

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**Caracterização do nível de conhecimento sobre medicamentos prescritos e
prevalência de automedicação por pacientes ambulatoriais odontológicos**

ANA PAULA DRESCH

PORTO ALEGRE, 2008

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

Caracterização do nível de conhecimento sobre medicamentos prescritos e prevalência de automedicação por pacientes ambulatoriais odontológicos

Dissertação apresentada por **Ana Paula Dresch**
para a obtenção do GRAU DE MESTRE em
Ciências Farmacêuticas

Orientador: **Prof^a. Dr^a. Isabela Heineck**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, em nível de Mestrado – da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 26.06.2008, pela Comissão/Banca examinadora constituída por:

Profª Dra. Claides Abegg

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profª Dra. Maria Beatriz Cardoso Ferreira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profª Dra. Tatiane da Silva Dal-Pizzol

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

D773c Dresch, Ana Paula
Caracterização do nível de conhecimento sobre medicamentos prescritos e prevalência de automedicação por pacientes ambulatoriais odontológicos / Ana Paula Dresch – Porto Alegre : UFRGS, 2008. – xv, 113 p. : il.

Dissertação (mestrado). UFRGS. Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas.

1. Conhecimento sobre medicamentos. 2. Prescrição de medicamentos. 3. Odontologia. 4. Automedicação. 5. Uso racional de medicamentos. I. Heineck, Isabela. II. Título.

CDU: 615.2.03

Bibliotecária responsável:

Margarida Maria Cordeiro Fonseca Ferreira, CRB 10/480

“Lord we may know what we are, but know not what we may be.”
“Podemos saber o que somos, mas apenas supor o que podemos ser.”

William Shakespeare (1564-1616)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus pais, Claudete e Geraldo, que sempre ofereceram apoio e incentivo nas minhas escolhas;

À minha avó, Dina Teresa Concatto, pelo grande exemplo de fé e determinação, e pelas orações diárias destinadas a toda família;

À professora orientadora Isabela, pelos ensinamentos, disposição e paciência durante as etapas desse trabalho;

A todos meus amigos que, mesmo alguns estando longe, estiveram comigo nesses dois anos e contribuíram com minha evolução;

Aos meus colegas de mestrado, em especial a Carolina e Christiane, com as quais aprendi muito;

À professora Maria Cristina Munerato, pela ótima acolhida na Faculdade de Odontologia da UFRGS;

À enfermeira Maria Cristina Cuozzo, por facilitar o desenvolvimento da coleta de dados no GHC;

Ao meu colaborador na coleta de dados, Felipe Segabinazzi, pela disposição em todas as horas;

E, por último, agradeço a Deus, a grande força criadora do Universo.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	X
RESUMO	XII
ABSTRACT	XIV
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo Geral	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3. REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1 Erros de medicação no processo terapêutico	11
3.2 A prescrição de medicamentos pelos profissionais de saúde	12
3.2.1 A prescrição de medicamentos na odontologia	14
3.3 Fontes de Informações sobre medicamentos.....	17
3.3.1 Estratégias utilizadas na educação sobre medicamentos	18
3.4 Nível de Informação sobre Medicamentos prescritos.....	20
3.5 A prática da automedicação	23
3.5.1 A automedicação na odontologia	26
4. METODOLOGIA	29
4.1 O ESTUDO	31
4.1.1 Delineamento	31
4.1.2 Locais de Estudo	31
4.2 A AMOSTRA	31
4.2.1 Descrição da População.....	31
4.2.2 Critérios de Inclusão.....	32
4.2.3 Critérios de Exclusão.....	32
4.2.4 Estudo Piloto	32
4.2.5 Estimativa do Tamanho da Amostra.....	33
4.3 A ENTREVISTA	33
4.3.1 O Instrumento de Coleta de Dados	33
4.3.2 Aspectos Éticos e Consentimento	34
4.3.3 A dinâmica da entrevista	34
4.3.3.1 Apresentações e Identificações.....	34
4.3.3.2 A Prescrição Verbal.....	35
4.3.3.3 A Prescrição Escrita	35
4.3.3.4 Fontes de Informação sobre o Medicamento Prescrito	37
4.3.3.5 Automedicação.....	37
4.3.3.6 Aspectos Sócio-econômicos	38
4.3.3.7 Finalizando a Entrevista	39
4.4 OS ENTREVISTADORES	39
4.5 OS DADOS COLETADOS	39
4.5.1 Coleta de Dados.....	39

4.5.2 Armazenamento dos Dados	40
4.5.3 Análise dos Dados.....	40
4.5.3.1 Análise Estatística dos Dados	40
4.5.4 Critérios na Avaliação do Nível de Informação.....	40
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
5.1 Coleta de Dados.....	47
5.2 Caracterização da População	47
5.3 Prescrições Verbais.....	49
5.4 Prescrições Escritas	51
5.5 Nível de Informação sobre os Medicamentos Prescritos.....	54
5.5.1 Relação do nível de conhecimento com variáveis sócio-demográficas...	65
5.6 Fontes de Informação sobre Medicamentos	68
5.7 A Automedicação	70
6. CONCLUSÕES.....	79
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
8. ANEXOS.....	101
ANEXO A - Termo de Consentimento Informado utilizado na UFRGS.....	103
ANEXO B - Termo de Consentimento Informado utilizado no GHC	104
ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS.....	105
ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética do GHC	106
ANEXO E - Formulário de Entrevista Original.....	107
9. BIOGRAFIA.....	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Características sócio-demográficas dos pacientes da amostra (n=286).....	48
Tabela 5.2 – Relação entre renda familiar e quantidade de indivíduos que vivem dessa renda (n=286).....	49
Tabela 5.3 – Medicamentos mais prescritos na amostra (n=391).....	51
Tabela 5.4 – Avaliação da resposta dos pacientes em relação às variáveis da prescrição (n=258)	56
Tabela 5.5 – Respostas dos pacientes à pergunta: “Deve haver algum cuidado no uso desse remédio?” (n=258).....	57
Tabela 5.6 – Precauções mais citadas pelos pacientes.....	57
Tabela 5.7 – Respostas dos pacientes à pergunta: “Esse remédio pode causar reações adversas?” (n=258)	58
Tabela 5.8 – Frequência de acerto em relação às variáveis nome, indicação terapêutica, dose, frequência de doses, precauções e reações adversas (n=258)....	59
Tabela 5.9 – Respostas dos pacientes à pergunta: “Quanto tempo deve utilizar o medicamento?” (n=258)	59
Tabela 5.10 – Nível de conhecimento dos medicamentos prescritos, de acordo com a importância de cada variável para a utilização segura (n=258).....	60
Tabela 5.11 – Relação entre características sócio-demográficas e as variáveis nome, indicação, dose e frequência de administração.....	66
Tabela 5.12 – Fontes de Informação sobre Medicamentos prescritos de acordo com os pacientes	68
Tabela 5.13 – Atitudes dos paciente quando não comparecem ao dentista quando há algum problema bucal (n=125).....	70
Tabela 5.14 – Classes farmacológicas mais citadas na automedicação (n=256).....	71
Tabela 5.15 – Nomes de medicamentos mais citados na automedicação (n=256).....	71
Tabela 5.16 – Respostas dos pacientes a pergunta “Como ficou sabendo desse remédio?” (n=200).....	72
Tabela 5.17 – Associação entre automedicação e variáveis sócio-demográficas....	76

RESUMO

Cirurgiões-dentistas são responsáveis pela prescrição de medicamentos, fazendo-se necessário estudos que investiguem o quanto o paciente conhece seu tratamento. Outro aspecto de destaque na odontologia é a automedicação.

OBJETIVOS: Avaliar e caracterizar o nível de conhecimento dos pacientes em relação aos medicamentos prescritos em serviços odontológicos públicos de Porto Alegre; verificar existência de prescrições verbais; identificar a prevalência de automedicação.

METODOLOGIA: A pesquisa seguiu o modelo de estudo transversal. O instrumento de coleta de dados foi um questionário preenchido após consulta com o dentista, em dois serviços de urgência odontológica. Para avaliar o nível de conhecimento, utilizou-se um escore cuja pontuação possibilitou a classificação em nível bom, regular ou insuficiente. Para a automedicação, identificou-se a prevalência da prática, classes farmacológicas e medicamentos mais utilizados pelos pacientes, no âmbito odontológico.

RESULTADOS: Dos 286 entrevistados, 164 (57%) eram do sexo feminino, com média de idade de 35 anos e renda familiar de 3,5 salários mínimos. Observou-se um índice de aproximadamente 10% de prescrições verbais, e em relação às prescrições escritas (n=258), identificou-se que 86% dos pacientes sabiam o nome do medicamento, 85% a frequência de doses, 66% a indicação terapêutica e 65% a dose. Apenas 20% e 9% sabiam informar sobre precauções e efeitos adversos, respectivamente. Através do escore utilizado, 55% da amostra apresentou um nível de conhecimento regular, 34% insuficiente e 11% bom. Encontrou-se uma prevalência de 70% de automedicação, sendo as classes mais utilizadas os analgésicos (52%), antiinflamatórios não-esteróides (14%), relaxantes musculares (11%) e antibióticos (9%). Não houve associação entre a prática da automedicação e variáveis sócio-demográficas.

CONCLUSÕES: A maioria dos pacientes apresenta um nível de conhecimento suficiente a respeito das informações principais do tratamento, porém é necessária uma melhor comunicação entre dentista e paciente a fim de promover o uso racional de medicamentos. A alta prevalência de automedicação e não associação com características sócio-demográficas pode estar relacionada ao problema que geralmente motiva a busca do atendimento de urgência, a dor dental, que requer solução imediata e pode ser, em um primeiro momento, contornada com medicamentos de venda livre. Porém, deve-se ressaltar o percentual expressivo de medicamentos utilizados equivocadamente para tratar afecções bucais.

PALAVRAS-CHAVE: conhecimento sobre medicamentos, prescrição na odontologia, automedicação na odontologia, uso racional de medicamentos.

ABSTRACT

Dentists are responsible for drug prescribing, hence the importance of studies that aim to evaluate patients' knowledge regarding their treatment. Another matter of concern in dentistry is the practice of self-medication.

OBJECTIVES: To assess and describe the degree of patients' knowledge regarding their prescribed medicine in emergency dental services located in Porto Alegre, Brazil; verify the occurrence of verbal prescribing practice by dentists; assess prevalence of self-medication.

METHODS: A cross-sectional study was carried out in two emergency services, whose data were collected using a structured questionnaire after dental consultation. In order to evaluate the degree of patient's knowledge, a scoring system was used, which each variable was graded. The sum of the points produced three different levels: good, regular and insufficient. Regarding self-medication, the aim was to establish its prevalence and identify the most utilized medications before seeking the dentist.

RESULTS: Of the 286 outpatients interviewed, 164 (57%) were female, with a 35 year-old average and family mean income of 3.5 minimal salaries. Around 10% of the patients received verbal prescription and of the 258 who were questioned concerning medication knowledge from written prescriptions, 86% identified correctly the drug's name, 85% could tell the dose schedule, 66% knew the indication and 65% the correct dosage. Only 20% and 9% were able to inform aspects of precautions and adverse reactions, respectively. From scoring system results, 55% of the patients displayed a regular knowledge, 34% insufficient and 11% a good one. The prevalence of self-medication among patients was 70%, being analgesics (52%), nonsteroidal antiinflammatories (14%), muscle relaxants (11%) and antibiotics (9%) the most utilized groups. There was no association between self-medication and independent variables.

CONCLUSIONS: The majority of the patients showed a sufficient knowledge level concerning the primary aspects of drug treatment, however a better communication between dentists and patients is required in order to promote rational drug use. The high prevalence of self-medication and its lack of association with socio-demographic variables might be related to the reason people usually seek the emergency department, that is dental pain, which requires immediate care and may be, on a first attempt, solved with OTC drugs. However, there was an expressive share of medication mistakenly used for dental purposes.

KEYWORDS: patients' knowledge, drug information, dental prescriptions, self-medication in dentistry, rational drug use.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Os cirurgiões-dentistas, num campo mais restrito da farmacoterapia, são responsáveis pela prescrição de medicamentos, sendo a maioria de uso sistêmico, como analgésicos, antiinflamatórios não-esteróides e antimicrobianos (CIANCIO e col., 1989). Assim como para outros profissionais de saúde, a prescrição medicamentosa envolve aspectos éticos e legais que devem receber a devida atenção, estando seus responsáveis sujeitos à legislação de controle e às ações de vigilância sanitária (WANNMACHER e FERREIRA, 2007; BRITO, 2005). Mesmo assim, uma parcela considerável de profissionais dentistas faz uso de prescrições verbais, preterindo a forma escrita (MURRAH e col., 1987; CASTILHO e col., 1999).

