

A Eficácia de Vídeo Informativo sobre Ansiedade em Pacientes Submetidos à Exodontia

Efficacy of Audiovisual Information on Anxiety for Patients Undergoing Tooth Extraction

Maylu Botta Hafner¹

Juliana Zanatta¹

Gustavo Sattolo Rolim¹

Antonio Bento Alves de Moraes¹

Angélica Maria Bicudo Zeferino¹

Resumo

Avaliou-se a eficácia de um vídeo informativo sobre ansiedade em pacientes submetidos a exodontia. Acompanharam-se 140 pacientes divididos nos Grupos Controle (GC) e Experimental (GE). Usaram-se aparelho de pressão arterial, Escala de Ansiedade Odontológica de Corah (DAS) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) nos momentos pré-operatório imediato, pós-operatório imediato, pós-operatório mediato e antes da remoção de sutura. O GE assistiu ao vídeo no primeiro momento. Para análise dos dados, utilizaram-se ANOVA, Teste de Tukey e Teste de Contraste. Os resultados indicaram não haver diferença estatística para pressão arterial sistólica e DAS em nenhum momento. Frequência cardíaca, pressão arterial diastólica e BAI apresentaram diferença estatística entre os grupos nos quatro momentos. Sugere-se a não eficácia do vídeo para redução dessas medidas.

Palavras-chave: Ansiedade; psicologia; cirurgia oral.

Abstract

It was evaluated the efficacy of an informative video on anxiety in patients undergoing tooth extraction. We assessed 140 patients, divided into Control Group (CG) and Experimental Group (EG). Blood pressure apparatus, Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) and Beck Anxiety Inventory (BAI) were used at immediate preoperative moment, immediate postoperative moment, mediate postoperative moment and before suture removal. The EG watched the video at the first moment. For data analysis, ANOVA, Tukey test and contrast were used ($p \leq 0.05$). The results indicated no statistical difference for systolic blood pressure and DAS. Heart rate, diastolic blood pressure, and BAI score presented statistical difference between the groups in the four moments. It is suggested that there is no efficacy of the video for reducing these measures.

Keywords: Anxiety; psychology; oral surgery.

¹Universidade Estadual de Campinas (Campinas), Brasil

A cirurgia de terceiros molares é um dos procedimentos invasivos mais frequentes em Odontologia, sendo comumente realizada em pacientes jovens (Van Wijk, Buchanan, Coulson & Hoogstraten, 2010; Alemany-Martínez, Valmaseda-Castellón, Berini-Aytés & Gay-Escoda, 2008). Destaca-se que os profissionais consideram essa cirurgia como relativamente simples devido à pequena probabilidade de risco ou complicações para o paciente (Kim, Kim & Myoung, 2010). A despeito da relativa simplicidade do procedimento, a exodontia de terceiros molares é percebida pelos pacientes como um procedimento aversivo, o que pode ser observado pelas respostas de afastamento ou preocupação, reconhecidas como indicadores de ansiedade (Kim et al., 2010; Muglali & Komerik, 2008; Fuentes, Gorenstein & Hu, 2009).

Estudos apontam que a ansiedade constitui um produto da relação da história de aprendizagem do indivíduo exposto a ambientes aversivos. Ou seja, a ansiedade é um padrão comportamental que pode ser ana-

lisado em repertórios de evitação, preocupação e/ou ativação fisiológica frente a uma situação desconhecida ou considerada como adversa ou nociva. O desconhecimento dos eventos ou o conhecimento de suas consequências ou efeitos colaterais podem aumentar a probabilidade de respostas de ansiedade quando o indivíduo tem de se submeter a um evento potencialmente doloroso (Skinner, 2006).

