



OBJETIVOS

Diversos fatores podem influenciar o comportamento das crianças durante as consultas de medicina dentária: o medo e a ansiedade são dois dos principais elementos, de origem multifactorial (1-11), que frequentemente atuam como barreiras à participação e cooperação da criança durante as consultas de Odontopediatria, dificultando ou impedindo a execução dos procedimentos necessários (4,12-14). O medo e a ansiedade dentária apresentam uma prevalência entre os 3% a 47% (1-6,8,11,13,15-22) em diferentes países, demonstrando um problema de saúde pública entre crianças e adolescentes (10,13,15,19,23).

Atualmente, existem inúmeros métodos que podem ajudar a controlar e reduzir a ansiedade e o medo sentidos pelas crianças, incluindo: a técnica TSD (tell-show-do) (6,10,21,24); a realidade virtual (10,21,24); a presença de um cão de terapia (22); entre outros. Existem também diversos questionários/escalas psicométricas, como a DAS (Dental Anxiety Scale), MDAS (Modified Dental Anxiety Scale), DFSS-SF (Dental Fear Schedule Subscale – Short Form) e CFSS-DS (Children’s Fear Survey Schedule – Dental Subscale) (13,25).

É de destacar o questionário Children’s Fear Survey Schedule– Dental Subscale (CFSS-DS), sendo composto por 15 itens, tendo sido originalmente desenvolvido por Cuthbert e Melamed em 1982 (26) e traduzido, validado e utilizado em diversos países (1,5,9,11,14,15,18,19,27-30). O questionário CFSS-DS tem como objetivo avaliar o medo e a ansiedade das crianças no contexto das consultas de medicina dentária, com respostas numa escala de 5 pontos que variam entre "Nenhum Medo" e "Bastante Medo", pontuadas de 15 a 75 (1,4,5,11,12,14–18,28), assumindo-se que pontuações iguais ou superiores a 38 indicam uma elevada ansiedade, enquanto que pontuações inferiores a 32 definem a criança como tendo baixa ou nenhuma ansiedade (1,3,11–13,16–18,30).

A parte inicial do estudo foi conduzida por Alina Spinache et al. (14), com uma amostra de 60 crianças, com idades entre os 7 e os 10 anos, em consultas de acompanhamento na clínica de Odontopediatria da FMUC. Os itens 1, 3, 4, 6-11, 14, 15 do questionário CFSS-DS, bem como a escala de respostas, foram inicialmente traduzidos e sofreram uma adaptação para português (Portugal) antes da sua aplicação. Adicionalmente, a Escala de Faces de Wong-Baker foi utilizada e incluída juntamente com várias opções de resposta (14) (Figura 1).

Este trabalho visou contribuir para as descobertas do estudo preliminar proposto e conduzido em 2019 por Alina Spinache et al. (14), além da atualização da literatura, recolha e tratamento interpretativo de dados para a concretização da adaptação e validação para português (Portugal) do questionário, contribuindo para o desejável aumento da sua aplicação na população pediátrica.

MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed/MEDLINE e Web of Science, conjugando-se os termos "Reproducibility of results", "Children’s Fear Survey Schedule-Dental Subscale", "CFSS-DS" e "Dental Anxiety", conjugados seletivamente com a ajuda dos operadores booleanos "AND" e "OR", considerando publicações em inglês/português, datadas dos últimos 6 anos (2019-Março 2024).

Concomitantemente, o questionário inicial (total de 15 questões) (Figura 1), foi aplicado, cumprindo os critérios éticos e de inclusão estabelecidos, a 300 crianças (262 em contexto escolar e 38 em clínico), de ambos os géneros, dos 7-10 anos, selecionadas de forma aleatória (tendo em conta os critérios pré-estabelecidos), com posterior análise estatística.

RESULTADOS

A partir da chave de pesquisa pré-determinada foram obtidos um total de 93 artigos tendo sido selecionados 28 com base em critérios de inclusão definidos. Adicionaram-se 6 publicações como forma de expansão da pesquisa, obtendo-se um resultado final de 34 publicações (1-34) que contribuíram para a fundamentação teórica requerida.

Inicialmente, após a realização de uma análise paralela, eliminação das questões 13 e 14 e análise fatorial exploratória, foi identificado um fator (Figura 2), definido como "ansiedade dentária nas crianças". Este modelo de fatores apresenta um valor de KMO de 0,805 e um teste de Bartlett significativo (p<0,001), com uma variância cumulativa explicada de 34,4%. Apresentou também, um alto nível de consistência interna (Cronbach’s $\alpha=0.858$); porém, a análise fatorial confirmatória realizada indicou valores pouco favoráveis de ajuste e qualidade do modelo: CFI = 0.796, TLI = 0.755 e RMSEA = 0.112. Sendo assim, foi considerada a remoção de itens, a reformulação de perguntas e/ou a adição de mais fatores.

Foi realizada uma nova partição aleatória dos dados e a análise fatorial exploratória. Após várias iterações de eliminação de itens com base na matriz de padrões, comunalidades, na matriz de correlações e na variância acumulada explicada, foi obtida uma estrutura fatorial composta por dois fatores que englobam 7 itens (Figura 3).