O conhecimento de farmacologia e terapêutica do cirurgião-dentista (BATTELINO e BENNUN, 1993), aliado ao conhecimento da forma de utilização do medicamento por parte do paciente, é determinante na promoção do uso racional de medicamentos. A falta de informação sobre aspectos do tratamento em geral é uma das principais razões para que 30 a 50% dos pacientes não utilizem os medicamentos conforme prescritos (FARLEY, 1998). O conhecimento do paciente sobre a doença e o medicamento tem importante impacto na adesão ao tratamento.

Dessa forma, faz-se necessária a realização de estudos que enfoquem o nível de conhecimento do paciente em relação aos medicamentos prescritos. Estudos internacionais puderam, até o momento, apresentar o panorama do conhecimento em diversas regiões o mundo, porém no Brasil, poucos trabalhos tiveram esse enfoque. A iniciativa veio com SILVA e colaboradores (2000), que entrevistaram pacientes atendidos em um ambulatório médico de uma unidade hospitalar. No entanto, até o momento, nenhum estudo foi conduzido no campo da odontologia.

Um dos objetivos dos serviços públicos odontológicos é a redução das desigualdades, propiciando melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde para os indivíduos com menor nível socioeconômico, que são mais vulneráveis às doenças bucais (WATT e SHEIHAM, 1999; MARMOT e FEENEY, 1997), porém existem importantes diferenças em relação à saúde bucal e ao tipo de tratamento

recebido entre os usuários dos diferentes tipos de serviços odontológicos (MATOS e col., 2002; BARROS e BERTOLDI, 2002). Esses fatores podem levar diferentes camadas da população à prática da automedicação, especialmente na presença de dor.

A automedicação na odontologia, com fármacos que necessitam de receita, é muito habitual, seja por reutilização de uma prescrição prévia ou aquisição direta na farmácia (JUYOL e QUESADA, 2002) sendo que analgésicos e antiinflamatórios são freqüentemente escolhidos para aliviar sintomas e evitar a procura de um cirurgião-dentista (PRESHAW, 1994; MASON, 1997; SOUAGA, e col., 2000).

Considerando o número escasso de estudos que enfocam o uso de medicamentos no âmbito odontológico, este trabalho propõe caracterizar o nível de conhecimento dos pacientes sobre este recurso terapêutico, bem como verificar a prevalência de prescrições verbais e da prática da automedicação e identificar os medicamentos mais utilizados pela população atendida em serviços públicos de saúde em Porto Alegre.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o nível de conhecimento dos pacientes em relação aos medicamentos prescritos em serviços odontológicos públicos de Porto Alegre e identificar prevalência de automedicação.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Quantificar prescrições verbais e por escrito;
- Identificar e quantificar o nível de conhecimento dos itens da prescrição;
- Identificar fontes individuais de informação sobre medicamentos por parte do paciente;
- Identificar prevalência de automedicação;
- Identificar os medicamentos mais utilizados na automedicação;
- Verificar se existe associação entre os itens da prescrição e automedicação com características sócio-demográficas.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Erros de medicação no processo terapêutico

De 1992 a 2006 o *Food and Drug Administration* (FDA) recebeu cerca de trinta mil relatos de erros de medicação. Sendo esses relatos voluntários, estima-se que o número real seja muito maior. É importante, todavia, reconhecer que esses erros devem-se a fatores múltiplos pertencentes a um sistema complexo de utilização de medicamentos (MEADOWS, 2006).

Erros de Medicação define-se, de acordo com o *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP), como 'qualquer evento prevenível que possa causar ou conduzir ao uso inapropriado do medicamento ou a dano ao paciente, enquanto esse medicamento está sob o controle do profissional da saúde, paciente ou consumidor. Esses eventos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos de saúde, a procedimentos e etapas do sistema que incluem: prescrição; ordem de comunicação; rotulagem do produto, embalagem e nomenclatura; composição; dispensação; distribuição; administração; educação; monitoramento e uso'.

Dessa forma, é importante que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta, visto que a prescrição de medicamentos é a principal fonte de informação da terapêutica farmacológica. As mensagens a respeito da terapia farmacológica são transmitidas pela comunicação escrita ou verbal. Na escrita, utilizam-se as prescrições e formulários de requisição enviados à farmácia; a verbal ocorre nas relações interpessoais e profissionais (SILVA e col., 2007).

SILVA e colaboradores (2007) analisaram 294 prescrições médicas em busca de causas para os erros de medicação e constataram que 34,7% delas estavam ilegíveis ou parcialmente legíveis, sendo que 94,9% estavam incompletas em um ou mais itens que devem constar na prescrição. Em entrevista com 68 profissionais de saúde do hospital, 29% dos relatos apontaram o erro de prescrição como o de maior ocorrência.

Em estudo realizado com 152 profissionais de quatro hospitais de grandes cidades do país, a causa de erro de medicação mais citada foi prescrição/transcrição de medicamentos, evidenciada na dificuldade de compreensão da letra do médico (no caso de prescrições manuais) e a erros ou inadequação da prescrição (MIASSO e col., 2006).

No Brasil, milhões de prescrições geradas anualmente nos serviços públicos de saúde não apresentam os requisitos técnicos e legais imprescindíveis para uma dispensação eficiente e uma administração segura dos medicamentos. Isso retro-alimenta a demanda pelos serviços clínicos, muitas vezes em níveis mais complexos, onerando de forma desnecessária os gastos com saúde e diminuindo a qualidade de vida dos pacientes (LYRA e col., 2004)

PLANELLS e colaboradores (2002) conduziram estudo em um hospital terciário sobre a implementação de prescrições eletrônicas, e apontaram ser essa uma das ações prioritárias para prevenir os erros e eventos adversos por medicamentos usados em pacientes hospitalizados, permitindo o desenvolvimento de novas tecnologias pelas redes que informam a sua história clínica. Com a prescrição eletrônica direta informatizada pelo profissional, evitam-se problemas como erros de transcrição, de legibilidade, de abreviaturas inadequadas e de prescrições incompletas ou ambíguas.

3.2 A prescrição de medicamentos pelos profissionais de saúde

A prescrição é considerada uma atribuição legal, pressupondo-se um conhecimento real de farmacologia, quanto a ações, usos e esquemas de administração de fármacos. Ela envolve questões de âmbito legal, técnico e clínico, estando seus responsáveis sujeitos à legislação de controle e às ações de vigilância sanitária (WANNMACHER e FERREIRA, 2007; BRITO, 2005).

Cada país dispõe de normas sobre a informação mínima que deve constar nas receitas, assim como sobre fármacos que requerem prescrição para serem dispensados e profissionais autorizados a realizar essas funções. Recentemente em países como a Inglaterra, não apenas a médicos e dentistas, mas também a outros

profissionais de saúde foi dado o poder estatutário de prescrever medicamentos (REYNOLDS, 2003). O processo na escolha do medicamento correto é complexo e é determinado por vários princípios que os prescritores devem conhecer (REYNOLDS, 2003). A condição mais importante é que a prescrição seja clara, devendo também ser legível e indicar com precisão o que deve ser administrado. Na prática, a prescrição medicamentosa pode ocorrer de três formas: escrita, eletrônica ou verbal.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998; WHO, 2001), os itens que devem constar numa prescrição são:

- (a) nome, endereço e telefone do prescritor;
- (b) data;
- (c) nome genérico ou comercial do fármaco e concentração;
- (d) forma farmacêutica e quantidade total;
- (e) instruções e advertências;
- (f) nome, endereço e idade do paciente;
- (g) assinatura do prescritor.

Tem sido difícil avaliar, ao longo dos anos, o fluxo de seleção do medicamento por parte dos prescritores. No entanto, muitos estudos confirmaram que em várias ocasiões o ato de prescrever ou não-prescrever deixa os profissionais desconfortáveis. BRADLEY (1992) conduziu um estudo com 74 prescritores no intuito de saber as razões dos médicos para a escolha de um medicamento e os motivos para se sentirem desconfortáveis com isso. As principais razões que influenciaram a decisão foram: expectativa do paciente, apropriação clínica e fatores relacionados com a relação médico-paciente. Os principais motivos de desconforto relatados foram: preocupação com a toxicidade do fármaco, falha em corresponder às suas próprias expectativas, escolha do tratamento mais apropriado e ignorância ou insegurança.

O problema do uso não-racional de medicamentos se origina, principalmente, na existência de más práticas de prescrição por parte dos profissionais de saúde que, por sua vez, têm suas raízes na capacitação deficiente nas áreas de farmacologia e terapêutica. A falta de conhecimento ou informações imprecisas ou equivocadas acerca das propriedades e usos dos medicamentos pode gerar decisões errôneas no momento da escolha terapêutica (BATTELLINO e BENNUN, 1993).

Muitos profissionais de saúde têm reconhecido a importância da participação do paciente na escolha do medicamento, e para isso, a comunicação é parte fundamental. Resultados adversos, como a não-adesão ao tratamento, estão associados a conflitos de informações ou suposições imprecisas por parte do médico (BRITTEN e col., 2000). Tem sido atribuído o termo 'concordância' durante a consulta para explicar a situação em que o profissional consegue identificar as perspectivas do paciente, explicar a importância da terapia, onde o entendimento tanto da adesão como não-adesão conduzem a um acordo sobre o medicamento a ser utilizado (ELWYN e col., 2007). Muitos pacientes podem não desejar participar da decisão final do tratamento, mas, frequentemente, querem se envolver na discussão para a seleção da melhor opção, apresentando suas preferências (BELCHER e col., 2006; DEBER e col., 1996).

Prescrição racional tem sido definida como a prescrição que é apropriada, segura, efetiva e econômica. BARBER (1995) propôs quatro objetivos a serem alcançados a fim de otimizar a prescrição: maximizar a eficácia, minimizar riscos, minimizar custos e respeitar as escolhas do paciente.

3.2.1 A prescrição de medicamentos na odontologia

Tem sido identificado que, em geral, os cirurgiões-dentistas desconhecem a importância da documentação odontológica, negligenciando sua elaboração (BRITO, 2005). BASTOS e colaboradores (1988) afirmam que todo documento odontológico, que diz respeito a um paciente, pode vir a ser considerado legal dependendo da situação. Isso indica que um prontuário odontológico pode ser classificado como um documento legal.

Uma grande parcela dos profissionais não faz uso da prescrição escrita na hora de indicar um medicamento. CASTILHO e colaboradores (1999) identificaram que 25,8% dos cirurgiões-dentistas clínicos de Belo Horizonte costumavam prescrever verbalmente a seus pacientes. O mesmo autor relata que 30% da amostra não considerava a farmacologia muito importante na sua vida profissional e 44,8% dos pesquisados consideravam insuficientes os seus conhecimentos nessa área.

Em estudo realizado na cidade de Campo Grande-MS, PONTES (2002) analisou 509 prescrições odontológicas nas quais 78,8% estavam preenchidas incorretamente e 74,5% apresentavam a posologia inadequada. Aproximadamente dois terços dos pacientes (n=324) entrevistados não haviam sido submetidos a anamnese, no entanto, 81,5% receberam explicações sobre os medicamentos prescritos. Salienta-se a importância da anamnese pelo cirurgião-dentista, já que a autora identificou prescrições inadequadas a gestantes, lactantes, crianças, pacientes hipertensos, diabéticos, asmáticos e com distúrbios gástricos.

SILVEIRA (1991) investigou a atividade clínica de 161 cirurgiões-dentistas na cidade de Natal-RN referente aos conhecimentos farmacológicos e prescrição de medicamentos através de questionário e concluiu que a aplicação da terapêutica farmacológica se faz, num grande percentual, de modo inseguro. A autora identificou que o nível de conhecimento científico sobre medicamentos e suas prescrições, por parte dos cirurgiões-dentistas é insuficiente e limitado. BATTELINO e BENNUN (1993) relatam que um terço dos cirurgiões-dentistas entrevistados (n=285) na Argentina não respondeu ou respondeu incorretamente a questões relacionadas a efeitos farmacológicos dos antimicrobianos ou analgésicos e antiinflamatórios de escolha.