De um modo geral, os comportamentos considerados como indicadores de ansiedade são aprendidos nos mais diversos contextos de interação. Pode-se supor que as pessoas aprendem as respostas de ansiedade por observação direta, disseminação da informação e/ou aprendizagem vicariante (Rachman, 2009). Neste sentido, pode-se inferir que, em situações potencialmente aversivas, como as de procedimentos invasivos, a ocorrência de relatos de ansiedade (afastamento e ativação fisiológica) é muito provável. Dentre as três formas de aprendizagem, pode-se indicar o aprendizado direto, que estabelece uma relação

entre a resposta (submeter-se ao evento) e a apresentação de uma consequência dolorosa. Esse aprendizado poderá ocorrer e o sujeito responderá de modo ansioso, ou seja, sentirá ativação fisiológica e apresentará, concomitantemente, respostas de preocupação e sofrimento diante da necessidade de se expor a eventos semelhantes no futuro. O aprendizado por meio do relato verbal, de outro indivíduo, de que determinada situação é aversiva ou a observação das respostas de outrem também podem manter comportamentos de ansiedade (Milgrom, Mancl, King & Weinstein, 1995; Rachman, 2009).

Cabe saber se, quando o sujeito tem de se submeter a situações invasivas provavelmente dolorosas e passar por essa experiência de dor, a mesma situação pode ser modificada pelas mesmas variáveis que determinam e mantêm o repertório de ansiedade? A resposta inicial sugere que sim. Novas técnicas farmacológicas permitem que os sujeitos vivenciem a exposição a procedimentos invasivos sem apresentarem respostas de dor aguda (no caso, uma técnica anestésica bem-empregada). Porém, mesmo o uso de técnicas farmacológicas adequadas não impede que o sujeito sinta alguma dor e apresente respostas de ansiedade. A ansiedade antes, durante e após procedimentos invasivos pode ser observada numa ampla classe de respostas como: o aumento de solicitação por sedativos e analgésicos, o não seguimento de orientações do profissional (por esquecimento ou falha de compreensão) e um aumento de relatos de desconforto ou irritação (dada as alterações de respostas fisiológicas, pressão arterial e frequência cardíaca). Todas essas respostas podem dificultar o período pré-cirúrgico, a própria cirurgia e a recuperação do paciente, como também levá-lo à recusa de novas intervenções cirúrgicas (Bytzer & Lindeberg, 2007; Jjala, French, Foxall, Hardman & Bedforth, 2010; Medeiros & Nunes, 2001).

Jjala et al. (2010) sugerem que reduzir a ansiedade pré-operatória pode diminuir o tempo de internação em cirurgias hospitalares e reduzir as mudanças na rotina do paciente causadas pelo procedimento invasivo e melhorar a qualidade do período pós-operatório. Wong, Chan e Chair (2010) demonstram que preparar o paciente para cirurgias ortopédicas foi uma estratégia eficiente para promover melhoras na recuperação física e psicológica, diminuindo a dor e a ansiedade no período pós-operatório. No estudo de Jjala et al. (2010), avaliou-se o efeito de um vídeo informativo nas respostas de ansiedade de pacientes submetidos a cirurgias de membros superiores e inferiores utilizando-se o Inventário de Ansiedade

Traço Estado (IDATE). O vídeo possuía informações do procedimento cirúrgico, da anestesia, possíveis riscos e mostrava o acompanhamento de um paciente, desde da internação até a saída do centro cirúrgico. Os resultados indicaram que os pacientes que assistiram ao vídeo informativo apresentaram menores escores de ansiedade.

Muglali e Komerik (2008) avaliaram a ansiedade de pacientes ao longo do tratamento de cirurgia odontológica, utilizando a Escala de Ansiedade Odontológica de Corah (DAS) e o IDATE, antes e imediatamente após a cirurgia e também após uma semana de recuperação. Nesse estudo, observou-se grande diferença entre os escores indicadores de ansiedade dos pacientes nos dois instrumentos (DAS apresentou 26% da amostra estudada como severamente ansiosa e IDATE identificou 56% dessa mesma amostra como severamente ansiosa). Esses autores concluem que o DAS forneceu um mapeamento geral da ansiedade odontológica, porém não mostrou especificidade à cirurgia oral, por não permitir registros específicos da medida de ansiedade diante de um procedimento cirúrgico. A preparação do paciente pode ser realizada por meio da disseminação de informações. Do mesmo modo que o sujeito aprende que determinada situação é aversiva, pode aprender a discriminar novos eventos dos procedimentos e as prováveis sensações que estes produzem, além do fato de que determinadas sensações e procedimentos são esperadas. Esses vídeos podem apresentar duração entre 7 e 20 minutos (Muglali & Komerik, 2008; Jjala et al., 2010).

