



## 1. INTRODUÇÃO

A **ansiedade dentária** corresponde a um estado emocional de alerta e é uma condição frequentemente observada em contextos clínicos, comumente iniciada na infância. Na literatura está descrita como um distúrbio prevalente, em particular em idade pediátrica (**6-42%**) e que emerge de um medo incontrolável de que algo doloroso aconteça durante a consulta, sendo de extrema importância que o médico dentista possua as competências necessárias para lidar com tal emoção e permitir o cumprimento dos objetivos do tratamento dentário de modo fluído e, ao mesmo tempo, eficaz. Para tal, é determinante orientar e modelar o comportamento do paciente através da realização de técnicas de controlo comportamental, uma vez que a perda de colaboração pode conduzir à recusa na realização do tratamento com concomitante aumento do risco de doenças na cavidade oral, impactando significativamente a qualidade de vida.

Assim, um dos parâmetros essenciais para a realização de uma consulta envolve o controlo da ansiedade e do comportamento da criança, através da aplicação de várias técnicas, entre as quais as não convencionais, como a **musicoterapia**. Esta engloba a utilização de sons ou músicas pré-determinados e aprovados pelo profissional, permitindo ao paciente abstrair-se do ambiente circundante.

Para **avaliar tanto o comportamento como a ansiedade da criança na consulta**, os profissionais podem recorrer a várias escalas com diferentes metodologias, entre as quais se destacam a **escala de Venham** para a **avaliação do comportamento** e da **ansiedade** (ECAAV), o **teste de imagem de Venham** (TIV), os **questionários de Corah**, entre outras.

O presente estudo **objetivou** estabelecer a comparação entre a eficácia de execução de uma consulta com musicoterapia com uma consulta sem o recurso a esta técnica, no que é respeitante ao controlo do comportamento e redução da ansiedade da criança no ambiente médico-dentário.



## 2. MÉTODOS

Foram selecionados **4 pacientes** com idades compreendidas entre **4 e 8 anos**, de acordo os critérios de inclusão e exclusão definidos: pacientes ASA I ou II, que necessitavam de um tratamento restaurador em, pelo menos, 2 dentes, sem qualquer experiência dentária anterior. Após a seleção, 2 consultas foram realizadas por médicos dentistas, especialistas em Odontopediatria: na primeira, correspondente ao grupo de controlo (grupo A) o procedimento foi realizado sem musicoterapia e apenas utilizando técnicas básicas de controlo comportamental; a segunda, foi conduzida com a utilização de musicoterapia (o paciente escolheu uma música da sua preferência), sendo este o grupo de estudo (grupo B). Nesta última, o tratamento foi realizada com recurso a *tablet* com auscultadores. Terminada cada consulta, o médico dentista avaliou a ansiedade e o comportamento do paciente, segundo a Escala de Avaliação da Ansiedade e do Comportamento de Venham, e o paciente fez uma autoavaliação da sua postura, utilizando para tal o Teste de Imagem de Venham.

## 3. RESULTADOS

Foram analisados os resultados de 4 participantes em cada grupo (A e B), tanto o grupo de controlo quanto o grupo de estudo eram compostos por 3 pacientes do sexo feminino e 1 paciente do sexo masculino (Figura 1). Desta forma, estabelecendo a comparação entre os dois grupos, observou-se que a diferença entre as intervenções, nomeadamente a diferença entre a consulta sem musicoterapia (grupo A) e a consulta com recurso à mesma (grupo B), no que é relativo à ansiedade foi de  $-0,75 \pm 0,96$ ; em relação ao Comportamento foi de  $-0,25 \pm 1,71$ , e no que concerne ao Teste de Imagem de Venham foi de  $-0,50 \pm 1,29$  (tabela 1).