Poucos são os estudos que enfocam o conhecimento farmacológico aliado a segurança de prescrever do cirurgião-dentista, mas a literatura aponta a necessidade constante de reciclagem por parte do profissional. Em relação ao formando em Odontologia, semelhante grau de insegurança pode ser percebido, de acordo com BRITTO e colaboradores (1996) em pesquisa realizada em Belo Horizonte com 76 alunos do oitavo período da faculdade. A pesquisa revelou que 75% dos estudantes se sentiam inseguros em assumir a função de prescritor e

tinham necessidade de maiores informações sobre farmacologia, sugerindo uma maior correlação do tema com a terapêutica clínica.

Vários estudos se propuseram a investigar os medicamentos mais prescritos na prática odontológica e os prováveis padrões de prescrição. Em estudo realizado no Nepal, 1820 prescrições foram analisadas, resultando em uma média de 2,03 medicamentos prescritos por receita, sendo que 66% delas continham antimicrobianos. Os agentes sistêmicos mais prescritos foram analgésicos/antiinflamatórios (43,7%) seguido dos antimicrobianos (39%) (SARKAR e col., 2004).

A classe dos antimicrobianos, junto com analgésicos e antiinflamatórios não-esteróides, todas de uso sistêmico, é muito prescrita pelos cirurgiões-dentistas (CIANCIO e col., 1989; CASTILHO e col., 1999; LIMA e col., 2002), sendo muitas vezes considerada como segura por não atuar diretamente no hospedeiro, atacando unicamente a flora bacteriana. Essa aparente segurança gerou uma postura de prescrever antibióticos não só em caso de infecção, pois os pacientes geralmente esperam uma prescrição com antimicrobianos. Porém, evidências mostram que essa atitude não é apropriada, tendo em vista o aumento de reações adversas, e, principalmente, da resistência bacteriana, causando a inutilidade do fármaco e surgimento de bactérias multiresistentes (TURNIDGE e col., 1996; JAUNAY e col., 2000; PALMER e col., 2000).

DEMIRBAS e colaboradores (2006) apontaram que 71% de 313 cirurgiões-dentistas entrevistados na Noruega utilizavam antibióticos para prevenir complicações gerais do tratamento e 80% prescreviam antibióticos para uso profilático se o paciente revelava um histórico de endocardite. Quando perguntados sobre conhecimentos farmacológicos, 20% dos profissionais disseram desconhecer que amoxicilina era uma penicilina.

No entanto, ANDERSON e colaboradores (2000) compararam padrões de prescrição entre clínicos gerais e cirurgiões-dentistas para 1.185 atendimentos causados por dor dental, na Inglaterra, e verificaram que médicos tendem a prescrever mais antibióticos que dentistas, para dor aguda de dente.

3.3 Fontes de Informações sobre medicamentos

As informações sobre os medicamentos transmitidas pelo prescritor podem ser passadas verbalmente ou de forma escrita, por meio da prescrição medicamentosa ou material impresso. De acordo com a OMS (1998), os itens mínimos a serem informados constituem: efeitos do medicamento, advertências, instruções no uso e efeitos indesejados. Muitas vezes esses itens não são contemplados de forma integral e, para suprir necessidades e garantir a adesão do tratamento, o paciente pode recorrer a outras fontes de informação.

A bula de medicamentos, que passou por profundas transformações regulamentares na segunda metade do século XX (CALDEIRA e col., 2008), representa o principal material informativo fornecido aos pacientes produzidos pela indústria farmacêutica (SILVA e col., 2000). Ao alertar sobre os riscos da automedicação, da interrupção do tratamento, bem como quanto à necessidade da prescrição, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados, está atuando no processo educativo dos usuários, um dos pontos que merece ênfase segundo os propósitos da Política Nacional de Medicamentos (CALDEIRA e col., 2008; BRASIL, 1998).

No entanto, a bula apresenta-se, de uma forma geral, insatisfatória (SILVA e col., 2000). Informações ao Paciente e Informações Técnicas contidas nas bulas de medicamentos essenciais estão, em sua maioria, incompletas. Faltam dados relevantes, principalmente no que se refere a contra-indicações, reações adversas e interações medicamentosas e não há uniformidade das informações contidas nas bulas de medicamentos com o mesmo fármaco (na mesma concentração e forma farmacêutica) (GONÇALVES, 2002). Na perspectiva do paciente, fatores como tamanho reduzido da letra, linguagem muito científica e excessiva quantidade de informações utilizadas dificultam a leitura e compreensão das instruções (SILVA e col., 2006). Dessa forma, faz-se necessária a disponibilização de informações mais simples que permitam ao paciente vislumbrar a importância do conhecimento destas informações (SILVA e col., 2000; SILVA e col., 2006), e para ser considerada fonte confiável e adequada de informação, a bula deve atender as normativas de sua legislação vigente, a RDC140/03 (BRASIL, 2003).

Na última década, a *Internet* vem se tornando uma importante fonte de informação. Muitas indústrias utilizam esse meio de comunicação para expor e vender os seus produtos. Se por um lado, a rede fornece a vantagem da facilidade de acesso, por outro, é necessária uma reflexão quanto à qualidade técnica da informação veiculada e a que público estas informações se destinam e a adequação das mesmas em relação à legislação nacional vigente para bulas e propagandas de medicamentos. Constata-se a existência de um novo paradigma, no que se refere à manipulação da informação em todos os seus estágios, desde o emissor até o receptor. As publicações eletrônicas disponibilizadas na rede constituem um dos temas de maior repercussão dentro da comunidade científica, permitindo o acesso, produção e disseminação de informação em larga escala, por um único indivíduo ou por organizações, revolucionando toda a estrutura desta produção, disseminação e acesso que estava em vigor antes do advento da Internet (LOPES, 2004).

3.3.1 Estratégias utilizadas na educação sobre medicamentos

Pacientes precisam de informação para utilizar medicamentos de forma segura e eficaz e facilitar uma compreensão dos possíveis prejuízos e benefícios do tratamento. Vários estudos têm pesquisado os benefícios de fornecer informações escritas suplementares ou aconselhamentos verbais ao paciente (BARLO e WRIGHT, 1998; BHOPAL e col., 1990). Além disso, educar os pacientes sobre o atual estado da enfermidade resultará na melhoria do conhecimento dos medicamentos e pode aumentar sua participação ativa na terapia, aumentando a adesão e melhorando resultados (PONNUSANKAR e col., 2003).

Muitos profissionais da saúde fazem uso apenas de explicações verbais, o que não têm se mostrado efetivo, visto que os pacientes tendem a esquecer, aproximadamente, metade das informações que lhe são passadas (LEY, 1982).

GIBBS e colaboradores (1989) realizaram um estudo caso-controle sobre o impacto do fornecimento de folhetos explicativos a pacientes com prescrição de antiinflamatórios não-esteróides, antagonistas beta-adrenérgicos, broncodilatadores, penicilinas, diuréticos e benzodiazepínicos em seis pequenas cidades do Reino

Unido. Até duas semanas após a consulta, os pacientes eram entrevistados e respondiam dados sobre: conhecimento, comportamento e utilização dos medicamentos, e satisfação com as informações recebidas. Pacientes que receberam os folhetos estavam mais informados que os que não receberam, e estavam mais cientes dos efeitos adversos.

Programas de educação sobre medicamentos com reforços escritos e verbais repetidos tendem a melhorar o conhecimento sobre medicamentos, reconhecimento e manejo de reações adversas e adesão ao tratamento (RABOL e col. 2002; O'CONNEL e JOHNSON, 1992; PONNUSANKAR e col., 2003). Informações qualificadas podem reduzir problemas médicos causados pelo déficit de informação e reduzir o número de atendimentos ambulatoriais, enquanto que para o paciente, a confiança na farmacoterapia e adesão tendem a aumentar (MAYWALD e col., 2005). CASTRO e colaboradores (2007) desenvolveram um instrumento de avaliação para materiais impressos educacionais utilizando médicos e enfermeiros como público-alvo e, através de diferenças nos índices de caracterização, verificaram a necessidade de instrumentos de avaliação para melhorar a qualidade dos materiais impressos.

É importante lembrar que a forma como esses folhetos são escritos é de grande relevância para garantir a utilidade e compreensão dos pacientes. Produziu-se, durante décadas, quantidade vasta de informações escritas aos pacientes, porém muitas são inconsistentes, incompletas e difíceis para o paciente ler e entender (ARTHUR, 1995; SHRANK e AVORN, 2007). No Brasil acontece semelhante fenômeno na produção de impressos informativos, e poucos estudos avaliam o impacto na população. Todavia, recomenda-se não só a inclusão dos pacientes nos trabalhos de produção dos folhetos, mas também a criação de espaços de reflexão coletiva dos profissionais que lidam com o público, abrindo múltiplas frentes de compartilhamento de conhecimentos (ROZEMBERG e col., 2002).

Estudos demonstram que a maioria dos pacientes entrevistados ficam entusiasmados em receber informações adicionais sobre os medicamentos. Essa necessidade do paciente pode muitas vezes ser suprida pelo farmacêutico, cujas atribuições contemplam o fornecimento de informações específicas sobre utilização,

reações adversas e manejo do medicamento (WILLIFORD e JOHNSON, 1995; KABOLI e col., 2006).

3.4 Nível de Informação sobre Medicamentos prescritos

É fato conhecido que se os pacientes devem utilizar medicamentos, eles precisam saber como fazê-lo. Instruções mínimas devem ser repassadas pelo prescritor a fim de obter a eficácia e adesão no seguimento farmacoterapêutico. Para pacientes com distúrbios específicos, que requerem a utilização de medicamentos, a falta de informação pode impedi-los de receber um tratamento potencialmente benéfico. Eles também devem estar cientes da indicação e como e quando tomar o medicamento, a fim de que o melhor resultado seja atingido (HERMANN e col., 1978; HOLLOWAY, 1996).

A falta de informação sobre aspectos do tratamento é uma das principais razões para que 30 a 50% dos pacientes não utilizem os medicamentos conforme prescritos (FARLEY, 1998). Na década de 70, HERMANN e colaboradores (1978) elaboraram um guia de informações mínimas que os pacientes deviam receber no ato da consulta para garantir a segurança e eficácia do tratamento. Os itens principais consistem em:

1. Saber como tomar o medicamento;
2. Saber como armazenar o medicamento;
3. Saber como é esperado que o medicamento o beneficie;
4. Saber como reconhecer problemas causados pelos fármacos.

Várias metodologias são adotadas na tentativa de avaliar o conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos. Entrevistas utilizando questionários como forma de coleta são as mais utilizadas. A amostragem, local de estudo e particularidades metodológicas costumam diferir entre os estudos. Algumas metodologias consistem em identificar o paciente com prescrição e agendar um segundo encontro a fim de acessar informações sobre conhecimento e adesão

(PERSELL e col., 2004; WARTMAN e col., 1983), podendo incluir pacientes que receberam alta hospitalar e continuam utilizando o medicamento (COCHRANE e col., 1992; MICHELI e col., 2007 TOREN e col., 2005; KERZMAN e col., 2004; MAKARYUS e FRIEDMAN, 2005). Outro método consiste em entrevistar o paciente na saída de ambulatórios após a consulta (VILKE e col., 2000; SILVA e col., 2000; CHUNG e BARTFIELD, 2002; FLETCHER e col., 1979; HOPE e col., 2004; ASCIONE e col., 1986; PULLAR e col., 1989) ou no seu domicílio (OKUNO e col., 1999).

Em um dos primeiros trabalhos publicados nesse sentido, conduzido em ambulatórios norte-americanos, FLETCHER e colaboradores (1979) estudaram o nível de entendimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos, em um hospital canadense, onde era permitida a consulta a prescrição e material informativo. Como resultado, 90% da amostra soube identificar corretamente o nome do medicamento, 83% sabia a indicação e 80% a frequência de doses.

No Reino Unido, KAY e colaboradores (1988) constataram que 85% dos usuários sabia o propósito de uso dos medicamentos e 73% a frequência de uso, porém apenas 16% sabia o tempo de tratamento e 8% declarou ter sido avisado sobre possíveis efeitos adversos.