Kim et al. (2010) avaliaram os níveis de ansiedade e as alterações fisiológicas em situação de exodontia de terceiros molares e não encontraram diferença significativa entre o grupo que ouviu música durante o procedimento e o grupo controle. Ambas as avaliações foram feitas antes e ao longo da cirurgia. Os autores observaram que o grupo que ouviu música apresentou menores alterações na frequência cardíaca e obteve menores escores na escala DAS.

Os efeitos de recursos audiovisuais avaliados a partir de indicadores de ansiedade ainda não são completamente identificados, requerendo outros estudos para identificação de situações/recursos que possam beneficiar os pacientes em tratamentos cirúrgicos (Jjala et al., 2010). Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi analisar a eficácia de uma estratégia pré-cirúrgica, realizada com vídeo informativo, em relação à ansiedade e às medidas fisiológicas dos pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. Uma vez que ao paciente é forne-

cido de informações sobre o procedimento invasivo, busca-se avaliar como ele reage emocional e fisiologicamente ao evento clínico.

Método

Participantes

Foram avaliados 140 pacientes (70 do sexo masculino) do Serviço de Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que necessitavam de exodontia de, pelo menos, um terceiro molar em uma sessão odontológica. Os pacientes aceitaram participar da pesquisa nas condições especificadas pelo termo de consentimento livre e esclarecido e tinham idade entre 14 e 24 anos (média: $19,32 \pm 2,83$). Foram excluídos os pacientes que não compareceram em algum dos momentos do procedimento de coleta de dados, deixaram de preencher algum dos questionários ou retiraram seu termo de consentimento.

Instrumentos

Inventário de ansiedade de Beck

Esse inventário faz parte das Escalas Beck, desenvolvidas por Beck, Epstein, Brown e Steer em 1993. O Inventário de ansiedade de Beck (BAI) avalia, a partir de autorrelato do paciente, a intensidade dos sintomas de ansiedade. Esse inventário é composto por 21 itens que descrevem sintomas de ansiedade. Cada item pode ser graduado com escore que varia de 1 (“absolutamente não”) a 4 (“gravemente, dificilmente pude suportar”), resultando em pontuações que variam de 0 a 63. Esse instrumento foi validado no Brasil por Cunha (2001).

Escala de Ansiedade Odontológica de Corah

O instrumento de avaliação de ansiedade odontológica — Escala de Ansiedade Odontológica de Corah (DAS) — é composto por quatro questões de múltipla escolha, cada uma com cinco alternativas, relacionadas às reações do paciente diante de visitas ao dentista e de procedimentos que poderiam ser realizados nessa suposta visita. Cada alternativa varia de 1 a 5 pontos, sendo o valor 1 para a primeira alternativa e o valor 5 para a última alternativa, com escores que variam de 4 a 20 (Corah, 1969). Essa escala foi validada para a população brasileira em 2007 (Hu, Gorenstein & Fuentes, 2007).

Delineamento

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) (protocolo nº 024/2008). Todos os cuidados éticos foram seguidos pelos pesquisadores no transcorrer da pesquisa.

Os pacientes foram randomicamente distribuídos entre Grupo Experimental (GE) (indivíduos que assistiram ao vídeo informativo) e Grupo Controle (GC) (indivíduos que não assistiram ao vídeo informativo). A randomização foi realizada pelo pesquisador por meio de um programa específico encontrado no site <<http://www.randomizer.org>>.

Para avaliação da ansiedade e das mudanças fisiológicas dos pacientes, foram realizadas quatro verificações ao longo de uma semana de tratamento dos pacientes. Em cada momento, aplicou-se o BAI, a DAS e foram aferidas a pressão arterial sistólica (PAS), a diastólica (PAD) e a frequência cardíaca (FC). As avaliações nos quatro momentos foram realizadas em: (1) pré-cirúrgico imediato (imediatamente antes da cirurgia); (2) pós-cirúrgico imediato (imediatamente após a cirurgia); (3) pós-cirúrgico mediato I (três dias após exodontia); e (4) pós-cirúrgico mediato II (sete dias após exodontia, antes da remoção de sutura). Em todas as avaliações, era solicitado ao paciente que respondesse pensando no que ele sentia naquele momento em que estava respondendo ao questionário.

