

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS: FARMACOLOGIA
E TERAPÊUTICA

Leonardo Spohr Da Silveira

**AUTOMEDICAÇÃO E PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA EM SERVIÇOS
PÚBLICOS DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Porto Alegre, RS

2017

Leonardo Spohr Da Silveira

**AUTOMEDICAÇÃO E PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA EM SERVIÇOS
PÚBLICOS DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Orientadora: Profa. Dra. Maria Beatriz Cardoso Ferreira
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Ciências Biológicas: Farmacologia e Terapêutica da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito
para obtenção do título de Mestre em Ciências Biológicas:
Farmacologia e Terapêutica.

Porto Alegre, RS

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Spoehr Da Silveira, Leonardo
AUTOMEDICAÇÃO E PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA EM
SERVIÇOS PÚBLICOS DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
ODONTOLÓGICA / Leonardo Spoehr Da Silveira. -- 2017.
109 f.

Orientadora: Maria Beatriz Cardoso Ferreira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Instituto de Ciências Básicas da
Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências
Biológicas: Farmacologia e Terapêutica, Porto Alegre,
BR-RS, 2017.

1. Automedicação. 2. Prescrição medicamentosa. 3.
Odontologia. 4. Urgência odontológica. I. Cardoso
Ferreira, Maria Beatriz, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Beatriz Cardoso Ferreira, pela impecável orientação na realização desse trabalho, pelo profissionalismo, carisma e inesgotável sabedoria, desempenhando papel decisivo na minha escolha em seguir a carreira acadêmica, servindo de exemplo tanto como profissional quanto como pessoa.

Aos meus pais, Enio e Mariângela, que sempre, ao longo de toda vida, apoiaram minhas decisões e amo incondicionalmente.

Aos meus colegas e amigos do mestrado, Alex, Alexandre, Dayane, Gabriela, Joice, Fabrício, Laís, Luís Fernando, Rafael e Tiele, que tornaram esses dois anos de dedicação muito mais alegres e divertidos, e em especial à Gabriela Couto, pelas longas conversas e discussões polêmicas. Tua disposição e energia são uma inspiração.

À Manoela, que apesar do ritmo frenético da residência, dedicou parte do seu precioso tempo para a realização deste trabalho, bem como almoços em ótima companhia. Tenho certeza que tua dedicação incansável e teu nobre caráter vão te tornar uma excelente cirurgiã.

Aos dentistas Jorge e Leila, da Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar, sem os quais a realização dessa dissertação não teria sido possível, pois vocês abriram as portas da UPA e me acolheram em seu ambiente de trabalho.

À equipe da Estratégia da Saúde da Família Santa Marta: Ariele, Anelize, Mayra e Suzete, pela disponibilidade e carinho. Os dias que passei na unidade com vocês foram tão agradáveis e divertidos que praticamente senti vontade de voltar a ser estagiário.

Aos dentistas Caroline e Daniel, por terem me orientado nos trâmites iniciais do projeto, quando estava perdido e precisava de direções. A ajuda de vocês foi muito importante.

Aos pacientes que participaram da pesquisa, que, apesar da dor e da ansiedade, dedicaram alguns minutos para a construção desse trabalho.

Por fim, muito obrigado a todas as pessoas que me inspiram a seguir sempre o caminho da ética, da empatia e da humildade.

RESUMO

Pacientes que procuram atendimento odontológico frequentemente relatam dor de variada intensidade, principalmente aqueles que buscam atendimento em caráter de urgência. Não é incomum que os pacientes busquem alívio de seus sintomas, previamente à consulta odontológica, por meio de medidas locais e/ou automedicação. Paralelamente, a prescrição de medicamentos é comum por parte dos cirurgiões-dentistas, em especial após o atendimento em caráter de urgência. Este estudo visou avaliar a intensidade da dor dentária relatada pelos pacientes, no momento da consulta, uso de medidas locais e os principais medicamentos utilizados pelos pacientes, por meio de automedicação, previamente à consulta odontológica, o relato de efeitos adversos e a influência que diferentes mídias (televisão, jornais e revistas) exercem no momento da aquisição de medicamentos. Também foram analisados os medicamentos prescritos e os diagnósticos realizados por profissionais que atuam em serviços de urgência odontológica, além de avaliação do nível de ansiedade dos pacientes atendidos, por meio da Escala de Ansiedade Dental de Corah e questionário do Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Para tal, foi realizado estudo observacional transversal, de caráter prospectivo, por meio de entrevista com 179 pacientes adultos, atendidos em Serviço de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar. A frequência de automedicação observada foi de 60,9%. Os principais medicamentos utilizados previamente à consulta foram analgésicos não opioides (54,2%). Pacientes que utilizaram antimicrobianos representaram 16,8% da amostra, sendo que 6,7% dos entrevistados utilizaram antimicrobianos por meio de automedicação. Efeitos adversos foram descritos por 21,5% dos pacientes que utilizaram medicamentos. Uso de medidas locais previamente à consulta foi descrito em 59 (33%) atendimentos. Aproximadamente um quarto dos entrevistados (25,7%) relatou se sentir influenciado por propagandas de medicamentos e já ter adquirido medicamentos por influência direta de propagandas. Houve associação estatisticamente significativa entre automedicação e relato de dores moderadas e intensas, assim como entre automedicação e o fato ser paciente muito ansioso, em avaliação realizada por meio do questionário de Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (Testes Exatos de Fisher $P < 0,05$). Quanto ao padrão de prescrição, anti-inflamatórios não esteroides foram os medicamentos indicados com maior frequência (36,9%). Antimicrobianos foram prescritos em 65 (36,3%) atendimentos. Diagnósticos envolvendo patologias pulpares e periapicais foram os mais prevalentes (59,2%), sendo abertura coronária, medicação local e selamento o tratamento realizado na maioria dos casos (48%). Concluiu-se que automedicação é prática comum entre os pacientes que buscam serviço público odontológico de urgência. Presença de dores moderadas e intensas e alto nível de ansiedade podem contribuir para esta prática. Anti-inflamatórios não esteroides e antimicrobianos são os medicamentos mais frequentemente prescritos pelos cirurgiões-dentistas após o atendimento.

Palavras-chave: automedicação, prescrição medicamentosa.

ABSTRACT

Patients seeking dental care often report pain of varying intensity, especially those seeking urgent care. It is not uncommon for patients to seek relief from their symptoms, prior to dental consultation, through local measures and/or self-medication. Prescription of medications is common by dental surgeons, especially after urgent care. This study aimed to evaluate the intensity of dental pain reported by the patients at the time of consultation, use of local measures and the main medications used by the patients, through self-medication, prior to dental consultation, adverse effects and influences by social media (television, newspapers, magazines) at the moment of purchase of medicines. The drugs prescribed and the diagnoses performed by professionals working in dental emergency services were also analyzed, as well as an evaluation of the level of anxiety of the patients attended, through the Corah Dental Anxiety Scale and the Trait-State Anxiety Inventory questionnaire. A prospective, cross-sectional observational study was conducted through an interview with 179 adult patients, attended at the Dental Emergency Service of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) and the Emergency Care Unit (UPA) Moacyr Scliar. The frequency of self-medication observed was 60.9%. The main drugs used prior to the consultation were non-opioid analgesics (54.2%). Patients who used antimicrobials accounted for 16.8% of the sample, with 6.7% of those interviewed using antimicrobials by self-medication. Adverse effects were reported by 21.5% of patients using medication. Use of local measures prior to the dental appointment was described in 59 (33%) consultations. Approximately one quarter of respondents (25.7%) reported feeling influenced by drug advertisements and have already purchased drugs by direct influence of advertisements. There was a statistically significant association between self-medication prior to the consultation and reporting of moderate and severe pain, as well as between self-medication and the fact that the patient was very anxious, using the Trait-State Anxiety Inventory (STAI) questionnaire (Fisher's Exact Tests $P < 0.05$). Regarding to the prescription pattern, non-steroidal anti-inflammatory drugs were the most frequently indicated medications (36.9%). Antimicrobials were prescribed in 65 (36.3%) dental appointments. Diagnoses involving pulp and periapical pathologies were the most prevalent (59.2%), being coronary opening, local medication and sealing the treatment performed in most cases (48%). It was concluded that self-medication is common practice among patients seeking urgent dental public service. Presence of moderate and intense pain and high level of anxiety can contribute to this practice. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and antimicrobials are medications most frequently prescribed by dentists after care.

Keywords: self-medication, drug prescription.

LISTA DE FIGURAS

Figuras	Páginas
Figura 1 - Cálculo de tamanho amostral, obtido em Programa Pepi4-DOS, a partir de prevalência de automedicação por dor dentária igual a 65,5% (Mazzilli, 2008)	33
Figura 2 - Frequência percentual de pacientes em cada categoria referente à duração da dor dentária	49

LISTA DE TABELAS

	Tabelas	Páginas
Tabela 1.	Número de medicamentos de uso sistêmico, utilizados por cada paciente para alívio da dor dentária, segundo relato realizado no momento da consulta	42
Tabela 2.	Medicamentos de uso sistêmico utilizados pelos pacientes, para alívio de dor dentária, no momento da consulta	43
Tabela 3.	Número de medicamentos empregados sem prescrição médica ou odontológica (automedicação), por cada paciente, para alívio da dor dentária, segundo relato realizado no momento da consulta	44
Tabela 4.	Medicamentos empregados por meio de automedicação, para alívio de dor dentária, segundo relato dos pacientes no momento da consulta	45
Tabela 5.	Medidas locais empregadas pelos pacientes previamente à consulta, para alívio da dor dentária	46
Tabela 6.	Frequência (absoluta e percentual) de pacientes em cada nível de intensidade de dor, no momento da consulta, de acordo com a escala empregada para mensuração	49
Tabela 7.	Escore totais, obtidos para cada paciente, na Escala de Ansiedade Dental de Corah	50
Tabela 8.	Escore obtidos, para cada paciente, no Inventário de Ansiedade Traço-Estado (componentes traço e estado)	51
Tabela 9.	Diagnósticos realizados pelos cirurgiões-dentistas, em atendimento a cada paciente da amostra	53
Tabela 10.	Tratamentos realizados pelos cirurgiões-dentistas, em atendimento a cada paciente da amostra	54
Tabela 11.	Número de medicamentos prescritos após atendimento odontológico de urgência	54
Tabela 12.	Grupos farmacológicos aos que pertenciam os medicamentos prescritos pelos cirurgiões-dentistas, após atendimento odontológico de urgência	55

Tabela 13.	Medicamentos prescritos pelos cirurgiões-dentistas, após atendimento odontológico de urgência	56
Tabela 14.	Medicamentos prescritos pelos cirurgiões-dentistas, após atendimento odontológico de urgência (local 1)	57
Tabela 15.	Medicamentos prescritos pelos cirurgiões-dentistas, após atendimento odontológico de urgência (local 2)	58
Tabela 16.	Análise de associação entre automedicação previamente à consulta e sexo dos pacientes	59
Tabela 17.	Análise de associação entre automedicação e escolaridade dos pacientes	60
Tabela 18.	Análise de associação entre automedicação e faixa etária dos pacientes	60
Tabela 19.	Análise de associação entre automedicação e diagnóstico clínico	61
Tabela 20.	Análise de associação entre automedicação e nível de intensidade de dor dentária, avaliada por meio de escala verbal de dor	61
Tabela 21.	Análise de associação entre automedicação e nível de intensidade de dor dentária, avaliada por meio de escala visual analógica de dor	62
Tabela 22.	Análise de associação entre automedicação e nível de intensidade de dor dentária, avaliada por meio de escala numérica de dor	62
Tabela 23.	Análise de associação entre automedicação e ansiedade, avaliada por meio de Escala de Ansiedade Dental de Corah	63
Tabela 24.	Análise de associação entre automedicação e ansiedade-estado, avaliada por meio do questionário de Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)	64
Tabela 25.	Análise de associação entre automedicação e ansiedade-traço, avaliada por meio do questionário de Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)	64
Tabela 26.	Análise de associação entre prescrição de medicamento e sexo dos pacientes	65

Tabela 27.	Análise de associação entre prescrição medicamentosa e escolaridade dos pacientes	65
Tabela 28.	Análise de associação entre prescrição medicamentosa e faixa etária dos pacientes	66
Tabela 29.	Análise de associação entre prescrição medicamentosa e diagnósticos clínicos	66

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

ABIMIP	Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição
AINE	Anti-inflamatório não esteroide
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	<i>American Psychiatry Association</i> (Associação Norte-americana de Psiquiatria)
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COX-1	Ciclooxigenase-1
COX-2	Ciclooxigenase-2
DAS	<i>Dental Anxiety Scale</i> (Escala de Ansiedade Dental de Corah)
DMS-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.</i> (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 5. ^a edição)
EADC	Escala de Ansiedade Dental de Corah
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EUM	Estudos de Utilização de Medicamentos
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i> (Associação Internacional para o Estudo da Dor)
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IM	Intramuscular
IV	Intravenosa
MG	Minas Gerais

mg	Miligramas
MIP	Medicamentos Isentos de Prescrição
mL	Mililitros
NRS	<i>Numeric Rating Scale</i> (Escala Numérica)
OMS	Organização Mundial da Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RS	Rio Grande do Sul
STAI	<i>Trait-State Anxiety Inventory</i> (Inventário de Ansiedade Traço-Estado)
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UI	Unidade Internacional
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> (Fundo das Nações Unidas para Crianças)
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
VAS	<i>Visual Analog Scale</i> (Escala Visual Analógica)
VO	Via Oral
VRS	<i>Verbal Rating Scale</i> (Escala Verbal)
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

ITENS	Páginas
1 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
1.1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	16
1.2 URGÊNCIA ODONTOLÓGICA.....	17
1.3 DOR DENTÁRIA.....	18
1.4 ANSIEDADE E ODONTOLOGIA.....	19
1.5 ANALGÉSICOS.....	20
1.6 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS.....	22
1.7 AUTOMEDICAÇÃO.....	24
1.8 AUTOMEDICAÇÃO E ANALGESIA.....	26
1.9 ESTUDOS SOBRE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	27
2 OBJETIVOS.....	29
2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	31
3.1 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	31
3.2 DELINEAMENTO.....	31
3.3 AMOSTRA.....	31
3.4 CÁLCULO AMOSTRAL.....	32
3.5 QUESTIONÁRIO.....	34
3.6 ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR.....	34

3.7 ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE.....	35
3.8 VARIÁVEIS DE INTERESSE.....	37
3.9 PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS.....	38
3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	40
3.11 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
4 RESULTADOS.....	41
4.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	41
4.2 USO DE MEDICAMENTOS PREVIAMENTE À CONSULTA.....	41
4.3 RELATO DE AUTOMEDICAÇÃO.....	44
4.4 INTERVALO DE ADMINISTRAÇÃO.....	46
4.5 MEDIDAS LOCAIS PREVIAMENTE À CONSULTA.....	46
4.6 RELATO DE EFEITOS ADVERSOS.....	47
4.7 INFLUÊNCIA DE PROPAGANDAS, VEICULADAS EM DIFERENTES MÍDIAS, SOBRE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	47
4.8 DURAÇÃO E INTENSIDADE DA DOR PREVIAMENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.....	48
4.9 AVALIAÇÃO DOS ESCORES DE ANSIEDADE, POR MEIO DA ESCALA DE ANSIEDADE DENTAL DE CORAH.....	49
4.10 AVALIAÇÃO DOS ESCORES DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (IDATE).....	51
4.11 DIAGNÓSTICOS REALIZADOS.....	53
4.12 TRATAMENTOS REALIZADOS.....	53
4.13 PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS APÓS A CONSULTA.....	54

4.14 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOMEDICAÇÃO E PARÂMETROS DEMOGRÁFICOS.....	59
4.15 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOMEDICAÇÃO E PARÂMETROS CLÍNICOS.....	60
4.16 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOMEDICAÇÃO E NÍVEL DE DOR DENTÁRIA.....	61
4.17 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOMEDICAÇÃO E ANSIEDADE, AVALIADA POR MEIO DE ESCALA DE ANSIEDADE DENTAL DE CORAH.....	62
4.18 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOMEDICAÇÃO E ANSIEDADE, AVALIADA POR MEIO DO QUESTIONÁRIO DE INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (IDATE).....	63
4.19 ASSOCIAÇÃO ENTRE PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA E PARÂMETROS DEMOGRÁFICOS.....	64
4.20 ASSOCIAÇÃO ENTRE PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA E DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS.....	66
5 DISCUSSÃO.....	67
6 CONCLUSÃO.....	80
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	89
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	95
APÊNDICE C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFRGS.....	97
APÊNDICE D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.....	98

APÊNDICE E - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC).....	101
APÊNDICE F - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	106
ANEXO A - ESCALA DA ANSIEDADE DENTAL DE CORAH (EADC...)	107
ANEXO B - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO.....	108

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

A reorganização dos serviços de saúde no Brasil se deu pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela lei número 8080, de 19 de setembro de 1990 (LEI nº8080, 1990). No Brasil, a saúde é um direito fundamental garantido a todos os indivíduos, sendo dever do Estado prover condições para seu pleno exercício. Os serviços de saúde estão organizados em níveis crescentes de complexidade, de forma regionalizada e hierarquizada, visando, assim, responder adequadamente às demandas da população (SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS, 2009).

A Atenção Básica ou Atenção Primária é o resultado da reorganização da saúde pública no país. Atua como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, operando de forma descentralizada e capilarizada, com o objetivo de estar próxima à realidade dos usuários, com enfoque nas atividades preventivas, sem prejuízo de serviços assistenciais (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012). A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é o resultado dessa reorganização, sendo composta por uma equipe multiprofissional: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal.

As Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24 h – são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as urgências hospitalares, de modo que, em conjunto com estas, compõem uma rede organizada de atenção às urgências e emergências na área de saúde, englobando, por exemplo, casos em que há queixas de pressão alta, febre, fraturas, cortes, infarto e derrame. Havendo necessidade, pode-se realizar, na UPA, o encaminhamento dos pacientes para a rede hospitalar. O número de leitos disponíveis nas Unidades de Pronto Atendimento pode variar, conforme a população na área de abrangência.

1.2 URGÊNCIA ODONTOLÓGICA

O Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução CFM nº 1451, de 10 de março de 1995, define urgência como a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, ao passo que situações de emergência são condições de agravo à saúde que implicam em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95). Na área Odontológica, urgências são decorrentes de processos patológicos ou traumáticos com origem nas estruturas orofaciais, que, por provocarem intenso desconforto, necessitam de atendimento imediato.

Apesar dos avanços na Odontologia, principalmente no que diz respeito à prevenção e à promoção de saúde, bem como melhorias no acesso aos serviços de saúde, estima-se que 11,7% da população nunca consultaram um dentista (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

Muitas vezes o primeiro atendimento odontológico ocorre em decorrência de processo patológico agudo de caráter inflamatório ou infeccioso, associado a dor intensa, fazendo com que o paciente procure o cirurgião-dentista em caráter de urgência. Segundo estudo realizado na cidade de São Paulo (MAZZILLI, 2008), 39,7% da população busca atendimento odontológico apenas em situações de urgência ou emergência, 49,1% quando “percebem que têm algum problema” e apenas 11,2% consultam o cirurgião-dentista de maneira regular. Os principais motivos, relatados pelos pacientes, que os levam a procurar atendimento em caráter de urgência são: dor de origem dentária (78,5%), aumento de volume intrabucal (4,4%), problema periodontal (3,8%) e fratura de material restaurador (3,5%). Dentre os diagnósticos realizados pelos profissionais, patologias pulpares e periapicais (60%), seguidas por diagnósticos que indicam exodontia (13,8%), lesões cariosas sem envolvimento pulpar (11,8%) e patologias periodontais (7,9%), representam os mais comuns. Em estudo similar, realizado em serviço de urgência odontológica, na cidade de Porto Alegre (MUNERATO, 2005), dor dentária representou 57,03% das queixas relatadas pelos pacientes. Os diagnósticos mais frequentes incluíram os de natureza endodôntica – lesões com extensão pulpar e/ou periapical (44,11%).

Estes trabalhos evidenciam que a doença cárie e suas consequências, em nível pulpar e periapical, ainda representam a principal causa das consultas odontológicas em caráter de urgência.

1.3 DOR DENTÁRIA

Segundo *International Association for the Study of Pain (IASP)*, dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual real ou potencial, ou ainda descrita como a expressão de tais danos (*INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN*, 2017). Dor é o principal sintoma que leva o paciente a procurar auxílio médico ou odontológico (*KIKWILU et al.*, 2008).

A dor pode ser classificada como aguda ou crônica. A dor aguda geralmente é uma resposta nociceptiva a injúrias de natureza física, química ou biológica, tendo período de duração limitado, frequentemente inferior a três meses. Tem função de alerta e proteção do organismo, estando geralmente associada a processos inflamatórios ou infecciosos. É frequentemente observada em urgências odontológicas, sendo comum em patologias pulpares e periapicais, tais como pulpite e abscessos dentários. Do ponto de vista fisiopatológico, lesões em nível celular provocam a liberação de mediadores químicos que estimulam a quimiotaxia de leucócitos e diminuem o limiar para o desencadeamento do potencial de ação em fibras nervosas (*CARVALHO E LEMÔNICA*, 1998). Como resultado, podem-se observar fenômenos como alodinia e hiperalgesia. O primeiro ocorre quando estímulos sensoriais, que em situações normais não provocariam dor, agora são capazes de gerar sensação dolorosa. O segundo refere-se à sensação exagerada frente a estímulos dolorosos (*ONG E SEYMOUR*, 2003).

A dor crônica pode ser descrita como aquela que persiste após a resolução da injúria inicial, podendo existir mesmo na ausência de lesão de qualquer natureza, não tendo função de alerta ou proteção do organismo. Na literatura, considera-se dor crônica aquela que persiste por período superior a três meses (*DEBONO et al.*, 2013). Pacientes que sofrem de dores crônicas vivenciam uma perda de qualidade de vida significativa, além de representarem casos de alto custo para o sistema de saúde. O manejo destes pacientes geralmente requer uma equipe multiprofissional, que inclui médicos, dentistas, psicólogos e fisioterapeutas, visto que, muitas vezes, as origens do problema são multifatoriais, existindo, por exemplo, forte associação entre o estado emocional do paciente e a sua percepção da intensidade da dor (*GUZMÁN et al.*, 2001).

Dor crônica em Odontologia é observada em distúrbios temporomandibulares e algumas patologias autoimunes, como pênfigo vulgar, sendo que a sensação de desconforto

ou queimação na boca é uma das principais manifestações relatadas pelos pacientes (SHAMIM et al., 2008).

Na Odontologia, dores com origem nos tecidos orofaciais são frequentemente referidas como sendo moderadas a intensas, resultando em desconforto maior do que aquele relatado em dores de cabeça, lesões de herpes zoster e dores articulares (HORTENSE E SOUSA, 2009). Não é incomum que os pacientes que sofrem de dor dentária apresentem limitações na realização de suas funções diárias.