A literatura tem mostrado que pacientes apresentam maior conhecimento dos itens da prescrição quando o medicamento é de uso crônico em comparação a medicamentos prescritos ocasionalmente. Em estudo comparativo conduzido com 344 pacientes atendidos em clínicas de área suburbana da Nova Zelândia, 85% acertou o nome do medicamento prescrito, 87% a indicação terapêutica e 83% a dose (JAYE, 2002).

No Brasil, um dos primeiros estudos nesse tema foi realizado por SILVA (2000) em ambulatórios de um grande hospital da cidade de Porto Alegre. A autora elaborou um escore para quantificar o nível de informação dos pacientes sobre os medicamentos prescritos. Nessa pesquisa, 266 pacientes foram entrevistados e 69% sabiam o nome do medicamento, 81% a indicação, 81% a dose, 69% a frequência de administração e 61% a duração do tratamento, concluindo que 58% dos

pacientes apresentavam um nível de informação regular, 34% bom e 9% insuficiente.

Outro estudo semelhante, realizado em Minas Gerais, objetivou avaliar a compreensão das informações sobre a terapia anti-retroviral entre portadores do HIV/AIDS atendidos em serviços públicos de referência, na cidade de Belo Horizonte. A metodologia usada para avaliar o nível de informação adotou o escore proposto por SILVA (2000), com algumas adaptações para o caso, resultando que 26% dos 358 pacientes estudados apresentaram um nível insuficiente para o manejo da terapia (CECCATO e col., 2004).

Quando o enfoque está em atendimentos de emergência, sabe-se que o paciente será atendido por um profissional que não conhece seu histórico de saúde e tratamentos pelos quais ele possa estar passando. Dessa forma, é importante que o paciente possa informar ao médico ou cirurgião-dentista quais medicamentos estão sendo utilizados a fim de que o melhor tratamento seja prescrito. VILKE e colaboradores (2000) avaliaram o conhecimento de 188 pacientes que, ao procurarem atendimento de emergência hospitalar, faziam uso de um ou mais medicamentos. Dessa amostra, apenas 48% lembraram de todos os medicamentos em uso; 39% recordaram os horários de administração e 24% sabiam a dosagem. O histórico de saúde foi reportado ao médico por 79% dos pacientes.

Na busca de razões pela falta de conhecimento dos pacientes, grupos de pesquisa têm estudado a falta de compreensão dos pacientes sobre as instruções do tratamento. A literatura aponta que pacientes com menor capacidade de ler e escrever e aqueles que manejam regimes múltiplos de medicamentos tendem a cometer mais erros (DAVIS e col., 2006). Com o objetivo de estudar a forma de interpretação de prescrições e bulas e documentar a natureza dos mal-entendimentos, WOLF e colaboradores (2007) realizaram testes cognitivos para avaliar a capacidade de ler e escrever em 395 pacientes. A taxa de falta de compreensão variou entre 8 e 33%. As causas para o não entendimento foram: a linguagem, familiaridade e complexidade das instruções, intervalos de dose implícitos e explícitos, presença de itens de distração e atenção às instruções.

A falta de informação sobre a forma de utilização dos medicamentos é um grande contribuinte para a não-adesão a tratamentos, sendo esse um grave problema e causa de grande preocupação para os serviços de saúde de todo o mundo (ROZENFELD e col., 1999).

3.5 A prática da automedicação

Por definição, *autocuidado* é a capacidade de o indivíduo estabelecer e manter sua saúde e de prevenir e manejar a doença. *Automedicação* é a seleção e uso de medicamentos pelos próprios usuários para tratar doenças ou sintomas auto-reconhecíveis. O termo *automedicação responsável* refere-se ao 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. Para tal, os medicamentos devem ser licenciados, legalmente disponibilizados para sem prescrição, além de serem eficazes e seguros quando utilizados conforme a recomendação. São aqueles que servem ao manejo de problemas auto-reconhecíveis ou os de uso crônico ou recorrente, após diagnóstico médico inicial (WHO, 1998).

No entanto, a automedicação inadequada, tal como a prescrição errônea, pode ter como consequência efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, um problema a ser prevenido. Em contrapartida, a qualidade da oferta de medicamentos e a eficiência do trabalho das várias instâncias que controlam este mercado exercem papel de grande relevância nos riscos implícitos dessa prática (ARRAIS e col., 1997). Outras fontes de automedicação incluem sobras de medicamentos oriundos de tratamentos prévios ou adquiridos por parentes ou amigos.

Os limites clínicos da automedicação não são muito precisos. Pode ocorrer inspiração a partir da última receita médica; reutilização da receita para mesma pessoa e problema, mas sem consulta; reutilização para pessoas ou problemas diferentes e aquisição direta na farmácia sem indicação profissional. Outros

aspectos envolvem a não distinção entre especialidades farmacêuticas registradas, e sujeitas a legislação própria, e produtos sem registro de medicamentos sendo comercializados como se o fossem (LAPORTE e CASTEL, 1992).

Em alguns países, a prática da automedicação é vista como uma maneira de reduzir os custos com o sistema de saúde. Ações são necessárias para avaliar cuidadosamente a relação risco/benefício dessa prática e os medicamentos passíveis de serem disponibilizados sem prescrição, objetivando a promoção e a proteção à saúde individual e coletiva. O não cumprimento da obrigatoriedade da receita médica e a carência de informação e instrução na população em geral justificam a preocupação com a qualidade da automedicação praticada no país, principalmente considerando que o número de medicamentos de venda livre tem crescido nos últimos tempos, assim como a disponibilidade desses medicamentos em estabelecimentos não farmacêuticos (SILVA e col., 2008).

Um amplo estudo realizado em 19 países europeus (n=15.548) que avaliou o perfil de automedicação de antimicrobianos, conduzido por GRIGORYAN e colaboradores (2006), revelou que as principais causas do uso são bronquite, sintomas nos dentes e na garganta. Embora a prevalência de automedicação tenha variado entre os países, encontraram-se índices que variam de 1 por 1.000 até 210 por 1.000 habitantes. Mesmo a menor taxa de prevalência, 1 pessoa por 1.000 participantes, indica que 10.000 pessoas em uma população de 10.000.000 de habitantes se automedicam com antimicrobianos anualmente.

Na América Latina, seis países participaram de um estudo que procurou identificar padrões de automedicação, e para isso 8.597 consumidores foram entrevistados no ato da compra de medicamentos que não haviam sido prescritos por médicos nem sido aconselhados pelo farmacêutico ou balconista. Como resultado, 39% dos medicamentos adquiridos eram combinações de dose fixa e 19% consistiam de associações de três ou mais princípios ativos. As classes mais adquiridas foram: analgésicos (16,8%), antibióticos (7,4%), produtos antiinflamatórios e antireumáticos (5,9%), e vitaminas (5,1%), sendo que apenas 24% da totalidade eram considerados de venda livre (DRUG UTILIZATION RESEARCH GROUP, 1997). No Brasil, ARRAIS e colaboradores (1997) identificaram que em 24,3% dos casos o motivo da procura do medicamento se

relacionava a sintomas dolorosos (dor de cabeça, dor muscular, cólica, dismenorrea, outros) e 21,0% a quadros viróticos ou infecciosos. Dos medicamentos adquiridos sem receita médica, os analgésicos representaram 17,3%, descongestionantes nasais 7,1%, antiinflamatórios/antireumáticos 5,6% e antimicrobianos / quimioterápicos 5,6%.

A solução ou alívio de moléstias múltiplas e pequenos problemas de saúde que se apresentam ao longo da vida, pode ser realizada pela própria autonomia de um indivíduo ou família bem informada no uso de técnicas e medicamentos úteis e seguros para esse propósito. Essa forma independente de utilizar medicamentos é absolutamente complementar, e não oposta, ao trabalho profissional. A solução no âmbito doméstico ou do trabalho evitará a necessidade de deslocamentos, esperas e outros inconvenientes. (JUYOL e QUESADA, 2002 *apud* BAOS, 1996)¹.

Dessa forma, os conhecimentos e atitudes dos usuários de medicamentos e sua relação com os profissionais sanitários está mudando rápida e profundamente, de maneira que hoje se exige do paciente maior informação e participação nas decisões médicas, como complemento de uma maior autonomia pessoal (LAPORTE E CASTLE, 1992). Mais informação por parte dos pacientes pode melhorar a segurança no manejo de medicamentos de venda livre, porém, deve-se conceber um sistema melhor para notificações de reações adversas. Essa transição de um modelo de 'atenção primária' a 'auto-atendimento' depende de vários fatores, entre eles, o quão bem informados e equipados estão os consumidores para carregar o fardo da automedicação (BRADLEY e BLENKINSOPP, 1996).

¹BAOS, V. Sin receta. La automedicación correcta y responsable. Madrid:Ediciones Temas de Hoy, p. 224, 1996 *apud* JUYOL, M.H.; QUESADA, J.R.B. Odontología y automedicación: un reto actual. **Medicina Oral**, v. 344-347, 2002.

3.5.1 A automedicação na odontologia

A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE em 2003, revelou que 15,87% da população brasileira nunca se consultou com o cirurgião-dentista, sendo que 6,86% representam crianças até quatro anos e 6,33% de cinco a dezenove anos. Na distribuição por unidades de federação, o estado com maior índice é o Maranhão (32,34%) e o menor é Santa Catarina (9,51%). No Rio Grande do Sul, 11,24% da população entrevistada nunca foi ao dentista. Na comparação com a renda familiar mensal, 71,54% dos brasileiros que nunca freqüentaram o dentista tinham uma renda de até três salários mínimos (IBGE, 2003).

Um dos objetivos dos serviços públicos odontológicos é a redução das desigualdades, propiciando melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde para os indivíduos com menor nível socioeconômico, que são mais vulneráveis às doenças bucais (WATT e SHEIHAM, 1999; MARMOT e FEENEY, 1997), mas é nítida a existência de importantes diferenças em relação à saúde bucal e ao tipo de tratamento recebido entre os usuários dos diferentes tipos de serviços odontológicos (MATOS e col., 2002; BARROS e BERTOLDI, 2002). Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde – SUS é um agente de grande importância, porém ainda com um papel proporcionalmente pequeno no âmbito odontológico, cujo atendimento se diferencia fortemente do atendimento médico, havendo uma proporção muito alta de atendimentos por meio de planos privados (BARROS e BERTOLDI, 2002).

A falta de uma política de saúde bucal fornece uma provável explicação para o alto índice de problemas dentários da população brasileira. A falta de acesso a medidas preventivas e assistenciais provavelmente aumenta a complexidade do problema, e pode levar a extremos, como a extração dentária (LACERDA e col., 2004). Um passo importante para a construção de uma política nacional de saúde bucal aconteceu em 2004 com o lançamento do programa “Brasil Sorridente” (BRASIL, 2005).

A dor é o principal sintoma na procura de um profissional de saúde (LOESER e MELZACK, 1999; MÄNTYSELKÄ, e col., 2001). No Brasil, estima-se que a dor é causa de mais de 30% das consultas médicas (TEIXEIRA e col., 1995) e na odontologia encontrou-se prevalências de 18,7% (LACERDA e col., 2004), 57%

(MUNERATO e col., 2005), 59% (BAÑOS e col., 1991) e 78% (STELTER e col., 1997). Deve-se atentar ao público-alvo de cada estudo, visto que grande parte da população entrevistada por LACERDA e colaboradores (2004) tinha acesso a plano privado, o que garantiria um percentual elevado de consultas de rotina.

BAÑOS e colaboradores (1991) relatam que cerca de 70% dos pacientes que se queixaram de dor de dente estavam se automedicando com analgésicos, 55% com um medicamento, 36% com dois e 8% com três. Os fármacos mais utilizados foram paracetamol (39%) e ácido acetilsalicílico (24%).

Apesar de poucos estudos terem relatado a associação entre dor de dente e automedicação, os estudos conduzidos por GÓES (SILVA e col., 2008 *apud* GOÉS, 2003)² confirmaram que a dor de dente é um dos tipos mais prevalentes das dores orofaciais, possuindo um grande impacto nas atividades diárias dos indivíduos, sendo a automedicação uma prática comum entre as famílias cujos filhos sofreram de dor de dente.

A automedicação no âmbito odontológico, com fármacos que necessitam de receita, é muito habitual, seja por reutilização de uma prescrição prévia ou aquisição direta na farmácia (JUYOL e QUESADA, 2002) sendo que analgésicos e antiinflamatórios são freqüentemente escolhidos para aliviar sintomas e evitar a procura de um cirurgião-dentista (PRESHAW, 1994; MASON, 1997; SOUAGA, e col., 2000).

