Morse DE, Do D, Lim L, Herman NG, Moursi AM. Indicators of dental anxiety in children just prior to treatment. *J Clin Pediatr Dent.* 2014;39(1):12-7.
44. Kuscu OO, Akyuz S. Is it the injection device or the anxiety experienced that causes pain during dental local anaesthesia? *Int J Paediatr Dent.* 2008;18(2):139-45.
45. Kosma I, Kevrekidou A, Boka V, Arapostathis K, Kotsanos N. Molar incisor hypomineralisation (MIH): correlation with dental caries and dental fear. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2016;17(2):123-9.
46. Brogardh-Roth S. The preterm child in dentistry. Behavioural aspects and oral health. *Swed Dent J Suppl.* 2010(208):11-85.
47. Kuscu OO, Caglar E, Kayabasoglu N, Sandalli N. Short communication: preferences of dentist's attire in a group of Istanbul school children related with dental anxiety. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2009;10(1):38-41.
48. Asokan A, Kambalimath HV, Patil RU, Maran S, Bharath KP. A survey of the dentist attire and gender preferences in dentally anxious children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2016;34(1):30-5.
49. Jalevik B, Klingberg G. Treatment outcomes and dental anxiety in 18-year-olds with MIH, comparisons with healthy controls - a longitudinal study. *Int J Paediatr Dent.* 2012;22(2):85-91.
50. Lopes D, Arnrup K, Robertson A, Lundgren J. Validating the dental subscale of the children's fear survey schedule using Rasch analysis. *Eur J Oral Sci.* 2013;121(3 Pt 2):277-82.

10. Anexos

10.1. Lista de abreviaturas

- Coeficiente de correlação intraclasse	ICC
- <i>Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale</i>	CFSS-DS
- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra	FMUC

10.2. Anexo I

Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (A1)

Participante

Nome: _____ Proc.: _____

Idade: _____ Género: _____ 1ª Consulta: Sim Não

Encarregado de Educação

Mãe Pai Outro

Nome: _____

Idade: _____ Habilitações literárias: _____

A seguinte escala pretende avaliar a prevalência da ansiedade e do medo na consulta de Odontopediatria. Deste modo, deve assinalar com um **X** o nível de ansiedade/medo que sente face às situações apresentadas.

Quanto medo você tem de:	Sem Medo	Pouco Medo	Medo Regular	Bastante Medo	Muito Medo
1. Dentistas					
2. Médicos					
3. Anestesia (injeções)					
4. Alguém examinar sua boca					
5. Ter que abrir a boca					
6. Uma pessoa que você não conhece encostar em você					
7. Alguém ficar olhando para você					
8. Motorzinho do dentista					
9. Ver o motorzinho do dentista					
10. Barulho do motorzinho do dentista					
11. Alguém colocar instrumentos na sua boca					
12. Engasgar					
13. Ter que ir para o hospital					
14. Pessoas com roupa branca					
15. Ter uma pessoa limpando seus dentes					

Assinatura do Participante

Assinatura do Investigador

Data ___/___/___

10.3. Anexo II

Avaliação do comportamento segundo a Escala de Frankl

Aluno/Médico Dentista

Nome: _____

Idade: _____ Género: _____ Anos de experiência clínica: _____

Participante

Nome: _____ Proc.: _____

Idade: _____ 1ª consulta: Sim Não

Assinale com um **X** a opção que melhor caracteriza o comportamento da criança durante os seguintes passos clínicos. Caso não tenha efetuado um deles, deixe em branco a sua resposta.

Comportamento durante:	Definitivamente Negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente Positivo
1. Anestesia				
2. Utilização de turbina ou de contra-ângulo				
3. Restauração ou Exodontia				

Assinatura do Aluno / Médico Dentista

Assinatura do Investigador

Data ___/___/___

10.4. Anexo III

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO: Avaliação da ansiedade na consulta de Odontopediatria: estudo piloto

PROTOCOLO Nº

INVESTIGADOR COORDENADOR Ana Luísa Moreira Costa
Maria Teresa Antunes de Azevedo Xavier

CENTRO DE ESTUDO

INVESTIGADOR PRINCIPAL Inês Lopes Fernandes
MORADA Av. Bissaya Barreto, Blocos de Celas
3000-075 Coimbra

CONTACTO TELEFÓNICO +351 239 484 183

NOME DA CRIANÇA

(LETRA DE IMPRENSA)

NOME DO TUTOR LEGAL

(LETRA DE IMPRENSA)

É convidado(a) a autorizar o seu educando(a) a participar voluntariamente neste estudo que objetiva caracterizar e avaliar o grau de ansiedade de uma amostra de cuidadores e respetivos educandos frequentadores da consulta de Odontopediatria na Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Este procedimento é designado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A participação do seu educando poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a possível influência da ansiedade dos cuidadores, bem como do Odontopediatra, no comportamento e na ansiedade da criança durante a consulta de Medicina Dentária.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo deverá tomar a decisão de autorizar a participação ou não. Caso autorize que o seu educando participe, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer na Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), na consulta de Odontopediatria. Pretende-se caracterizar e avaliar o grau de ansiedade de uma amostra de cuidadores e respetivos educandos frequentadores da consulta de Odontopediatria, assim como dos profissionais envolvidos no tratamento utilizando para o efeito escalas de mensuração apropriadas.