1.4 ANSIEDADE E ODONTOLOGIA

Pacientes que procuram atendimento odontológico muitas vezes relataram sentir algum grau de ansiedade frente ao tratamento, a despeito dos avanços tecnológicos na odontologia. A literatura evidencia que ansiedade afeta até 23,4% da população adulta (LOCKER et al., 1999). Muitas vezes, o temor frente ao atendimento acaba por dificultar o acesso ao cirurgião-dentista. Por sua vez, este comportamento gera um ciclo vicioso, pois, conforme o paciente protela seu atendimento, os problemas bucais tendem a se agravar, gerando a necessidade de procedimentos mais invasivos e demorados, o que gera uma dificuldade ainda maior para superar o medo da consulta odontológica (HAKEBERG et al., 1992). Ansiedade tem sido verificada principalmente em pacientes que precisam realizar procedimentos como anestesia e preparo cavitário (HUMPHRIS, GM.; MORRISON, T; LINDSAY, SJE, 1995) e extrações dentárias (AARTMAN, 1998).

Ansiedade em pacientes que procuram atendimento odontológico em caráter de urgência é comum. Em estudo realizado no serviço de urgência odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP), 28,2% dos indivíduos apresentaram algum grau de ansiedade, sendo que a demora para a procura de atendimento foi superior há sete dias em 44,4% dos casos (KANEGANE et al., 2003). Em 46,5% dos casos, foram relatadas experiências prévias negativas por parte dos pacientes. Isso provavelmente contribuiu para a alta prevalência de pacientes ansiosos, visto que experiência traumática prévia é comumente referida por estes pacientes (LOCKER et al., 1999).

Estudos têm relatado maior frequência de automedicação em pacientes depressivos, ansiosos e estressados (BONAFÉ, FSS; CARVALHO, JS; CAMPOS, JADB, 2016). Em se

tratando da área odontológica, possivelmente os pacientes ansiosos recorram mais ao uso de medicamentos para alívio da dor ou desconforto.

1.5 ANALGÉSICOS

Definem-se como analgésicas substâncias que atuam suprimindo a percepção sensorial da dor. Podem atuar em níveis periférico ou central. São exemplos de medicamentos com ação analgésica periférica os anti-inflamatórios não esteroides, como ibuprofeno e diclofenaco. São exemplos de medicamentos com ação em nível de sistema nervoso central paracetamol, dipirona e analgésicos opioides, como a morfina e o tramadol (LASKARIDES, 2016). Embora, muitas vezes, a percepção sensorial dolorosa esteja relacionada a processo inflamatório, não necessariamente todo o medicamento analgésico é dotado de ação anti-inflamatória. Não obstante, todos os medicamentos anti-inflamatórios não esteroides possuem ação analgésica, já que atuam por meio da diminuição da síntese de prostaglandinas e demais eicosanoides envolvidos na resposta inflamatória (DANDAN, 2015).

Em Odontologia, é comum o emprego de medicamentos para controle de dores de diferentes intensidades, originadas em estruturas orofaciais. Frequentemente, a indicação de determinado analgésico se baseia na intensidade da dor. Dores leves a moderadas podem ser controladas adequadamente com o uso de analgésicos não opioides, como paracetamol, ácido acetilsalicílico e dipirona. Dentre estes, o paracetamol é o agente com maior eficácia e segurança, sendo o fármaco com efeito analgésico e antitérmico mais utilizado no mundo (WANNMACHER, 2007; LASKARIDES 2016). Nas doses corretas, raramente provoca reações adversas. No entanto, doses supraterapêuticas podem provocar lesão hepática aguda, sendo que este medicamento representa o fator desencadeante de uma parcela considerável de casos de intoxicação medicamentosa em países europeus (DARGAN E JONES, 2002). A principal vantagem do paracetamol, em relação aos anti-inflamatórios não esteroides, é que ele não interfere na função plaquetária, nem na produção de prostaglandinas pelas enzimas cicloxigenases periféricas, reduzindo o risco de efeitos adversos cardiovasculares e gástricos. Além disso, está indicado para o manejo da dor em idosos e crianças, em pacientes gestantes ou que estão amamentando (FERREIRA, 2017). Dipirona, medicamento amplamente consumido e prescrito no Brasil, tem a venda proibida em países como Estados Unidos, Canadá, Austrália e Noruega. Relatos indicando a relação entre o uso de dipirona e o desenvolvimento de agranulocitose já foram publicados na literatura (FERREIRA, 2017).

Embora tal associação não esteja clara (ANDRADE et al., 2016; KÖTTER, et al., 2015), devemos considerar a possibilidade de obter analgesia com medicamentos mais seguros. Além disso, é contraindicado em gestantes. Em estudo de casos e controles, realizado no Brasil, uso de dipirona durante a gestação associou-se a maior risco de ocorrência de nefroblastoma (ou tumor de Wilm's) em recém-nascidos (SHARPE E FRANCO, 1996).

Cabe ressaltar que analgésicos não opioides (paracetamol, ácido acetilsalicílico e dipirona), assim como alguns anti-inflamatórios não esteroides (ibuprofeno, naproxeno e cetoprofeno), são medicamentos de venda isenta de prescrição pela legislação brasileira, podendo ser adquiridos pela população sem receita médica ou odontológica (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016a).

Nos casos em que a dor é relatada como sendo moderada a intensa, indica-se a associação entre analgésico não opioide e analgésico opioide. A escolha recai sobre a associação de paracetamol com codeína, por sua eficácia e segurança, podendo ser utilizada inclusive por pacientes gestantes e idosos, porém sempre com a supervisão do prescritor (FERREIRA, 2017). É importante lembrar que a codeína é capaz de produzir dependência química, sendo, assim, classificada como medicamento de uso controlado, pela Portaria n.º 344 de 12 de maio de 1998 da ANVISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1998). E, segundo esta Portaria, a associação de paracetamol e codeína só pode ser dispensada aos pacientes por meio de Receituário de Controle Especial.

Anti-inflamatórios não esteroides (AINE) são considerados agentes alternativos ao paracetamol para o controle de dores leves a moderadas. Atuam por meio da inibição das enzimas cicloxigenases 1 (COX-1) e 2 (COX-2), ambas envolvidas na resposta inflamatória. Sendo assim, são medicamentos de ação analgésica periférica. Os principais efeitos adversos são os gastrintestinais, renais e aqueles decorrentes da alteração da função plaquetária, já que ambas as enzimas cicloxigenases participam ativamente da regulação de funções orgânicas, além de seu papel na inflamação. Não são medicamentos indicados durante a gestação e devem ser usados com cautela ou estando contraindicados para pacientes com diferentes condições clínicas, tais como história de doença péptica, coagulopatias e nefropatias (DANDAN, 2015). Constituem alternativa terapêutica para o manejo de dores orofaciais decorrentes de processos induzidos por trauma, como, por exemplo, extrações dentárias, principalmente em casos em que houve realização de retalho mucoperiostal, osteotomia e odontosseção (MEHRA et al., 2013). Sabe-se que a produção de mediadores pró-

inflamatório se mantém horas após a lesão tecidual inicial, sendo que o pico da dor pós-operatória usualmente é observado entre seis a oito horas após o ato cirúrgico. A administração de AINE tem se mostrado uma ferramenta eficaz no manejo da dor dentária (ONG E SEYMOUR, 2003). Alguns estudos indicam, inclusive, maior eficácia dos anti-inflamatórios na redução da dor pós-operatória em cirurgias bucais, em comparação à associação de analgésicos opioides e não opioides (AHMAD et al., 1997).

1.6 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define uso racional de medicamento como aquele em que o paciente recebe o medicamento adequado à sua condição clínica, em dosagem e por período de tratamento adequados, ao menor custo tanto para ele quanto para a comunidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a).

Nesse contexto e sob a perspectiva do usuário, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe o conceito de automedicação responsável – uso de medicamentos sem necessidade de prescrição pelo profissional de saúde, desde que o paciente tenha conhecimentos suficientes sobre forma de administração, benefícios esperados e riscos potenciais inerentes aos mesmos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). A automedicação responsável envolve, assim, a utilização de fármacos com base em informações científicas bem embasadas, previamente fornecidas por profissionais qualificados (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO, 2015). Os medicamentos passíveis dessa utilização devem ser licenciados, legalmente disponibilizados sem prescrição, além de serem eficazes e seguros quando utilizados conforme a recomendação. São aqueles que servem ao manejo de problemas autorreconhecíveis ou os de uso crônico ou recorrente, após diagnóstico médico ou odontológico inicial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Naquele mesmo contexto e agora sob a perspectiva do profissional de saúde, é importante atentar para o fato de que a prescrição também deve considerar o uso racional de medicamentos, tendo como base análises de eficácia e segurança, comprovadas cientificamente, de comodidade de administração e acesso.

No entanto, ainda assim, observa-se, em todo o mundo, o uso não racional de

medicamentos. Segundo a OMS, o gasto com medicamentos corresponde a 25% a 70% do total de gastos com saúde nos países em desenvolvimento, comparado a 15% nos países desenvolvidos. Cerca de 50% das prescrições medicamentosas são errôneas, e essa porcentagem aumenta para 75% ao se tratar de antibióticos. Pelo menos 50% das consultas médicas geram prescrição medicamentosa, e estima-se que os hospitais dispendam 15% a 20% do seu orçamento para lidar com complicações decorrentes do mau uso de medicamentos (DE AQUINO, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002a). Sendo assim, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu como uma de suas metas a melhoria na racionalidade no uso de medicamentos. O Ministério da Saúde, ciente da gravidade do problema, redefiniu o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, em 2013, por meio da Portaria nº 834/13 (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2013). Especificamente na área odontológica, os dados são escassos, mas sugerem um padrão similar de uso não racional de medicamentos.

Existem diversos fatores envolvidos no uso não racional de medicamentos. Sabe-se que muitas vezes o acesso a medicamentos é mais fácil do que à consulta médica ou odontológica. Dificuldades para agendamento, tempo de espera longo e altos custos muitas vezes atuam como barreiras para o paciente, que, sem opções, precisa recorrer à farmácia para buscar alívio para determinada patologia. Paralelamente, a indústria farmacêutica utiliza diversos meios de comunicação como veículos publicitários para divulgar seus produtos, usualmente ressaltando os efeitos benéficos dos mesmos e pouco abordando os possíveis efeitos adversos. Isso causa a falsa impressão de que não existe risco algum na utilização dos mesmos, estimulando, assim, seu consumo (NASCIMENTO, 2009). Em estudo no qual se analisaram, por exemplo, anúncios de medicamentos disponibilizados em revistas médicas brasileiras, como o *Jornal de Pediatria*, a *Revista Brasileira de Medicina* e o *Jornal Brasileiro de Medicina*, foi constatado que aproximadamente 80% dos anúncios contidos nestas revistas não apresentavam informações sobre contraindicações medicamentosas, interações medicamentosas e efeitos adversos (DE BARROS E JOANY, 2002). Aliada a tais fatos, há também a influência exercida pelas diversas propagandas exibidas na televisão e encontradas na *internet*, voltadas para o público leigo, e pelos laboratórios farmacêuticos, que influenciam a prescrição profissional, facilitando ainda mais a obtenção e o mau uso de diversos medicamentos (FAGUNDES et al., 2002).

Não obstante, os profissionais também têm parcela de responsabilidade no mau uso de medicamentos. Em estudo realizado na cidade de Belo Horizonte, MG, objetivando avaliar o

padrão de prescrição de medicamentos de uso sistêmico por Cirurgiões-Dentistas Clínicos Gerais, 25,79% dos profissionais não realizavam prescrições por escrito, 30% destes não consideraram a farmacologia importante na sua vida profissional e 44,8% consideraram deficientes seus conhecimentos nesta área (CASTILHO et al., 1999). Anti-inflamatórios não esteroides e analgésicos representaram, respectivamente, 33,5% e 26,5% do total de medicamentos prescritos, estando atrás apenas de fármacos antimicrobianos (37,5%). Apesar de a maioria destes agentes serem considerados seguros, não são isentos de efeitos adversos, principalmente aqueles que surgem em decorrência de superdosagem, esquemas de administração inadequados ou interações medicamentosas.

Sendo assim, o uso racional de medicamentos constitui medida importante de saúde pública, devendo ser abordado por diferentes perspectivas, tanto na conscientização do paciente que procura o medicamento, quanto dos profissionais que os prescrevem. E, adicionalmente, cabe ressaltar a relevância de um maior controle sobre as estratégias de *marketing* e propaganda da indústria farmacêutica, evitando a banalização do uso de medicamentos e a falsa ideia da existência de pílulas “milagrosas” para diferentes males.

1.7 AUTOMEDICAÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o autocuidado como a forma da população estabelecer e manter a própria saúde, prevenir e lidar com doenças. É um conceito amplo, que envolve: higiene (geral e pessoal), nutrição (variedade e qualidade dos alimentos ingeridos), estilo de vida (atividades esportivas, lazer, etc.), fatores ambientais (condições de moradia, hábitos sociais, etc.), fatores socioeconômicos (nível de renda, crenças culturais, etc.), e, por fim, mas não menos importante, a automedicação responsável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013a). Nesse contexto, a automedicação é uma das diversas formas de autocuidado, realizada por meio da obtenção de medicamentos sem a necessidade de prescrição profissional.

Os medicamentos isentos de prescrição (MIP) constituem um grupo de medicamentos aprovados pelas autoridades sanitárias, para utilização sem exigência de prescrição, devido a sua segurança e eficácia, desde que sejam obedecidas as recomendações estabelecidas na literatura e aprovadas pelos órgãos reguladores de cada país, no momento de seu registro (o que, a princípio, é apresentado em bulas e rotulagens). Devem ser usados com a finalidade de

tratar sintomas e males menores, de preferência já diagnosticados ou conhecidos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO, 2015). As vantagens da automedicação incluem redução de custos para o sistema de saúde, conforto e economia para o usuário, já que dispensa a necessidade de consulta médica ou odontológica, bem como o direito de atuar sobre a própria saúde. A possibilidade de adquirir medicamentos isentos de prescrição pode significar economia de recursos destinados à saúde em nível comunitário (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO, 2015; DE LOYOLA-FILHO et al., 2002).

Em primeiro de agosto de 2016, a ANVISA publicou a RDC nº 98, que regulamenta quais são os medicamentos isentos de prescrição, com base em critérios como índice terapêutico e toxicidade, além de critérios de legislações internacionais (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016b).

Infelizmente, muitas vezes a automedicação é realizada de maneira inapropriada, resultando em efeitos prejudiciais para o usuário (Arrais et al., 1997). A falta de conhecimento a respeito de posologia e indicações de determinado fármaco pode resultar em danos para o usuário (DA SILVA et al., 2000). Nesse contexto, reação adversa é conceituada como qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não intencional, ocorrida após doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doença ou para modificação de função fisiológica. Evento adverso é definida como qualquer ocorrência desfavorável passível de aparecer enquanto o paciente está usando o medicamento, mas que pode ou não ser atribuída a este último. Evento adverso pode ser causado por incorreções de dose, via ou intervalo de administração ou omissão de doses (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002b).

Estima-se que, no Brasil, 35% dos medicamentos sejam utilizados por meio de automedicação (DE AQUINO, 2008). Em estudo realizado no Brasil, no ano de 2016 (ARRAIS et al., 2016), foi verificada prevalência de automedicação de 16,1%, sendo que os principais grupos farmacológicos utilizados foram analgésicos (33,4%), relaxantes musculares (14,8%) e anti-inflamatórios e antirreumáticos (11,7%). Estima-se, ainda, que 27% dos casos de intoxicação no país ocorram como consequência de uso não racional de medicamentos (DE AQUINO, 2008). Por exemplo, paracetamol, analgésico não opioide de uso comum, obtido em farmácias sem a necessidade de receita, pode provocar lesão hepática quando utilizado em

doses elevadas (FONTANA, 2008; LOPES E MATHEUS, 2012). Quando realizada de forma não responsável, a automedicação acaba gerando maior custo ao sistema de saúde e ao usuário, muitas vezes exigindo a necessidade de consulta médica ou hospitalização (DA SILVA et al., 2000).

1.8 AUTOMEDICAÇÃO E ANALGESIA

Analgésicos constituem um grupo de medicamentos de uso comum em Odontologia, seja por meio de automedicação, em que os pacientes os adquirem sem receita, buscando o alívio de sintomas, seja por meio de prescrição profissional (PIOTTO et al, 2009).

Em estudo realizado nos Estados Unidos (HEARD et al., 2008), foram entrevistados 127 pacientes (idade média de 35,5 anos, sendo 52% do sexo masculino) que se apresentaram com dor a uma clínica dentária, entre janeiro e fevereiro de 2001, visando determinar o uso de automedicação analgésica nos três dias anteriores à visita. Foi observado que 99 (78%) utilizaram analgésicos isentos de prescrição anteriormente à consulta. Dezoito pacientes (14%) estavam utilizando analgésico com prescrição, 37 (29%) estavam utilizando um medicamento analgésico sem prescrição e os restantes 44 pacientes (35%) estavam utilizando dois ou mais medicamentos sem prescrição médica ou odontológica. Os medicamentos mais utilizados, segundo o relato dos pacientes, foram: ibuprofeno (37%), paracetamol (27%), combinação de paracetamol e ácido acetilsalicílico (8%), naproxeno (8%) e ácido acetilsalicílico isoladamente (4%). O estudo também avaliou a prevalência de superdosagem, considerada como qualquer dose acima daquela recomendada pela bula do medicamento. Dos 99 pacientes, 16 estavam utilizando analgésicos em doses consideradas elevadas, o que representou 13% da amostra.

Estudo similar (MAZZILLI, 2008), abrangendo uma microárea urbana da cidade de São Paulo, SP, procurou avaliar o padrão de automedicação previamente à consulta de urgência odontológica na população em idade economicamente ativa. Foram realizadas entrevistas com 340 pacientes que procuraram o Serviço de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, durante o período de setembro de 2007 a março de 2008. Observou-se maior frequência do sexo feminino (59,7%). A média etária da amostra foi de 35,8 anos. Dos 340 pacientes entrevistados, 290 relataram o uso de medicamentos anteriormente à consulta, sendo que 223 fizeram uso de automedicação, o que

representou 65,6% da amostra. Os medicamentos com maior prevalência de uso pelos pacientes que se automedicaram foram: analgésicos e antitérmicos (48,8%), anti-inflamatórios (30,2%), antimicrobianos (11%) e analgésicos e miorrelaxantes (3,8%). Dentre os pacientes que utilizaram medicamentos, 219 (75,5%) relataram que o efeito do medicamento não permitiu a realização de atividades regulares e 94 (32,4%) referiram efeitos adversos. Náusea (34,9%), dor de estômago (30,8%) e sonolência (17,8%) foram os efeitos adversos relatados mais comumente.

1.9 ESTUDOS SOBRE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A utilização de fármacos em nível coletivo pode ser avaliada por meio da Farmacoepidemiologia. Esta área da Farmacologia utiliza métodos da epidemiologia para coletar informações a respeito do uso clínico de medicamentos em grande número de indivíduos, para avaliar e planejar o uso racional e custo-efetivo de medicamentos. Envolve Estudos de Utilização de Medicamentos e Farmacovigilância (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003b).

A OMS definiu, em 1977, os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) como sendo aqueles que envolvem a avaliação de “*marketing*, distribuição, prescrição e uso de medicamentos na sociedade, com especial ênfase quanto às consequências médicas, sociais e econômicas” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003b). As informações obtidas nesses estudos servem, portanto, para o aprimoramento da prática profissional, no que diz respeito à prescrição de medicamentos, visando à melhoria na assistência prestada à população (DE MELO, 2006).

A maioria dos estudos sobre utilização de medicamentos é realizada na área médica. Porém, não devemos esquecer que a prescrição medicamentosa é prática corrente na odontologia. É comum, na sua prática profissional, o cirurgião-dentista lidar com o manejo da dor e o controle de desconforto pós-operatório, de variadas intensidades. Analgésicos e anti-inflamatórios estão entre os medicamentos mais comumente prescritos por cirurgiões-dentistas (CASTILHO et al., 1999; DAR-ODEH, 2008). Ao se considerar o uso racional de medicamentos como um objetivo a ser alcançado, a carência de informações na área odontológica constitui um desafio a ser superado.

Dessa forma, com base em conhecimentos e pressupostos aqui apresentados, o presente trabalho se propôs a realizar um Estudo de Utilização de Medicamentos, com foco em automedicação e padrão de prescrição, na área da Odontologia, avaliando a utilização de medicamentos de diferentes grupos farmacológicos, por pacientes e prescritores, no manejo de condições clínicas atendidas em serviços públicos de Urgência Odontológica do sul do Brasil. Houve especial interesse em analisar fatores que possam contribuir para a automedicação e verificar a ocorrência de uso de antimicrobianos por automedicação, tendo em vista a legislação atual, que considera estes fármacos como sendo de uso controlado. Além disso, foi avaliada a utilização de medidas adicionais, não medicamentosas (“soluções caseiras”), pelos pacientes, para o manejo de suas dores dentárias.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

O presente Estudo de Utilização de Medicamentos teve como objetivos avaliar o perfil de automedicação realizada por pacientes que procuram serviços públicos de urgência odontológica, previamente ao atendimento, bem como avaliar o padrão de prescrição de medicamentos pelos profissionais que atuam nesses serviços.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Identificar a frequência de relato de automedicação, para alívio da dor dentária, previamente ao atendimento odontológico.

b) Identificar os medicamentos e as medidas não medicamentosas utilizadas pelos pacientes previamente ao atendimento odontológico, para alívio da dor dentária.

c) Identificar a frequência de uso de antimicrobianos pelos pacientes, por meio de automedicação, previamente ao atendimento odontológico.

d) Identificar a frequência de eventos adversos, relatados pelos pacientes, relacionados ao uso de medicamentos, previamente ao atendimento odontológico, para alívio da dor dentária.

e) Verificar a eventual associação entre automedicação e parâmetros demográficos (sexo, idade e escolaridade do paciente) e clínicos (diagnóstico estabelecido).

f) Verificar a eventual associação entre automedicação e nível de dor dentária relatado pelos pacientes.

g) Verificar a eventual associação entre automedicação e ansiedade.

h) Identificar os medicamentos prescritos pelos cirurgiões-dentistas aos pacientes que procuram serviços públicos de urgência odontológica.

i) Identificar os diagnósticos clínicos estabelecidos para os pacientes atendidos, visando correlacioná-los com os medicamentos prescritos.

g) Identificar os tratamentos dentários adotados pelos profissionais que realizaram o atendimento.

j) Verificar a eventual associação entre prescrição de medicamentos e parâmetros demográficos (sexo, idade e escolaridade do paciente) e clínicos (diagnóstico estabelecido).

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Serviço de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e na Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar, localizados no município de Porto Alegre, RS. O questionário foi aplicado pelo pesquisador em local reservado, a fim de proporcionar conforto aos entrevistados.

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul é uma instituição de ensino pública federal, vinculada ao Sistema Único de Saúde. O atendimento aos pacientes é realizado nos Centros de Especialidades Odontológicas, por meio de encaminhamentos feitos pelas Unidades Básicas de Saúde do Município, bem como nas Clínicas Odontológicas da Universidade. O Serviço de Urgência Odontológica da Faculdade é direcionado a pacientes que procuram atendimento exclusivamente em caráter de urgência.

A Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar conta com 197 profissionais, nove consultórios (sendo um consultório odontológico) e 22 leitos de observação. Funciona 24 horas por dia, sete dias por semana. O acolhimento dos pacientes é feito de acordo com a classificação de risco de Manchester, visando priorizar os casos mais graves.

3.2 DELINEAMENTO

Foi realizado estudo observacional transversal, de caráter prospectivo, utilizando-se questionário estruturado para o estudo e escalas validadas e traduzidas para o português do Brasil.

3.3 AMOSTRA

Foi obtida amostra por conveniência, que incluiu pacientes adultos (maiores de 18 anos), de ambos os sexos, que procuraram atendimento no Serviço de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e na Unidade de

Pronto Atendimento Moacyr Scliar em Porto Alegre, RS, durante o período de março de 2016 a dezembro de 2016.

Foram considerados os critérios de exclusão descritos a seguir.

- a) Pacientes que apresentavam dificuldade de comunicação.
- b) Pacientes que buscaram o serviço por outro motivo, que não a dor com origem nas estruturas orofaciais (exemplo: conserto de prótese).
- c) Pacientes que buscaram o serviço em caráter eletivo.

3.4 CÁLCULO AMOSTRAL

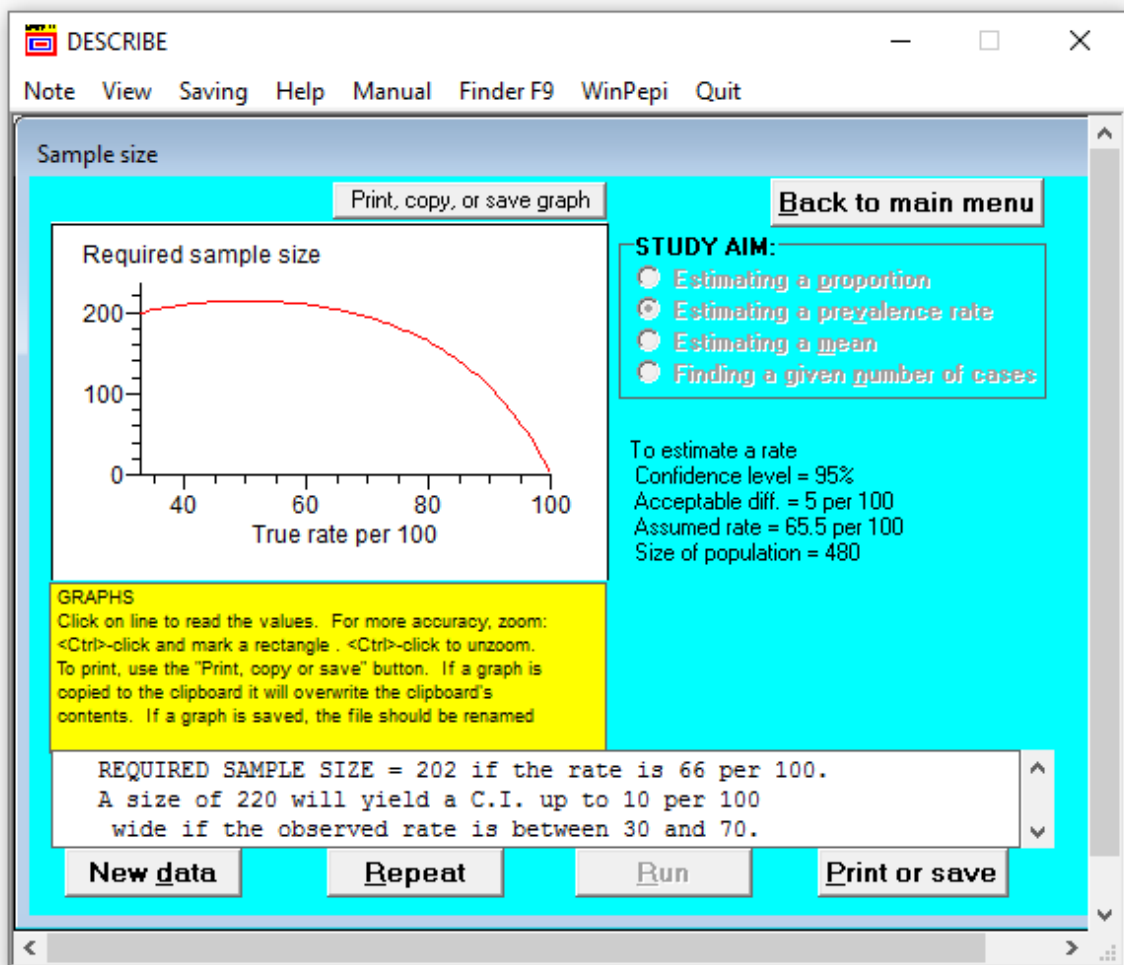
Todos os pacientes atendidos nos serviços descritos previamente, nos períodos especificados, que preenchiam os critérios de inclusão, foram convidados a participar dessa pesquisa.

Para cálculo do tamanho amostral, tomou-se como base levantamento retrospectivo dos pacientes que procuraram o Serviço de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, visando estabelecer o número mais comum de atendimentos de urgência por turno. Verificou-se que foram atendidos quatro pacientes por turno, como moda.

Previram-se: (1) atendimento de quatro pacientes por turno; (2) dois turnos semanais de coleta de dados, (3) quinze semanas de atendimento por semestre, (4) dois semestres para realização dessa coleta. Obteve-se, assim, população amostral total estimada de 240 pacientes. Este mesmo número de indivíduos, calculado com base em atendimentos realizados nos ambulatórios da Faculdade de Odontologia, foi empregado para o Serviço de Urgência da Unidade de Pronto Atendimento, de modo a se obter uma amostra equilibrada de cada local, visando evitar viés de confusão. Embora o perfil de pacientes atendidos em cada local possa ter similaridade, eventuais diferenças quanto a aspectos, como faixa etária, escolaridade e nível socioeconômico, podem representar diferentes comportamentos de automedicação. Se o tamanho de amostra em cada local fosse distinto, os dados daquele que tivesse maior número de participantes teriam maior peso na análise final. E, assim, os resultados gerais poderiam ser, na verdade, reflexo desse local e não do balanço entre os dois locais propostos. Sendo assim, população amostral estimada passou a totalizar 480 indivíduos.

Considerando-se (1) prevalência de automedicação por dor dentária em amostra brasileira igual a 65,5% (Mazzilli, 2008), (2) nível α de confiança de 95%, (3) população amostral total estimada de 480 pacientes e (4) diferença máxima aceitável de 5%, obteve-se tamanho de amostra de 202 pacientes, em Programa Pepi4-DOS.

Figura 1 - Cálculo de tamanho amostral, obtido em Programa Pepi4-DOS, a partir de prevalência de automedicação por dor dentária igual a 65,5% (Mazzilli, 2008).



Ao final dos dois semestres previstos de coleta de dados, foram entrevistados 179 pacientes. Apesar de amostra do presente estudo ter sido menor do que a prevista, a frequência de automedicação se mostrou elevada, o que justificou o encerramento da coleta de dados com 179 pacientes.

3.5 QUESTIONÁRIO

A entrevista com os pacientes foi realizada por meio da aplicação de questionário elaborado especificamente para a pesquisa (Apêndice A). O questionário possuía perguntas relativas a informações demográficas, clínicas e sobre terapias medicamentosas e não medicamentosas.

Foram analisadas variáveis: (1) demográficas (idade, sexo e escolaridade dos pacientes), (2) clínicas (número de dias com dor dentária; nível de intensidade da dor relatada pelo paciente; diagnóstico odontológico; tratamento dentário realizado durante o atendimento), (3) terapêuticas (uso de automedicação para alívio da dor dentária; medidas não medicamentosas usadas para alívio dessa dor; medicamentos empregados para alívio da dor, com ou sem prescrição por profissional de saúde, e seus esquemas de administração; medicamentos prescritos ao final do atendimento e tratamento realizado).

3.6 ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR

Foram empregadas três escalas para avaliação de dor – numérica, analógica visual e verbal. A escala numérica de dor utilizada apresentava escores de 0 a 10 (formando 11 categorias de dor), de modo que zero correspondia à ausência e 10 à pior dor imaginável. Já a escala analógica visual de dor era constituída por uma linha horizontal, com escores contínuos de 0 a 100 mm, em que cada extremidade representava, respectivamente, ausência de dor e a pior dor que o paciente pode ter sentido. Ambas têm alta correlação entre si e são igualmente sensíveis na avaliação de dores agudas. São claras, de fácil aplicação e têm simplicidade de escores, constituindo métodos amplamente utilizados para a avaliação da dor que o paciente apresenta no momento da pesquisa. Podem ser usadas para detecção de dor presente no momento da entrevista, nas últimas 24 horas ou durante a última semana (BREIVIK et al., 2008; MACINTYRE E SCOTT, 2009; TWADDLE E COOKE, 2006).

Porém, como pode ser mais fácil para alguns pacientes simplesmente descrever o que sente como “dói pouco”, “dói mais ou menos” ou “dói muito”, correspondendo, respectivamente, aos termos “dor leve”, “dor moderada” e “dor intensa” (BREIVIK et al., 2008; MACINTYRE E SCOTT, 2009; TWADDLE E COOKE, 2006), também foi aplicada a escala verbal de dor.

A escala analógica visual é frequentemente utilizada em avaliações clínicas e de pesquisa. No entanto, em torno de 7-11% dos pacientes são incapazes de preenchê-la ou consideram-na confusa. Nesse contexto, as escalas numérica e verbal podem ser mais confiáveis, especialmente em pacientes com menor grau de instrução (BREIVIK et al., 2008; MACINTYRE E SCOTT, 2009; TWADDLE E COOKE, 2006).

Com base no grau de interferência com humor, sono e atividades do paciente, foi estabelecida relação entre escala verbal e escalas numérica e analógica visual (BREIVIK et al., 2008; MACINTYRE E SCOTT, 2009; TWADDLE E COOKE, 2006), de modo que:

- dor leve corresponde a escores de 1 a 3 (escala numérica) ou 1 a 30 (escala analógica visual),
- dor moderada corresponde a 4 a 6 (escala numérica) e 31 a 69 (escala analógica visual),
- dor intensa ou pior possível corresponde a 7 a 10 (escala numérica) e 70 a 100 (escala analógica visual).

A fim de cobrir essas diferentes dificuldades eventualmente apresentadas pelos pacientes e devido à sua facilidade de aplicação, foram estudados os escores nas três escalas de dor.

3.7 ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE

O estado emocional do paciente tem influência sobre sua percepção da dor. A literatura mostra que estados emocionais negativos podem afetar a instalação e a manutenção da dor (RHUDY, 2000).

Ansiedade é definida como uma emoção negativa frente à expectativa de ameaça futura (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2017). Tem sido associada a três fatores: novidade, incerteza e expectativa. Experiências novas podem gerar desconforto, a incerteza não é agradável para o ser humano e a expectativa pode provocar ansiedade. Combinados, estes fatores provocam medo intenso da consulta odontológica. Para a avaliação da ansiedade, o questionário IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado), elaborado por Spielberg e adaptado por Kaipper, é considerado padrão-ouro (KAIPPER, 2008).

O questionário é constituído por duas partes. Na primeira parte, que inclui perguntas referentes ao estado, é abordada a ansiedade no momento da consulta, enquanto as questões referentes ao traço, existentes na segunda parte, avaliam a ansiedade sentida pelo indivíduo no seu dia a dia.

A Escala da Ansiedade Dental de Corah (EADC, ou, em inglês, DAS – *Dental Anxiety Scale*), elaborada por Corah (CORAH, 1969) e validada no Brasil por Li Wen Hu (HU, 2007), tem sido descrita como um instrumento de avaliação de ansiedade e fobia dental. A escala proposta por Corah é capaz de avaliar a ansiedade do paciente em quatro situações, relacionada a reações subjetivas, no momento da consulta odontológica. Como fobia é um diagnóstico que exige uma avaliação mais ampla e especializada, nessa dissertação considerou-se esta escala como um instrumento adicional para avaliação de ansiedade, agora especificamente focado no atendimento odontológico.

Fobias são medos irracionais ou extremos, frequentemente persistentes, que compelem os indivíduos a evitar situações e objetos aos quais aqueles medos estão ligados. Fobias específicas relacionam-se a um estímulo em particular (estímulo fóbico), que gera medo, ansiedade e/ou comportamento de afastamento/esquiva, resultando em intenso sofrimento. A definição de fobia específica é encontrada na publicação intitulada “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.”, vulgarmente conhecida como DMS-5, empregada nas áreas de Psiquiatria e Psicologia, para diagnóstico e classificação de doenças mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Para uma fobia específica ser diagnosticada, uma série de critérios precisa ser atendida, como listado a seguir (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

- (a) O indivíduo sofre de medo persistente, irracional ou excessivo, causado pela antecipação ou presença de um objeto ou situação específica.
- (b) Exposição ao estímulo geralmente resulta em ansiedade, muitas vezes sob a forma de ataque de pânico, em adultos, ou birra, apego, choro ou congelamento, em crianças.
- (c) O indivíduo reconhece que seu medo é desproporcional à ameaça ou ao perigo percebido (nem sempre presente em crianças).
- (d) Os indivíduos tomam medidas para evitar o objeto ou a situação que temem ou suportam tais experiências com angústia ou ansiedade intensa.
- (e) A reação fóbica, a antecipação ou a esquiva interferem com a rotina e as relações normais do indivíduo ou causam significativo sofrimento.
- (f) A fobia é persistente, ocorrendo, geralmente, há seis meses ou mais.

(g) Os sintomas não podem ser atribuídos a outra condição mental, como transtorno obsessivo-compulsivo ou transtorno de estresse pós-traumático.

Com base nesses critérios, percebe-se que: (a) não há teste único que possa determinar se o indivíduo sofre de fobia específica; (b) essa avaliação deve ser realizada por profissional qualificado para tal (já que requer exclusão de outros diagnósticos, como colocado no item “g”). Sendo assim, embora a literatura apresente a escala de Corah como um teste de avaliação de fobia dental (uma fobia específica), optou-se, nessa dissertação, por uma visão mais conservadora da questão, apresentando esta escala como um instrumento de avaliação de ansiedade (e não necessariamente de fobia) relacionada ao atendimento odontológico.

3.8 VARIÁVEIS DE INTERESSE

Foram avaliadas as variáveis a seguir, obtidas por meio do questionário e dados do prontuário do paciente.

- a) Sexo do paciente.
- b) Idade do paciente.
- c) Escolaridade do paciente.
- d) Relato de automedicação previamente ao atendimento.
- e) Medicamentos utilizados para alívio da dor, previamente ao atendimento, sejam por automedicação ou por meio de prescrição médica ou odontológica.
- f) Esquemas de administração (doses, via e intervalo entre doses) dos medicamentos utilizados previamente ao atendimento.
- g) Relato, pelos pacientes, de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos e outras medidas não medicamentosas, previamente ao atendimento odontológico, para alívio da dor dentária.
- h) Influência de propagandas, em diferentes veículos publicitários, sobre a escolha e a utilização de medicamentos.
- i) Medidas não medicamentosas utilizadas pelos pacientes, para alívio da dor, previamente ao atendimento.
- j) Período com dor dentária (em dias) relatada pelos pacientes.
- k) Intensidade da dor dentária relatada pelos pacientes, avaliada por meio dos escores em escalas numérica, analógica visual e verbal de dor.

- l) Nível de ansiedade, por meio da Escala de Ansiedade Dental de Corah (EADC) e Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).
- m) Diagnósticos realizados durante o atendimento odontológico.
- n) Procedimentos clínicos realizados durante o atendimento odontológico.
- o) Medicamentos prescritos aos pacientes, após o atendimento odontológico de urgência.

3.9 PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS

A abordagem foi feita pelo pesquisador, previamente ao atendimento. Ao concordar em participar da pesquisa, o paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), e, então, o questionário foi aplicado.

Caso o paciente apresentasse dor ou desconforto, que dificultassem a aplicação do questionário, e com a sua concordância, as questões foram formuladas ao final da consulta. Visou-se, com isso, privilegiar o bom atendimento ao paciente.

Para avaliação de intensidade da dor no momento de chegada ao serviço de atendimento odontológico, foram aplicadas escalas específicas, previamente validadas na literatura – escalas verbal (*Verbal Rating Scale* ou VRS), numérica (*Numeric Rating Scale* ou NRS) e analógica visual de dor (*Visual Analog Scale* ou VAS) (BREIVIK et al., 2008; MACINTYRE E SCOTT, 2009).

Para a avaliação da ansiedade no momento da consulta odontológica, foram aplicados os questionários de Escala de Ansiedade Dental de Corah (Anexo A) e IDATE (Anexo B) (HU, 2007; KAIPPER, 2010).

Na Faculdade de Odontologia da UFRGS, a coleta de dados foi realizada em dois turnos da semana – pela manhã (das 8 horas e 30 minutos às 11 horas e 30 minutos) e pela tarde (das 14 horas e 30 minutos às 17 horas e 30 minutos).

Na Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar, a coleta de dados foi realizada em dois turnos da semana, pela manhã (das 8 horas às 12 horas) e pela tarde (das 14 horas às 18 horas).

As entrevistas foram realizadas no período entre março de 2016 e dezembro de 2016.

Ressalta-se o fato de que o atendimento do paciente foi realizado segundo as rotinas dos Serviços, não havendo qualquer tipo de intervenção dos pesquisadores quanto à assistência odontológica prestada. Os pesquisadores não participaram do atendimento ao paciente.

3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As informações obtidas foram reunidas e codificadas em banco de dados, por meio do Programa EpiData, versão 3.1. A análise estatística foi realizada com o auxílio do *Software* SPSS for Windows, versão 22.0.

Foi feita, inicialmente, análise descritiva. Os dados foram expressos como frequência absoluta ou relativa.

Associação entre uso de automedicação e parâmetros demográficos (idade, sexo e escolaridade dos pacientes) e clínicos (intensidade da dor relatada pelo paciente, diagnóstico e nível de ansiedade) foi avaliada por meio de Teste Exato de Fisher, seguido pela análise de resíduos ajustados, quando necessário.

Associação entre prescrição medicamentosa e parâmetros demográficos (idade, sexo e escolaridade dos pacientes) e clínicos (diagnóstico odontológico) foi avaliada por meio de Teste Exato de Fisher, seguido pela análise de resíduos ajustados, quando necessário.

3.11 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS (Apêndice C), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (Apêndice D) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (Apêndice E), atendendo às condições estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Todos os indivíduos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Por estar prevista a utilização de dados relatados nos prontuários dos pacientes (diagnósticos estabelecidos, tratamentos realizados, medicamentos prescritos), os pesquisadores assinaram Termo de Compromisso para Utilização de Dados (Apêndice F), garantindo a confidencialidade da informação individual.

Por se tratar de estudo observacional, não interferiu nas condutas diagnósticas e terapêuticas adotadas em cada caso estudado.

4. RESULTADOS

4.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Foram entrevistados 179 pacientes, sendo que 96 (53,6%) entrevistas foram realizadas no serviço de urgência odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. As demais 83 (46,4%) entrevistas foram realizadas na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar.

Dentre os pacientes entrevistados, 109 (60,9%) eram do sexo feminino. A idade média observada foi de 40 anos (com desvio padrão de 13,6 anos), variando de 18 a 76 anos.

Para categorização dos pacientes idosos e não idosos, foi utilizada como referência a idade de 60 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Observou-se que 165 (92,2%) pacientes que participaram do estudo tinham menos de 60 anos. Sendo assim, 14 (7,8%) pacientes se enquadraram no grupo dos idosos.

Quanto à escolaridade, setenta e oito (43,5%) pacientes possuíam ensino fundamental completo ou incompleto, sessenta e seis (36,9%) ensino médio completo ou incompleto e 35 (19,6%) haviam cursado ou estavam cursando ensino superior ou técnico.

4.2 USO DE MEDICAMENTOS PREVIAMENTE À CONSULTA

Dos 179 pacientes entrevistados, 135 (75,4%) relataram o uso sistêmico de pelo menos um medicamento previamente ao atendimento odontológico, para alívio da dor dentária. Embora a maior parte tenha consumido apenas um medicamento (40,8%), 34,5% pacientes entrevistados referiram que estavam utilizando mais de um medicamento no momento da consulta, variando de dois a cinco (Tabela 1).

Tabela 1. Número de medicamentos de uso sistêmico, utilizados por cada paciente, para alívio da dor dentária, segundo relato realizado no momento da consulta.

Quantidade de medicamentos utilizados	n	%
Nenhum medicamento	44	24,6
Um medicamento	73	40,8
Dois medicamentos	33	18,4
Três medicamentos	21	11,7
Quatro medicamentos	04	2,2
Cinco medicamentos	04	2,2
Total ^a	179	100,0

^a Número total de pacientes.

O principal grupo de medicamentos utilizado pelos pacientes previamente ao atendimento foi o dos analgésicos não opioides, que corresponderam a 97 (54,2%) casos. Anti-inflamatórios não esteroides foram empregados por 69 (38,5%) pacientes. Trinta e oito (21,2%) relataram estar utilizando analgésicos não opioides e anti-inflamatórios não esteroides simultaneamente até o momento da consulta. O uso de antimicrobianos foi relatado por 30 (16,8%) pacientes.

Ao considerarmos os medicamentos utilizados previamente ao atendimento, para alívio de dor dentária, foi relatado um total de 238 medicamentos (Tabela 2).

Tabela 2. Medicamentos de uso sistêmico utilizados pelos pacientes, para alívio de dor dentária, no momento da consulta.

Medicamentos	n	%
Paracetamol	69	29,0
Ibuprofeno	43	18,1
Amoxicilina	22	9,2
Dipirona/Orfenadrina/Cafeína	22	9,2
Dipirona	19	7,9
Diclofenaco	14	6,0
Diclofenaco/Paracetamol/Carisoprodol/Cafeína	14	6,0
Nimesulida	10	4,2
Ácido acetilsalicílico	03	1,2
Paracetamol/Codeína	03	1,2
Clindamicina	02	0,8
Tetraciclina	02	0,8
Cetorolaco	02	0,8
Dipirona (solução)	02	0,8
Escopolamina	02	0,8
Azitromicina	01	0,4
Cefalexina	01	0,4
Sulfametoxazol/Trimetoprima	01	0,4
“Antibiótico”	01	0,4
Naproxeno	01	0,4
Paracetamol/Carisoprodol/Fenilbutazona	01	0,4
Ácido mefenâmico	01	0,4
Ibuprofeno (solução)	01	0,4
Loratadina	01	0,4
Total ^a	238	100,0

^a Número total de medicamentos empregados por 135 pacientes (75,4% da amostra), com a finalidade de obter alívio para dor de origem dentária.

4.3 RELATO DE AUTOMEDICAÇÃO

Considerando os 179 indivíduos entrevistados e o uso sistêmico de medicamentos para alívio da dor dentária, 109 (60,9%) pacientes consumiram pelo menos um medicamento por meio de automedicação, enquanto 26 (14,5%) seguiram estritamente a prescrição médica ou odontológica. Os 44 (24,6%) restantes não utilizaram medicamentos previamente à consulta.

Analisando apenas os dados referentes àqueles que fizeram uso de automedicação, a maior parte consumiu apenas um medicamento sem prescrição (62,4%). Porém, 37,6% dos entrevistados utilizaram mais de um medicamento dessa forma, variando de 2 a 5 (Tabela 3).