Existe, portanto, a necessidade de que os trabalhadores da área da saúde sejam educados apropriadamente sobre o manejo da dor dental e na promoção da saúde bucal para reduzir a incidência de cáries tanto em crianças como em adultos e, com isso, a necessidade de automedicação (PRESHAW, 1994).

²GOÉS, PSA. Epidemiologia da dor orofacial: tipos de dores mais prevalentes. In: Teixeira MJ, organizador. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio, p. 75-87, 2003 *apud* SILVA, R.A.; MARQUES, F.D.; GOES, P.S.A. Fatores associados à automedicação em dor de dente: análise a partir dos profissionais dos estabelecimentos farmacêuticos da cidade do Recife, PE. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, p. 697-701, 2008.

4. METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

4.1 O ESTUDO

4.1.1 Delineamento

O desenho do estudo segue o modelo transversal.

4.1.2 Locais de Estudo

As entrevistas ocorreram em duas unidades de urgência odontológica onde os pacientes são atendidos gratuitamente. Os locais selecionados foram:

- 1) Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS): a unidade funciona como escola aos graduandos do curso e é supervisionada por duas professoras titulares. O ambulatório atende de segunda a sexta, preenchendo sete turnos semanais. Em função do número limitado de graduandos atendendo por turno e do caráter educacional, poucas fichas são distribuídas aos pacientes a cada turno.
- 2) Hospital Nossa Senhora da Conceição – Grupo Hospitalar Conceição (GHC): o ambulatório de urgência odontológica funciona 24h e no ano de 2007 possuía dois consultórios e sete cirurgiões-dentistas que revezavam-se entre turnos de 12h. O número médio de atendimentos diários nesse serviço é 55 pacientes, em 2007.

4.2 A AMOSTRA

4.2.1 Descrição da População

O público-alvo consiste de pacientes residentes na região metropolitana de Porto Alegre ou interior do estado do Rio Grande do Sul que procuram o serviço

gratuito odontológico da Faculdade de Odontologia da UFRGS ou Hospital Conceição.

Participaram da amostra pacientes que, na saída da consulta odontológica, concordassem em participar da entrevista, mediante assinatura do termo de consentimento.

4.2.2 Critérios de Inclusão

Pacientes acima de 18 anos, capazes de se comunicar e dispostos a responder o questionário, mediante assinatura do Termo de Consentimento, com prescrição (verbal ou escrita). Os pacientes eram selecionados de forma não-probabilística consecutiva.

4.2.3 Critérios de Exclusão

Pacientes que haviam recebido prescrição escrita, mas que não soubessem ler. A capacidade de leitura da prescrição era essencial para que os pacientes pudessem responder questões referentes ao nível de informação sobre o medicamento.

4.2.4 Estudo Piloto

No final de 2006, protocolou-se o projeto nos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS e GHC sendo aprovados em 17 de abril e 21 de março de 2007, respectivamente (Anexos C e D).

Durante o período de 09 a 27 de abril realizou-se o Estudo Piloto com os seguintes objetivos:

- 1) Estimar um valor mais exato do tamanho da amostra;
- 2) Testar o instrumento de coleta e metodologia proposta;
- 3) Padronizar o ritmo da entrevista, estimar frequência de captação de pacientes entrevistáveis e tempo total da coleta de dados.

A amostra do estudo piloto constitui-se de 32 entrevistas, que foram realizadas no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

4.2.5 Estimativa do Tamanho da Amostra

Utilizaram-se os resultados do Estudo Piloto para fornecer estimativas de prevalência para o tamanho amostral. Como o estudo piloto apresentou prevalências extremas de acerto para diferentes variáveis, considerou-se a variável principal “qual o nome do medicamento”, que obteve 89% de acerto, como parâmetro para o cálculo, que foi realizado com o programa WINPEPI (ABRAMSON, 2004).

Desconsiderando prováveis perdas nesse tipo de amostragem e admitindo-se uma proporção de 89%, margem de erro 5% e nível de confiança 95%, a amostra final deve constituir, no mínimo, de 151 pacientes.

4.3 A ENTREVISTA

4.3.1 O Instrumento de Coleta de Dados

Como instrumento de coleta utilizou-se um questionário desenvolvido por SILVA (1999) que conduziu pesquisa semelhante em ambulatórios clínicos de Porto Alegre. O questionário foi adaptado à pesquisa, no qual mantiveram-se as mesmas questões pertinentes ao nível de informação, acrescentando variáveis relacionadas a prescrições verbais e automedicação, temas recorrentes na odontologia (CASTILHO e col., 1999; PRESHAW e col., 1994; DODD e GRAHAM, 2002).

Respeitou-se o ambiente em que as entrevistas eram conduzidas, ou seja, saguão da urgência odontológica, elaborando-se um questionário rápido e dinâmico, em que o tempo de cada uma não ultrapassasse 15 minutos. Tendo em vista a natureza humilde da maioria dos entrevistados, procurou-se apresentar um texto simples e claro, com linguagem popular, a fim de facilitar a compreensão das perguntas.

4.3.2 Aspectos Éticos e Consentimento

Ao serem abordados na saída da consulta, os pacientes eram convidados a participar do estudo e, caso aceitassem, deveriam assinar o Termo de Consentimento. Dois Termos de Consentimento foram elaborados, atendendo a especificações de cada Comitê de Ética (Anexos A e B). Em ambos os casos o documento continha dados essenciais como o nome do projeto, objetivos do trabalho, nome da pesquisadora e orientadora, telefones e endereço para contato.

O Termo de Consentimento era lido pelo entrevistador, garantindo o resguardo das informações obtidas; a veracidade do conteúdo e autonomia do paciente, que poderia desistir em qualquer momento da pesquisa (GOLDIM, 2000). Após a assinatura e entrega de uma via ao paciente, a entrevista era iniciada.

4.3.3 A dinâmica da entrevista

A amostragem desse estudo é não-probabilística consecutiva, portanto cada paciente que saía da consulta odontológica, estando o entrevistador desocupado, era abordado e convidado a participar do trabalho.

Em ambos locais de estudo os entrevistadores estiveram presentes nos turnos de todos os cirurgiões-dentistas, de forma equilibrada, embora o estudo não avalie práticas particulares de prescrição dos profissionais, e sim, concentra as atenções no paciente. No Hospital Conceição, cujo serviço funciona 24 horas, os entrevistadores preencheram os turnos diurnos de todos os cirurgiões-dentistas, e na Faculdade de Odontologia da UFRGS, o entrevistador esteve presente nos turnos em que o ambulatório atendia a comunidade em geral.

4.3.3.1 Apresentações e Identificações

No primeiro contato com o paciente, o entrevistador se apresentava como aluno da entidade a qual ele representa e convidava o paciente a participar do

estudo: “Bom Dia (Tarde), meu nome é, sou aluno (a) da Faculdade de Farmácia da UFRGS e estou realizando um estudo sobre a informação que os pacientes têm dos remédios receitados pelo dentista e prevalência de automedicação. O Sr.(a) gostaria de participar?” “Será realizada uma entrevista e deve durar no máximo 15 minutos”

Se o paciente concordasse, o entrevistador averiguava se o mesmo preenchia os critérios de inclusão, especialmente o recebimento de prescrição medicamentosa. Caso todos os critérios fossem preenchidos, o Termo de Consentimento era lido pelo entrevistador e assinado pelo paciente. Em seguida a entrevista começava.

4.3.3.2 A Prescrição Verbal

Um dos itens de avaliação do estudo da prática de prescrição verbal em detrimento da escrita. Logo no início o paciente era perguntado se havia recebido prescrição escrita e, caso a resposta fosse negativa, se havia recebido indicação verbal de algum medicamento. No caso do paciente ter recebido apenas prescrição verbal, ele não respondia as questões referentes ao ‘nível de informação dos medicamentos prescritos’, que consta na Parte II do questionário (Anexo E) e continuava na Parte III.

Parte I – Prescrições verbais

O Sr.(a Sra.) recebeu prescrição escrita do dentista?

1-sim Se SIM, pular para questão 3 em diante PRES

2-não Se NÃO, ir apenas até questão 2 e continua na 16

Seu dentista lhe indicou algum remédio para utilizar? VERB

1-sim

2-não

Se SIM, quais? _____ ATC1

4.3.3.3 A Prescrição Escrita

A fim de avaliar o entendimento da prescrição odontológica na óptica do paciente, procurou-se extrair do mesmo todos os dados que o cirurgião-dentista deveria ter fornecido durante a consulta (OMS, 1998). Não era intenção testar a memória do paciente, e sim, a sua compreensão do documento que é a prescrição, portanto o paciente teve livre manuseio da receita ou outro material recebido, durante a entrevista.

Posteriormente, informações referentes ao nome do medicamento, indicação de uso, dose, posologia e duração do tratamento seriam averiguados no prontuário (UFRGS) ou boletim de atendimento (GHC), com o nome ou número do paciente.

Padronizou-se que as perguntas seriam realizadas a partir do primeiro medicamento prescrito, caso houvesse mais de um. Foram aceitas prescrições com soluções e cremes, em que a variável 'dose' foi substituída por 'concentração'.

Parte II – Prescrições escritas

<i>Qual o nome deste remédio (sempre o primeiro)?</i>	<i>NOME</i> <input type="checkbox"/>
Nome: _____	<i>ATC2</i> <input type="checkbox"/>
<i>Para que ele foi prescrito?</i>	<i>INDIC</i> <input type="checkbox"/>

<i>Qual a dose que o Sr.(a Sra.) deve tomar em cada horário?</i>	<i>DOSE</i> <input type="checkbox"/>

<i>Quantas vezes o Sr.(a Sra.) deve tomar o remédio por dia?</i>	<i>VEZ</i> <input type="checkbox"/>

<i>Em que hora(s) do dia?</i>	<i>HOR</i> <input type="checkbox"/>

<i>Qual o intervalo entre doses?</i>	<i>INT</i> <input type="checkbox"/>

<i>Por quanto tempo o Sr.(a Sra.) deve tomar esse remédio?</i>	<i>TEM</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<i>Deve haver algum cuidado sobre o uso desse remédio?</i>	<i>USO</i> <input type="checkbox"/>

Se SIM, quais? _____

CUID |_|_|

Esse remédio pode causar reações adversas?

REA |_|

Se SIM, quais? _____

LIST |_|_|

4.3.3.4 Fontes de Informação sobre o Medicamento Prescrito

Em seguida o paciente foi questionado se havia recebido alguma informação escrita sobre a utilização do medicamento e quais são as fontes de obtenção dessas informações.

O Sr.(a Sra.) recebeu informação por escrito sobre o uso desse remédio? INFES|_|

1-sim

2-não

Onde obtém informações sobre os remédios? _____

INFME|_|_|

4.3.3.5 Automedicação

A fim de conhecer a prática da automedicação entre os indivíduos que buscam o serviço odontológico pelo SUS, foram elaboradas questões que visam determinar o manejo da dor dental por esses pacientes. Primeiramente os pacientes respondiam sobre o hábito de freqüentar o serviço quando acometidos de algum problema bucal, e quais medidas tomavam quando não procuravam ajuda profissional. Em seguida perguntava-se se antes daquela consulta o paciente havia feito uso de algum medicamento por conta própria. Além do nome dos medicamentos, é de interesse conhecer seu tempo de uso e fonte de conhecimento.

Parte III – Automedicação

O Sr. (a Sra.) costuma ir ao dentista quando tem algum problema na boca?

CONS|_|

1-sim

2-não

Se NÃO, como costuma parar o problema? _____

PAR |_|_|

O Sr. (a Sra.) utilizou algum remédio por conta própria antes dessa consulta?

AUT |__|

1-sim

2-não

Se SIM, quais? _____ ATC3|_|_|_|_|_|_|_|

Se SIM, por quanto tempo? _____ QTEM|_|_|

Se NÃO, o que costuma fazer? _____ FAZ |__|

Como ficou sabendo desse(s) remédio(s)?