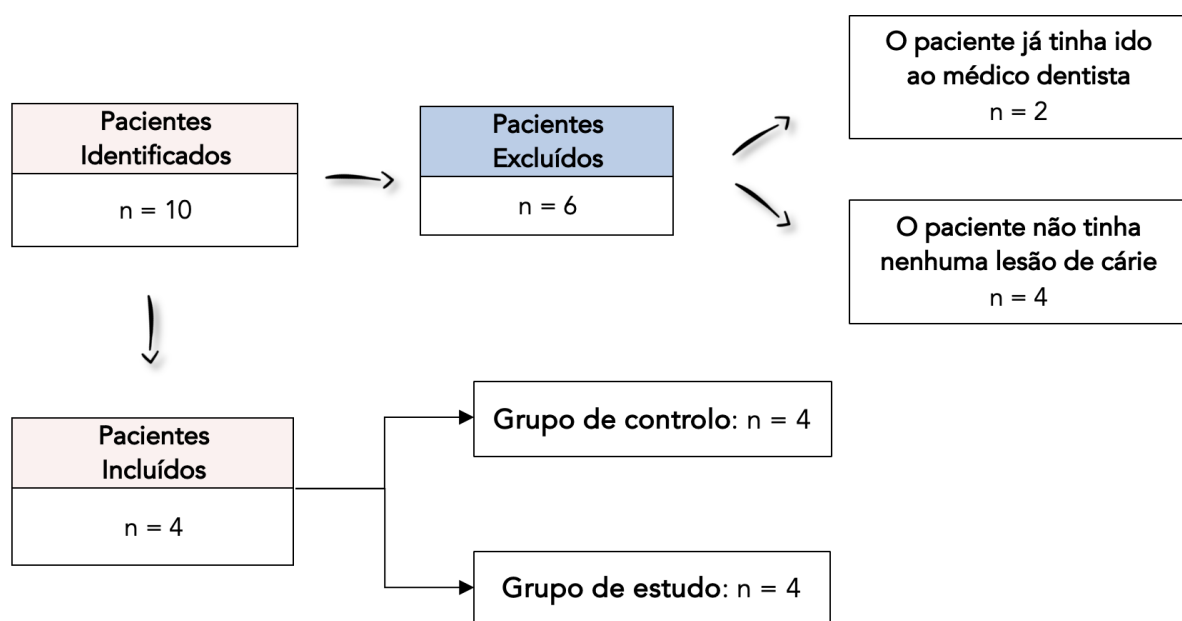


Figura 1 – Seleção dos pacientes. n – tamanho da amostra.

	Escala de Avaliação da Ansiedade de Venham	Escala de Avaliação do Comportamento de Venham	TIV
Diferença entre intervenções	-1	-1	-1
	0	0	0
	-2	-2	-2
	0	2	1
Média	-0,75	-0,25	-0,50
DP	0,96	1,71	1,29

Tabela 1 – Comparação entre as duas intervenções. DP – desvio padrão; TIV – Teste de Imagem de Venham.

## 4. DISCUSSÃO

Durante o presente estudo, observou-se que um dos parâmetros que sofre uma mudança importante durante a musicoterapia é o **número de pausas durante o procedimento**. De facto, quando há a remoção da lesão de cárie sem musicoterapia, a criança tende a fazer mais perguntas, procurando ser um participante ativo na consulta. Pelo contrário, quando o procedimento é realizado com a musicoterapia, o paciente parece não prestar muita atenção ao mesmo, e raramente o interrompe. Com efeito, é necessário sublinhar que a música torna o tratamento mais suportável, porém, não é capaz de transformar uma criança não colaborante numa criança colaborante – isso indica que a musicoterapia surge como uma **técnica auxiliar de controlo comportamental**.

Acrescentando a isto, referir que um dos fatores mais relevantes para a gestão do comportamento é a **experiência clínica do profissional**. Dito isto, não só a musicoterapia, mas também a postura do operador, influenciam e moldam o comportamento e a ansiedade da criança.

No presente estudo verificaram-se as seguintes limitações do estudo: **falta de aleatorização** (na primeira consulta, o participante foi sujeito ao tratamento sem música e na segunda consulta com musicoterapia); apenas terem sido selecionadas **crianças que nunca tinham ido ao médico dentista**; noutras publicações, os procedimentos realizados variarem de selantes fissuras ou aplicação tópica de fluoretos, ou seja, **sem necessidade de anestesia local**, tornando difícil o estabelecimento de uma comparação entre artigos. Outra limitação que merece destaque passa pelo facto do Teste de Imagem de Venham corresponder a uma **escala de autoavaliação** e, portanto, subjetiva. Também, a mesma escala não reporta o facto de a criança estar significativamente mais distraída pela música. Esses parâmetros, aliados ao **tamanho da amostra reduzido** (n=4), podem sugerir que os resultados sejam devido ao acaso.

Assim, para assegurar melhores resultados, seria importante adicionar determinados parâmetros à escala que permitissem diferenciar melhor os seus vários níveis (estabelecer intervalos que quantifiquem o comportamento do paciente).

Uma abordagem que nos garanta a apresentação de resultados mais consistentes seria ter crianças com um comportamento não colaborante a representar o limite superior da escala e avaliar se houve uma mudança significativa no seu comportamento. Uma vez que no presente estudo, a criança deveria ser, no mínimo, potencialmente colaborante só foi possível evoluírem de comportar-se relativamente bem para ligeiramente melhor. Assim, para obter resultados mais consistentes implicaria aumentar o tamanho da amostra e/ou ter pacientes com comportamentos mais díspares.

## 5. CONCLUSÃO

Até à data, a musicoterapia revela resultados promissores enquanto técnica coadjuvante de controlo comportamental, no entanto, ainda há necessidade de desenvolver mais estudos sobre este tema, com amostras maiores e metodologias mais padronizadas, de modo a ultrapassar as limitações presentemente identificadas. Desta forma, no futuro será interessante realizar mais estudos que combinem técnicas de controlo comportamental, iniciar a musica antes de iniciar o tratamento e utilizar de escalas mais objetivas, no contexto da consulta de Odontopediatria.

### BIBLIOGRAFIA

