

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA *THE MONITOR-BLUNTER DENTAL SCALE* (MBDS) PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

FERNANDA VIEIRA ALMEIDA¹; MARIANA GONZALEZ CADEMARTORI²; MARINA SOUSA AZEVEDO²; MARÍLIA LEÃO GOETTEMMS³

¹Universidade Federal de Pelotas – fernanda.vieira.almeida1995@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – marianacademartori@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – marinasazevedo@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – marilia.goettems@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A ansiedade odontológica é um estado emocional que precede o encontro com um objeto ou situação temida, caracterizada por sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo ou preocupação relativo às consultas preventivas e terapêuticas com o cirurgião-dentista, sem necessariamente estar conectado a um estímulo externo específico. Neste estado o indivíduo pode apresentar consequências fisiológicas, cognitivas e comportamentais (BROGARDH et al., 2010).

Uma questão importante a considerar é se os pacientes se saem melhor, quando são tratados de acordo com seu "estilo" de enfrentamento preferido (MARSHMAN et al., 2016). Isso se refere à noção de que intervenções ou tratamentos que correspondem com o estilo de enfrentamento do paciente serão mais eficazes para diminuir o sofrimento e facilitar o enfrentamento do que as intervenções que são incongruentes com o estilo de enfrentamento do paciente.

Quando o paciente é uma criança, ele tem relativamente pouco controle sobre o atendimento odontológico - portanto, pode ser particularmente importante avaliar até que ponto as crianças preferem monitoramento e desatenção quando confrontados com uma consulta/procedimento odontológicos estressante. Identificar estilos de enfrentamento dá às crianças algum controle sobre as informações de que precisam para ajudá-las a lidar com os procedimentos. Compreender as variações individuais no estilo de enfrentamento e como os estilos de enfrentamento interage com as intervenções de redução da ansiedade requer medidas validadas de preferências individuais de estilo de enfrentamento.

Com isso, estamos trabalhando no desenvolvimento de uma ferramenta com foco na aplicação prática no contexto clínico e na comunicação com a criança ou jovem ansioso que possa ser aplicada no Brasil. A partir disso, vamos adaptar para o português uma ferramenta de comunicação denominada Versão Brasileira da Escala Dental Monitor-Blunter (MBDS). Essa ferramenta avaliará o estilo de enfrentamento, juntamente com um questionário de ansiedade odontológica.

2. METODOLOGIA

A MBDS tem quatro cenários: 1. Ter que ir ao dentista no dia seguinte; 2. Sentar na sala de espera para ter um procedimento feito; 3. Estar prestes a ter um dente perfurado e; 4. Estar prestes a receber uma injeção em sua gengiva. As crianças são solicitadas a imaginar que estão em cada situação e a assinalar todas as estratégias que se aplicariam a elas - há um número igual de estratégias de monitoramento e desatenção para elas escolherem para cada item (três cada) (CAMPBELL, 2017). As respostas são somadas separadamente nos itens de

monitoramento e desatenção, resultando em duas pontuações de sub-escala, cada uma com um intervalo possível de 12–48. Em uma versão recente, um pequeno número de itens foi modificado daqueles originalmente propostos por Buchanan e Niven (1996), com base nas tentativas de fazer os comportamentos de enfrentamento da escala tão relevantes e compreensíveis quanto possível (WILLIAMS & JONES, 2011). Também há espaço para que elas apresentem suas ideias sobre como a equipe odontológica pode ajudá-las a lidar com o mesmo.

O projeto foi encaminhado via Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa nº 5.494.403. Os responsáveis foram convidados e aqueles que aceitaram participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, após terem sido informados sobre o objetivo do estudo. As crianças cujos pais autorizaram foram convidadas e assinaram um termo de assentimento.

A tradução e adaptação cultural da MBDS seguiu as seguintes etapas propostas por GUILLEMIN *et al.* (1993): tradução inicial, re-tradução, revisão por comitê de especialistas e adaptação cultural.

Finalmente, para avaliar a equivalência cultural do instrumento, a versão revisada em português brasileiro foi aplicada por um entrevistador em 20 crianças (YUSUF *et al.*, 2006) de 8 anos de idade ou mais, de ambos os sexos. A versão em português brasileiro foi acrescentada a opção “não entendi” como resposta alternativa a todas as questões, como forma de identificar as questões não compreendidas. A porcentagem de respostas “não entendi” deve ser inferior a 15% para o instrumento ser considerado culturalmente adaptado (CICONELLI *et al.*, 1999). A aplicação foi realizada nas clínicas de atendimento odontopediátrico da Faculdade de Odontologia da UFPel.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A versão em inglês (questionário original) foi inicialmente traduzida para o português brasileiro por um professor formado em letras e um cirurgião dentista professor universitário, ambos fluentes em inglês e português brasileiro e cientes do objetivo deste trabalho, enfatizando a tradução conceitual. Um comitê formado por professores de Odontopediatria uniu as 2 versões. A versão em português brasileiro passou por tradução reversa para o Inglês realizada por 2 professores nativos do idioma inglês que não participaram da primeira etapa e que não tiveram acesso ao instrumento original. As versões, assim como o instrumento original, foram submetidas a um comitê revisor formado por um professor da língua inglesa, 2 cirurgiões dentistas professores universitários e um psicólogo professor universitário.