INFO|_|_|

4.3.3.6 Aspectos Sócio-econômicos

Na parte final do questionário o paciente respondeu a questões de ordem pessoal, referente a idade, escolaridade, ocupação profissional e renda familiar. O entrevistador iniciava com o texto “Nesta parte do questionário, gostaria de conhecer um pouco do entrevistado, sobre sua idade, escolaridade, profissão e situação financeira para relacionar com as informações sobre os remédios.”

Esses dados objetivam traçar o perfil da população em questão, que mais adiante serão relacionados com as variáveis em estudo.

Sobre a variável ‘renda familiar’, perguntava-se o valor total aproximado, que posteriormente foi convertido em salários-mínimos, tendo como base o valor em vigor, R\$ 380,00 (BRASIL, 2007).

Parte IV – Dados do Paciente

Sexo 1-Feminino 2-Masculino SEXO |__|

Nascimento: __/__/____ NAS|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente em (cidade): _____ MUN|_|_|

Sabe ler e escrever? ALFB |__|

1-sim

2-não

3-lê, mas não escreve

Até que série completou na escola? SER |__| ESC |__|

Até _____ série/ano do _____ (0=nunca frequentou; 1=1º grau;
2=2º grau; 3=3º grau)

O Sr.(a Sra.) está trabalhando no momento? TRAB |_|
1-sim
2-é aposentado
3-está desempregado
outro _____

Qual é a renda total de sua família, aproximadamente? REND |_|

Quantas pessoas vivem deste dinheiro? _____ QUAN |_|_|

4.3.3.7 Finalizando a Entrevista

Após o término das questões, o entrevistador solicitava a prescrição odontológica a fim de transcrever os dados para o questionário do paciente.

Poderia ver sua receita?

Registrar dados de todos medicamentos prescritos: _____

Por fim, o entrevistador perguntava se havia alguma dúvida e agradecia a colaboração.

4.4 OS ENTREVISTADORES

Atuaram como entrevistadores duas pessoas: a mestranda e um bolsista. A mestranda realizou entrevistas nos dois locais de estudo e o bolsista apenas no GHC.

A partir da prática adquirida com o estudo piloto, realizou-se um treinamento com o bolsista a fim de padronizar o procedimento, e houve acompanhamento nas primeiras entrevistas do mesmo.

4.5 OS DADOS COLETADOS

4.5.1 Coleta de Dados

A coleta definitiva dos dados ocorreu entre 02 de maio e 19 de dezembro de 2007, nos ambulatórios de urgência odontológica da Faculdade de Odontologia da UFRGS e Hospital Conceição.

4.5.2 Armazenamento dos Dados

O programa de Banco de Dados que armazenou as informações obtidas dos questionários preenchidos manualmente foi o EpiData 2.1a (LAURITSEN e BRUUS, 2003).

A partir das diferentes questões, foi atribuído um código a cada variável, gerando um dicionário de variáveis. Foram montados dois banco de dados, cujas variáveis foram digitadas por duas pessoas. Posteriormente a digitação foi validada, cruzando os dois bancos, com o intuito de anular o erro mecânico.

4.5.3 Análise dos Dados

4.5.3.1 Análise Estatística dos Dados

A análise estatística foi realizada no programa EPI Info 6.04 (DEAN e col., 1998), cuja análise descritiva forneceu freqüências absolutas e relativas, médias, variâncias e desvio padrão. Utilizou-se a seção STATCALC do programa para verificar associações entre as variáveis. Os testes Qui-Quadrado e Teste Exato de Fischer foram utilizados para as análises comparativas, onde foram consideradas estatisticamente significativas as diferenças em que o valor de P fosse menor ou igual a 0,05.

4.5.4 Critérios na Avaliação do Nível de Informação

O julgamento das respostas do paciente no referente às variáveis 'nome do medicamento', 'dose', 'indicação terapêutica' e 'freqüência de administração', foi atribuído a partir da comparação dos dados da prescrição odontológica com as informações que o paciente forneceu. Como reforço, o prontuário do paciente seria

verificado para confirmar os dados. No entanto, os boletins de atendimento da urgência odontológica do Hospital Conceição encontraram-se incompletos no que se refere ao diagnóstico do paciente e o tempo de utilização. Não raro o paciente saía da consulta com o próprio boletim, por descuido do cirurgião-dentista.

Em função dessa limitação no estudo, as respostas da variável 'tempo de uso do medicamento' não puderam ser avaliadas como certas ou erradas, visto que em muitas prescrições esse dado é ausente. Portanto, o entrevistador apenas aceitou a resposta que o paciente informou.

As respostas das variáveis 'precauções' e 'efeitos adversos' foram analisadas comparando com a base de dados do DRUGDEX System® (KLASKO, 2007).

Os critérios adotados para cada variável foram os seguintes:

Nome do Medicamento: por se tratar de ambulatórios de urgência, os pacientes não recebiam prescrições de medicamentos de uso contínuo. Dessa forma, eram consideradas certas as respostas em que o medicamento era pronunciado corretamente ou de forma semelhante.

Indicação Terapêutica: era considerada adequada quando houvesse concordância com a classe terapêutica do medicamento ou o diagnóstico do paciente. Tendo como suporte a base de dados do DRUGDEX System®, determinou-se os critérios para cada medicamento. Segue os critérios dos principais medicamentos:

- Paracetamol e Dipirona: considerou-se corretas as respostas "analgésico" e "dor".
- Ibuprofeno, Diclofenaco e Ácido Acetilsalicílico: considerou-se corretas as respostas "analgésico", "antiinflamatório", "dor", "inflamação", "inchaço" e "edema".
- Amoxicilina e Ampicilina: consideraram-se corretas as respostas "antimicrobiano", "antibacteriano", "antibiótico" e "infecção".

Dose: era considerada adequada quando houvesse concordância entre a resposta do paciente com a quantidade a ser administrada em cada horário. Além das unidades do Sistema Internacional (ex: 500mg, 50ml), considerou-se corretas as respostas em unidades de dosificação, como por exemplo “um comprimido” (ARIAS, 1999).

Freqüência de Administração: era considerada adequada quando houvesse concordância entre a resposta do paciente e o(s) horário(s), número de vezes ou intervalo de doses da prescrição.

Precauções: era considerado adequado qualquer cuidado relatado pelo paciente que fosse pertinente a sua utilização e interações com alimentos ou outros medicamentos; conservação e acondicionamento; farmacovigilância (SHENKEL, 1996).

Efeitos Adversos: quando houvesse concordância entre a resposta do paciente e a literatura. Pontuava o paciente que citava ao menos um efeito adverso do medicamento.

SILVA (1999), para quantificar o nível de informação dos pacientes, desenvolveu um escore, que atribuía pontos diferentes para cada item, de acordo com a sua importância para a utilização segura dos medicamentos. A partir disso, três níveis de informação foram definidos:

- a) Nível bom, o qual dá condições para o paciente usar o medicamento de forma segura sob qualquer circunstância;
- b) Nível regular, o qual dá condições para o paciente usar o medicamento de forma segura em condições ideais, sem nenhum tipo de intercorrência durante o tratamento;
- c) Nível insuficiente, o qual não dá condições para o paciente utilizar o medicamento com segurança.

O presente estudo utilizou esse critério de avaliação para quantificar os dados das entrevistas realizadas nos ambulatórios odontológicos de urgência. Dessa forma, tendo em vista o grau de relevância de cada variável na utilização segura do medicamento, atribuiu-se os seguintes escores:

- 3 pontos: nome do medicamento;
- 2 pontos: dose e frequência de administração;
- 1 ponto: indicação terapêutica, precauções e efeitos adversos.

A pontuação total é 10, sendo que pacientes com pontuação inferior a 6 caracterizam nível insuficiente; entre 6 e 8 caracterizam nível de informação regular e mais de 8 pontos foram classificados como tendo nível de informação bom.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Coleta de Dados

De um total de 783 pacientes abordados na saída dos ambulatórios de urgência odontológica, 493 não preencheram os critérios de inclusão: 327 pacientes não receberam prescrição escrita ou verbal de medicamentos; 36 eram menores de 18 anos; 02 não sabiam ler; 128 não aceitaram participar da entrevista justificando dor, incapacidade de falar ou pressa. Dos 290 pacientes, 04 questionários foram excluídos por falta de dados, sendo que 286 constituíram a amostra final: 217 (75,9%) das entrevistas foram realizadas no Hospital Conceição e 69 (24,1%) na Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Esses resultados revelam que ao menos 41% dos pacientes não receberam prescrição de medicamentos, no entanto, este percentual pode ser maior, visto que 128 dos pacientes abordados não quiseram fornecer nenhuma informação após a consulta.

5.2 Caracterização da População

Dos 286 entrevistados, 164 (57,3%) eram do sexo feminino, 203 (71,0%) residentes na cidade de Porto Alegre e a média de idade 34,7 (DP \pm 10,52) anos. Os dados revelam que 70,6% dos entrevistados tinham entre 18 e 39 anos. A maioria (62,6%) estava empregada no momento da entrevista (Tabela 5.1).

A Tabela 5.1 detalha o grau de escolaridade dos indivíduos, pergunta respondida com base no último ano concluído pelo paciente, notando que 48,24% (n=138) cursaram ou concluíram o nível fundamental e 46,1% (n=132) o nível médio.

Tabela 5.1 - Características sócio-demográficas dos pacientes da amostra (n=286)

CARACTERÍSTICAS	N (%)
Sexo	
Feminino	164 (57,3)
Masculino	122 (42,6)
Faixa Etária - média 34,7 ± 10,5 anos	
De 18 a 39 anos	202 (70,6)
De 40 a 59 anos	80 (28,0)
Acima de 60 anos	04 (1,4)
Nível Escolar	
Nunca estudou	1 (0,3)
Fundamental incompleto	69 (24,1)
Fundamental completo	69 (24,1)
Médio incompleto	40 (13,9)
Médio completo	92 (32,1)
Superior incompleto	11 (3,8)
Superior completo	4 (1,4)
Ocupação	
Empregado	179 (62,6)
Desempregado	69 (24,1)
Aposentado/Pensionista	23 (8,1)
Estudante	15 (5,2)
Renda Familiar - média 3,7 ± 1,7 s.m.	
Até 2 salários mínimos	91 (31,8)
De 2 até 4 s.m.	124 (43,4)
De 4 até 8 s.m.	60 (21,0)
Acima de 8 s.m.	11 (3,8)

A distribuição de renda familiar teve como base o valor do salário mínimo vigente durante as entrevistas, R\$ 380,00 (BRASIL, 2007). A renda média familiar resultante foi de 3,68 (DP \pm 1,73), cujo valor na época equivalia a R\$ 1.406,00, sendo que a média de indivíduos vivendo dessa renda é 3,7 (DP \pm 1,73). As tabelas 5.1 e 5.2 apresentam a distribuição da amostra segundo a renda familiar e a relação da renda familiar com a quantidade de pessoas que vivem dessa renda.

Tabela 5.2 – Relação entre renda familiar e quantidade de indivíduos que vivem dessa renda (n=286)

Número de pessoas (%)	1-2	3-4	5-7	Mais de 8
Renda (salários mínimos)				
Até 2	28 (9,7)	47(16,4)	15 (5,2)	1 (0,3)
De 2 até 4	27 (9,4)	75 (26,2)	35 (12,2)	1 (0,3)
De 4 até 8	8 (2,8)	24 (8,4)	13 (4,5)	1 (0,3)
Acima de 8	1 (0,3)	5 (1,7)	3 (1,0)	2 (0,7)
Total	64	151	66	5

A média de idade registrada nesse estudo, 34,7 anos, pode ser considerada baixa se comparada com a média de outros estudos sobre utilização de medicamentos, no entanto, deve-se considerar o ambiente em que essa pesquisa foi realizada. O Projeto SB Brasil (2004) realizou o Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000 e constatou que o índice de CPO-D (referente ao número de dentes cariados, perdidos ou obturados) para a faixa etária de 65 a 74 anos foi de 27,93. Isto significa que cada pessoa desse grupo possuía apenas quatro dentes livres de cárie e de suas conseqüências, como obturação ou extração (MOREIRA, 2005). Para a faixa etária de 35 a 44 anos, constatou-se um índice CPD-O de 20,13. O Projeto SB Brasil não avaliou índices populacionais nas faixas etárias de 20 a 34 anos e 45 a 64 anos, no entanto indicou que pouco mais de 52% da população adulta e menos de 10% dos idosos possuem 20 ou mais dentes em sua arcada dentária, portanto essa condição pode explicar a ausência da população de idosos na amostra.