O vídeo informativo foi apresentado aos pacientes do GE após a primeira avaliação fisiológica e de ansiedade, imediatamente antes da cirurgia. Para garantir que os pesquisadores ficassem cegos com referência ao grupo ao qual pertencia cada paciente, um pesquisador atendia o paciente até o momento anterior à cirurgia, apresentando o vídeo (apenas para pacientes do GE), e outro pesquisador acompanhava os demais momentos (pós-cirúrgicos, imediato e mediatos).

A coleta dos dados fisiológicos foi realizada concomitantemente com a aplicação dos instrumentos de avaliação de ansiedade. Foi utilizado um Monitor Automático de Pressão Arterial de Pulso OMRON, modelo HEM-631INT, com visor digital. Esse monitor era ativado a cada dois minutos ao longo de um período de dez minutos, totalizando cinco medidas para cada índice fisiológico estudado. A medida de FC foi registrada apenas na primeira aferição, enquanto que, para as medidas de pressão arterial (sistólica e diastólica), foram registradas a máxima e a mínima de cada

momento. Durante a coleta desses dados, em todos os quatro momentos de avaliação, o paciente permaneceu sentado na cadeira odontológica.

Video Informativo Animado

O vídeo tem a duração de cinco minutos e seis segundos e utiliza uma linguagem simples e direta. As informações de procedimento e as informações técnicas e sensoriais foram apresentadas por um narrador, acompanhadas por fotos e desenhos. O vídeo apresenta informações sobre a formação e a localização dos terceiros molares, local de atendimento, profissionais envolvidos, procedimentos necessários, formas de comunicação e de distração durante a cirurgia, além de informações sensoriais e cuidados pós-operatórios. Esse recurso audiovisual foi planejado e desenvolvido pelos pesquisadores visando fornecer aos pacientes todas as informações sobre o procedimento invasivo.

Análise dos Dados

Para análise dos dados fisiológicos e dos escores resultantes dos instrumentos BAI e DAS, utilizou-se a Análise de Variância (ANOVA) para medidas repetidas ($p \leq 0,05$), com transformação Rank, devido à não distribuição normal dos resultados e para diminuir a assimetria e variabilidade dos dados. Quando houve diferença significativa nas médias dos resultados do teste ANOVA, realizou-se teste de comparação múltipla

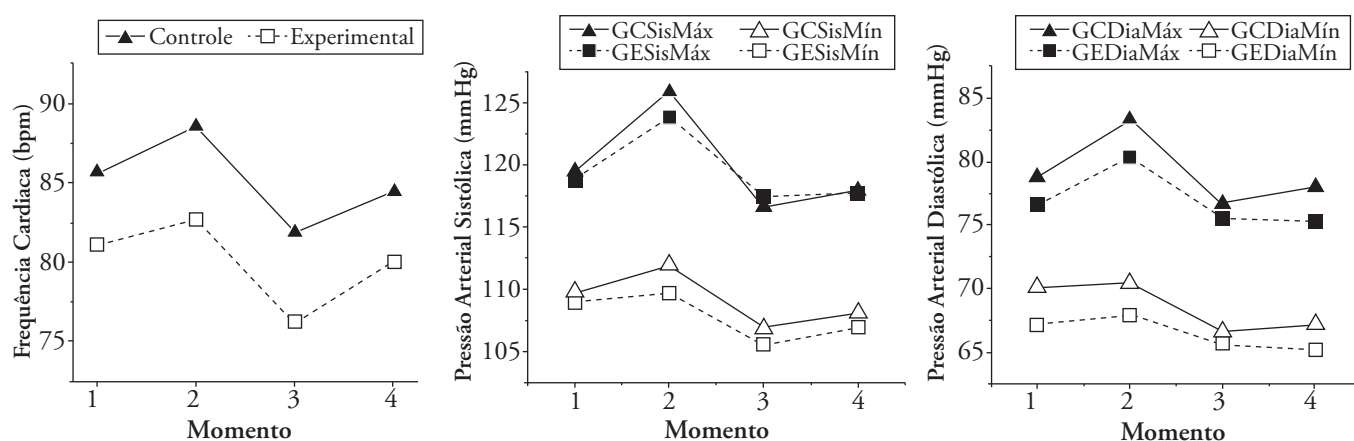
(teste de Tukey e Contraste) para identificar em quais momentos havia diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p \leq 0,05$).