Tabela 3. Número de medicamentos empregados sem prescrição médica ou odontológica (automedicação), por cada paciente, para alívio da dor dentária, segundo relato realizado no momento da consulta.

Quantidade de medicamentos utilizados	n	%
Um medicamento	68	62,4
Dois medicamentos	25	22,9
Três medicamentos	10	9,2
Quatro medicamentos	02	1,8
Cinco medicamentos	04	3,7
Total ^a	109	100,0

^aNúmero total de pacientes que fizeram uso de automedicação.

O principal grupo de medicamentos utilizado por automedicação foi o dos analgésicos não opioides – 81 (45,3%) casos. Anti-inflamatórios não esteroides foram empregados por 50 (27,9%) pacientes, enquanto 25 (22,9%) relataram estar utilizando analgésicos não opioides e anti-inflamatórios não esteroides simultaneamente até o momento da consulta. Dos 109 pacientes que realizaram automedicação, 12 (11%) fizeram uso de agentes antimicrobianos.

Ao considerarmos os medicamentos especificamente empregados por automedicação, 176 foram citados pelos pacientes (Tabela 4). Os cinco mais frequentemente utilizados foram paracetamol (32%), ibuprofeno (16,5%), associação de dipirona/orfenadrina/cafeína (10,8%), dipirona (8,9%) e associação de diclofenaco/paracetamol/carisoprodol/cafeína (6,8%).

Tabela 4. Medicamentos empregados por meio de automedicação, para alívio de dor dentária, segundo relato dos pacientes no momento da consulta.

Medicamentos	n	%
Paracetamol	56	32,0
Ibuprofeno	29	16,5
Dipirona/Orfenadrina/Cafeína	19	10,8
Dipirona	16	8,9
Diclofenaco/Paracetamol/Carisoprodol/Cafeína	12	6,8
Diclofenaco	11	6,3
Amoxicilina	07	4,0
Nimesulida	07	4,0
Paracetamol/Codeína	03	1,6
Dipirona (solução)	02	1,1
Ácido acetilsalicílico	02	1,1
Escopolamina	02	1,1
“Antibiótico”	01	0,6
Cefalexina	01	0,6
Clindamicina	01	0,6
Sulfametoxazol/Trimetoprima	01	0,6
Tetraciclina	01	0,6
Cetorolaco	01	0,6
Ibuprofeno (solução)	01	0,6
Ácido mefenâmico	01	0,6
Loratadina	01	0,6
Paracetamol/Carisoprodol/Fenilbutazona	01	0,6
Total ^a	176	100,0

^a Número total de medicamentos empregados por 109 pacientes que se automedicaram (60,9% da amostra), com a finalidade de obter alívio para dor de origem dentária.

4.4 INTERVALO DE ADMINISTRAÇÃO

A maioria dos pacientes (n=79) que havia empregado medicamentos previamente à consulta relatou não utilizar os medicamentos em doses fixas (58,5%), e, sim, de acordo com a intensidade da dor, sendo que o intervalo entre as administrações era inconstante. Apenas 41,5% (n=56) dos entrevistados referiram seguir doses fixas (por exemplo, a cada seis horas) ao utilizar medicamentos. Ao considerarmos exclusivamente os pacientes que realizaram automedicação, 69 (63,3%) informaram que o período entre as doses variava conforme a intensidade da dor. Nos 40 (36,7%) casos restantes, a administração foi feita em intervalos regulares.

4.5 MEDIDAS LOCAIS PREVIAMENTE À CONSULTA

Dos 179 pacientes da amostra, 59 (33%) relataram o uso de ao menos uma medida local com finalidade de obter alívio para dor de origem dentária. Formulações caseiras, como chás e salmoura, foram empregadas por 11,7% (n=21) dos pacientes, enquanto formulações contendo anestésicos locais foram utilizadas por 8,9% (n=16) da amostra. Medicamentos sistêmicos, utilizados localmente de modo inadequado, computaram 7,3% (n=13) dos casos. Outras medidas locais foram descritas por 9 (5%) pacientes que procuraram atendimento odontológico.

No total, foram descritas 73 medidas locais utilizadas previamente à consulta odontológica de urgência, conforme apresentado na tabela 5.

Tabela 5. Medidas locais empregadas pelos pacientes previamente à consulta, para alívio da dor dentária. (continua).

Medidas	n	%
Formulações caseiras (chás, salmoura etc.).	23	31,5
Formulações contendo anestésicos locais	16	21,9
Medicamentos sistêmicos utilizados localmente	13	17,8
Soluções antissépticas e colutórios bucais	12	16,4
Dentifrícios	05	06,8

Tabela 5. Medidas locais empregadas pelos pacientes previamente à consulta, para alívio da dor dentária.

Medidas	n	%
Diversos (cachaça, acetona etc.)	04	05,5
Total ^a	73	100,0

^a Número total de medidas locais empregadas por 59 pacientes (33% da amostra), com a finalidade de obter alívio para dor de origem dentária.

4.6 RELATO DE EFEITOS ADVERSOS

Efeitos adversos foram relatados por 29 (21,5%) dos 135 pacientes que utilizaram medicamentos previamente ao atendimento odontológico. Os principais efeitos colaterais relatados relacionaram-se ao sistema gastrointestinal, tais como náusea, dor epigástrica e pirose (“azia”), representando 15 (51,7%) casos. Sonolência foi apontada por oito (27,6%) indivíduos da amostra. Outros efeitos adversos ocorreram em seis (20,7%) pacientes. Em se tratando dos 109 pacientes que se automedicaram, dezoito (16,5%) referiram efeitos adversos, sendo que efeitos gastrointestinais e sonolência totalizaram 52,4% e 19% dos efeitos adversos mencionados, respectivamente. Outros efeitos adversos foram relatados por 28,6% dos pacientes que praticaram automedicação.

4.7 INFLUÊNCIA DE PROPAGANDAS, VEICULADAS EM DIFERENTES MÍDIAS, SOBRE A AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

No presente estudo, avaliou-se a influência que propagandas veiculadas em diferentes mídias, tais como televisão, revistas e jornais, exercem na hora dos pacientes adquirirem medicamentos. Para tal fim, foram feitas perguntas específicas aos participantes do estudo.

A primeira pergunta realizada foi: “O(A) Sr(a) acha que as propagandas que aparecem na televisão, nas revistas, nos jornais, influenciam o(a) senhor(a) na hora de comprar os remédios/medicamentos?” Dos 179 pacientes, 133 (74,3%) disseram não se sentir influenciados por propagandas de medicamentos. Por outro lado, 46 (25,7%) entrevistados relataram que se sentiam influenciados por estas propagandas, no momento da aquisição dos medicamentos.

Com base na segunda pergunta – “O(A) Sr(a) já comprou remédios/medicamentos por influência das propagandas que aparecem na televisão, nas revistas, nos jornais?” – 133 (74,3%) pacientes referiram não ter adquirido medicamentos por influência de propagandas. Os demais 46 (25,7%) relataram que já haviam comprado medicamentos influenciados por propagandas.

A terceira pergunta feita aos entrevistados foi: “O(A) Sr(a) acha que as propagandas que aparecem na televisão, nas revistas, nos jornais, influencia as outras pessoas na hora de comprar remédios/medicamentos?” Dos 179 pacientes, 173 (96,6%) acreditavam que propagandas podem influenciar as outras pessoas na hora da compra de medicamentos. Apenas seis (3,4%) responderam o contrário.

Por fim, os pacientes foram questionados se algum dos medicamentos utilizados para aliviar a sua dor de dente, antes de procurar o dentista, foi comprado/usado por influência de alguma propaganda que apareceu na televisão, nas revistas, nos jornais. Considerando os 109 pacientes que relataram automedicação previamente à consulta, apenas três (2,7%) reportaram que os medicamentos utilizados foram adquiridos por influência de propaganda, sendo eles: ibuprofeno (33,3% - n = 1), diclofenaco (33,3% - n = 1) e paracetamol (33,3% - n = 1). Os restantes 106 (97,3%) responderam que propagandas não influenciaram a aquisição dos medicamentos que utilizaram.

4.8 DURAÇÃO E INTENSIDADE DA DOR PREVIAMENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Dos 179 pacientes entrevistados, 157 (87,7%) apresentavam dor no momento da consulta. A maioria (n=73; 40,8%) relatou estar sentindo dor há mais de sete dias (Figura 2).

Quanto à intensidade da dor relatada no momento da consulta (Tabela 6), observou-se predomínio das dores moderada e intensa em todas as escalas aplicadas – 80,4% na escala verbal, 81,1% na escala analógica visual e 84,9% na escala numérica. Vinte e dois pacientes (12,3%) relataram não estar sentindo dor no momento da consulta.

Figura 2 - Frequência percentual de pacientes em cada categoria referente à duração da dor dentária.

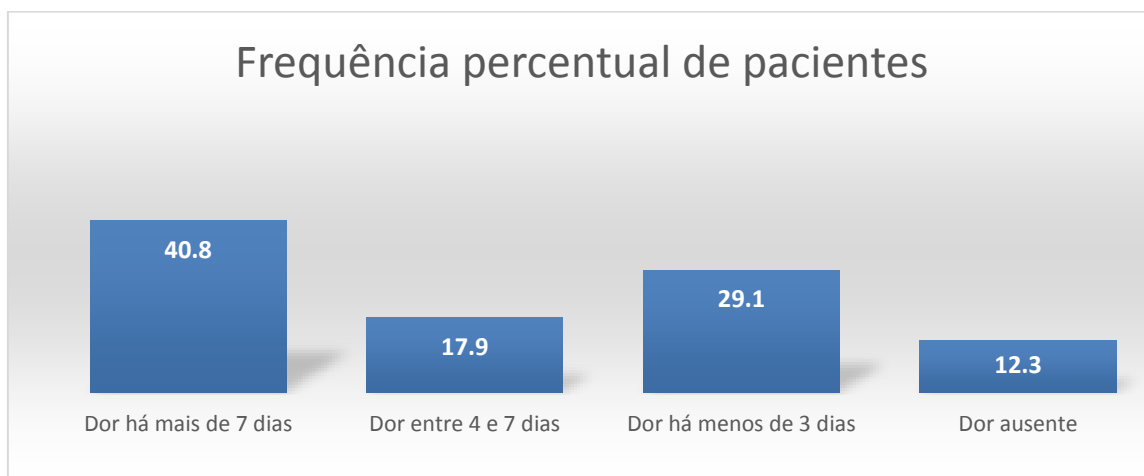


Tabela 6. Frequência (absoluta e percentual) de pacientes em cada nível de intensidade de dor, no momento da consulta, de acordo com a escala empregada para mensuração.

	Escala verbal	Escala analógica visual	Escala numérica
Sem dor	22 (12,3%)	22 (12,3%)	22 (12,3%)
Dor leve	13 (07,3%)	12 (06,7%)	05 (02,8%)
Dor moderada	62 (34,6%)	64 (35,8%)	44 (24,6%)
Dor intensa	82 (45,8%)	81 (45,3%)	108 (60,3%)
Total ^a	179 (100,0%)	179 (100,0%)	179 (100,0%)

^a Número total de pacientes.

4.9 AVALIAÇÃO DOS ESCORES DE ANSIEDADE, POR MEIO DA ESCALA DE ANSIEDADE DENTAL DE CORAH

Ao avaliarmos o nível de ansiedade frente ao atendimento odontológico, por meio da Escala de Ansiedade Dental de Corah, foi observado que pacientes considerados muito ansiosos corresponderam a 26,8% (n=48) da amostra de 179 entrevistados. Foram considerados escores altos para ansiedade, nesta escala, valores superiores a 13, correspondentes aos valores iguais ou superiores ao percentil 75. Os valores de mediana e percentil 25 da amostra foram iguais, respectivamente, a 10 e 7.

Os escores totais, obtidos para cada paciente, na Escala de Ansiedade de Corah, estão descritos na tabela 7.

Tabela 7. Escores totais, obtidos para cada paciente, na Escala de Ansiedade Dental de Corah.

Escores	n	%
4	07	03,9
5	18	10,1
6	09	5,0
7	20	11,2
8	16	8,9
9	07	3,9
10	19	10,6
11	13	7,3
12	22	12,3
13	09	5,0
14	11	6,1
15	07	3,9
16	07	3,9
17	06	3,4
18	02	1,1
19	01	0,6
20	05	2,8
Total ^a	179	100,0

^aTotal de pacientes da amostra

4.10 AVALIAÇÃO DOS ESCORES DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (IDATE)

Analisando os resultados do questionário do Inventário de Ansiedade Traço-Estado, pacientes considerados muito ansiosos corresponderam a 24% (n=43) da amostra, no componente traço, e 24,6% (n=44) da amostra, no componente estado. Os pacientes classificados como muito ansiosos foram aqueles que obtiveram escores superiores a 27, o que correspondeu ao percentil 75, tanto no componente traço, quanto no componente estado (Tabela 8). A mediana da amostra, no que se refere aos componentes traço e estado, foi 22, em ambos os casos, bem como os percentis 25, que corresponderam ao valor de 18.

Tabela 8. Escores obtidos, para cada paciente, no Inventário de Ansiedade Traço-Estado (componentes traço e estado).

(continua)

Componente traço			Componente estado		
Escore	n	%	Escore	n	%
13	04	2,2	13	10	5,6
14	05	2,8	14	05	2,8
15	08	4,5	15	10	5,6
16	06	3,4	16	08	4,5
17	10	5,6	17	05	2,8
18	12	6,7	18	16	8,9
19	13	7,3	19	11	6,1
20	09	5,0	20	16	8,9
21	14	7,8	21	07	3,9
22	09	5,0	22	10	5,6
23	13	7,3	23	10	5,6
24	11	6,1	24	08	4,5
25	04	2,2	25	06	3,4
26	06	3,4	26	06	3,4

Tabela 8. Escores obtidos, para cada paciente, no Inventário de Ansiedade Traço-Estado (componentes traço e estado).

Componente traço			Componente estado		
Escore	n	%	Escore	n	%
27	12	6,7	27	07	3,9
28	05	2,8	28	05	2,8
29	07	3,9	29	06	3,4
30	05	2,8	30	04	2,2
31	04	2,2	31	04	2,2
33	01	0,6	32	04	2,2
34	08	4,5	33	03	1,7
35	01	0,6	34	02	1,1
36	03	1,7	35	02	1,1
37	02	1,1	36	03	1,7
39	01	0,6	37	02	1,1
40	01	0,6	39	02	1,1
45	01	0,6	40	03	1,7
-	-	-	41	01	0,6
-	-	-	45	01	0,6
-	-	-	47	02	1,1
Total ^a	179	100,0	Total ^a	179	100,0

^a Total de pacientes na amostra

4.11 DIAGNÓSTICOS REALIZADOS

Dentre os 179 atendimentos realizados, patologias pulpares e periapicais representaram 106 (59,2%) casos. Dentes com destruição coronária extensa e com indicação de exodontia e problemas periodontais totalizaram, respectivamente, 22 (12,3%) e 17 (9,5%) dos diagnósticos feitos pelos profissionais. Fratura dental e sensibilidade dentinária foram descritos em 8 (4,5%) e 6 (3,4%) atendimentos, respectivamente. Quadros de flegmão/celulite computaram 12 (6,7%) dos diagnósticos efetuados. Outros diagnósticos constituíram 8 (4,5%) casos (Tabela 9).

Tabela 9. Diagnósticos realizados pelos cirurgiões-dentistas, em atendimento a cada paciente da amostra.

Diagnósticos	n	%
Patologias pulpares e periapicais	106	59,2
Dentes com destruição coronária extensa e indicação de exodontia	22	12,3
Patologias periodontais	17	9,5
Flegmão/celulite	12	6,7
Fratura dental	08	4,5
Outros diagnósticos	08	4,5
Sensibilidade dentinária	06	3,4
Total ^a	179	100,0

^aTotal de pacientes da amostra

4.12 TRATAMENTOS REALIZADOS

Abertura coronária, curativo de demora e selamento coronário constituíram o tratamento realizado em 86 (48%) dos 179 atendimentos. Em 45 (25,1%) casos, foram prescritos medicamentos sistêmicos, exclusivamente. Remoção de tecido cariado, seguido de restauração provisória ou definitiva, foi o procedimento adotado em 11 (6,1%) consultas. Exodontia ou encaminhamento para exodontia foi a conduta eleita em 10 (5,6%) casos. Outros procedimentos totalizaram 27 (15,1%) casos da amostra (Tabela 10).

Tabela 10. Tratamentos realizados pelos cirurgiões-dentistas, em atendimento a cada paciente da amostra.

Tratamentos realizados	n	%
Abertura coronária, curativo de demora e selamento coronário	86	48
Medicação sistêmica (exclusivamente)	45	25,1
Outros tratamentos	27	15,1
Remoção de tecido cariado e restauração (provisória ou definitiva)	11	6,1
Exodontia ou encaminhamento para exodontia	10	5,6
Total ^a	179	100,0

^aTotal de pacientes da amostra

4.13 PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS APÓS A CONSULTA

Foram prescritos medicamentos para 97 (54,2%) dos 179 pacientes que participaram do estudo. Ao analisarmos a quantidade de medicamentos prescritos por paciente, em 28 (15,6%) dos 179 atendimentos foi prescrito um medicamento. Já em 69 casos (38,6%), a prescrição continha mais de dois medicamentos, variando de dois a cinco (Tabela 11).

Tabela 11. Número de medicamentos prescritos após atendimento odontológico de urgência.

Quantidade de medicamentos prescritos	n	%
Nenhum medicamento	82	45,8
Um medicamento	28	15,6
Dois medicamentos	43	24,0
Três medicamentos	07	3,9
Quatro medicamentos	18	10,1
Cinco medicamentos	01	0,6
Total ^a	179	100,0

^aNúmero total de pacientes da amostra.

A prescrição de analgésicos não opioides ocorreu em 25 (14%) atendimentos. Agentes anti-inflamatórios não esteroides foram prescritos em 66 (36,9%) casos, e receitas contendo medicamentos do grupo dos antimicrobianos foram realizadas em 65 (36,3%) consultas.

Ao todo foram prescritos 212 medicamentos. A tabela 12 mostra os principais medicamentos prescritos, divididos por grupos. A tabela 13 evidencia todos os medicamentos prescritos pelos profissionais, no presente estudo. As tabelas 14 e 15 descrevem os medicamentos prescritos em cada um dos dois serviços de urgência odontológica incluídos no presente estudo.

Tabela 12. Grupos farmacológicos aos que pertenciam os medicamentos prescritos pelos cirurgiões-dentistas, após atendimento odontológico de urgência.

Grupos farmacológicos	n	%
Antimicrobianos (via oral)	67	31,6
AINE (via oral)	63	29,7
Analgésicos não opioides (via oral)	27	12,7
AINE (via parenteral)	21	9,9
Antimicrobianos (via parenteral)	20	9,4
Colutórios e antissépticos	13	6,1
Analgésicos opioides (via oral)	01	0,5
Total ^a	212	100,0

^a Número total de medicamentos prescritos por cirurgiões-dentistas para os 179 pacientes entrevistados no estudo.

Tabela 13. Medicamentos prescritos pelos cirurgiões-dentistas, após atendimento odontológico de urgência.

Medicamentos	n	%
Ibuprofeno 600 mg (VO)	57	26,9
Amoxicilina 500 mg (VO)	30	14,2
Cefalexina 500 mg (VO)	26	12,3
Cetoprofeno 100 mg (IV)	16	7,5
Paracetamol 500 mg (VO)	15	7,1
Clindamicina 600 mg (IV)	13	6,1
Clorexidina 0,12%	12	5,7
Amoxicilina 500 mg/ Clavulanato de potássio 125 mg (VO)	08	3,8
Paracetamol 750 mg (VO)	08	3,8
Diclofenaco 75 mg (IM)	05	2,4
Clindamicina 300 mg (VO)	03	1,4
Amoxicilina 1000 mg/ Clavulanato de potássio 200 mg (IV)	03	1,4
Benzilpenicilina benzatina 1.2000.000 UI (IM)	03	1,4
Diclofenaco 50 mg (VO)	02	0,9
Celecoxibe 200 mg (VO)	02	0,9
Dipirona 500 mg (VO)	02	0,9
Ibuprofeno 400 mg (VO)	01	0,5
Nimesulida 100 mg (VO)	01	0,5
Cefalotina 1000 mg (IV)	01	0,5
Codeína 30 mg/Paracetamol 500 mg (VO)	01	0,5
Paracetamol 1000 mg (VO)	01	0,5
Dipirona solução 500 mg/mL (VO)	01	0,5
Fluoreto de sódio 0,2%	01	0,5
Total ^a	212	100,0

^a Número total de medicamentos prescritos por cirurgiões-dentistas para os 179 pacientes entrevistados no estudo.

Tabela 14. Medicamentos prescritos pelos cirurgiões-dentistas, após atendimento odontológico de urgência (local 1).

Medicamentos	n	%
Amoxicilina 500 mg (VO)	11	23,9
Paracetamol 500 mg (VO)	11	23,9
Paracetamol 750 mg (VO)	08	17,4
Ibuprofeno 600 mg (VO)	04	8,7
Dipirona 500 mg (VO)	02	4,3
Clorexidina 0,12%	02	4,3
Amoxicilina 500 mg/ Clavulanato de potássio 125 mg (VO)	01	2,2
Clindamicina 300 mg (VO)	01	2,2
Ibuprofeno 400 mg (VO)	01	2,2
Nimesulida 100 mg (VO)	01	2,2
Codeína 30 mg/Paracetamol 500 mg (VO)	01	2,2
Paracetamol 1000 mg (VO)	01	2,2
Dipirona solução 500 mg/mL (VO)	01	2,2
Fluoreto de sódio 0,2%	01	2,2
Total ^a	46	100,0

^a Número total de medicamentos prescritos por cirurgiões-dentistas para os pacientes entrevistados no local um do estudo.

Tabela 15. Medicamentos prescritos pelos cirurgiões-dentistas, após atendimento odontológico de urgência (local 2).

Medicamentos	n	%
Ibuprofeno 600 mg (VO)	53	31,9
Cefalexina 500 mg (VO)	26	15,7
Amoxicilina 500 mg (VO)	19	11,4
Cetoprofeno 100 mg (IV)	16	9,6
Clindamicina 600 mg (IV)	13	7,8
Clorexidina 0,12%	10	6,0
Amoxicilina 500 mg/ Clavulanato de potássio 125 mg (VO)	07	4,2
Diclofenaco 75 mg (IM)	05	3,0
Paracetamol 500 mg (VO)	04	2,4
Amoxicilina 1000 mg/ Clavulanato de potássio 200 mg (IV)	03	1,8
Benzilpenicilina benzatina 1.2000.000 UI (IM)	03	1,8
Clindamicina 300 mg (VO)	02	1,2
Celecoxibe 200 mg (VO)	02	1,2
Diclofenaco 50 mg (VO)	02	1,2
Cefalotina 1000 mg (IV)	01	0,6
Total ^a	166	100,0

^a Número total de medicamentos prescritos por cirurgiões-dentistas para os pacientes entrevistados no local dois do estudo.