5.3 Prescrições Verbais

Dos 286 pacientes entrevistados, 28 (9,8%) receberam indicação de medicamento de forma verbal em detrimento da prescrição escrita. Os medicamentos indicados verbalmente e frequência foram os seguintes, de acordo com o nome citado pelo paciente durante a entrevista: paracetamol (16), ibuprofeno (2), diclofenaco (2), amoxicilina (1), penicilina (1), ampicilina (1), Calmador[®] (1), dipirona (1), Omcilon[®] (1), Dorico[®] (1) e PerioGard[®] (1).

Na literatura, poucos estudos abordam a inserção do medicamento na prática clínica sob a óptica da odontologia, possivelmente pela restrição de classes farmacológicas utilizadas. No entanto, é cabido, ao cirurgião-dentista, a responsabilidade de prescrever, o que o torna sujeito à legislação de controle.

Como a prescrição medicamentosa é um documento, a prática da prescrição verbal torna o profissional vulnerável a possíveis complicações legais e deixa o paciente sem nenhum recurso informativo sobre a forma correta de utilização do medicamento. De acordo com LEY (1982), os pacientes tendem a esquecer, aproximadamente, metade das informações que lhe são passadas verbalmente e isso se torna mais expressivo quando se trata dos itens básicos envolvidos no uso de medicamentos.

Percebe-se uma escassez de estudos de prevalência de prescrições verbais na odontologia. MURRAH e colaboradores (1987) observaram uma prevalência de 17% nesse quesito enquanto que CASTILHO e colaboradores (1999) identificaram que apenas 73% dos 163 cirurgiões-dentistas entrevistados em Belo Horizonte realizavam as prescrições por escrito.

Os dados colhidos nesse trabalho, 9,8% (n=28) de prescrições verbais, sugerem uma menor prevalência, porém de grande impacto na promoção do uso racional. Um limitante importante dessa variável é a pequena amostra de cirurgiões-dentistas que atuaram na prescrição.

Percebe-se a menção de medicamentos pelo nome comercial, o que contraria a política pública de prescrição de medicamentos pelo nome genérico. Não foi abordado o motivo de escolha de algumas especialidades farmacêuticas em detrimento aos medicamentos genéricos, mas uma possível explicação seria o fato

do paciente já possuir o medicamento em casa ou mesmo ter utilizado antes da consulta e, durante a consulta, ter recebido o aval do dentista para utilizá-lo. O fato de antimicrobianos, cuja classe farmacológica deve ser vendida sob prescrição, terem sido prescritos verbalmente constitui um agravante a essa prática.

5.4 Prescrições Escritas

De um total de 286 entrevistados, 258 (90,2%) receberam prescrição escrita de um ou mais medicamentos, sendo que a média por paciente foi de 1,52 (DP \pm 0,7). Desses 391 medicamentos, 387 (99%) foram receitados com o nome genérico e os outros 04 medicamentos não possuem genérico do mercado. Quando perguntados se já haviam utilizado o primeiro medicamento prescrito, 63,6% (n= 64) responderam afirmativamente. A Tabela 5.3 apresenta os medicamentos prescritos com maior frequência.

Tabela 5.3 – Medicamentos mais prescritos na amostra (n=391)

Medicamento	Freqüência	%
Paracetamol	133	34,0
Amoxicilina	129	33,0
Ibuprofeno	56	14,3
Diclofenaco	33	8,4
Ampicilina	09	2,3
Outros	31	7,9
Total	391	100

Os dados revelam a prevalência de praticamente 100% de genéricos prescritos entre os medicamentos que contêm equivalentes químicos no mercado, sendo que todos os medicamentos da tabela 5.3 estão na lista da RENAME (BRASIL, 2007). Os únicos medicamentos prescritos sob o nome comercial, Tylex[®] e

Omcilon[®], ainda não têm registro como genérico. Isso vem ao acordo com a Política Nacional de Medicamentos, que visa garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, sendo que uma das intervenções nesse sentido é a política de medicamentos genéricos (BRASIL, 1998). Ressalta-se que a efetivação desta intervenção está intimamente vinculada à adesão de médicos e dentistas a prescrição de genéricos. Dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária revelam que cerca de 30% dos médicos brasileiros ainda relutam em prescrever medicamentos genéricos, embora 86% dos mesmos aprovelem sua eficácia terapêutica (BRASIL, 2001).

O uso do nome genérico é fundamental para implantar uma competição entre os oligopólios do setor farmacêutico, um mercado mais equilibrado e um uso mais racional de medicamentos (CASTILHO e col., 1999). SILVA e colaboradores (2000) verificaram que 63% (n=130) das prescrições de pacientes ambulatoriais de um hospital de Porto Alegre apresentavam o nome genérico e 37% (n=76) o nome comercial dos medicamentos. Os dados desse estudo apontam um considerável aumento dessa prática ao longo da década.

Uma possível explicação para o alto índice de genéricos prescritos nesse estudo refere-se aos locais de estudo, pois profissionais de saúde que trabalham em serviços públicos tendem a prescrever genéricos em maior quantidade que os do setor privado. Outro fator importante está na tendência de prescrever medicamentos que são distribuídos em postos de saúde. CASTILHO e colaboradores (1999) relatam que 34,3% dos cirurgiões-dentistas de clínicas particulares entrevistados em Belo Horizonte não prescrevem medicamentos genéricos.

O medicamento mais prescrito, com 34% de frequência, foi o paracetamol. Uma meta-análise envolvendo 4171 pacientes em quarenta estudos caso-controle, sendo vinte e dois sobre dor após cirurgias orais, avaliou o efeito do paracetamol contra placebo em dores pós-operatórias. A fim de quantificar resultados, utilizou-se o número-necessário-para-tratar (NNT) como critério de eficácia. Dessa forma, paracetamol de 1000 mg obteve, em geral, um NNT de 4,6 para, ao menos, 50% do alívio da dor, comparado com o placebo em administrações dose-única. Isso significa que um em cada cinco pacientes com dor moderada ou severa terá ao menos 50% do alívio de dor, o que não aconteceria caso o placebo fosse

administrado. Uma menor eficácia foi encontrada para doses de 600/650 mg de paracetamol. Os resultados apontam que o paracetamol é um analgésico eficaz em dores pós-operatórias com baixa incidência de efeitos adversos (MOORE e col., 2007). Na prática odontologia, onde a dor pós-operatória é, em geral, de intensidade leve a moderada, o paracetamol é agente de primeira escolha.

O mesmo método foi utilizado para avaliar a analgesia do ibuprofeno, terceiro medicamento mais prescrito. Nele, 34 estudos compararam ibuprofeno contra placebo (3.591 pacientes), e evidenciaram que ele oferece melhor analgesia para dores pós-operatórias que o paracetamol sozinho e em associação com codeína. Comparações entre estudos caso-controle entre ibuprofeno 400mg e diclofenaco 50 mg, a maior parte para dor dental, indicam que não há diferença significativa na eficácia dos dois (COLLINS e col., 2007). Esses estudos embasam e confirmam a segurança do paracetamol e ibuprofeno para a analgesia.

O ibuprofeno foi o antiinflamatório mais prescrito no presente estudo (14,3%) obtendo resultado diverso de MOORE e colaboradores (2006), onde 73,5% dos cirurgiões-dentistas o escolheu como principal agente periférico.

A metade das prescrições, 50,3% (n=130), entregue aos pacientes desse estudo continham dois medicamentos: um analgésico/antiinflamatório e um antimicrobiano, sendo que 66,9% (n=87) dessas prescrições constituíam de paracetamol + antimicrobiano, 33,1% (n=43) de ibuprofeno + antimicrobiano e 6,9% (n=09) de diclofenaco + antimicrobiano, salientando que a racionalidade da prescrição varia de acordo com o fármaco escolhido. A amoxicilina foi o antibiótico mais prescrito, o que está de acordo com outros trabalhos (CASTILHO e col., 1999; PALMER e col., 2001; ARANEGA e col., 2004), sendo que este agente apresenta as vantagens de ser melhor absorvido no trato gastrointestinal e fornecer concentrações séricas mais elevadas e estáveis que a ampicilina, segundo mais prescrito nesse estudo, e o antimicrobiano mais citado por BATTELLINO e BENNUN (1993).

Verificou-se uma prevalência na prescrição de 33% para a amoxicilina, cujas razões de sua inclusão na terapêutica podem ser atribuídas a vários fatores como: tratamento de infecções instaladas; existência no posto de saúde; uso profilático para endocardite. Sabe-se que a profilaxia antimicrobiana como forma de

prevenção da bacteremia transitória em pacientes susceptíveis à endocardite bacteriana é prática freqüente na odontologia (ARANEGA e col., 2004), porém não há evidências que a prevenção com penicilinas seja eficaz em pessoas que passarão por procedimentos odontológicos invasivos (OLIVER e col., 2007). Procedimentos como restaurações, anestésias em geral, obturação endodôntica, colocação de pinos intra-canais, colocação de dique de borracha, remoção de sutura, instalação de próteses, moldagens, registros intermaxilares, fluoroterapia, tomadas radiográficas e ajustes ortodônticos não requerem a terapêutica antimicrobiana (DEBONI e col., 2001).

A restrição dos serviços oferecidos na emergência do Hospital Conceição permite inferir que parte da razão da prescrição antimicrobiana seria para fins profiláticos, tentando prevenir complicações do quadro já instalado. Dessa forma, é imperioso que seja realizada rigorosa história médica, não somente na descoberta das enfermidades atuais, mas também pelo desenvolvimento da resistência a antibióticos (VERONESE e col., 1999). ARANEGA e colaboradores (2004) relatam que a maioria dos cirurgiões-dentistas entrevistados não sabe indicar a terapêutica profilática e utiliza os antibióticos de maneira incorreta, seja em sua eleição, dosagem e/ou tempo de uso.

Dessa forma, a prescrição indiscriminada de antimicrobianos pelos dentistas pode desempenhar um papel significativo na seleção de bactérias resistentes, em especial quando há mal-uso desses medicamentos.

5.5 Nível de Informação sobre os Medicamentos Prescritos

Os pacientes que receberam prescrição escrita (n=258) responderam as questões referentes ao nome do medicamento, indicação terapêutica, dose, freqüência de administração, precauções e reações adversas. O número restrito de cirurgiões-dentistas que prescreveram em ambos os serviços permitiu avaliar a legibilidade da letra para que os pacientes pudessem ler corretamente a receita. No entanto, não foram consideradas as diferenças cognitivas entre as pessoas, o que poderia resultar em respostas diferentes no referente a variáveis tais como reações adversas e cuidados com o medicamento.

Em relação ao nome do medicamento, o índice de acerto foi de 85,7% (n=221). Quando a pronúncia do nome fosse muito diferente, considerava-se incorreta a resposta. No entanto, quando havia erro pequeno de pronúncia, como aconteceu com o medicamento “amoxicilina”, considerava-se correto. A Tabela 5.4 apresenta os percentuais referente à variável, onde 23 (8,9%) pacientes relataram não terem entendido o nome escrito e 11 (4,3%) responderam incorretamente.

Para a indicação terapêutica, a freqüência de acerto foi de 66,3% (n=171). Como apresentado na metodologia, considerou-se corretas as respostas sobre a classe farmacológica (ex: antiinflamatório) ou o diagnóstico (ex. “para inflamação”), partindo do princípio que todos os medicamentos foram prescritos para agirem no mesmo local, o trato bucomaxilofacial. A Tabela 5.4 detalha os percentuais, na qual 62 (24%) pacientes responderam incorretamente e 25 (9,7%) não souberam responder ou disseram não ter sido informados pelo dentista.

Para a variável dose, a freqüência de acerto foi de 65,1% (n=168). Desses 168 acertos, 42 (25,0%) foram respondidas em Unidades Internacionais (ex: mg e ml) e 126 (75,0%) respondidas em unidades de dosificação (ex: 1 comprimido) a serem administradas em cada horário. Conforme Tabela 5.4, 49 (19%) pacientes não souberam identificar a dose.