Resultados

Os resultados obtidos são derivados do acompanhamento de 140 pacientes submetidos à exodontia de terceiro molar. Esses resultados são apresentados em duas figuras, com as médias dos dados fisiológicos (PAS e PAD) e dos escores de ansiedade obtidos pela aplicação dos instrumentos BAI e DAS, nos quatro momentos de avaliação de cada grupo.

Observam-se, na Figura 1, três gráficos referentes às médias iniciais de FC (lado esquerdo) e valores médios, máximo e mínimo de PAS (no centro) e de PAD (lado direito), obtidos em cada um dos quatro momentos de avaliação. Em todos os gráficos da Figura 1, a linha cheia (com triângulos cheios ou vazados) refere-se aos valores médios do GC e a linha tracejada (com quadrados cheios ou vazados), aos valores médios do GE. O eixo vertical mostra os valores fisiológicos médios, enquanto o eixo horizontal apresenta os momentos de avaliação.

No gráfico esquerdo da Figura 1, observa-se que ambos os grupos apresentam aumento da FC no segundo momento (pós-operatório imediato) (GC: $88,57 \pm 14,55$; GE: $82,70 \pm 13,13$). Após 4 dias de cirurgia (momento 3), verifica-se que a frequência cardíaca dos participantes dos dois gru-



Diferença estatisticamente significativa (Teste de Tukey e Contraste).

GCSisMáx: média da pressão arterial sistólica máxima do Grupo Controle; GESisMáx: média da pressão arterial sistólica máxima do Grupo Experimental; GCSisMín: média da pressão arterial sistólica mínima do Grupo Controle; GESisMín: média da pressão arterial sistólica mínima do Grupo Experimental; GCDiaMáx: média da pressão arterial diastólica máxima do Grupo Controle; GEDiaMáx: média da pressão arterial diastólica máxima do Grupo Experimental; GCDiaMín: média da pressão arterial diastólica mínima do Grupo Controle; GEDiaMín: média da pressão arterial diastólica mínima do Grupo Experimental; 1: pré-cirúrgico imediato; 2: pós-cirúrgico imediato; 3: pós-cirúrgico mediato I; 4: pós-cirúrgico mediato II.

Figura 1. Média de pressão arterial sistólica, diastólica e frequência cardíaca nos quatro momentos dos grupos

pos diminuí em relação ao momento anterior, apresentando os menores valores de todo o tratamento (GC: $81,89 \pm 12,35$; GE: $76,71 \pm 10,83$). No último momento, dia da remoção da sutura, os valores mostram novo aumento da FC para os dois grupos (GC: $84,49 \pm 13,52$; GE: $80,03 \pm 10,8$). Os grupos apresentaram diferença estatisticamente significativa em todos os momentos.

Ainda na Figura 1, o gráfico central refere-se aos dados de PAS dos dois grupos. Os escores não apresentam diferença estatisticamente significativa entre os grupos em nenhum dos momentos e mostram um mesmo padrão, tendo aumento nos momentos 2 (PAS máxima – GC2: $125,93 \pm 8,66$; GE2: $123,84 \pm 10,2$; PAS mínima – GC2: $111,9 \pm 10,72$; GE2: $109,69 \pm 12,55$) e 4 (PAS máxima – GC4: $117,97 \pm 8,78$; GE4: $117,77 \pm 10,39$; PAS mínima – GC4: $108,09 \pm 8,29$; GE4: $106,91 \pm 8,97$) e decréscimo no momento 3 (PAS máxima – GC3: $116,6 \pm 9,38$; GE3: $117,47 \pm 11,38$; PAS mínima – GC3: $106,9 \pm 7,96$; GE3: $105,56 \pm 12,14$). Novamente, o terceiro momento apresenta os menores valores.