4.14 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOMEDICAÇÃO E PARÂMETROS DEMOGRÁFICOS

Dos 179 pacientes entrevistados, 109 (60,9%) se automedicaram. Pacientes do sexo feminino que realizaram automedicação constituíram 38% (n=68) da amostra, ao passo que a automedicação foi praticada por 41 (22,9%) pacientes do sexo masculino. Não houve associação entre automedicação e sexo dos pacientes, em análise realizada por meio de Teste Exato de Fisher ($P>0,05$) (Tabela 16).

Automedicação foi realizada por 48 (26,8%) pacientes com ensino fundamental completo ou incompleto. Considerando pacientes com ensino médio, técnico ou superior – completo ou incompleto – automedicação foi praticada por 61 (34%) dos pacientes entrevistados (Tabela 17). Também não foi observada associação entre automedicação e escolaridade (Teste Exato de Fisher, $P>0,05$).

Considerando a faixa etária dos 179 participantes do estudo, oito (4,4%) pacientes com mais de 60 anos realizaram automedicação, enquanto esta prática foi relatada por 101 (56,4%) pacientes com menos de 60 anos. Não houve associação estatisticamente significativa entre faixa etária e prática de automedicação previamente à consulta, em análise realizada por meio do Teste Exato de Fisher ($P<0,05$) (Tabela 18).

Tabela 16. Análise de associação entre automedicação previamente à consulta e sexo dos pacientes.

Automedicação previamente à consulta	Sexo ^a		Total
	Masculino	Feminino	
Presente	41	68	109
Ausente	29	41	70
Total	70	109	179

^a Frequência absoluta de participantes, em cada uma das categorias avaliadas.

Ausência de associação estatisticamente significativa entre automedicação previamente à consulta e sexo dos pacientes (Teste Exato de Fisher, $P>0,05$).

Tabela 17. Análise de associação entre automedicação e escolaridade dos pacientes.

Automedicação previamente à consulta	Escolaridade ^a		
	Fundamental ^b	Médio, técnico ou superior ^a	Total
Presente	48	61	109
Ausente	30	40	70
Total	78	101	179

^a Frequência absoluta de participantes, em cada uma das categorias avaliadas.

^b Completo ou incompleto.

Ausência de associação estatisticamente significativa entre automedicação previamente à consulta e escolaridade dos pacientes (Teste Exato de Fisher, $P>0,05$).

Tabela 18. Análise de associação entre automedicação e faixa etária dos pacientes.

Automedicação previamente à consulta	Faixa etária ^a		Total
	Idoso	Não idoso	
Presente	08	101	109
Ausente	06	64	70
Total	14	165	179

^a Frequência absoluta de participantes, em cada uma das categorias avaliadas.

Ausência de associação estatisticamente significativa entre automedicação previamente à consulta e faixa etária dos pacientes (Teste Exato de Fisher, $P>0,05$).

4.15 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOMEDICAÇÃO E PARÂMETROS CLÍNICOS

Dos 179 pacientes que participaram do estudo, 106 (59,2%) procuraram atendimento devido a patologias pulpares e/ou periapicais. A automedicação foi realizada por 69 (38,5%) destes pacientes, enquanto 40 (22,3%) pacientes que procuraram atendimento devido a outras patologias recorreram à automedicação.

Não houve associação entre automedicação e diagnóstico clínico, por meio de análise do Teste Exato de Fisher ($P>0,05$) (Tabela 19).

Tabela 19. Análise de associação entre automedicação e diagnóstico clínico.

Automedicação previamente à consulta	Diagnósticos realizados ^a		Total
	Patologias pulpares e periapicais	Outras patologias	
Presente	69	40	109
Ausente	37	33	70
Total	106	73	179

^aFrequência absoluta de participantes, em cada uma das categorias avaliadas.

Ausência de associação estatisticamente significativa entre automedicação previamente à consulta e diagnóstico clínico (Teste Exato de Fisher, $P > 0,05$).

4.16 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOMEDICAÇÃO E NÍVEL DE DOR DENTÁRIA

Foi observada associação entre automedicação previamente ao atendimento odontológico e nível de dor dentária, avaliada por meio das escalas verbal, analógica visual e numérica de dor, por meio de Teste Exato de Fisher, seguida por análise de resíduos ajustados ($P < 0,05$). Houve maior frequência de automedicação entre os pacientes com dores moderadas e intensas (Tabelas 20, 21 e 22).

Tabela 20. Análise de associação entre automedicação e nível de intensidade de dor dentária, avaliada por meio de escala verbal de dor.

Automedicação previamente à consulta	Intensidade de dor ^a		Total
	Sem dor/dor leve	Dor moderada/intensa	
Presente	08	101	109
Ausente	27	43	70
Total	35	144	179

^aFrequência absoluta de participantes, em cada uma das categorias avaliadas.

Associação estatisticamente significativa entre automedicação previamente à consulta e nível de dor dentária, aferido pela escala verbal de dor, por meio de Teste Exato de Fisher, seguida por análise de resíduos ajustados ($P < 0,05$).

Tabela 21. Análise de associação entre automedicação e nível de intensidade de dor dentária, avaliada por meio de escala analógica visual de dor.

Automedicação previamente à consulta	Intensidade de dor ^a		Total
	Sem dor/dor leve	Dor moderada/intensa	
Presente	10	99	109
Ausente	24	46	70
Total	34	145	179

^aFrequência absoluta de participantes, em cada uma das categorias avaliadas.

Associação estatisticamente significativa entre automedicação previamente à consulta e nível de dor dentária, aferido pela escala visual analógica de dor, por meio de Teste Exato de Fisher, seguida por análise de resíduos ajustados ($P < 0,05$).

Tabela 22. Análise de associação entre automedicação e nível de intensidade de dor dentária, avaliada por meio de escala numérica de dor.

Automedicação previamente à consulta	Escala verbal de dor ^a		Total
	Sem dor/dor leve	Dor moderada/intensa	
Presente	07	102	109
Ausente	20	50	70
Total	27	152	179

^aFrequência absoluta de participantes, em cada uma das categorias avaliadas.

Associação estatisticamente significativa entre automedicação previamente à consulta e nível de dor dentária, aferido pela escala numérica de dor, por meio de Teste Exato de Fisher, seguida por análise de resíduos ajustados ($P < 0,05$).

4.17 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOMEDICAÇÃO E ANSIEDADE, AVALIADA POR MEIO DE ESCALA DE ANSIEDADE DENTAL DE CORAH

Automedicação foi relatada por 78 (43,5%) pacientes considerados não muito ansiosos, por meio da Escala de Ansiedade Dental de Corah. Dentre os pacientes muito ansiosos, 31 (17,8%) fizeram uso de pelo menos um medicamento sem prescrição, previamente ao atendimento. Não houve associação significativa, em análise realizada por meio do Teste Exato de Fisher, entre automedicação e ansiedade (Teste Exato de Fisher, $P > 0,05$) (Tabela 23).

Tabela 23. Análise de associação entre automedicação e ansiedade, avaliada por meio de Escala de Ansiedade Dental de Corah.

Automedicação previamente à consulta	Nível de ansiedade ^a		Total
	Não muito ansioso	Muito ansioso	
Presente	78	31	109
Ausente	53	17	70
Total	131	48	179

^aFrequência absoluta de participantes, em cada uma das categorias avaliadas.

Ausência de associação estatisticamente significativa entre automedicação previamente à consulta e ansiedade, avaliada por meio da Escala de Ansiedade Dental de Corah (Teste Exato de Fisher, $P>0,05$).

4.18 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOMEDICAÇÃO E ANSIEDADE, AVALIADA POR MEIO DO QUESTIONÁRIO DE INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (IDATE)

Considerando o componente estado do questionário de Inventário de Ansiedade Traço-Estado, 34 (19%) pacientes que se automedicaram foram considerados muito ansiosos. Observou-se associação entre automedicação e nível de ansiedade, no componente estado, por meio de Teste Exato de Fisher, seguido por análise de resíduos ajustados ($P<0,05$), com maior frequência de automedicação praticada entre os pacientes muito ansiosos. (Tabela 24).

No componente traço do questionário, automedicação foi relatada por 30 (16,7%) pacientes considerados muito ansiosos. Não foi observada associação significativa entre automedicação e ansiedade, no componente traço (Teste Exato de Fisher $P>0,05$) (Tabela 25).

Tabela 24. Análise de associação entre automedicação e ansiedade-estado, avaliada por meio do questionário de Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).

Automedicação previamente à consulta	Nível de ansiedade-estado ^a		Total
	Não muito ansioso	Muito ansioso	
Presente	75	34	109
Ausente	60	10	70
Total	135	44	179

^aFrequência absoluta de participantes, em cada uma das categorias avaliadas.

Associação estatisticamente significativa entre automedicação previamente à consulta e ansiedade-estado, avaliada por meio de Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (Teste Exato de Fisher, seguido pela análise de resíduos ajustados, $P < 0,05$).

Tabela 25. Análise de associação entre automedicação e ansiedade-traço, avaliada por meio do questionário de Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).

Automedicação previamente à consulta	Nível de ansiedade-traço ^a		Total
	Não muito ansioso	Muito ansioso	
Presente	79	30	109
Ausente	57	13	70
Total	136	43	179

^aFrequência absoluta de participantes, em cada uma das categorias avaliadas.

Ausência de associação estatisticamente significativa entre automedicação previamente à consulta e ansiedade-traço, avaliada por meio de Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (Teste Exato de Fisher, $P > 0,05$).

4.19 ASSOCIAÇÃO ENTRE PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA E PARÂMETROS DEMOGRÁFICOS

Dos 179 indivíduos entrevistados no presente estudo, pacientes do sexo feminino e que receberam prescrição de medicamentos somaram 64 (35,7%) casos. Em 33 (18,4%) atendimentos a pacientes do sexo masculino, foi realizada prescrição medicamentosa. Não houve associação entre prescrição de medicamentos e sexo, por meio do Teste Exato de Fisher ($P > 0,05$) (Tabela 26).

Prescrição medicamentosa foi realizada para 40 (22,3%) pacientes com nível fundamental completo ou incompleto. Pacientes com ensino médio, técnico ou superior – completo ou incompleto – receberam prescrição de medicamentos em 57 (31,8%) casos. Não foi verificada associação entre prescrição de medicamento e nível de escolaridade dos pacientes, por meio de Teste Exato de Fisher ($P>0,05$) (Tabela 27).

Em relação à faixa etária, 90 (50,3%) pacientes que receberam prescrição medicamentosa tinham menos de 60 anos de idade. Paralelamente, sete (3,9%) pacientes idosos receberam prescrição de medicamentos. Não se verificou associação entre prescrição medicamentosa e faixa etária, por meio de Teste Exato de Fisher ($P>0,05$) (Tabela 28).

Tabela 26. Análise de associação entre prescrição de medicamento e sexo dos pacientes.

Prescrição medicamentosa após a consulta	Sexo ^a		Total
	Masculino	Feminino	
Presente	33	64	97
Ausente	37	45	82
Total	70	109	179

^a Frequência absoluta de participantes, em cada uma das categorias avaliadas.

Ausência de associação estatisticamente significativa entre prescrição medicamentosa e sexo dos pacientes (Teste Exato de Fisher, $P>0,05$).

Tabela 27. Análise de associação entre prescrição medicamentosa e escolaridade dos pacientes.

Prescrição medicamentosa após a consulta	Escolaridade ^a		Total
	Fundamental ^b	Médio, técnico ou superior ^b	
Presente	40	57	97
Ausente	38	44	82
Total	78	101	179

^a Frequência absoluta de participantes, em cada uma das categorias avaliadas.

^b Completo ou incompleto.

Ausência de associação estatisticamente significativa entre prescrição medicamentosa e escolaridade dos pacientes (Teste Exato de Fisher, $P>0,05$).

Tabela 28. Análise de associação entre prescrição medicamentosa e faixa etária dos pacientes.

Prescrição medicamentosa após a consulta	Faixa etária ^a		
	Idoso	Não idoso	Total
Presente	90	07	97
Ausente	75	07	82
Total	165	14	179

^a Frequência absoluta de participantes, em cada uma das categorias avaliadas.

Ausência de associação estatisticamente significativa entre prescrição medicamentosa e faixa etária dos pacientes (Teste Exato de Fisher, $P>0,05$).

4.20 ASSOCIAÇÃO ENTRE PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA E DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS

Diagnósticos envolvendo patologias pulpares e periapicais foram os mais prevalentes no estudo, totalizando 106 (59,2%) casos, sendo que a prescrição medicamentosa foi realizada em 51 (28,5%) destes atendimentos. Foram prescritos medicamentos em 46 (25,7%) consultas que envolveram diagnósticos de outra natureza. Não foi encontrada diferença significativa, por meio de Teste Exato de Fisher, entre prescrição de medicamentos e diagnósticos clínicos realizados ($P>0,05$) (Tabela 29).

Tabela 29. Análise de associação entre prescrição medicamentosa e diagnósticos clínicos.

Prescrição medicamentosa após a consulta	Diagnósticos clínicos ^a		Total
	Patologias pulpares e periapicais	Outras patologias	
Presente	51	46	97
Ausente	55	27	82
Total	106	73	179

^a Frequência absoluta de participantes, em cada uma das categorias avaliadas.

Ausência de associação estatisticamente significativa entre prescrição medicamentosa e diagnóstico clínico (Teste Exato de Fisher, $P>0,05$).

5. DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar os padrões de automedicação e prescrição medicamentosa empregados, respectivamente, por pacientes e cirurgiões-dentistas, em serviços públicos de urgência odontológica. Observou-se que a frequência de automedicação relatada por pacientes que buscaram atendimento nestes serviços – 60,9% – foi similar àquela relatada na literatura, em serviços públicos (65,6% - MAZZILLI, 2008) e privados (63,7% - HEARD et al., 2008). Embora a automedicação possa ter benefícios, quando realizada de forma responsável, como proposto pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003), esta frequência traz preocupação em termos de saúde pública, tendo em vista os potenciais riscos de reações adversas.

Nesse contexto, analisaram-se os principais medicamentos utilizados por esses pacientes. Também foram verificados os medicamentos utilizados exclusivamente por meio de automedicação. Ao considerarmos todos os medicamentos que os pacientes fizeram uso, os mais frequentes foram analgésicos não opioides (54,2%) e anti-inflamatórios não esteroides (38,5%). Considerando apenas aqueles utilizados sem prescrição, os analgésicos não opioides totalizaram 74,3% dos casos, seguidos pelos anti-inflamatórios não esteroides (45,9%). Em estudo similar (MAZZILLI, 2008), realizado na cidade de São Paulo, SP, observou-se padrão similar de automedicação – analgésicos/antitérmicos (48,8%), anti-inflamatórios (30,2%), antimicrobianos (11%) e analgésicos e miorrelaxantes (3,8%).

A escolha preferencial por analgésicos não opioides e AINE se deve, provavelmente, à alta frequência de dor relatada no momento da consulta (87,7%), superior àquela descrita na literatura (57,03% - MUNERATO, 2005), e ao maior período de tempo com dor (em 40,8% dos casos, há mais de sete dias). Este último fator talvez possa ser justificado por dificuldade de acesso aos serviços ou baixo valor atribuído à própria saúde (ARAÚJO, 2009), ou, ainda, ao medo relacionado a procedimentos odontológicos (CARVALHO, 2012). No presente estudo, observou-se que a frequência de automedicação foi significativamente maior em pacientes mais ansiosos.

Ansiedade e fobia dental são sentimentos que afetam muitos pacientes que procuram o cirurgião-dentista. Em determinados casos, o medo da consulta odontológica e o subsequente atraso no atendimento impossibilitam que ações preventivas e tratamentos menos invasivos sejam instituídos (CARVALHO, 2012). Pacientes ansiosos podem experimentar maior sensação dolorosa na consulta odontológica, visto que a dor possui componentes subjetivos e

singulares. Ainda que usualmente dor esteja associada a procedimentos mais invasivos, como extrações dentárias e tratamento endodôntico, muitos pacientes relatam desconforto ao realizar procedimentos menos invasivos, tais como profilaxia, sondagem periodontal e raspagem supra gengival (COSTA, 2012).

Dor é a queixa que frequentemente faz pacientes ansiosos ou fóbicos superarem o medo do cirurgião-dentista e procurarem atendimento. No presente estudo, pacientes considerados muito ansiosos, por meio da Escala de Ansiedade Dental de Corah, totalizaram 26,8%, valor superior ao encontrado na literatura (2,11% - CARVALHO, 2012). Não se verificou associação estatisticamente significativa entre ansiedade e automedicação, por meio desta escala (Teste Exato de Fisher, $P > 0,05$). Pacientes que foram classificados como muito ansiosos, por meio do componente estado do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), e fizeram uso de automedicação totalizaram 19% da amostra. Analisando o componente traço do IDATE, 16,7% dos pacientes que se automedicaram foram considerados muito ansiosos. Houve associação estatisticamente significativa (Teste Exato de Fisher, $P < 0,05$) entre ansiedade – componente estado – e automedicação previamente à consulta. Alguns estudos indicam que ansiedade pode influenciar a percepção de dor (RHUDY, 2000), e pacientes que temem a consulta odontológica acabam por procurar o cirurgião-dentista apenas em situações de extremo desconforto, o que pode justificar a associação entre as variáveis.

O uso de automedicação também pode decorrer da intensidade da dor experimentada, visto que dores intensas foram relatadas por 45,3% a 60,3% dos pacientes entrevistados, conforme a escala utilizada para aferir a mesma. Nesse estudo, foi verificada associação entre automedicação e relato de dores moderadas e intensas, o que se deve possivelmente ao fato de que dores de maior intensidade motivam o paciente a buscar recursos imediatos para o alívio da mesma, a despeito de muitas vezes não conhecer os riscos inerentes ao ato de se automedicar.

Considerando os medicamentos empregados pelos pacientes previamente ao atendimento, paracetamol foi aquele utilizado com maior frequência, representando 29% da amostra. Considerando exclusivamente pacientes que se automedicaram, paracetamol totalizou 32% dos casos. Esse dado é similar ao encontrado por Heard e colaboradores (27%) (HEARD et al., 2008). Conforme a literatura recomenda, paracetamol é o analgésico de escolha para manejo de dores leves a moderadas, por se tratar de um medicamento eficaz e seguro, quando empregado nas doses corretas e período de tempo adequado (FERREIRA,

2017). Possui ação analgésica, ainda que não seja dotado de ação anti-inflamatória. Administração de paracetamol não submete o paciente aos riscos inerentes aos anti-inflamatórios não esteroides, como diminuição da função plaquetária, efeitos gastrointestinais e renais, ainda que doses elevadas possam provocar lesão hepática (LOPES E MATHEUS, 2012).

Dipirona, isoladamente ou em formulações associada à cafeína e orfenadrina, foi empregada em 17,9% dos casos. Em se tratando dos pacientes que se automedicaram, 19,7% utilizaram este medicamento isoladamente ou associado à cafeína e à orfenadrina. Dipirona é um analgésico não opioide com ausência de ação anti-inflamatória, similar ao paracetamol. No Brasil, é considerado um medicamento de venda isenta de prescrição (“venda livre”) e um dos medicamentos mais consumidos nacionalmente (ARRAIS et al., 1997). Em países como Suécia, Noruega e Estados Unidos, a venda deste medicamento foi proibida, devido a relatos associando sua administração com risco de desenvolvimento de agranulocitose e aplasia medular (HEDENMALM, 2002). Ainda que estudos apontem que a associação entre dipirona e agranulocitose seja similar àquela existente com a administração de anti-inflamatórios não esteroides (MAJ, 2006), seu uso deve ser feito com cautela, considerando-se a existência de fármacos mais seguros (HUBER et al, 2012).

Foi observada frequência elevada (38,5%) de uso de anti-inflamatórios não esteroides pelos pacientes, previamente à consulta, sendo ibuprofeno, diclofenaco (isoladamente ou em associação com paracetamol, carisoprodol e cafeína) e nimesulida os agentes mais consumidos. No estudo de Heard e colaboradores (HEARD et al., 2008), ibuprofeno foi o representante mais utilizado (37% dos casos), além de ácido acetilsalicílico (isoladamente ou em combinação de paracetamol; 4% e 8%, respectivamente) e naproxeno (8%). Associação de paracetamol e ácido acetilsalicílico não está disponível no Brasil, e naproxeno foi citado por apenas 0,4% da amostra. As diferenças provavelmente relacionam-se a disponibilidade no mercado, facilidade de acesso e hábito de consumo. Ibuprofeno (nas concentrações de 200 mg e 400 mg), naproxeno e ácido acetilsalicílico são medicamentos de venda isenta de prescrição, tanto no Brasil, quanto nos Estados Unidos. No sistema público de saúde, ibuprofeno é distribuído gratuitamente, sendo que apenas comprimidos contendo 600 mg são vendidos sob prescrição. E, embora o ácido acetilsalicílico também seja dispensado no sistema público, é disponibilizado apenas em baixa concentração (100 mg), para profilaxia de eventos isquêmicos. Por outro lado, naproxeno tem maior valor de aquisição, e nimesulida não é

comercializada nos Estados Unidos, por ser considerada pouco segura, em decorrência de reações adversas hepáticas (FERREIRA, 2017).

O mecanismo de ação dos anti-inflamatórios não esteroides ocorre por meio da redução da síntese de prostaglandinas e tromboxanos pelas enzimas ciclooxigenase-1 (COX-1) e ciclooxigenase-2 (COX-2), compostos endógenos que promovem exacerbação dos eventos inflamatórios, tais como aumento da permeabilidade vascular, sensibilização de nociceptores periféricos e quimiotaxia de células do sistema imunológico (KRESS 2016; LASKARIDES, 2016). Em situações em que se esperam formação de edema e limitação de função como consequência de lesão tecidual, a utilização de anti-inflamatórios não esteroides está indicada. Porém, é importante ressaltar que prostaglandinas também são sintetizadas constantemente na ausência de eventos inflamatórios, e a inibição da síntese destes mediadores químicos provoca efeitos em sistemas gastrointestinal, renal e circulatório. Sendo assim, seu potencial para reações adversas graves, especialmente em uso por automedicação, deve ser considerado. Em casos de dores moderadas e intensas, como as relatadas pelos pacientes nesse estudo, tem sido indicado o uso da associação de analgésicos não opioide e opioide, especialmente paracetamol e codeína, por sua eficácia e segurança (MOORE, 2015). A literatura também prevê o uso de anti-inflamatórios não esteroides para controle de dor pós-operatória em Odontologia. Meta-análises têm mostrado que ibuprofeno pode ser inclusive mais eficaz do que a associação de paracetamol e codeína em exodontias de terceiro molar incluso. Porém, sempre devem ser balanceados os benefícios e os riscos de cada escolha terapêutica (AHMAD, 1997). Especificamente no manejo de dores após procedimentos em endodontia, que se mostraram, nesse estudo, como os mais comumente realizados, revisão sistemática (SANTINI, 2016) demonstrou que há carência de estudos de maior qualidade metodológica para a tomada de decisão terapêutica.