Trata-se de um estudo observacional, pelo que não será feita nenhuma alteração no estado da cavidade oral ou a nível da saúde geral da criança diferente daquele que esteja porventura planeado de acordo com o estado da cavidade oral da criança .

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da FMUC de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes ou outros participantes incluídos, e garantir prova pública dessa proteção.

2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO

2.1. Procedimentos

Preenchimento de um questionário referente ao tema em estudo, em momentos estipulados para o efeito, sem qualquer interferência no cumprimento do tratamento planeado /a planear para essa consulta.

2.2 Tratamento de dados

Os dados obtidos serão sujeitos a análise estatística assegurando-se a total confidencialidade dos mesmos.

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE

Não existem quaisquer riscos para o paciente na participação do estudo.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Com uma melhor caracterização da ansiedade na consulta de Odontopediatria poder-se-ão desenvolver estratégias capazes de minorizar os efeitos que a mesma habitualmente representa no sucesso e eficácia dos tratamentos dentários.

5. NOVAS INFORMAÇÕES

Será dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a condição do seu educando(a) ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a autorizar a participação no estudo.

6. TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

Não se aplica.

7. SEGURANÇA

Os procedimentos a realizar, não sendo em absoluto invasivos, não comprometem a integridade da criança.

8. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participação do seu educando neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si ou para a criança, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a colaboração neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

O Investigador do estudo pode decidir terminar a participação do seu educando(a) se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa ou decisão da Comissão de Ética.

O responsável do estudo notificá-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias e falará consigo a respeito da mesma.

9. CONFIDENCIALIDADE

Os registos do seu educando manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados, a identidade do seu educando(a) manter-se-á confidencial. Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito. Pode ainda, em qualquer altura, exercer o seu direito de acesso à informação. Pode ter também acesso à informação médica e dentária através da Médica Dentista neste estudo. Tem também o direito de se opor à transmissão de dados que sejam cobertos pela confidencialidade profissional.

Os registos médicos e dentários que identificam o seu educando e o formulário de consentimento informado que assinar serão verificados para fins do estudo pelo Investigador e/ou por colaboradores do Investigador, e para fins regulamentares pelo Investigador e/ou pelos colaboradores do Investigador e agências reguladoras noutros países. A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos registos médicos e dentários para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Não pode ser garantida confidencialidade absoluta devido à necessidade de passar a informação a essas partes.

Ao assinar este termo de consentimento informado permite que as informações médicas e dentárias neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme necessário para finalidades científicas legítimas.

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação médica recolhida ou criada como parte do estudo, tais como registos da observação oral, serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica relacionados com a patologia em estudo.

Ao consentir a participação do seu educando neste estudo a informação a ele respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os Investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os dados pessoais do seu educando para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às iniciais ou a outro código que não identifique diretamente o seu educando (e não o nome) serão comunicados pelos Investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às iniciais ou a outro código que não identifique diretamente o seu educando(a), poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A identidade do seu educando não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos dados pessoais do seu educando estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Ao dar o seu consentimento para a participação do seu educando(a) no estudo autoriza o promotor ou empresas de monitorização de estudos especificamente contratadas para o efeito e seus colaboradores e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes do seu processo clínico, para conferir a informação recolhida e registada pelos investigadores, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido corretamente e que os dados obtidos são fiáveis.
7. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos médicos envolvidos no estudo, solicitar o acesso aos dados que digam respeito ao seu educando(a), bem como de solicitar a rectificação dos dados de identificação.
8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que o seu educando(a) deixe de participar no estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não identifiquem o seu educando(a) poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a informação médica do seu educando não será removida do arquivo do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, o seu educando(a) não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

10. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do Investigador e, por isso, solicita-se a participação do seu educando sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o centro de estudo. Não haverá qualquer custo para o participante pela sua inclusão no estudo.

11. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC

Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra

Telefone: 239 857 707 e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Inês Fernandes /Ana Luísa Costa / Maria Teresa Xavier

Tel: +351 239 484 183 Morada: Av. Bissaya Barreto, Bloco de Celas, 3000-075 Coimbra

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária que o meu educando(a) participe neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos e duração provável do estudo, bem como do que é esperado da parte do meu educando(a).
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas. A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O médico responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade ou do meu educando(a) continuar a participar.
4. Aceito que utilizem a informação relativa à história clínica e registos clínicos do meu educando(a) no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os dados do meu educando(a) serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos dados do meu educando(a) apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito que o meu educando(a) siga todas as instruções que lhe forem dadas durante o estudo. Aceito que o meu educando(a) colabore com o médico e informá-lo-ei imediatamente das alterações não usuais do estado de saúde e bem-estar do meu educando(a) que ocorram.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado. Eu posso exercer o meu direito de rectificação e/ ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir que o meu educando(a) participe no estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos seus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome da criança participante _____

Assinatura : _____ **Data:** _____ / _____ / _____

Nome de Testemunha / Tutor Legal: _____

Assinatura: _____ **Data:** _____ / _____ / _____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ **Data:** _____ / _____ / _____

10.5. Anexo IV

Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (A2)

Participante

Nome: _____ Proc.: _____

Idade: _____ Género: _____ 1ª Consulta: Sim Não

Encarregado de Educação

Mãe Pai Outro

Nome: _____

Idade: _____ Habilitações literárias: _____

A seguinte escala pretende avaliar a prevalência da ansiedade e do medo na consulta de Odontopediatria. Deste modo, deve assinalar com um **X** o nível de ansiedade/medo que pensa que **o seu educando** sente face às situações apresentadas.

Quanto medo você tem de:	Sem Medo	Pouco Medo	Medo Regular	Bastante Medo	Muito Medo
1. Dentistas					
2. Médicos					
3. Anestesia (injeções)					
4. Alguém examinar sua boca					
5. Ter que abrir a boca					
6. Uma pessoa que você não conhece encostar em você					
7. Alguém ficar olhando para você					
8. Motorzinho do dentista					
9. Ver o motorzinho do dentista					
10. Barulho do motorzinho do dentista					
11. Alguém colocar instrumentos na sua boca					
12. Engasgar					
13. Ter que ir para o hospital					
14. Pessoas com roupa branca					
15. Ter uma pessoa limpando seus dentes					

Assinatura do Participante

Assinatura do Investigador

Data ____/____/____

10.6. Anexo V

Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (A3)

Encarregado de Educação

Mãe Pai Outro

Nome: _____

Idade: _____ Habilitações Literárias: _____

Participante

Nome: _____ Proc.: _____

Idade: _____ Género: _____

A seguinte escala pretende avaliar a prevalência da ansiedade e do medo na consulta de Odontopediatria. Deste modo, deve assinalar com um **X** o nível de ansiedade/medo que sente face às situações apresentadas.

Quanto medo tem de:	Sem Medo	Pouco Medo	Medo Regular	Bastante Medo	Muito Medo
1. Dentistas					
2. Médicos					
3. Anestesia (injeções)					
4. Alguém examinar sua boca					
5. Ter que abrir a boca					
6. Uma pessoa que você não conhece encostar em você					
7. Alguém ficar olhando para você					
8. Motorzinho do dentista					
9. Ver o motorzinho do dentista					
10. Barulho do motorzinho do dentista					
11. Alguém colocar instrumentos na sua boca					
12. Engasgar					
13. Ter que ir para o hospital					
14. Pessoas com roupa branca					
15. Ter uma pessoa limpando seus dentes					

Assinatura do Enc. Educação

Assinatura do Investigador

Data ___/___/___

10.7. Anexo VI

Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (A4)

Aluno/Médico Dentista

Nome: _____

Idade: _____ Género: _____ Anos de experiência clínica: _____

Participante

Nome: _____ Proc.: _____

Idade: _____ 1ª Consulta: Sim Não

A seguinte escala pretende avaliar a prevalência da ansiedade e do medo na consulta de Odontopediatria. Deste modo, deve assinalar com um **X** o nível de ansiedade/medo que pensa que o seu paciente sente face às situações apresentadas.