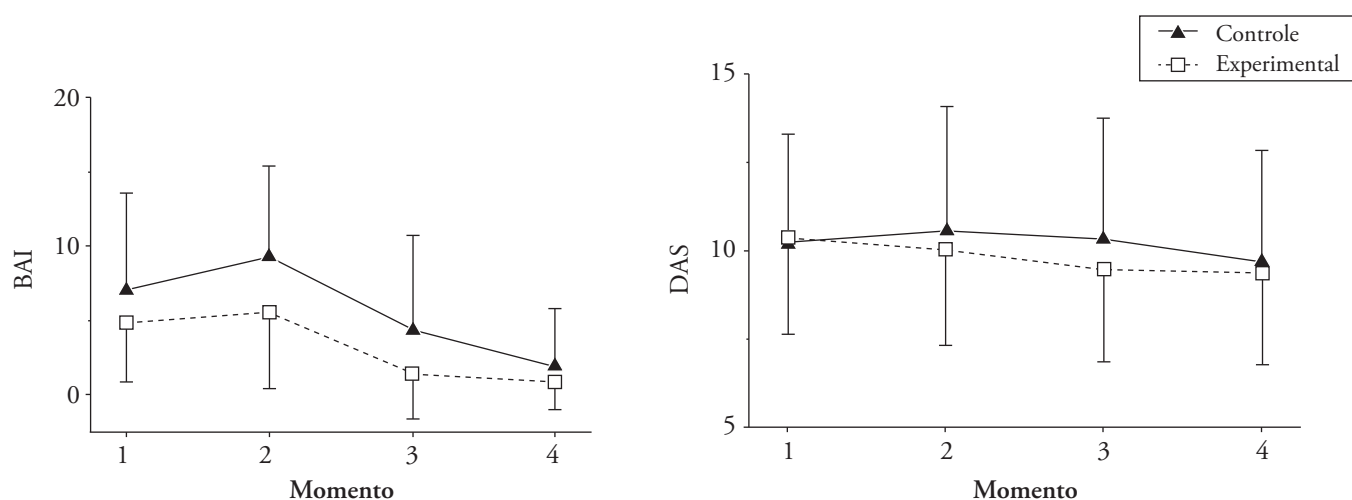
O gráfico localizado à direita da Figura 1 apresenta os índices de PAD dos dois grupos. Observa-se que há diferença estatisticamente significativa entre os grupos em todos os momentos. Novamente, há um decréscimo dos índices no momento 3 (PAD máxima – GC3: $76,69 \pm 7,08$; GE3: $75,54 \pm 9,62$; PAD mínima – GC3: $66,54 \pm 9,0$; GE3: $65,63 \pm 9,23$), porém os pacientes do GE apresentaram uma diminuição da PAD máxima,

enquanto os do GC apresentaram um aumento em relação ao momento anterior de avaliação. Destaca-se que não houve nenhuma diferença na análise intragrupos em nenhum momento.

Apresentam-se, na Figura 2, dois gráficos com os índices médios, valores máximos e mínimos de ansiedade obtidos com a aplicação dos instrumentos BAI e DAS (esquerda e direita, respectivamente), nos quatro momentos de avaliação. Em ambos os gráficos, a linha cheia (com triângulos cheios) refere-se aos dados obtidos do GC e a linha tracejada (com quadrados vazados), aos valores médios do GE.

Nessa Figura 2, observam-se à esquerda os dados do BAI, onde temos valores inferiores do GE, quando comparados aos valores do GC (GC1: $7,1 \pm 6,59$; GE1: $4,69 \pm 4,05$; GC2: $9,33 \pm 6,21$; GE2: $5,59 \pm 5,11$; GC3: $4,43 \pm 6,3$; GE3: $1,46 \pm 3,11$; GC4: $1,94 \pm 3,9$; GE4: $0,87 \pm 1,89$), porém essa diferença estatisticamente significativa apresenta-se em todos os momentos. Observa-se, no momento 4, a menor diferença entre os grupos.