A tabela 1 mostra as características das 20 crianças que participaram do pré-teste e dos itens não compreendidos.

Tabela 1. Distribuição das crianças e dos itens não compreendidos, segundo sexo e idade no pré-teste.

Variáveis	N	%	Questão 1b N (%)	Questão 2c N (%)	Questão 2e N (%)	Questão 2f N (%)	Questão 3g N (%)
Sexo							
Masculino	13	65	02(10.0)	01(5.0)	01(5.0)	01(5.0)	01(5.0)
Feminino	07	35	-	-	-	-	-
Idade							

8-9	10	50	01(5.0)	01(5.0)	01(5.0)	01(5.0)	01(5.0)
10-12	10	50	01(5.0)	-	-	-	-

A maioria das crianças entrevistadas durante o pré-teste foram meninos (65%), com amostra dividida igualmente nas idades de 8-9 e 10-12 anos. De acordo com a não compreensão das perguntas, apenas o sexo masculino ficou em dúvida/não entendeu o que fora perguntado. Do total (13), três enquadram-se nesse quesito, sendo dois de 8 anos e um de 10 anos.

A partir desses resultados de pré-teste, não foi necessária a realização de mudanças nas perguntas do questionário, dada a pequena porcentagem de não compreensão. Para realizar tal alteração é preciso menos de 85% de entendimento, e no presente estudo, o mesmo foi de 95%.

A Escala Dental Monitor-Blunter (MBDS) (BUCHANAN & NIVEN, 1996), ajudou a gerar descobertas baseadas em evidências que podem nos informar sobre o enfrentamento. Mais recentemente, foi desenvolvida uma ferramenta com foco na aplicação prática no contexto clínico e na comunicação com a criança ou jovem ansioso, denominada Monitoring-Blunting communication tool-dental (MBCT-D). Esta ferramenta avalia o estilo de enfrentamento informacional, juntamente com um questionário de ansiedade dental (CAMPBELL, 2017).

Quando consideramos as técnicas comuns de gerenciamento de comportamento não farmacológico usados em odontologia para tratar pacientes pediátricos, muitos (embora não todos) têm elementos alinhados com os estilos de enfrentamento de monitoramento e embotamento. Por exemplo, a técnica de 'dizer-mostrar-fazer' é claramente aquela que é concordante com um estilo de enfrentamento de monitoramento (CARSON & FREEMAN, 1998).

De fato, há evidência de apoio para a técnica de diga-mostre-faça reduzir a ansiedade em crianças ansiosas (BUCHANAN & NIVEN, 2003), mas pouca atenção é dada ao papel das diferenças individuais no estilo de enfrentamento e no manejo do tratamento. Se a criança for um 'monitor', esta técnica provavelmente ajudará a criança e assim reduzirá a ansiedade; no entanto, se ela é uma criança desatenta, então fornecer explicações e demonstrações podem ser um obstáculo e, portanto, a ansiedade pode ser aumentada. Isso é ainda mais pertinente quando consideramos os achados discutidos anteriormente no estudo usando a Escala *The Monitor-Blunter Dental Scale* (BUCHANAN & NIVEN, 1996) para estabelecer as estratégias mais amplamente utilizadas por crianças.

4. CONCLUSÕES

A partir do desenvolvimento de uma ferramenta com foco na aplicação prática no contexto clínico e na comunicação com a criança ou jovem ansioso que possa ser aplicada no Brasil, é possível compreender as variações individuais no estilo de enfrentamento e como os estilos de enfrentamento interage com as intervenções de redução da ansiedade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buchanan H, Niven N. Monitoring and blunting: how do children cope with threatening dental procedures? Poster presented at the British society of paediatric dentistry annual conference, Liverpool, UK; 1996.

Campbell C. Dental Fear and Anxiety in Pediatric Patients – Practical Strategies to Help Children Cope, Springer, 2017.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46: 1417-32.

Brogardh-Roth S, Stjernqvist K, Matsson L, Klinberg G. Dental fear and anxiety and oral health behaviour in 12- to 14-year-olds born preterm. *Int J Paediatr Dent* 2010;20(6):391-999

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras Reumatol.* 1999;39:143-50.

Yusuf H, Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. Validation of an English version of the Child-OLDP index, an oral health-related quality of life measure for children. *Health Qual Life Outcomes.* 2006;4:38.

Matt N. Williams & Linda M. Jones (2012) Validating a measure of children's monitoring-blunting coping styles in dental situations, *Psychology, Health & Medicine*, 17:3,274-284, DOI: 10.1080/13548506.2011.601748

Marshman Z, Morgan A, Porritt J, Gupta E, Baker S, Creswell C, Newton T, Stevens K, Williams C, Prasad S, Kirby J & Rodd H. Protocol for a feasibility study of a self-help cognitive behavioural therapy resource for the reduction of dental anxiety in young people. *Pilot Feasibility Stud.* 2016;2(1)