Quando questionados a respeito do intervalo de administração entre as doses, apenas 41,5% dos entrevistados responderam seguir doses fixas (por exemplo, a cada oito horas), sendo que 58,5% dos pacientes relataram que a periodicidade das administrações variava de acordo com a intensidade da dor. Ao analisarmos especificamente os pacientes que se automedicaram, 63,3% relatou utilizar os medicamentos em intervalos irregulares. Ainda que essa informação, por si só, não indique que os medicamentos tenham sido administrados em dosagens diárias superiores ou inferiores às recomendadas, evidencia que um número importante de pacientes pode ter realizado automedicação de maneira incorreta, não respeitando a posologia recomendada dos medicamentos. Estudo de Heard e colaboradores

(HEARD et al., 2008) avaliou a prevalência de superdosagem, considerada como qualquer dose acima daquela recomendada pela bula do medicamento. Dos 99 pacientes, 16 estavam utilizando analgésicos em doses consideradas elevadas, o que representou 13% da amostra.

Aqui é importante ressaltar o relato do consumo de antimicrobianos (16,8%), previamente à consulta odontológica, “para alívio da dor”, sendo, em 6,7% dos casos, sem receita profissional. No estudo de Mazzilli (MAZZILLI, 2008), antimicrobianos foram empregados por 11% dos pacientes sem prescrição profissional. Atualmente, estes medicamentos são considerados de uso controlado, e sua dispensação é feita somente com receita do médico ou do cirurgião-dentista, de acordo com a RDC n° 20 de 5 de maio de 2011 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011). Considerando as informações obtidas previamente à RDC n° 20 de 5 de maio 2011, que estabeleceu a categorização desses agentes como de uso controlado, houve aparente redução da automedicação com antimicrobianos previamente ao atendimento odontológico de urgência. Nos dados encontrados por De Paula e colaboradores, verifica-se a frequência de uso de antimicrobianos (prescritos e por meio de automedicação) previamente à consulta de 14,3% (DE PAULA et al., 2014), em avaliação realizada nos anos de 2009 a 2011; portanto, antes da RDC que definiu esta categoria de medicamentos como controlados.

No que se refere à fonte de obtenção desses fármacos, os pacientes podem ter recorrido a sobras de medicamentos prescritos em ocasiões passadas ou obtido com amigos e/ou familiares. Verifica-se, na literatura, a ideia errônea por parte dos pacientes que antimicrobianos podem ser úteis no controle de dores dentárias (MAZZILLI, 2008; KRAMER, 2010). A crença que antimicrobianos podem ser utilizados para combater males diversos, como dores, febres e resfriados, contribui para o uso irracional dessa classe de medicamentos, atitude que provoca prejuízos em níveis individual e comunitário, pois favorece o fenômeno de resistência microbiana (AL-HARONI, 2008). Há inclusive estudos que demonstram sua ineficácia analgésica (RUNYON et al, 2004; GOTTLIEB, 2017).

A frequência de prescrição medicamentosa, visando o alívio de dor de dente aguda previamente à busca do atendimento de urgência – 54,2% – foi inferior àquela relatada na literatura (82,8% - CASTILHO, 1999). Os principais medicamentos prescritos pelos cirurgiões-dentistas foram anti-inflamatórios não esteroides (36,9%), antimicrobianos (36,3%) e analgésicos não opioides (14%). E, embora estes sejam os mesmos grupos farmacológicos empregados, por conta própria, pelos pacientes, isto não significa necessariamente que a

automedicação tenha sido realizada de modo responsável.

Pacientes atendidos nos serviços de urgência e que relataram não estar sentindo dor no momento da consulta representaram apenas 12,3% da amostra. Este achado pode se dever a queixas que não necessariamente provocam desconforto, como fratura de material restaurador, mas que, todavia, acabam por motivar a procura por atendimento odontológico em caráter urgente, seja devido a comprometimento estético e (ou) funcional, ou receio do agravamento do quadro com o passar do tempo.

A alta frequência de dores moderadas e intensas, relatadas no momento da consulta, provavelmente também seja a razão pela qual os pacientes buscaram medidas locais para o alívio da dor de origem dentária (33% dos casos). Ao analisarmos estas medidas, formulações como chás e salmoura foram utilizadas com maior frequência, provavelmente por se tratarem de composições acessíveis para o público geral. Formulações que contêm anestésicos locais também são facilmente encontradas em farmácias, mas sua aquisição implica em maior custo. Cabe ressaltar que, embora comercializados para uso tópico, medicamentos desse grupo farmacológico não são considerados de venda isenta de prescrição, tanto pela legislação vigente à época dessa pesquisa, quanto pela atual legislação (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016b). A administração destas composições produz, na melhor das hipóteses, alívio fugaz da dor; porém, algumas contêm, em sua composição, substâncias capazes de produzir queimaduras e irritação local, como fenol, caso entrem em contato com a mucosa da cavidade oral. Logo, não são isentas de eventos adversos.

Medicamentos sistêmicos, indicados para uso oral, foram administrados, indevidamente, de forma tópica, segundo relato de 7,3% dos pacientes entrevistados no presente estudo. Não é incomum, por parte dos pacientes, a crença de que comprimidos possam ser inseridos diretamente no local de origem da dor. Essa prática é irracional, devendo o cirurgião-dentista reforçar aos pacientes a via de administração correta destas formas farmacêuticas.

Cabe ressaltar aqui que substâncias categorizadas como medicamentos (como, por exemplo, os anestésicos locais e as apresentações usadas topicamente de modo errôneo) foram relatadas pelos pacientes em resposta a um questionamento específico sobre “medidas locais” empregadas previamente à consulta. Isso sugere desconhecimento ou confusão a respeito do que seja um medicamento. Nesta Dissertação, optou-se por manter essa descrição em item separado ao de automedicação, visando exatamente alertar para esse fato. Caso os

medicamentos descritos em “medidas locais” fossem acrescentados à lista daqueles empregados sem prescrição, previamente ao atendimento odontológico, a frequência de automedicação descrita no presente estudo se mostraria ainda maior.

Outro aspecto relevante, quando se avalia o padrão de uso de medicamentos, é a ocorrência de polifarmácia, definida como o uso de cinco ou mais medicamentos (SECOLI, 2010; CAMARGO, 2016). No presente estudo, 75,4% dos pacientes que foram entrevistados estavam utilizando pelo menos um medicamento, para alívio da dor dentária, previamente à consulta, sendo que, em 2,2% dos casos, detectou-se a presença de polifarmácia. Dor de origem dentária não requer administração de diversos medicamentos para seu manejo e, quando essa prática é adotada, associa-se a maior risco potencial de efeitos adversos, morbidade e mortalidade (HAJJAR, 2007).

Em estudo realizado nos Estados Unidos (HEARD et al., 2008), observou-se que 35% dos pacientes estavam utilizando dois ou mais medicamentos sem prescrição médica ou odontológica, resultado similar ao presente estudo (34,5%).

Ao considerarmos exclusivamente os pacientes que utilizaram medicamentos, 21,5% referiram experimentar efeitos adversos, sendo que, destes, mais da metade (51,7%) dos casos envolveram efeitos adversos gastrointestinais, como pirose, dores abdominais e náusea. Sonolência foi o segundo efeito adverso mais relatado (27,6%). Se for considerado o fato de que anti-inflamatórios não esteroides foram utilizados por vários pacientes (38,5%), tal achado é esperado, visto que estes medicamentos diminuem a síntese de prostaglandinas, que atuam como citoprotetoras da mucosa gástrica (POSSENTI, 2012). Em estudo que analisou a automedicação em urgências odontológicas na cidade de São Paulo (MAZZILLI, 2008), os principais efeitos colaterais relatados pelos pacientes, em razão da automedicação, foram náusea (34,9%), dor de estômago (30,8%) e sonolência (17,8%), corroborando os dados encontrados no presente trabalho.

Um objetivo adicional deste estudo foi analisar se as propagandas exibidas em diferentes mídias (jornais, revistas e televisão) podem influenciar os pacientes no momento da seleção e da aquisição de medicamentos. Mais de 70% dos entrevistados relataram que não se sentiam influenciados por propagandas de medicamentos, e que estas propagandas não foram capazes de influir em suas escolhas. Por outro lado, praticamente todos os pacientes (96,6%) acreditavam que tais propagandas influenciavam as outras pessoas no momento da aquisição de medicamentos. Vivemos em uma sociedade em que a publicidade e a propaganda são

mecanismos indispensáveis para o desenvolvimento econômico, e o direito de adquirir medicamentos isentos de prescrição está diretamente relacionado à garantia do indivíduo de intervir em sua própria saúde (autocuidado), além de proporcionar maior economia e conforto ao usuário e reduzir custos para o sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Conquanto qualquer campanha publicitária ou propaganda deve seguir preceitos éticos (TREVISOL, 2010; ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE PROPAGANDA, 2014; CONSELHO NACIONAL DE AUTORREGULAMENTAÇÃO PUBLICITÁRIA, 2017), em se tratando de medicamentos, é indispensável que o consumidor seja devidamente informado a respeito dos riscos inerentes à sua utilização. Anti-inflamatórios não esteroides estão entre os principais fármacos adquiridos sem prescrição médica ou odontológica e são capazes de trazer riscos à saúde, principalmente em pacientes idosos, sendo responsáveis por um número significativo de casos de emergências em hospitais públicos (MARTINEZ, 2015). Nesta pesquisa, apesar de praticamente um quarto dos entrevistados (25,7%) relatar que se sentem influenciados por propagandas de medicamentos, apenas 5,2% afirmaram ter adquirido medicamentos para dor dentária por influência de propaganda, possivelmente devido ao fato de que a maioria das campanhas publicitárias envolvendo analgésicos e AINE está relacionada a resfriados/gripes e dores de origem muscular (MARTINEZ, 2015), situações não relacionadas a urgências odontológicas.

Interessante notar que um padrão de comportamento parece se repetir: “acredito que os outros são influenciados pela propaganda, mas eu não”. Estudo realizado no Brasil (TREVISOL, 2010) mostrou que professores universitários, com atuação em Faculdade de Medicina, acreditavam que a propaganda influenciava o hábito de prescrição de colegas médicos e de estudantes, mas a grande maioria não se via influenciada pelos brindes recebidos da indústria farmacêutica. Estudo internacional anterior havia mostrado dados similares (WAZANA, 2000).

No que se refere ao segundo objetivo proposto por este estudo – avaliar o padrão de prescrição medicamentosa em serviços públicos de urgência odontológica, observou-se 54,2% dos pacientes receberam, ao final do atendimento, a indicação de terapêutica medicamentosa, valor superior ao do estudo realizado por De Paula e colaboradores (DE PAULA et al., 2014), no qual a prevalência de prescrição após a consulta foi de 16,1%. Embora em contexto diferente, tem sido descrito que pelo menos 50% das consultas médicas em atenção primária geram prescrição medicamentosa (DE AQUINO, 2008). Com o intuito de promover o uso racional de medicamentos junto à área odontológica, talvez se possa estabelecer futuramente

um parâmetro que norteie os cirurgiões-dentistas sobre porcentagens, a serem consideradas apropriadas, de prescrição de medicamentos após consultas em nível atenção primária em saúde bucal.

Para a maior parte dos pacientes avaliados no presente estudo, foram prescritos dois medicamentos (24%). A frequência de prescrição de quatro e cinco medicamentos foi de 10,1% e 0,6%, respectivamente. Aqui, novamente, talvez se possam estabelecer futuros indicadores de prescrição racional de medicamentos como um todo e de grupos farmacológicos específicos, direcionados à atenção primária em saúde bucal. Hoje, a OMS propõe, por exemplo, para serviços médicos de atenção primária, o número médio de medicamentos por prescrição e a porcentagem de prescrições contendo pelo menos um antibiótico como alguns desses indicadores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993). Para o primeiro indicador, a OMS propõe um valor médio inferior a dois medicamentos por consulta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993). Indiretamente, ele permite avaliar o quanto os pacientes atendidos estão sujeitos a potenciais riscos associados ao uso concomitante de medicamentos distintos. Pode fornecer, ainda, uma ideia do grau de informação e conscientização dos prescritores sobre estes riscos e alertar sobre o fornecimento de prescrições desnecessárias no atendimento de saúde.

Na amostra total, os principais medicamentos prescritos foram os anti-inflamatórios não esteroides (36,9%), similar ao encontrado por Castilho e colaboradores (33,5%) (CASTILHO, 1999). Como comentado anteriormente nessa Dissertação, a literatura tem demonstrado eficácia de anti-inflamatórios não esteroides no tratamento de dores agudas em Odontologia, especificamente as descritas como moderadas e intensas (MEHRA et al., 2013). Porém, o modelo empregado habitualmente é o de exodontia de terceiro molar incluso, situação clínica que não é vista habitualmente nos atendimentos de urgência. Para o manejo de dores relacionadas a procedimentos endodônticos, que prevaleceram nesse estudo, revisão sistemática (SANTINI, 2016) demonstrou carência de estudos de maior qualidade metodológica. Além disso, as reações adversas e as contraindicações específicas ao uso desses fármacos devem ser consideradas na tomada de decisão terapêutica (LASKARIDES, 2016)

Dentre os AINE, ibuprofeno foi o agente indicado para a maior parte dos pacientes (27,4%). Isto pode se dever ao fato de ser considerado, na literatura, AINE de primeira escolha, devido a seu perfil de eficácia e segurança (FERREIRA, 2017) e à disponibilidade no sistema de saúde de forma gratuita. Em estudo de Trevisol (TREVISOL, 2006), observou-se

que, mais do que pela propaganda, o prescritor é influenciado pelo fornecimento (ou não) do medicamento pelo sistema público de saúde, de modo que “prescreve-se o que tem no posto”.

A frequência de prescrição de antimicrobianos foi considerada alta – 36,3% dos casos. A preocupação em relação a esses dados se relaciona ao potencial para desenvolvimento de resistência bacteriana, um problema de saúde pública mundial (AL-HARONI, 2008). A OMS não recomenda um valor de referência específico para avaliação do indicador “porcentagem de prescrições contendo pelo menos um antibiótico” após atendimento em nível de atenção primária (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1993), mas alguns autores propõem 20% ou menos.

Analgésicos não opioides foram prescritos para 14% dos pacientes atendidos nos serviços de urgência. Essa porcentagem mais baixa, em relação aos demais grupos farmacológicos, talvez possa ser explicada pela seleção de AINE como opção para o controle da dor. Outra explicação pode estar relacionada à intensidade de dor prevista para o período após o procedimento odontológico e o acesso a medicamentos por meio do sistema público de saúde. Caso a dor prevista seja de leve a moderada intensidade, paracetamol – analgésico não opioide – é considerado agente de primeira escolha (FERREIRA, 2017), sendo de fácil acesso. No entanto, se a dor prevista for moderada a intensa e se opte pela aquisição pelo SUS, a alternativa acessível é ibuprofeno, um AINE. Os principais motivos que levaram os pacientes a procurar atendimento odontológico em caráter urgente foram patologias pulpares e periapicais (59,2%), dentes com destruição coronária extensa, com indicação de exodontia (12,3%), e patologias periodontais (9,5%). Estes resultados estão em consonância com os de outros estudos previamente publicados (MUNERATO 2005, DE-PAULA 2014). Após intervenção, usualmente se espera desconforto leve no período que se segue à consulta, favorecendo a seleção de analgésicos não opioides ao invés de anti-inflamatórios não esteroides. Sendo assim, a frequência de prescrição de anti-inflamatórios não esteroides (36,9%), por cirurgiões-dentistas, foi considerada alta.

Paralelamente, também se observou a influência do local de coleta sobre o resultado da análise desses dados, ou seja, o padrão de prescrição mostrou-se diferente, conforme o local de atendimento. AINE representaram 13,1% dos medicamentos prescritos em um dos serviços de urgência, ao passo que estes mesmos medicamentos totalizaram 46,9% dos agentes prescritos no outro local. De maneira similar, verificou-se que antimicrobianos prescritos em um serviço representaram 28,3% das prescrições, enquanto, no outro, tais

agentes corresponderam a 44,5% dos medicamentos receitados. Em relação aos analgésicos não opioides, a frequência de prescrições também foi maior em um dos serviços (50%), em relação ao outro (2,4%). Isso sugere que não há protocolos clínicos que embasem o atendimento realizado pelos cirurgiões-dentistas, em nível de atenção primária como um todo, ou, que, se estes protocolos existem, são propostos e executados localmente. Uma terceira possibilidade é o não seguimento pelos profissionais de protocolos clínicos eventualmente existentes. Trabalho de Hochscheidt (HOCHSCHEIDT, 2016) reforça a primeira hipótese, pois dentistas que atuavam em atenção primária, em saúde bucal, no município de Porto Alegre, RS, relataram a inexistência de tais protocolos.

Ainda no que se refere aos diagnósticos observados no presente estudo, embora, nos últimos anos, tenha se observado um declínio na prevalência de cárie dental, principalmente devido à incorporação de fluoretos em água de abastecimento e dentifrícios (NARVAI, 2010), esta permanece entre as principais doenças bucais que levam os pacientes a procurarem o cirurgião-dentista (CARVALHO, 2010). Quando não tratada, a cárie dental acaba por provocar comprometimento em níveis pulpar e periapical, bem como resulta em extensa destruição coronária, sendo que, no último caso, a extração do elemento dental acaba se tornando o único tratamento viável. A dor de origem pulpar pode ser intensa, e processos infecciosos periapicais, como abscessos periapicais agudos, podem indicar a prescrição de antimicrobianos, como adjuvantes às medidas locais, nos casos onde se observa sinais como prostração, limitação de função e edema (FERLINI FILHO, 2007). Patologias periodontais usualmente não provocam dor, com exceção dos processos periodontais agudos, como gengivite ulcerativa necrosante, periodontite ulcerativa necrosante, abscessos gengival, abscesso periodontal e pericoronarite. O tratamento de escolha para os processos agudos do periodonto consiste na remoção de biofilme, podendo se utilizar medidas complementares, como soluções antissépticas e fármacos antimicrobianos, conforme as especificidades de cada caso (HERRERA et al., 2002). Casos de celulite na região de cabeça e pescoço (flegmão) foi a queixa principal de 6,7% dos pacientes. Infecções odontogênicas, com infiltração e propagação para tecidos moles em região de cabeça e pescoço, constituem situações em que o atendimento imediato se faz necessário, visto o risco de comprometimento das vias aéreas ou seio cavernoso, podendo levar o paciente a óbito (FURST, 2001), exigindo a internação hospitalar. Nesse contexto, está justificada a presença de analgésicos e antimicrobianos nas prescrições, após atendimentos odontológicos de urgência. Paralelamente, isso mostra a inadequação da prescrição de mais de dois medicamentos, na maior parte das situações, o que

foi observado em 14,6% dos casos.

Tratamento paliativo de dor de origem endodôntica, constituído por abertura, curativo e selamento coronário, foi intervenção adotada em 48% dos atendimentos, estando em consonância com a alta frequência de diagnósticos de natureza pulpar e periapical. Em 25,1% dos casos, foi feita a prescrição de medicamentos sistêmicos, exclusivamente. Restaurações, em caráter provisório ou definitivo, foram realizadas em 6,1% dos casos.

Por fim, a OMS propõe, como um indicador de prescrição racional de medicamentos, a porcentagem de prescrições contendo pelo menos um medicamento injetável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993). Embora indicada em situações específicas, a administração de medicamentos, sob a forma injetável, traz desconforto ao paciente e aumenta o risco potencial de reações adversas. Há, por exemplo, a dor associada à aplicação e o risco de ocorrência de isquemia e necrose teciduais. Nesse contexto, a OMS tem se preocupado, ainda, com o potencial de transmissão de agentes infecciosos, como vírus da hepatite B e C e HIV, associado ao uso não seguro de seringas e materiais para aplicação injetável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b). No presente estudo, observou-se que 19,3% dos pacientes receberam antimicrobianos ou AINE por via intramuscular. Prescrição de amoxicilina (1 g), associada a clavulanato de potássio (200 mg), por via intravenosa (IV), está indicada no tratamento de infecções por microrganismos produtores de betalactamases, em pacientes graves (usualmente em ambiente hospitalar) ou sem via oral disponível. Como a avaliação da indicação do antimicrobiano não foi realizada nessa pesquisa, não é possível analisar as razões que levaram ao seu uso em três pacientes. Já a benzilpenicilina benzatina é ineficaz para a profilaxia e o tratamento da grande maioria das infecções odontogênicas. No presente estudo, esse medicamento também foi administrado a três pacientes. Cefalotina, por via IV, é antimicrobiano proposto, como opção de primeira escolha, para a profilaxia de infecção pós-operatória, em cirurgias bucomaxilofacial de grande porte, em doses habituais de 2 g. Tal situação não foi avaliada no presente estudo, e a dose prescrita foi de 1 g. Este medicamento também é recomendado como agente alternativo à amoxicilina, para prevenção de endocardite bacteriana. A via IV é indicada apenas em casos em que a via oral não está disponível e a dose preconizada é de 2 g (WILSON et al., 2007a). Logo, nesse caso específico, a probabilidade de o uso ser não racional é grande.

O antimicrobiano mais frequentemente usado por via parenteral (IM) foi a clindamicina, na dose de 600 mg, indicada para 13 pacientes. Esta é a dose recomendada para

profilaxia de infecção pós-operatória, em cirurgias bucomaxilofacial de grande porte, por via IV, situação ausente no presente estudo. Também é a dose recomendada para uso parenteral para prevenção de endocardite bacteriana, em casos em que a via oral não está disponível. Em ambas as indicações, seu uso deve ser feito 1 h antes do procedimento (WILSON et al., 2007b), o que não foi verificado no presente estudo. Logo, nesses casos, há possibilidade de uso não racional.

Quanto ao uso parenteral de AINE, 21 pacientes os receberam, correspondendo a 9,9% de todos os medicamentos que foram prescritos. Os agentes prescritos foram cetoprofeno (100 mg, por via IV) e diclofenaco (75 mg, por via IM). Como colocado anteriormente nessa dissertação, ibuprofeno é AINE de escolha; porém, não está disponível apresentação para uso parenteral no Brasil.

6. CONCLUSÃO

A prevalência de automedicação no presente estudo foi de 60,9%, sendo que os principais grupos de medicamentos utilizados pelos pacientes foram analgésicos não opioides (54,2%), anti-inflamatórios não esteroides (38,5%) e antimicrobianos (16,8%). A prevalência de dor no momento da consulta odontológica foi de 87,7%. Foi observada associação entre dores moderadas e intensas e automedicação, bem como associação entre ansiedade, avaliada por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (componente estado), e automedicação.

Os principais grupos de medicamentos prescritos foram os anti-inflamatórios não esteroides (36,9%), antimicrobianos (36,3%) e analgésicos não opioides (14%), observando-se variação nos padrões de prescrição entre os locais envolvidos no estudo. Não se observou associação entre padrão de prescrição medicamentosa e parâmetros demográficos e clínicos.

Concluiu-se que automedicação é prática comum entre os pacientes que buscam serviço público odontológico de urgência. Presença de dores moderadas e intensas e alto nível de ansiedade podem contribuir para esta prática. Anti-inflamatórios não esteroides e antimicrobianos são medicamentos mais frequentemente prescritos pelos cirurgiões-dentistas após o atendimento.