Ainda nessa figura, à direita, apresentam-se os índices da escala DAS, onde se observam valores próximos e a mesma tendência entre os grupos em todos os momentos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os mesmos. Destaca-se que as médias do GC (GC1: $10,2 \pm 3,07$; GC2: $10,56 \pm 3,51$; GC3: $10,31 \pm 3,4$; GC4: $9,66 \pm 3,19$) sempre foram superiores às médias do GE, em todos os momentos (GE1: $10,33 \pm 2,69$; GE2: $10,03 \pm 2,7$; GE3: $9,46 \pm 2,3$; GE4: $9,37 \pm 2,3$). Ressalta-se que os pacientes do GE



Diferença estatisticamente significativa (Teste de Tukey e Contraste).

1: pré-cirúrgico imediato; 2: pós-cirúrgico imediato; 3: pós-cirúrgico mediato I; 4: pós-cirúrgico mediato II; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; DAS: Escala de Ansiedade Odontológica de Corah

Figura 2. Médias e desvio padrão de índices de ansiedade Inventário de Ansiedade de Beck e Escala de Ansiedade Odontológica de Corah nos quatro momentos dos grupos

apresentavam índices de ansiedade odontológica maiores no momento 1 e apresentaram índices menores do que os pacientes do GC, do segundo ao último momento (sem diferença significativa). Novamente, não foi encontrada diferença significativa na análise intragrupo em nenhum momento.

Discussão

Este estudo avaliou a eficácia de um vídeo com informações técnicas e sensoriais sobre a diminuição de ansiedade. Os resultados obtidos não permitem afirmar que o vídeo informativo produz uma diminuição da ansiedade (autorrelato e mudanças fisiológicas) dos pacientes ao longo do período pós-operatório.

Observa-se nos resultados do presente estudo a mesma tendência para as medidas fisiológicas e de ansiedade (Figuras 1 e 2), com menor variação para o GE, porém sem apresentarem diferenças estatisticamente significativas para os grupos. Esses resultados corroboram os apresentados no estudo de Kim et al. (2010).

Os resultados de Muğlali e Komerik (2008) permitem inferir que a DAS pode não ser uma medida apropriada para o estudo da ansiedade em situação de exodontia. Dados do presente estudo também apontam que a DAS não foi satisfatória à avaliação de diferenças de ansiedade entre GE e GC em todos os quatro momentos.

Este estudo encontrou resultados divergentes da pesquisa de Jjala et al. (2010), o que pode ser justificado pelas diferenças metodológicas dos dois estudos, que utilizaram instrumentos diferentes e vídeos que abordavam conteúdos distintos.

Bytzer e Lindeberg (2007) avaliaram os efeitos de um vídeo com informações técnicas do procedimento de colonoscopia, apresentado previamente ao exame, sobre as respostas de ansiedade (avaliadas pelo IDATE). Observou-se que os resultados não apontaram diferença estatisticamente significativa entre os pacientes que assistiram ao vídeo e aqueles que não o assistiram. Apesar de o assunto abordado no vídeo de Bytzer e Lindeberg diferir do vídeo do deste trabalho, os resultados foram similares, não se encontrando alterações significativas na ansiedade dos pacientes. Pode-se pensar que os vídeos não apresentaram informação que satisfizesse a necessidade dos pacientes no momento anterior ao procedimento invasivo.

Utilizando-se outro tipo de vídeo informativo, com disponibilização de informação técnica, informações sensoriais, orientações de relaxamento e manejo de dor nos períodos pré e pós-operatórios para pacientes que seriam submetidos à cirurgia ortopédica, Wong et al. (2010) apontam uma redução dos escores de ansiedade. Os resultados encontrados por esses autores, utilizando o IDATE, podem ser justificados pelas informações contidas no vídeo, técnicas e complementares (relaxamento). Diferentemente do estudo de Wong, o presente estudo utiliza apenas a estratégia de vídeo informativo, não apresentando aos pacientes outras técnicas adicionais para redução de ansiedade. A estratégia adicional, inserida por Wong, pode ter sido componente essencial à redução de ansiedade desses pacientes, o que não foi verificado neste estudo.