Quanto medo tem de:	Sem Medo	Pouco Medo	Medo Regular	Bastante Medo	Muito Medo
1. Dentistas					
2. Médicos					
3. Anestesia (injeções)					
4. Alguém examinar sua boca					
5. Ter que abrir a boca					
6. Uma pessoa que você não conhece encostar em você					
7. Alguém ficar olhando para você					
8. Motorzinho do dentista					
9. Ver o motorzinho do dentista					
10. Barulho do motorzinho do dentista					
11. Alguém colocar instrumentos na sua boca					
12. Engasgar					
13. Ter que ir para o hospital					
14. Pessoas com roupa branca					
15. Ter uma pessoa limpando seus dentes					

Assinatura do Aluno / Médico Dentista

Assinatura do Investigador

Data ___/___/___

10.8. Anexo VII

Contribuição do aluno para o trabalho

A aluna foi responsável pela realização da pesquisa bibliográfica e análise de toda a informação científica, bem como pela organização da equipa que levou a cabo o estudo piloto. Foi ainda responsável pela recolha e organização dos dados obtidos pelas duas escalas. Participou na análise estatística e descritiva dos dados e na elaboração dos variados gráficos e tabelas. A composição, organização e redação da dissertação foram da sua autoria, bem como os documentos que contemplam as diferentes escalas.

11. Agradecimentos

Um sincero agradecimento à minha Orientadora, a Prof^a. Doutora Ana Luísa Costa e à minha Coorientadora, a Dra. Teresa Xavier pela magnífica orientação, incentivo, ajuda e preocupação constantes.

À Dra. Daniela Soares por ter participado neste estudo e disponibilizado o seu tempo no meio da agitação das consultas de Odontopediatria.

À Dra. Ana Messias pela ajuda na análise estatística dos resultados e elaboração dos gráficos e tabelas.

Um agradecimento especial à minha amiga e binómia Joana Pereira por todo o apoio, força e amizade e por ter feito parte deste estudo de forma ativa.

Aos meus colegas Carla e Pedro por também terem disponibilizado o seu tempo para tornar esta investigação possível.

Aos meus pais e à minha irmã que durante estes 5 anos, e em especial neste último, foram o meu maior apoio, motivando-me sempre a ultrapassar as dificuldades e a fazer nada mais do que o meu melhor.

A todo o corpo docente da Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra pela admirável formação académica e clínica.

Por fim, um agradecimento a todos que, direta ou indiretamente, tornaram o cumprimento desta etapa uma tarefa possível.

12. Índice

1. Sumário	I
2. Resumo	II
3. <i>Abstract</i>	IV
4. Introdução	1
5. Materiais e Métodos	5
5.1. Revisão bibliográfica narrativa	5
5.2. Estudo piloto - seleção da amostra	5
5.3. Instrumentos	5
5.4. Análise dos resultados	7
6. Resultados	8
6.1. Revisão bibliográfica narrativa	8
6.2. Estudo piloto	11
6.2.1. Caracterização da amostra	11
6.2.2. Análise dos resultados obtidos pela Escala CFSS-DS	11
6.2.3. Análise dos resultados obtidos pela Escala de Frankl	15
6.2.4. Relação do questionário CFSS-DS com a Escala de Frankl	16
7. Discussão	18
8. Conclusão	22
9. Bibliografia	23
10. Anexos	27
10.1. Lista de abreviaturas	27
10.2. Anexo I - CFSS-DS/A1	28
10.3. Anexo II – Escala de Frankl	29
10.4. Anexo III - Consentimento Informado	30
10.5. Anexo IV - CFSS-DS/A2	36
10.6. Anexo V - CFSS-DS/A3	37
10.7. Anexo VI - CFSS-DS/A4	38
10.8. Anexo VII – Contribuição do aluno para o trabalho	39
11. Agradecimentos	40
12. Índice	41
12.1. Índice de figuras	42
12.2. Índice de tabelas	42

12.1. Índice de figuras

Fig. 1: Prisma *flow* ilustrando a metodologia de sequência da pesquisa bibliográfica.....8

Fig. 2: Gráfico da distribuição dos indivíduos de acordo com o nível de ansiedade obtido pelas pontuações de cada uma das subescalas do CFSS-DS.....14

Fig. 3: Gráfico de dispersão representativo da correlação entre as pontuações médias obtidas pelas subescalas A1 e A4.....15

Fig. 4: Gráfico de distribuição das avaliações do comportamento das crianças de acordo com a escala de Frankl no momento da anestesia, utilização de turbina ou contra-ângulo (CA) e durante a restauração (Rest.) ou exodontia (Exo.), segundo a visão do estudante e do Odontopediatra (MD).....16

12.2. Índice de tabelas

Tabela II: Seleção de bibliografia considerada mais relevante na pesquisa.....9

Tabela II: Distribuição de percentagens (%) das respostas dadas face às situações apresentadas nas subescalas do questionário CFSS-DS (A1, A2, A3 e A4).....11

Tabela III: Comparação dos resultados obtidos pela escala de Frankl e pelo questionário CFSS-DS (subescalas A1, A2 e A4).....17