REFERÊNCIAS

AARTMAN, I.H.A. Reliability and validity of the short version of the Dental Anxiety Inventory. **Community Dent Oral Epidemiol.** v. 26, p.350-354, 1998.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Instrução normativa nº 11, de 29 de setembro de 2016a. Dispõe sobre medicamentos isentos de prescrição. **Diário Oficial da União.** Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/\(1\)IN_11_2016_.pdf/e31d6cb1-0b3c-43d3-bd59-9b4a8581daf2](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/(1)IN_11_2016_.pdf/e31d6cb1-0b3c-43d3-bd59-9b4a8581daf2)>. Acesso em: 23 mar. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União.** Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisalegis/VisualizaDocumento.asp?ID=939&Versao=2>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada nº 20, de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. **Diário Oficial da União.** Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?jornal=%E2%80%A6\(Acessado\)](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?jornal=%E2%80%A6(Acessado))>. Acesso em: 23 mar. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada nº 98, de 1º de agosto de 2016b. Dispõe sobre os critérios e procedimentos para o enquadramento de medicamentos como isentos de prescrição e o reenquadramento como medicamentos sob prescrição, e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2921766/RDC_98_2016.pdf/32ea4e54-c0ab-459d-903d-8f8a88192412>. Acesso em: 23 mar. 2017.

AHMAD et. al. The Efficacy of Nonopioid Analgesics for Postoperative Dental Pain: A Meta-analysis. **Anesth Progr.** v. 44, n. 4, p. 119–126, 1997.

AL-HARONI, M. Bacterial resistance and the dental professionals' role to health problem. **Journal of Dentistry** v. 36, n. 2, p. 95-103, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. DSM-5™.** United States: American Psychiatric Association; 2013. 991p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Anxiety.** Washington, 2017. Disponível em: <<http://www.apa.org/topics/anxiety/>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

ANDRADE, S et al. Safety of metamizole: A systematic review of the literature. **J Clin Pharm Ther.** v. 41, n. 5, p. 459-77, 2016.

ARAÚJO, CS et al. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional do Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública.** v. 25, n. 5, p.1063-72, 2009.

ARRAIS, PSD et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev Saúde Pública.** v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997.

ARRAIS, PSD et al. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. **Rev Saúde Pública.** v. 50, n. 13, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS ISENTOS DE PRESCRIÇÃO. **Conheça o MIP.** São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.abimip.org.br/site/conteudo.php?p=conheca_o_mip>. Acesso em: 23 mar. 2017.

ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE PROPAGANDA. **Código de Ética dos Profissionais de Propaganda.** São Paulo, 2014. Disponível em: <http://appbrasil.org.br/wp-content/uploads/2014/11/codigo_de_etica_app_maio2014.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2017.

BONAFÉ, FSS; CARVALHO, JS; CAMPOS JADB. Depressão, ansiedade e estresse e a relação com o consumo de medicamentos. **Psicologia, saúde e doenças.** v. 17, n. 2, p. 1-15, 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 23 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 834, de 14 de maio de 2013. Redefine o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos no âmbito do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0834_14_05_2013.html>. Acesso em: 23 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): Uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização.** Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2017.

BREIVIK, H et al. Assesment of pain. **Br J Anaesth.** v. 101, n. 1, p. 17-24. 2008.

CAMARGO, AL; FERREIRA, MBC; HEINECK, I. Adverse drug reactions: a cohort study in internal medicine units at a university hospital. **Eur J Clin Pharmacol.** v. 2, n. 62, p. 143-149, 2006.

CARVALHO, WA; LEMÔNICA, L. Mecanismos Celulares e Moleculares da Dor Inflamatória. Modulação Periférica e Avanços Terapêuticos. **Rev Bras Anesthesiol.** v. 48, n. 2, p. 137-158, 1998.

CARVALHO et al. Epidemiologia das doenças bucais em indivíduos na faixa etária entre 35 e 44 anos: o cenário epidemiológico do trabalhador. **RGO.** v. 58, n.1, p. 109-114, 2010.

CARVALHO et al. Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores predictores em brasileiros. **Ciência Saúde Col.** v. 17, n. 7, p. 1915-1922, 2012.

CASTILHO, LS; PAIXÃO, HH; PERINI E. Prescrição de medicamentos de uso sistêmico por cirurgiões-dentistas, clínicos gerais. **Rev Saúde Pública.** v. 33, n. 3, p.287-94, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE AUTORREGULAMENTAÇÃO PUBLICITÁRIA. **Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária.** São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.conar.org.br/codigo/codigo.php>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1451/95.** Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em 23 mar. 2017.

CORAH, NL. Development of a dental anxiety scale. **J Dent Res.** v. 48, n. 4, p.596, 1969.

COSTA, RSM; RIBEIRO, SN; CABRAL, ED. Determinants of painful experience during dental treatment. **Rev Dor.** v. 13, n.4, p. 365-370, 2012.

DANDAN, RH; BRUNTON, LL. Farmacoterapia da inflamação, febre, dor e gota. IN: _____ **Manual de Farmacologia e Terapêutica de Goodman e Gilman.** 2. ed. Porto Alegre: AMGH Editora LTDA; 2015. p. 597-613.

DARGAN, P; JONES, AL. Acetaminophen poisoning: an update for the intensivist. **Critical Care.** v. 6, p. 108-110, 2002.

DAR-ODEH, N et al. Analysis of clinical records of dental patients attending Jordan University Hospital: Documentation of drug prescriptions and local anesthetic injections. **Clin Risk Management.** v. 4, n. 5, p. 1111-1117, 2008.

DA SILVA, MVS; DE FREITAS, O; MENDES, IJM. O medicamento, a automedicação e o papel do farmacêutico. **UNOPAR Cient Ciênc. Biol. Saúde, Londrina,** v.2, n.1, p. 183-189, 2000.

DE AQUINO DS. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência Saúde Col.** v. 13, p. 733-736, 2008.

DE BARROS, JAC, JOANY S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? **Ciência Saúde Col.** v. 7, n.4, p. 891-898, 2002.

DE LOYOLA FILHO, et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública.** v. 36, n. 1, p.55-62, 2002.

DE MELO DO, RIBEIRO E, STORPIRTIS S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Rev Bras Ciências Farmac. Braz J Pharmac Sciences.** v. 42, n. 4, 2006.

DE PAULA, et al. Patient automedication and professional prescription pattern in an urgency service in Brazil. **Braz Oral Res.** v. 28, n. 1, p.1-6, 2014.

DEBONO DJ, HOEKSEMA LJ, HOBBS RD. Caring for Patients With Chronic Pain: Pearls and Pitfalls. **J Am Osteopath Assoc.** v.113, no. 2, p. 620-627, 2013.

FAGUNDES MJD, et al. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. **Ciência Saúde Col.** v. 12, n.1, p.221-229, 2007

FERLINI FILHO, J. Quimioterapia antimicrobiana em Endodontia. IN: Wannmacher, L; Ferreira, M.B.C. **Farmacologia Clínica para Dentistas.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 368-74.

FERREIRA, MBC. Analgesia em dores agudas e crônicas. In: Fuchs FD, Wannmacher, L. **Farmacologia Clínica e Terapêutica.** 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 236-266.

FONTANA, RJ. Acute Liver Failure including Acetaminophen Overdose. **Med Clin North Am.** v. 92, n.4, p.761–794, 2008.

FREEMAN, RE. Dental Anxiety: a multifactorial aetiology. **Brit Dent J.** v.159, n.12, p. 406-408, 1985.

FURST, IM; ERSIL, P; CAMINITI, M. A Rare Complication of Tooth Abscess — Ludwig's Angina and Mediastinitis. **J l'Assoc Dent Canad.** v. 67, n. 6, p. 324-327, 2001.

GOTTLIEB, M; KHISHFE, B. Are Antibiotics Necessary for Dental Pain Without Overt Infection? **Ann Emerg Med.** v. 69, n.1, p. 128-130, 2017.

GUZMÁN, J. et al. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. **BMJ.** v. 322, n. 7301, p. 1511-1516, 2001.

HAJJAR, et al. Polypharmacy in Elderly Patients. **Amer J Geriatric Pharmacotherapy.** v. 5, n. 4, p. 345-351, 2007.

HAKEBERG, M.; BERGGREN, U.; CARLSSON, S.G. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. **Community Dent Oral Epidemiol.** v. 20, p. 97-101, 1992.

HEARD, et al. Overuse of non-prescription analgesics by dental clinic patients. **BMC Oral Health.** v. 8, n. 33, 2008.

HEDENMAL, K; SPIGSET, O. Agranulocytosis and other blood dyscrasias associated with dipyrone (metamizole). **Eur J Clin Pharmacol.** v. 58, n. 4, p. 265–274, 2002.

HERRERA, D et al. A systematic review on the effect of systemic antimicrobials as an adjunct to scaling and root planing in periodontitis patients. **J Clin Periodontol.** v. 29, p. 136–159, 2002.

HOCHSCHEIDT, GL. **Padrão de prescrição de medicamentos nos Centros de Especialidades Odontológicas do município de Porto Alegre.** 2016. 62f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil, 2016.

HORTENSE, P; SOUSA, FAEF. Developing a comparative scale of different nociceptive and neuropathic Pain through two psychophysical methods. **Rev Latino-Am Enfermagem.** v. 17, n. 2, p. 207-214, 2009.

HUBER, M et al. Metamizole-induced agranulocytosis revisited: results from the prospective Berlin Case-Control Surveillance Study. **Eur J Clin Pharmacol.** v. 71, n. 2, p. 219-27, 2015.

HU, LW; GORENSTEIN, C; FUENTES D. Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. **Depress Anxiety.** v.24, n. 7, p. 467-471, 2007.

HUMPHRIS, GM; MORRISON, T; LINDSAY, SJE. The modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. **Community Dent Health.** v. 12, p.143-150, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **IASP Taxonomy.** Washington, 2017. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>>. Acesso em: 23/03/2017 mar. 2017.

KAIPPER, MB. **Avaliação do Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) através da análise de Rasch.** Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Faculdade de Medicina. 2008. 138f. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, 2008.

KANEGANE, K et al. Dental anxiety in an emergency dental service. **Rev Saúde Pública.** v. 37, n. 2, p. 786-92, 2003.

KIKWILU, et. al. Prevalence of oral pain and barriers to use of emergency oral care facilities among adult Tanzanians. **BMC Oral Health.** v. 8, no. 208, 2008.

KÖTTER et al. Metamizole-associated adverse events: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One.** v. 10, n. 4, 2015.

KRAEMER, L. **Automedicação analgésica em urgências odontológicas atendidas em serviço universitário, na cidade de Porto Alegre, RS.** 2010. 77f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

KRESS, HG et al. Acute pain: a multifaceted challenge - the role of nimesulide. **Curr Med Res Opin.** v. 32, n. 1, p.23-36, 2016.

LASKARIDES, C. Update on Analgesic Medication for Adult and Pediatric Dental Patients. **Dent Clin North Am.** v. 60, n. 2, p. 347-366, Apr, 2016

LOCKER, D.; LIDDELL, A.; SHAPIRO, D. Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study. **Behav Res Ther.** v. 37, p. 25-37, 1999.

LOPES, J; MATHEUS, ME. Risco de hepatotoxicidade do Paracetamol (Acetaminofem). **Rev. Bras. Farm.** v. 93, n.4, p. 411-414, 2012.

MACINTYRE, PE; SCOTT, DA. Acute pain management and acute pain services. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, eds. **Cousins and Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine.** 4 ed. Philadelphia: Wolters Klumer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 1.036-1.062.

MAJ, S; CENTKOWSKI, P. A prospective study of the incidence of agranulocytosis and aplastic anemia associated with the oral use of metamizole sodium in Poland. **Med Sci Monit.** v. 10, n.9, 2004.

MARTINEZ, CR; LIMA, MA. Vulnerabilidade do consumidor *versus* publicidade de medicamentos. **Direito & Paz.** v. 17, n. 33, p. 26 - 42, 2015.

MAZZILLI, LE. **Urgência odontológica e prevalência da automedicação na população economicamente ativa de uma micro-área da cidade de São Paulo.** 2008. 143 f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MEHRA, P et al. Efficacy of anti-inflammatory drugs in third molar surgery: a randomized clinical trial. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.** v. 42, p. 835-842, 2013.

MUNERATO, MC; FIAMINGHI, DL; PETRY, PC. Urgências em odontologia: Um estudo retrospectivo. **Revista da Faculdade de Odontologia Porto Alegre.** v. 46, n. 1, p. 90-95, 2005.

NARVAI, PC. Cárie dentária & flúor: uma relação do século XX. **Ciência Saúde Col.** v. 5, n.2, p; 381-92, 2000.

NASCIMENTO, AC. Propaganda de medicamentos no Brasil. É possível regular? **Ciência Saúde Col.** v. 14, n. 3, p. 869-877, 2009.

ONG, CKS; SEYMOUR, RA. Pathogenesis of Postoperative Oral Surgical Pain. **Anesth Prog.** v. 50, p. 5-17, 2003.

PIOTTO, et al. Prevalência da dor e do uso de analgésicos e anti-inflamatórios na automedicação de pacientes atendidos no Pronto-Socorro Municipal de Taubaté. **Rev Dor.** v. 10, n. 4, p.313-317, 2009.

POSSENTI, et al. Efeito de fermentado (utilizado como alimento funcional) sobre a citoproteção gástrica, atividade anti-secretória e a motilidade intestinal em animais. **International J Nutrol.** v.5, n.1, p. 35-41, 2012.

RHUDY, JL; MEAGHER MW. Fear and anxiety: divergent effects on human pain thresholds. **Pain.** v. 84, p.1, p. 65-75, 2000.

RUNYON, MS, et al. Efficacy of penicillin for dental pain without overt infection. **Acad Emerg Med.** v. 11, n. 12, p. 1268-71, 2004.

SANTINI, MF. **Eficácia de duas associações de analgésicos não opioides e opioides no controle da dor do abscesso dentoalveolar agudo em evolução: um ensaio clínico randomizado.** 2015. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil. 2015.

SHAMIM, et. al. Pemphigus vulgaris in oral cavity: Clinical analysis of 71 cases. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** v. 1, n. 13, p 622-626, 2008.

SHARPE, CR; FRANCO, EL. Use of dipyron during pregnancy and risk of Wilms' tumor. Brazilian Wilms' Tumor Study Group. **Epidemiology.** v. 7, n. 5, p. 533-535, 1996.

SECOLI, SR. Polypharmacy: interaction and adverse reactions in the use of drugs by elderly people. **Rev Bras Enferm.** v. 63, n. 1, p. 136-40, 2010.

TREVISOL, DJ. **A influência da propaganda da indústria farmacêutica na prescrição de medicamentos em escolas de Medicina: A experiência em Tubarão, Santa Catarina.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). 2016. Universidade do Sul de Santa Catarina, UNISUL, Brasil, 2006.

TREVISOL, D; FERREIRA, MBC; KARNOPP, ZMP. A propaganda de medicamentos em escola de medicina do Sul do Brasil. **Ciência Saúde Col.** v. 15, n. 3, p. 3487-3496, 2010.

TWADDLE ML, COOKE KL, Assessment of pain and common pain syndromes. In: Von Roenn JH, Paice JA, Preodor ME, eds. **Current diagnosis & treatment of pain.** New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2006: 10-20.

WANNMACHER, L. Analgésicos não-opioides. IN: Wannmacher, L; Ferreira, M.B.C. **Farmacologia clínica para dentistas.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.204-13.

WAZANA, A. Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift? **JAMA.** v. 283, n., 3, 2000.

WILSON, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. **Circulation.** v. 116, n. 15, p. 1736-54, 2007a.

WILSON et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. **J Am Dent Assoc.** v. 138, n. 6, p. 739-45, 747-60, 2007b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The rational use of drugs.** Report of the Conference of Experts. Geneva, 1985. Disponível em: <www.who.int/medicines>. Acesso em: 23 mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators.** Geneva, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Role of The Pharmacist in Self-Care and Self-Medication.** Geneva, 1998. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting Rational Use of Medicines: Core Components.** Geneva, 2002a. Disponível em: <www.who.int/medicines>. Acesso em 23 mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Importance of Pharmacovigilance: Safety Monitoring of Medicinal Products.** Geneva, 2002b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Self-Care for Health.** Geneva; 2003a. Disponível em: <http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5084.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Introduction to drug utilization research.** Geneva; 2003b. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ageing.** Geneva, 2017a. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/ageing/en/>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Injection safety.** Geneva, 2017b. Disponível em: <http://www.who.int/injection_safety/en/>. Acesso em: 23 mar. 2017.

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO

Nº entrevista: |_|_|_|_|

Nome do paciente (forma de identificação do prontuário): _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ **Fumante:** () Sim () Não

Sexo: () Masculino () Feminino

Escolaridade:

- () Não sabe dizer
- () Ensino fundamental completo () Ensino médio completo
- () Ensino fundamental incompleto () Ensino médio incompleto
- () Superior completo () Técnico completo
- () Superior incompleto () Técnico incompleto
- () Pós-graduação

1. Há quanto tempo está sentindo dor?

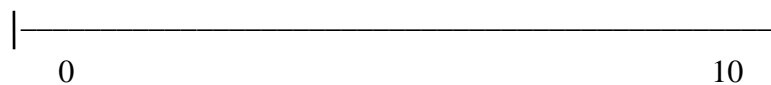
- () Há 1 dia. () Entre 2 e 3 dias. () Entre 4 e 7 dias
- () Mais de 7 dias. () Não está sentindo dor.

2. Escala Verbal de Dor (*Verbal Rating Scale*) - Instrução – Se a entrevista for realizada antes da consulta: Gostaria que o(a) senhor(a) me dissesse qual é a intensidade de sua dor nesse momento. Se a entrevista for realizada após a consulta: Gostaria que o(a) senhor(a) me dissesse qual era a intensidade de sua dor quando chegou aqui para a consulta. O(A) senhor(a) está (ou estava) sem dor, tem (tinha) dor leve, moderada, intensa ou está (estava) sentindo a pior dor da sua vida? O(A) senhor(a) não tem (tinha) dor, está (estava) doendo pouco, mais ou menos, muito ou está (estava) sentindo a pior dor da sua vida? Observação - O paciente escolhe aquela opção que melhor descreve sua dor no momento da avaliação ou no momento da chegada para a consulta.

Resposta: _____

- 3. Escala analógica visual de dor (Visual Analog Scale ou VAS)** – Apresentar a figura em um cartão separado. Instrução - Se a entrevista for realizada antes da consulta: Marque nessa linha qual é a intensidade de sua dor nesse momento. Se a entrevista for realizada após a consulta: Marque nessa linha qual era a intensidade de sua dor quando chegou aqui para a consulta. Nessa ponta da linha, o zero representa ausência de dor e, na outra ponta, 10, representa a pior dor possível. Marque claramente a linha com um traço vertical ou uma cruzinha. Observação - A linha deve ter 10 cm. O escore é dado pela medida obtida.

Escore: _____



- 4. Escala Numérica de Dor (Numerical Rating Scale)** - Instrução - Se a entrevista for realizada antes da consulta: De 0 a 10, que número indica a intensidade de sua dor nesse momento? Se a entrevista for realizada após a consulta: De 0 a 10, que número indica a intensidade de sua dor quando chegou para a consulta? Zero representa ausência de dor e 10 é a pior dor possível. Observação - Os números não são apresentados sob a forma impressa. O escore é dado pelo valor escolhido.

Resposta: _____

- 5. O(A) Sr(a) tomou alguma medida para diminuir a dor (uso de chás, colutórios, aplicação de substâncias etc.)?**

() Não () Sim. Se sim, quantos e quais?

_____/_____
_____/_____
_____/_____
_____/_____
_____/_____

- 6. O(A) Sr(a) tomou algum remédio (ou medicamento) para diminuir a dor?**

() Não () Sim. Se sim, quantos e quais?

_____/_____
_____/_____
_____/_____

7. Esse medicamento foi receitado por médico ou dentista? (Essa questão deve ser feita para cada medicamento mencionado no item anterior)

Medicamento 1: () Não () Sim.

Se sim, qual dos dois profissionais o receitou? () Médico () Dentista

Medicamento 2: () Não () Sim.

Se sim, qual dos dois profissionais o receitou? () Médico () Dentista

Medicamento 3: () Não () Sim.

Se sim, qual dos dois profissionais o receitou? () Médico () Dentista

Medicamento 4: () Não () Sim.

Se sim, qual dos dois profissionais o receitou? () Médico () Dentista

Medicamento 5: () Não () Sim.

Se sim, qual dos dois profissionais o receitou? () Médico () Dentista

8. Como cada um desses medicamentos foi utilizado? Quais foram a dose/ quantidade e o local de administração utilizados (dose/concentração da forma farmacêutica [como um comprimido de 500 mg] e a via de administração)?

Medicamento 1: _____

Medicamento 2: _____

Medicamento 3: _____

Medicamento 4: _____

Medicamento 5: _____

9. De quanto em quanto tempo foi usado (intervalo de administração)?

Medicamento 1: _____

Medicamento 2: _____

Medicamento 3: _____

Medicamento 4: _____

Medicamento 5: _____

10. Durante quanto tempo foi usado ou há quanto tempo vem usando (duração de tratamento)?

Medicamento 1: _____

Medicamento 2: _____

Medicamento 3: _____

Medicamento 4: _____

Medicamento 5: _____

11. O(A) Sr(a) sentiu algum efeito colateral/desconforto após utilizar algum medicamento?

Não. Sim. Se sim, qual(is)?

12. O(A) Sr(a) acha que as propagandas que aparecem na televisão, nas revistas, nos jornais influenciam o(a) senhor(a) na hora de comprar os remédios/medicamentos?

Não. Sim.

13. O(A) Sr(a) já comprou remédios/medicamentos por influência das propagandas que aparecem na televisão, nas revistas, nos jornais?

Não. Sim.

14. O(A) Sr(a) acha que as propagandas que aparecem na televisão, nas revistas, nos jornais influencia as outras pessoas na hora de comprar remédios/medicamentos?

Não. Sim.

15. Algum dos remédios/medicamentos que o(a) senhor(a) usou para aliviar a sua dor de dente, antes de procurar o dentista, foi comprado/usado por influência de propaganda que apareceu na televisão, nas revistas, nos jornais?

() Não.

() Sim. Se sim, qual(is)? _____

16. Foi prescrito algum medicamento após o atendimento? (informação obtida por meio do prontuário do paciente)

() Não foi prescrito medicamento.

() Sim. Se sim, qual(is)?

Medicamento 1: _____

Medicamento 2: _____

Medicamento 3: _____

Medicamento 4: _____

Medicamento 5: _____

17. De quanto em quanto tempo será usado (intervalo de administração)?

() Não foi prescrito medicamento.

Medicamento 1: _____

Medicamento 2: _____

Medicamento 3: _____

Medicamento 4: _____

Medicamento 5: _____

18. Durante quanto tempo será usado (duração de tratamento)?

() Não foi prescrito medicamento.