Um ponto a ser destacado é o uso repetido (quatro avaliações) em curto espaço de tempo (uma semana) dos instrumentos de avaliação de ansiedade. A DAS avalia a ansiedade do sujeito em cinco situações específicas odontológicas e o BAI, originalmente, a ansiedade sentida na última semana. Esses instrumentos são utilizados amplamente na clínica e na pesquisa (devido à sua fácil aplicação e correção). O uso repetido (teste e reteste) é utilizado nas pesquisas e pode ser que esses instrumentos não sejam tão específicos devido à própria repetição. Em outras palavras, dada a característica desses instrumentos, a resposta do sujeito seria muito parecida (e, por isso, não haveria diferença significativa). A escolha desses instrumentos, apesar de suas dificuldades, é fundamentada pela literatura e por pesquisadores da área por avaliar de modo rápido e fidedigno a ansiedade (geral e odontológica) (Pekkan, Kilicoglu & Hatipoglu 2011; Muğlali & Komerik, 2008).

Diante dos resultados obtidos neste estudo e dos resultados revelados nas pesquisas relatadas anteriormente, sugerem-se novos estudos para identificação do efeito de vídeos informativos na ansiedade e na fisiologia dos pacientes submetidos a procedimentos invasivos. Com o uso de outro método, usando-se comparação de diferentes vídeos ou de diferentes estratégias, será possível identificar quais variáveis podem ser eficazes para diminuir o desconforto ao qual os pacientes cirúrgicos são submetidos.

Referências

Alemany-Martínez, A., Valmaseda-Castellón, E., Berini-Aytés, L., & Gay-Escoda, C. (2008).

- Hemodynamic changes during the surgical removal of lower third molars. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 66(3), 453-461.
- Bytzer, P., & Lindeberg, B. (2007). Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety – a randomized trial. *Endoscopy*, 39(8), 710-714.
- Corah, N. L. (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*, 48(4), 596.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fuentes, D., Gorenstein, C., & Hu, L. W. (2009). Dental anxiety and trait anxiety: an investigation of their relationship. *British Dental Journal*, 206(8), E17.
- Hu, L. W., Gorenstein, C., & Fuentes, D. (2007). Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. *Depression and Anxiety*, 24(7), 467-471.
- Jlala, H. L., French, J. L., Foxall, G. L., Hardman, J. G., & Bedford, N. M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on preoperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104(3), 369-374.
- Kim, Y. K., Kim, S. M., & Myoung, H. (2010). Independent predictors of satisfaction in impacted third molar surgery patients. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 38(3), 274-286.
- Medeiros, R. H. A., & Nunes, M. L. T. (2001). A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da ansiedade. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 95-100.
- Milgrom, P., Mancl, L., King, B., & Weinstein, P. (1995). Origins of childhood dental fear. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 313-319.
- Muglali, M., & Komerik, N. (2008). Factors related to patients' anxiety before and after oral surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 66(5), 870-877.
- Pekkan, G., Kilicoglu, A., & Hatipoglu, H., (2011). Relationship between dental anxiety, general anxiety level and depression in patients attending a university hospital dental clinic in Turkey. *Community Dental Health*, 28(2), 149-153.
- Rachman, S. (2009). Psychological treatment of anxiety: the evolution of behavior therapy and cognitive behavior therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 97-119.
- Schonfield, P., Jefford, M., Carey, M., Thomson, K., Evans, M., Baravelli, C., & Aranda, S. (2008). Preparing patients for threatening medical treatments: effects of a chemotherapy educational DVD on anxiety, unmet needs, and self-efficacy. *Supportive Care in Cancer*, 16(1), 37-45.
- Skinner, B. F. (2006). *Questões recentes na análise do comportamento*. São Paulo: Papyrus.
- Van Wijk, A. J., Buchanan, H., Coulson, N., & Hoogstraten, J. (2010). Preparatory information for third molar extraction: does preference for information and behavioral involvement matter? *Patient Education and Counseling*, 79(1), 94-99.
- Wong, E. M. L., Chan, S. W. C., & Chair, S. Y. (2010). Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1120-1231.

Endereço para correspondência:

Maylu Botta Hafner
 Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas
 Avenida Limeira, 901 – Areião
 CEP 13414-903 – Piracicaba/SP
 E-mail: mayluhafner@yahoo.com.br

Recebido em 13/07/2012

Revisto em 24/12/2012

Aceito em 05/02/2013