O fator 1, foi definido como uma ansiedade "mais particular", relacionada com a medicina dentária; o fator 2 foi definido como uma ansiedade "mais geral", relacionada com médicos/medicina. Neste novo modelo, a variância cumulativa explicada foi de 61,24%, o KMO foi de 0,795, e o teste de Bartlett foi estatisticamente significativo (p<0,001).

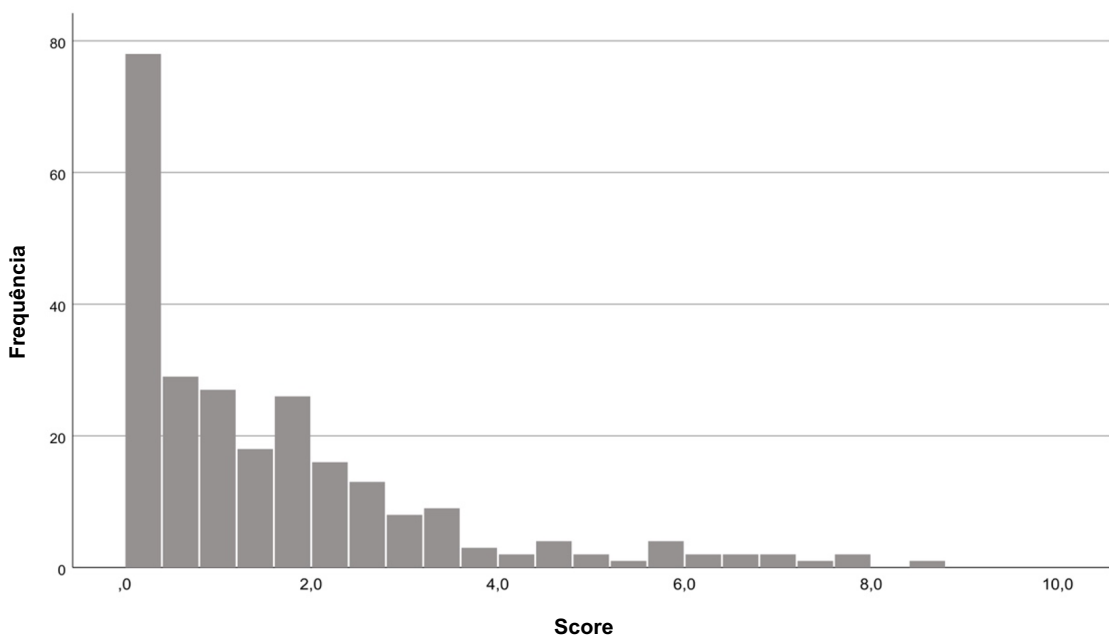


Fig. 4- Histograma que expõe a distribuição das pontuações obtidas.

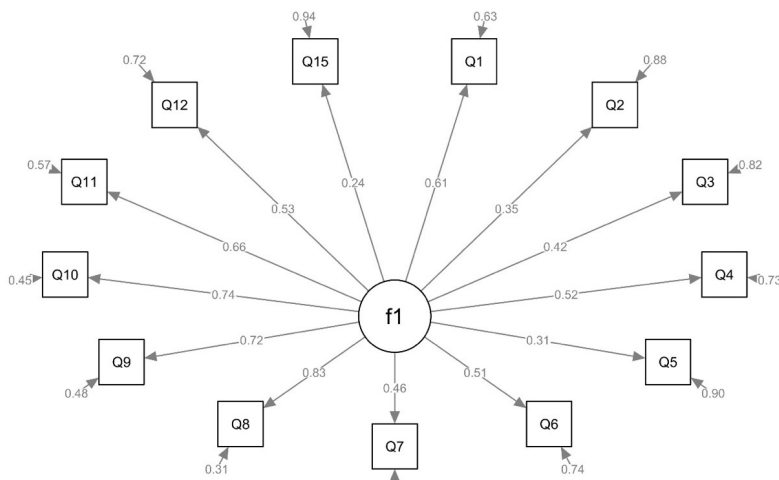


Fig. 2- Diagrama que ilustra a relação entre os itens do questionário inicial e o fator obtido.

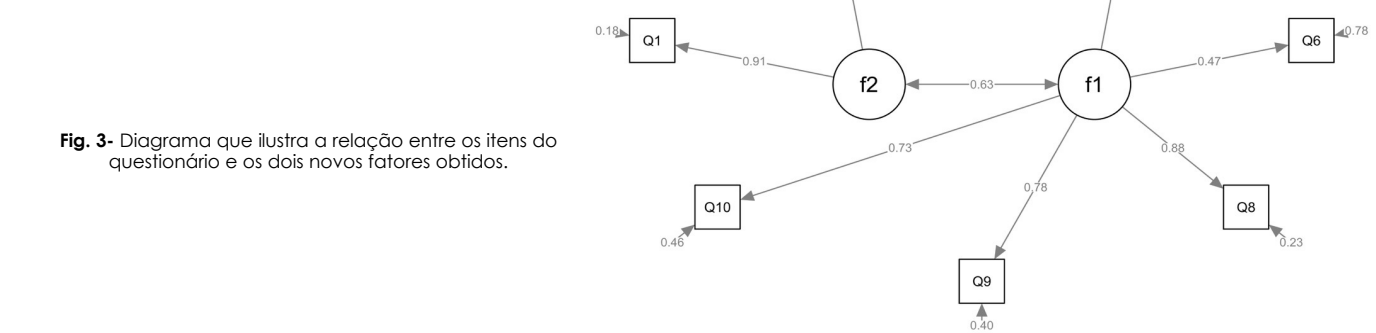


Fig. 3- Diagrama que ilustra a relação entre os itens do questionário e os dois novos fatores obtidos.

