

Additional File 1

The Brazilian Portuguese version of the Dental Fear Survey (DFS)

Os itens neste questionário se referem a várias situações, sentimentos e reações relacionadas com o tratamento dentário. Por favor, avalie seu sentimento ou reação com relação a estes itens fazendo um círculo ao redor do número (1, 2, 3, 4 ou 5) da categoria que melhor corresponde a sua reação.

Nome: _____ Data: ____/____/____

Sexo: Feminino () Masculino () Idade: _____

Profissão do Pai: _____ Profissão da Mãe: _____

Que escola cursou anteriormente? () Particular () Pública

Quando foi sua última visita ao dentista? () 6 meses () 1 ano () 2 anos () 3 anos () outros

Qual o tipo de tratamento realizado na última visita?

() Exame clínico () Restauração () Profilaxia () Extração

() Tratamento de canal () Alívio de dor () Outros

1. O medo do tratamento dentário já levou você a demorar a (adiar) marcar consulta?

1	2	3	4	5
Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre

2. O medo do tratamento dentário já levou você a cancelar uma consulta ou simplesmente não comparecer?

1	2	3	4	5
Nunca	Uma ou duas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre

3. Quando me submeto ao tratamento dentário: meus músculos ficam tensos

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo

4. O ritmo da minha respiração aumenta

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo

5. Eu transpiro

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo

6. Sinto náuseas e enjô de estômago

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo

7. Meu coração bate mais depressa

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo

A seguir há uma lista de coisas e situações que muitas pessoas mencionam como sendo algo como ansiedade ou medo. Por favor, avalie quanto medo, ansiedade ou desprazer cada uma delas causa em você. Use os números de 1 a 5 da escala a seguir. Faça uma marca no espaço apropriado (se ajudar, tente imaginar você mesmo em cada uma destas situações e descreva qual é a sua reação habitual).

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo

8. Marcando consulta para ir ao dentista

9. Aproximando-se do consultório do dentista

10. Aguardando na sala de espera

11. Estar sentado na cadeira do dentista

12. Sentindo o cheiro do consultório

13. Vendo o dentista entrar

14. Vendo a agulha da seringa

15. Sentindo a agulha penetrar

16. Vendo a broca do motor

17. Ouvindo o motor

18. Sentindo as vibrações do motor no dente

19. Submetendo-se à limpeza dos dentes

20. Considerando todas as situações, quanto medo você sente em relação ao tratamento dentário?

	1	2	3	4	5
8. Marcando consulta para ir ao dentista					
9. Aproximando-se do consultório do dentista					
10. Aguardando na sala de espera					
11. Estar sentado na cadeira do dentista					
12. Sentindo o cheiro do consultório					
13. Vendo o dentista entrar					
14. Vendo a agulha da seringa					
15. Sentindo a agulha penetrar					
16. Vendo a broca do motor					
17. Ouvindo o motor					
18. Sentindo as vibrações do motor no dente					
19. Submetendo-se à limpeza dos dentes					
20. Considerando todas as situações, quanto medo você sente em relação ao tratamento dentário?					

Note: The DFS was previously translated and validated by Cesar et al. (1993).