Medicamento 1: _____

Medicamento 2: _____

Medicamento 3: _____

Medicamento 4: _____

Medicamento 5: _____

19. Diagnóstico estabelecido durante o atendimento:

Patologias pulpares:

- Pulpite reversível Pulpite irreversível Necrose pulpar
 Pólipo pulpar/pulpite ulcerada Sensibilidade dentinária

Patologias periapicais:

- Periodontite apical aguda/pericementite Abscesso periapical agudo
 Abscesso periapical crônico Granuloma periapical
 Cisto periapical Flegmão/celulite Lesão endoperiodontal

Patologias periodontais:

- Abscesso gengival Abscesso periodontal Gengivite
 Pericoronarite GUNA/PUNA Periodontite crônica

Outros:

- Fratura dental Destrução coronária extensa/indicação de exodontia
 Alveolite DTM Trauma oclusal Candidíase
 Outro: _____

20. Procedimento realizado durante o atendimento:

- Abertura coronária, medicação e selamento coronário
 Remoção de tecido cariado, seguido restauração (provisória ou definitiva)
 Exodontia/encaminhamento para exodontia
 Drenagem de abscesso
 Capeamento pulpar
 Pulpotomia
 Ajuste oclusal
 Conserto/ajuste de prótese
 Radiografia
 RASUB
 RAP
 Encaminhamento (citar para qual área, endodontia, periodontia...): _____
-

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar o(a) senhor(a) a participar da pesquisa intitulada “Padrão de automedicação e prescrição medicamentosa em serviços públicos de atendimento de urgência odontológica”, sob a responsabilidade da Profa. Maria Beatriz Cardoso Ferreira (professora do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul), e de Leonardo Spohr da Silveira e Manoela Seadi Pereira (cirurgiões-dentistas).

Temos como objetivo obter informações sobre o que os pacientes fazem, antes de procurar o serviço, para aliviar a sua dor de dente, especialmente os medicamentos que utilizam. Também queremos obter informações sobre os medicamentos que são prescritos para os pacientes ao final da consulta com o dentista.

Esta pesquisa não lhe trará benefícios diretos, mas é importante para melhor compreendermos quais são os medicamentos utilizados pelos pacientes para alívio da dor dentária, além de avaliar as prescrições realizadas pelos profissionais deste serviço, a fim de promover o aprimoramento do atendimento. Essa pesquisa não lhe trará qualquer gasto, não havendo qualquer tipo de reembolso em dinheiro.

Caso concorde em participar, o(a) senhor(a) responderá a um questionário com perguntas referentes a sua idade, escolaridade, tempo e intensidade da dor em seu dente, sobre o que fez para diminuir a dor, incluindo informações sobre os medicamentos usados antes do atendimento. Para isso, o(a) senhor(a) precisará dedicar algum tempo, em torno de 15 minutos, para a nossa entrevista.

Caso, em algum momento, o(a) senhor(a) não queira continuar respondendo ao questionário e desejar deixar a pesquisa, poderá fazê-lo, sem qualquer prejuízo para o seu atendimento.

Caso tenha alguma dúvida ou queira entrar em contato com os pesquisadores, poderá fazê-lo pelos telefones (51) 3308-3121 ou 3308-5993 ou pelo *e-mail* mariabea@ufrgs.br. Caso deseje, também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, localizado na Av. Paulo Gama, 110, sala 317, do prédio Anexo 1 da Reitoria, no Campus Centro, em Porto Alegre, RS, com telefone (51) 3308-3738, com o Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, localizado

na Av. Francisco Trein, 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, em Porto Alegre, RS, com telefone (51) 3357 2407.

É importante lhe esclarecer que as informações obtidas serão usadas com objetivos científicos, mantendo sempre o sigilo e o anonimato, ou seja, em nenhum momento, será relevado o seu nome ou informações referentes à sua pessoa.

O prazo de guarda e responsabilidade de armazenamento dos dados obtidos, bem como os demais documentos do projeto/protocolo de pesquisa, a contar do encerramento do estudo, será de 5 (cinco) anos. Os dados serão utilizados apenas para a presente pesquisa.

O presente documento terá duas vias. Uma será entregue ao(à) senhor(a), e a outra será mantida pelo grupo de profissionais que estão realizando a pesquisa.

_____ (Assinatura)
Nome do participante: _____

_____ (Assinatura)
Nome do pesquisador: _____

Data: _____

APÊNDICE C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFRGS

Página 1 de 1

De: fabricao.collares@ufrgs.br

Data: 17/08/2015 11:35:48

Para: mariabea@ufrgs.br

Assunto: Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Odontologia

Prezado Pesquisador MARIA BEATRIZ CARDOSO FERREIRA,

Informamos que o projeto de pesquisa AUTOMEDICACAO E PRESCRICAO ANALGESICA EM URGENCIAS ODONTOLOGICAS ATENDIDAS EM SERVICO UNIVERSITARIO, NA CIDADE DE PORTO ALEGRE, RS encaminhado para análise em 09/08/2015 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Odontologia com o seguinte parecer:

Pacientes que procuram atendimento odontológico em caráter de urgência frequentemente relatam dor de variada intensidade. Muitas vezes, esses mesmos pacientes não possuem boa higiene bucal e não consultam o cirurgião-dentista de maneira regular. Em outros casos, existe a dificuldade de acesso à consulta odontológica, seja por deficiências no sistema de saúde, dificuldades financeiras ou barreiras geográficas. A falta de cuidado concorre para o surgimento de problemas bucais, que eventualmente evoluem para quadros de desconforto intenso, levando o paciente a procurar assistência profissional, superando, muitas vezes, o medo da consulta odontológica. Não é incomum que os pacientes busquem meios para o alívio de seus sintomas, previamente à consulta odontológica. A automedicação é realizada por boa parte destes pacientes. Quando medicamentos isentos de prescrição são utilizados em dosagens, vias ou intervalos de administração incorretos, podem favorecer o surgimento de reações a

diversas. A prescrição de medicamentos com ação analgésica também é comum por parte dos cirurgiões-dentistas, após o atendimento em caráter de urgência, visto que, na maioria das vezes, são necessárias medidas medicamentosas para amenizar a dor pós-operatória. A prescrição destes agentes deve ser feita de maneira racional, sempre visando o melhor custo-benefício para o paciente e a comunidade. Este estudo visa identificar as medidas não medicamentosas e os principais medicamentos utilizados pelos pacientes, por meio de automedicação, para alívio de dor de origem odontológica previamente à consulta, bem como os medicamentos prescritos por profissionais que atuam em Serviço de Urgência Odontológica. Para tal, será realizado estudo observacional transversal, de caráter prospectivo, por meio de entrevista com pacientes adultos, atendidos em caráter de urgência, nos Ambulatórios das Clínicas Odontológicas da Faculdade de Odontologia da UFRGS, e por meio de busca de informações em s

eus prontuários, visando coletar dados demográficos, sobre uso e prescrição de medicamentos analgésicos, diagnósticos estabelecidos e tratamentos realizados. O projeto encontra-se bem delineado e apresenta mérito científico. Os autores devem prosseguir com o cadastramento na Plataforma Brasil para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa UFRGS (CEP/UFRGS).

Atenciosamente,

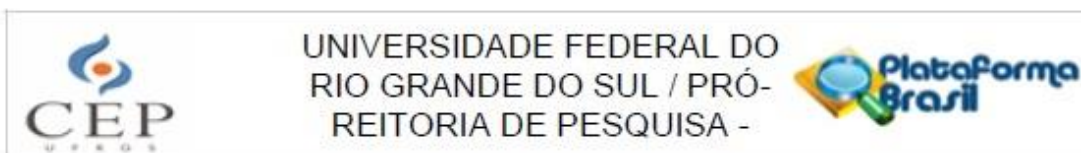
Comissão de pesquisa em Odontologia

Devido as suas características este projeto foi encaminhado nesta data para avaliação por .

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Odontologia

APÊNDICE D

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Automedicação e prescrição analgésica em urgências odontológicas atendidas em serviço universitário, na cidade de Porto Alegre, RS

Pesquisador: Maria Beatriz Cardoso Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48977315.1.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.582.011

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda solicitando a ampliação da amostra de um projeto aprovado pelo CEP/UFRGS anteriormente a partir da inclusão de pacientes de Serviços Públicos de Porto Alegre além dos pacientes atendidos nos ambulatórios da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o perfil de automedicação para alívio da dor dentária, realizada por pacientes que procuram Serviço de Urgência Odontológica.

Objetivo Secundário:

1. Estabelecer fatores preditores para o uso de automedicação, visando alívio de dor dentária.
2. Avaliar o padrão de prescrição de medicamentos com ação analgésica pelos profissionais que atuam em Serviço de Urgência Odontológica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios foram devidamente considerados.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.582.011

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem delineado e tem mérito científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Formulário da Plataforma Brasil, instrumentos para coleta de dados, folha de rosto, TCLE, Parecer da COMPEQ da Faculdade de Odontologia e cálculo de tamanho amostral foram apresentados. O mesmo se aplica aos termos de ciência da Secretaria Municipal de Saúde, do GHC, bem como ao termo de compromisso na utilização dos dados.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O parecer é pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_624954_E1.pdf	08/05/2016 20:11:06		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	08/05/2016 20:08:12	Maria Beatriz Cardoso Ferreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	EMENDA.pdf	21/04/2016 22:56:13	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DIVULGACAO_DE_DADOS_SMSPA.pdf	21/04/2016 22:55:59	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	INTEGRANTES_GHC.pdf	21/04/2016 22:49:21	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	FORMULARIO_SMSPA.pdf	21/04/2016 22:47:24	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	ENTREGA_RELATORIO_GHC.pdf	21/04/2016 22:46:30	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_ANUENCIA_GHC.pdf	21/04/2016 22:45:25	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CIENCIA_SMSPA.pdf	21/04/2016 22:43:05	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-080
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.582.011

Outros	CURRICULO_MARIABEATRIZ.pdf	17/04/2016 15:32:30	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	CURRICULO_FRANSISCO.pdf	17/04/2016 15:32:10	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	CURRICULO_MANOELA.pdf	17/04/2016 15:31:56	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	CURRICULO_LEONARDO.pdf	17/04/2016 15:31:36	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	ANEXOS.pdf	17/04/2016 14:46:51	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ATUALIZADO.pdf	17/04/2016 14:21:50	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ATUALIZADO.pdf	17/04/2016 14:20:23	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	TermoCompromisso.jpg	07/09/2015 18:27:39	Maria Beatriz Cardoso Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ParecerCOMPESQ.jpg	07/09/2015 18:25:17	Maria Beatriz Cardoso Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Junho de 2016

Assinado por:

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

APÊNDICE E

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC)

GRUPO HOSPITALAR
CONCEIÇÃO/HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Automedicação e prescrição analgésica em urgências odontológicas atendidas em serviço universitário, na cidade de Porto Alegre, RS

Pesquisador: Maria Beatriz Cardoso Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48977315.1.3002.5530

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.592.369

Apresentação do Projeto:

Pacientes que procuram atendimento odontológico em caráter de urgência frequentemente relatam dor de variada intensidade. Muitas vezes, esses mesmos pacientes não possuem boa higiene bucal e não consultam o cirurgião-dentista de maneira regular. Em outros casos, existe a dificuldade de acesso à consulta odontológica, seja por deficiências no sistema de saúde, dificuldades financeiras ou barreiras geográficas. A falta de cuidado concorre para o surgimento de problemas bucais, que eventualmente evoluem para quadros de desconforto intenso, levando o paciente a procurar assistência profissional, superando, muitas vezes, o medo da consulta odontológica.

Não é incomum que os pacientes busquem meios para o alívio de seus sintomas, previamente à consulta odontológica. A automedicação é realizada por boa parte destes pacientes. Quando medicamentos isentos de prescrição são utilizados em dosagens ou esquemas de administração incorretos, podem favorecer o surgimento de efeitos adversos.

A prescrição de medicamentos com ação analgésica também é comum por parte dos cirurgiões-dentistas, após o atendimento em caráter de urgência, visto que, na maioria

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

Continuação do Parecer: 1.592.369

das vezes, são necessárias medidas medicamentosas para amenizar a dor pós-operatória. A prescrição destes agentes deve ser feita de maneira racional, sempre visando o melhor custo-benefício para o paciente e a comunidade.

Este estudo visa avaliar quais as medidas não medicamentosas e os principais medicamentos analgésicos utilizados pelos pacientes, por automedicação, previamente à consulta odontológica, bem como os medicamentos prescritos por profissionais que atuam em Serviço de Urgência Odontológica.

Para tal, será realizado estudo observacional transversal, de caráter prospectivo, por meio de entrevista com pacientes adultos, atendidos em caráter de urgência nos Ambulatórios das Clínicas Odontológicas da Faculdade de Odontologia da UFRGS, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Moacyr Scliar e Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Marta, bem como busca de informações em seus prontuários, visando coletar informações relativas a dados demográficos e parâmetros clínicos, uso e prescrição de medicamentos analgésicos, diagnósticos estabelecidos e tratamentos realizados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos gerais

O presente Estudo de Utilização de Medicamentos tem como objetivos avaliar o perfil de automedicação para alívio da dor dentária, realizada por pacientes que procuram Serviços de Urgência Odontológica, bem como avaliar o padrão de prescrição de medicamentos com ação analgésica pelos profissionais que atuam nesse serviço.

2. Objetivos específicos

1. Identificar os medicamentos e as medidas não medicamentosas utilizadas pelos pacientes previamente ao atendimento odontológico, para alívio da dor dentária.
2. Identificar os esquemas de administração dos medicamentos utilizados pelos pacientes previamente ao atendimento odontológico, para alívio da dor dentária.
3. Identificar a frequência de relato de automedicação, para alívio da dor dentária, previamente ao atendimento odontológico.
4. Identificar a frequência de uso de antimicrobianos pelos pacientes, por meio de automedicação, previamente ao atendimento odontológico.
5. Identificar a frequência de relato pelos pacientes de uso de medicamentos em doses superiores às recomendadas na bula e na literatura, previamente ao atendimento odontológico, para alívio da dor dentária.

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

Continuação do Parecer: 1.592.369

6. Identificar a frequência de relato pelos pacientes de eventos adversos, relacionados ao uso de medicamentos e outras medidas não medicamentosas, previamente ao atendimento odontológico, para alívio da dor dentária.
7. Verificar a eventual associação entre automedicação e parâmetros demográficos (gênero, idade e escolaridade do paciente) e clínicos (diagnóstico estabelecido, tratamento dentário realizado).
8. Verificar a eventual associação entre automedicação e nível de dor dentária relatado pelos pacientes, avaliado por meio dos escores em escalas numérica, analógica visual e verbal de dor.
9. Verificar a eventual associação entre automedicação e fobia dental, avaliada por meio de Escala de Ansiedade Dental de Corah.
10. Verificar a eventual associação entre automedicação e ansiedade, verificada por meio do questionário de Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).
11. Identificar os medicamentos analgésicos prescritos pelos cirurgiões-dentistas, aos pacientes que procuram Serviço de Urgência Universitário e Serviços de Atenção Primária.
12. Identificar os esquemas de administração dos medicamentos analgésicos prescritos pelos cirurgiões-dentistas, aos pacientes que procuram Serviço de Urgência Universitário e Serviços de Atenção Primária.
13. Identificar os diagnósticos clínicos estabelecidos para os pacientes atendidos, visando correlacioná-los com os medicamentos prescritos.
14. Identificar os tratamentos dentários adotados pelos profissionais que realizaram o atendimento, visando correlacioná-los com os medicamentos prescritos.
15. Verificar a eventual associação entre prescrição de determinado analgésico e parâmetros demográficos (gênero, idade e escolaridade do paciente) e clínicos (diagnóstico estabelecido, tratamento dentário realizado).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e adequada ética e metodologicamente. Projeto de dissertação de mestrado.

Foi realizada uma Emenda incluindo a UPA Moacyr Scliar sob a gestão do GHC.

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.350-200
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 Fax: (51)3357-2407 E-mail: cep-ghc@ghc.com.br

GRUPO HOSPITALAR
CONCEIÇÃO/HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA



Continuação do Parecer: 1.592.369

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes e adequados.

Recomendações:

N/A

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado com as seguintes recomendações:

- Garantir local/sala reservada para fazer a entrevista com os pacientes;
- Entrevista acontecer somente após o atendimento, já que os sujeitos estão em um serviço de pronto atendimento por estarem com dor/urgência dentária.
- Sugere-se abordar pacientes em turnos diferentes (diurno/noturno), uma vez que são perfis completamente diferentes de público.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_624954_E1.pdf	08/05/2016 20:11:06		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	08/05/2016 20:08:12	Maria Beatriz Cardoso Ferreira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_624954_E1.pdf	21/04/2016 23:10:09		Aceito
Declaração de Pesquisadores	EMENDA.pdf	21/04/2016 22:56:13	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DIVULGACAO_DE_DADOS_SMSPA.pdf	21/04/2016 22:55:59	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	INTEGRANTES_GHC.pdf	21/04/2016 22:49:21	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	FORMULARIO_SMSPA.pdf	21/04/2016 22:47:24	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	ENTREGA_RELATORIO_GHC.pdf	21/04/2016 22:46:30	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_ANUENCIA_GHC.pdf	21/04/2016 22:45:25	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TERMO_DE_CIENCIA_SMSPA.pdf	21/04/2016 22:43:05	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.350-200
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 Fax: (51)3357-2407 E-mail: cep-ghc@ghc.com.br

GRUPO HOSPITALAR
 CONCEIÇÃO/HOSPITAL
 NOSSA SENHORA DA



Continuação do Parecer: 1.592.369

Ausência	TERMO_DE_CIENCIA_SMSPA.pdf	21/04/2016 22:43:05	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	CURRICULO_MARIABEATRIZ.pdf	17/04/2016 15:32:30	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	CURRICULO_FRANSISCO.pdf	17/04/2016 15:32:10	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	CURRICULO_MANOELA.pdf	17/04/2016 15:31:56	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	CURRICULO_LEONARDO.pdf	17/04/2016 15:31:36	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	ANEXOS.pdf	17/04/2016 14:46:51	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ATUALIZADO.pdf	17/04/2016 14:21:50	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ATUALIZADO.pdf	17/04/2016 14:20:23	Leonardo Spohr da Silveira	Aceito
Outros	TermoCompromisso.jpg	07/09/2015 18:27:39	Maria Beatriz Cardoso Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ParecerCOMPESQ.jpg	07/09/2015 18:25:17	Maria Beatriz Cardoso Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	Maria_Beatriz.pdf	07/09/2015 18:05:10	Maria Beatriz Cardoso Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 15 de Junho de 2016

Assinado por:
 Daniel Demétrio Faustino da Silva
 (Coordenador)

Endereço: Francisco Trein, 506 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
 Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.350-200
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3357-2407 Fax: (51)3357-2407 E-mail: cep-ghc@ghc.com.br

APÊNDICE F

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

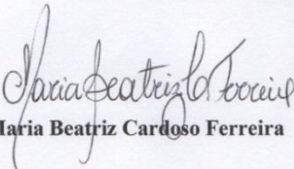
TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

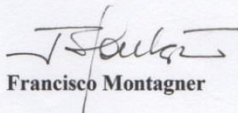
AUTOMEDICAÇÃO E PRESCRIÇÃO ANALGÉSICA EM URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS ATENDIDAS EM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO, NA CIDADE DE PORTO ALEGRE, RS

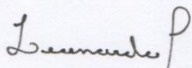
Os pesquisadores do presente projeto declaram que têm conhecimento da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), normatizadora da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e assumem o compromisso de cumprir suas determinações no desenvolvimento da pesquisa.

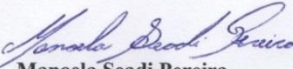
Os pesquisadores se comprometem, ainda, a preservar o sigilo e a confidencialidade dos dados coletados. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, vinculadas à execução do projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima, preservando a identidade de pacientes e profissionais de saúde.

Porto Alegre, 12 de maio de 2015.


Maria Beatriz Cardoso Ferreira


Francisco Montagner


Leonardo Spohr da Silveira


Manoela Seadi Pereira

ANEXO A

ESCALA DA ANSIEDADE DENTAL DE CORAH (EADC)

Nº entrevista: |_|_|_|_|

1) Se você tiver que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria?

1. Eu estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável.
2. Eu não me importaria.
3. Eu me sentiria ligeiramente desconfortável.
4. Eu temo que eu me sentiria desconfortável e teria dor.
5. Eu estaria com muito medo do que o dentista me faria.

2) Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?

1. Relaxado.
2. Meio desconfortável.
3. Tenso.
4. Ansioso.
5. Tão ansioso, que começo a suar ou começo a me sentir mal.

3) Quando você está na cadeira odontológica, esperando que o dentista comece a trabalhar nos seus dentes com a turbina, como você se sente?

1. Relaxado.
2. Meio desconfortável.
3. Tenso.
4. Ansioso.
5. Tão ansioso, que começo a suar ou começo a me sentir mal.

4) Você está na cadeira odontológica para ter seus dentes limpos. Enquanto você aguarda o dentista pegar os instrumentos que ele usará para raspar seus dentes perto da gengiva, como você se sente?

1. Relaxado.
2. Meio desconfortável.
3. Tenso.
4. Ansioso.
5. Tão ansioso, que começo a suar ou começo a me sentir mal.

ANEXO B

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO

Nº entrevista: |_|_|_|_|

INSTRUÇÕES:

Nas páginas seguintes, há dois questionários para você responder. Trata-se de algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Não há respostas certas ou erradas. Leia com toda atenção cada uma das perguntas da parte I e assinale, com um círculo, um dos números (1, 2, 3 ou 4), à direita.

PARTE I – IDATE-ESTADO

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO				
Muitíssimo ---- 4	Bastante ---- 3	Um pouco ---- 2	Absolutamente não ---- 1	
1 – Sinto-me calmo			1	2 3 4
2 – Sinto-me seguro			1	2 3 4
5 – Sinto-me à vontade			1	2 3 4
6 – Sinto-me perturbado			1	2 3 4
7 – Estou perturbado com possíveis infortúnios			1	2 3 4
8 – Sinto-me descansado			1	2 3 4
11 – Sinto-me confiante			1	2 3 4
13 – Estou agitado			1	2 3 4
14 – Sinto-me uma pilha de nervos			1	2 3 4
16 – Sinto-me satisfeito			1	2 3 4
17 – Estou preocupado			1	2 3 4
18 – Sinto-me confuso			1	2 3 4
19 – Sinto-me alegre			1	2 3 4
Os itens em negrito são as perguntas de caráter positivo do IDATE-estado.				
Para as questões 1,2,5,8,11,16 e 19: 1=4, 2=3, 3=2, 4=1				

PARTE II – IDATE-TRAÇO

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO	
Quase sempre --- 4 Frequentemente --- 3 Às vezes --- 2 Quase nunca --- 1	
1 – Sinto-me bem	1 2 3 4
2 – Canso-me facilmente	1 2 3 4
5 – Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente....	1 2 3 4
7 – Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1 2 3 4
8 – Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver.....	1 2 3 4
9 – Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1 2 3 4
10 – Sou feliz	1 2 3 4
12 – Não tenho muita confiança em mim mesmo	1 2 3 4
16 – Estou satisfeito	1 2 3 4
17 – Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupado..	1 2 3 4
18 – Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1 2 3 4
20 – Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	1 2 3 4
Os itens em negrito são as perguntas de caráter positivo do IDATE-traço	

Para as questões 1, 7, 10 e 16: 1=4, 2=3, 3=2, 4=1