Os dois fatores obtidos, juntamente com os respetivos valores de alfa de Cronbach, estão descritos na matriz de padrões da Tabela 1. A análise fatorial confirmatória indicou um modelo bem ajustado com os seguintes índices: CFI = 0,973, TLI = 0,956 e RMSEA = 0,066.

A Tabela 2 apresenta alguns dados estatísticos e os intervalos de confiança para a pontuação de ansiedade relativa à amostra, separada por idades das crianças. No histograma exposto na Figura 4 é possível de visualizar a distribuição das pontuações de ansiedade no entanto, não é possível a identificação de um ponto de corte específico para diferenciar entre as crianças menos ansiosas e as mais ansiosas. Esta limitação deve-se à falta de caracterização das crianças durante a aplicação do questionário.

O questionário final é composto, por 7 perguntas (Figura 5), sendo que, 5 contribuem para o fator 1 e as 2 restantes para o fator 2 (Tabela 1).

Itens	Fator 1	Fator 2
Q3	0.483	
Q6	0.610	
Q8	0.773	
Q9	0.786	
Q10	0.941	
Q1		1.023
Q2		0.628
α	0.848	0.761

Tabela 1- Matriz de padrões que compara os dois fatores e a sua correlação com as perguntas (apenas são apresentados os valores com um peso superior a 0,3).

	Total (250)	7 anos (63)	8 anos (73)	9 anos (77)	10 anos (37)
Média	1.57	1.35	1.50	2.03	1.13
Mediana	1.03	0.80	1.09	1.62	0.64
Desvio-padrão	1.75	1.62	1.68	2.00	1.39
IQR	2.05	2.26	1.83	2.37	1.61
Mínimo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Máximo	8.43	7.24	6.73	8.43	7.13
CI95%	[1.35, 1.79]	[0.94, 1.75]	[1.11, 1.89]	[1.58, 2.49]	[0.67, 1.60]

Tabela 2- Dados estatísticos sobre os níveis de ansiedade na amostra recolhida, organizados por faixas etárias das crianças.

CONCLUSÕES

Apesar da vasta aplicação, fiabilidade e validade do questionário em diversos países, este apresenta vulnerabilidades e limitações. De facto, diversos elementos influenciam e moldam a ansiedade e o medo das crianças, entre os quais: o tipo de escola que a criança frequenta (pública ou privada); a idade da criança; o género da criança; os fatores socioeconómicos da família; entre outros. Todos estes fatores desempenham um papel importante na forma como a criança reage emocionalmente, refletindo e transpondo-se ao ambiente da consulta de Odontopediatria.

Existem, também, diversos fatores que podem influenciar a resposta da criança ao questionário como o ambiente de aplicação do questionário (clínico ou escolar) e a forma de interpretação dos itens.

Em suma, o Médico Dentista não se deve suportar apenas na sua experiência para deteção e perceção da ansiedade na criança, deve também apoiar-se num instrumento válido, objetivo e auxiliar da sua estratégia de atuação clínica. O estudo realizado permitiu a obtenção de um questionário bem ajustado e válido (Figura 5); no entanto, para alcançar este resultado, foi necessário reduzir o número de perguntas. Este poderá ser utilizado, ainda que passível de aumento de robustez, permitindo a identificação precoce e mecanismos de resposta à ansiedade infantil em Odontopediatria.

Children’s Fear Survey Schedule-Dental Subscale

Participante
 Código: _____
 Idade: _____ Data: / /
 A escala apresentada permite avaliar a prevalência do medo e da ansiedade: dentária na consulta de Odontopediatria, percecionados pelas crianças. Assim, assinala-se com um X o nível de medo/ansiedade que a criança sente no que diz respeito às situações relacionadas.

Quanto medo tens de/do:	Nenhum	Pouco	Médio	Muito	Bastante
1. Médicos Dentistas (Q1)					
2. Médicos (Q2)					
3. Levantar anestesia / Adormecer o dente (Q3)					
4. Uma pessoa desconhecida tocar em ti (Q4)					
5. Instrumento barulhento do Médico Dentista (Q5)					
6. Ver o instrumento barulhento do Médico Dentista (Q6)					
7. Ouvir o instrumento barulhento do Médico Dentista (Q7)					

Fig. 5- Novo questionário validado (a questão original é apresentada à frente de cada pergunta).

BIBLIOGRAFIA