A prescrição medicamentosa pode apresentar a freqüência de doses de duas formas: 1) quando especifica os horários a administrar o medicamento; 2) quando descreve o intervalo de doses. O questionário contemplou as duas possibilidades, porém em 100% das prescrições a posologia estava em intervalo de doses. A variável intervalo de doses teve 85,3% (n=220) de acerto, caracterizando o índice de acerto para a freqüência de doses, conforme tabela 5.4. Juntamente com o intervalo de doses perguntava-se o número de administrações diárias, constatando-se um acerto de apenas 52,7% (n=136). Para a quantificação do nível de conhecimento considerou-se o valor de 85,3% de acerto.

Tabela 5.4 – Avaliação da resposta dos pacientes em relação às variáveis da prescrição (n=258)

Variável	N (%)
Nome	
Não soube responder	3 (1,2)
Incorreto	11 (4,3)
Correto	221 (85,7)
Não conseguiu ler	23 (8,9)
Indicação Terapêutica	
Não soube responder	17 (6,6)
Incorreto	62 (24,0)
Correto	17 (66,3)
Dentista não informou	8 (3,1)
Dose	
Não soube responder	49 (19,0)
Incorreto	41 (15,8)
Correto	168 (65,1)
Frequência de Doses	
Não sabe responder	27 (10,5)
Incorreto	10 (3,9)
Correto	220 (85,3)

Dos 258 pacientes entrevistados apenas 51 (19,8%) relataram algum cuidado a ser observado em relação ao medicamento. Conforme tabela 5.5, 140 (54%) indivíduos disseram não terem sido informados pelo dentista.

Tabela 5.5 – Respostas dos pacientes à pergunta: “Deve haver algum cuidado no uso desse remédio?” (n=258)

Precauções	Freqüência	%
Sim	51	19,8
Não	20	7,8
Não soube	47	18,2
Dentista não informou	140	54,3
Total	258	100

Quatorze cuidados foram citados e analisados através da base de dados DRUGDEX® System (KLASKO, 2007), na sessão de precauções e uso/administração, para verificar se eram pertinentes ao medicamento. Um dos cuidados mais citados foi ‘alergia’ (n=19), que na monografia do fármaco é apresentada no item de reações adversas a medicamentos – RAM. Outras duas citações não eram pertinentes ao fármaco. Dessa forma, a freqüência de respostas corretas ficou 11,6 %, valor utilizado na quantificação do nível de conhecimento.

Respostas como “ler a bula”, “tomar nos horários certos”, “cuidar a validade” e “deixar fora do alcance de crianças” foram consideradas corretas a todos medicamentos, quando mencionadas (tabela 5.6).

Tabela 5.6 – Precauções mais citadas pelos pacientes.

Medicamento	Freqüência	Precaução (valor absoluto)
Amoxicilina	11	não misturar com álcool (3), cuidar a validade (2), tomar nos horários certos (2), tomar com água (2), deixar fora do alcance de crianças (1), ler a bula (1)
Solução de Clorexidine	5	não engolir (4), tomar nos horários certos (1)
Sol. de Fluoreto de Sódio	4	não engolir (3), fazer bochecho (1)
Ibuprofeno	4	cuidar a validade (1), não misturar com álcool (1), não ingerir em jejum (1), tomar com água (1)

Diclofenaco	3	não misturar com álcool (1), tomar antes das refeições (1), deixar fora do alcance de crianças (1)
-------------	---	--

A variável reações adversas apresentou o menor índice de respostas: 9,3% (n=24) citaram uma provável reação adversa, conforme Tabela 5.7. Na consulta à literatura, duas citações não foram consideradas pertinentes, resultando um índice correto de 8,5% (n=22).

Tabela 5.7 – Respostas dos pacientes à pergunta: “Esse remédio pode causar reações adversas?” (n=258)

Reações Adversas	Frequência	%
Sim	24	9,3
Não	17	6,6
Não sabe	65	25,2
Dentista não informou	152	58,9
Total	258	100

As reações adversas citadas pelos pacientes e os respectivos medicamentos foram:

- *Alergia*: amoxicilina (n=15); ibuprofeno (n=1); diclofenaco (n=1);
- *Inchaço*: amoxicilina (n=4).

A Tabela 5.8 apresenta a frequência de pacientes que responderam corretamente as variáveis utilizadas na verificação do nível de conhecimento dos medicamentos.

Tabela 5.8 – Freqüência de acerto em relação às variáveis nome, indicação terapêutica, dose, freqüência de doses, precauções e reações adversas (n=258)

Variável	Freqüência	%
Nome	221	85,7
Indicação Terapêutica	171	66,3
Dose	168	65,1
Freqüência de doses	220	85,3
Precauções	30	11,6
Reações Adversas	22	8,5

A Tabela 5.9 apresenta as respostas em relação ao tempo de uso do medicamento. Dos 109 entrevistados que responderam um tempo definido de uso, a média ficou em 4,7 dias.

Tabela 5.9 – Respostas dos pacientes à pergunta: “Quanto tempo deve utilizar o medicamento?” (n=258)

Tempo de Uso	Freqüência	%
Tempo definido	109	42,2
Até terminar	55	21,3
Até passar a dor	35	13,6
Não soube	55	21,3
Dentista não informou	4	1,6
Total	258	100

A fim de avaliar o impacto dessas variáveis no nível de conhecimento dos medicamentos prescritos, utilizou-se o escore proposto por SILVA (1999) em que cada variável recebeu uma pontuação, de acordo com seu grau de importância. O escore foi adaptado para o presente estudo, em virtude da impossibilidade em verificar o tempo de uso do medicamento, quando o mesmo não constava na prescrição. O intuito era confirmar as informações da prescrição no próprio prontuário, mas a falta de dados ou ausência do boletim de emergência do Hospital Conceição impossibilitou a realização da tarefa.

Dessa forma, a variável ‘nome do medicamento’ recebeu 3 pontos; ‘dose’ e ‘freqüência de administração’ receberam 2 pontos; ‘indicação terapêutica’,

'precauções' e 'efeitos adversos' receberam 1 ponto, perfazendo um total de 10 pontos. A partir dessa pontuação, o nível de conhecimento foi definido em três níveis: (a) Nível bom; (b) Nível regular e (c) Nível insuficiente.

De acordo com essa classificação, 11,6% dos entrevistados apresentaram um nível de conhecimento bom, 54,6% regular e 33,7% insuficiente (Tabela 5.10).

Tabela 5.10 – Nível de conhecimento dos medicamentos prescritos, de acordo com a importância de cada variável para a utilização segura (n=258)

Nível de Informação	Frequência	%
Insuficiente (menos de 6 pontos)	87	33,7
Regular (de 6 a 8 pontos)	141	54,6
Bom (mais de 8 pontos)	30	11,6

Para que ocorra o uso racional de medicamentos, várias etapas de um processo devem ser garantidas, iniciando-se por uma prescrição adequada, passando pela disponibilidade e preços acessíveis, dispensação correta, e terminando no completo seguimento das instruções prescritas. Para isso, o paciente necessita conhecer as razões de tomar tais medicamentos e, principalmente, saber como tomá-los, visto que essas informações são determinantes para a adesão ao tratamento.

Apesar da auto-informação estar sujeita a problemas como omissão, falhas de memória e falhas no processo comunicativo, este é um método bastante usado, por representar um preditor de aderência e permitir relações com outros métodos (HOMEDES e UGALDE, 1994).

Os estudos que objetivam avaliar o conhecimento que indivíduos possuem acerca dos medicamentos prescritos são escassos, principalmente no Brasil, e nenhum deles enfoca a odontologia. O trabalho brasileiro utilizado como parâmetro

foi realizado por SILVA e colaboradores (2000), que investigaram o conhecimento sobre medicamentos de 266 pacientes atendidos em ambulatórios médicos da cidade de Porto Alegre. Os principais estudos internacionais utilizados foram conduzidos por: FLETCHER e colaboradores (1879), realizado com 261 pacientes em hospital do Canadá; JAYE e colaboradores (2002), com 344 pacientes em ambulatórios da Nova Zelândia; PERSELL e colaboradores (2004), com 616 pacientes em hospitais dos Estados Unidos. Estudos que avaliaram o conhecimento sobre medicamentos de pacientes seguindo um tratamento crônico específico incluíram: KAY e colaboradores (1988), realizado na Inglaterra com 85 pacientes utilizando medicamentos cardio-respiratórios; CLINE e colaboradores (1999), com 22 pacientes com insuficiência cardíaca, na Suécia; MILLER e colaboradores (2003), com 128 pacientes utilizando anti-retrovirais, nos Estados Unidos.

A variável 'nome do medicamento' apresentou 85,7% de acerto, a maior percentagem nesse estudo. Prevalência igual foi encontrada por JAYE e colaboradores (2002), 85%, e mostrou-se maior que as das pesquisas de CLINE e colaboradores (1999), de 55%, e SILVA e colaboradores (2000), 69%, porém menor que FLETCHER e colaboradores (1879), de 90%. Os pacientes do presente estudo apresentam a particularidade de não receberem prescrição de medicamentos de uso contínuo, ou seja, não estão cientes do que lhe será prescrito, e portanto, só se valeram da receita para informar o nome. Esse pode ser um interessante indicativo para avaliar o conhecimento, no entanto, deve ser considerado que 63,6% recordaram que já haviam utilizado o medicamento anteriormente, portanto, os medicamentos prescritos são, em geral, de conhecimento da população.

O segundo maior índice de conhecimento foi para a variável 'frequência de doses', com 85% de acerto. Esse percentual foi superior ao encontrado por FLETCHER e colaboradores (1879), 80%, KAY e colaboradores (1988), 73% e SILVA e colaboradores (2000), de 69%.

A frequência de administração pode ser apresentada na prescrição sob intervalo de doses ou com horários indicados pelo profissional. Para casos de dor e outras afecções transitórias, é comum a prescrição por intervalo de doses e o uso da expressão 'se necessário', pois nestes casos a maior preocupação será a de evitar uso excessivo. O início do tratamento dependerá da disponibilidade do recurso

terapêutico e da intensidade dos sintomas. Os diferentes percentuais de acerto para as variáveis intervalo de doses, 85,3%, e número de administrações diárias, 52,7%, evidenciam a dificuldade da população de interpretar as prescrições com intervalo de doses.

Essa dificuldade de interpretação dos pacientes pode ter várias causas como: nervosismo, pressa ou inabilidade nos cálculos no momento de responder sobre 'quantas vezes ao dia'. Se o mal-entendimento foi ocasionado pela inabilidade matemática, é esperado que o erro se reproduza em casa, ao administrar o medicamento. A análise estatística (Tabela 5.10) apontou associação entre escolaridade e frequência de doses ($p=0,044$). WOLF e colaboradores (2007) identificaram as causas da falta de compreensão dos pacientes das instruções de prescrições e uma delas está no formato da redação, dos intervalos de doses, que podem ser implícitos e explícitos. HANCHAK e colaboradores (1996) compararam a diferença no entendimento entre a dose redigida em intervalo de doses e número de administrações diárias. Dos 71 pacientes que haviam recebido prescrições em intervalo de doses, 77% interpretaram incorretamente a frequência de utilização, enquanto que, dos 429 que receberam instruções em número de administrações diárias, apenas 0,93% respondeu incorretamente. Esses dados sugerem que as informações devem ser transmitidas ao paciente, em especial aos indivíduos mais pobres e com menor grau de escolaridade, da forma mais clara possível. A forma mais explícita de instruir a frequência de doses seria apontar os horários corretos de administração.

A variável indicação terapêutica apresentou 66% de acerto, índice inferior aos valores encontrados por JAYE e colaboradores (2002), 87%, KAY e colaboradores (1988), 85%, FLETCHER e colaboradores (1979), 83%, e SILVA e colaboradores (2000), 81%. PERSELL e colaboradores (2004) apontaram que 13,5% dos pacientes entrevistados não sabiam a indicação de pelo menos um de seus medicamentos.

Ressalta-se que nesse estudo, todos os medicamentos prescritos eram destinados ao trato bucomaxilofacial, portanto o local de ação não foi considerado como resposta válida, como ocorreu em outros estudos. Eram consideradas corretas respostas com a classe terapêutica (ex. antibiótico) ou finalidade (ex. infecção). O

baixo conhecimento da indicação terapêutica pode indicar uma falha de comunicação dentre dentista e paciente, ou mesmo omissão da informação do diagnóstico por parte do profissional.

A variável dose apresentou 65% de acerto, registrando um índice inferior comparado aos estudos de JAYE e colaboradores (2002) e SILVA e colaboradores (2000), que encontraram prevalências de 83% e 81%, respectivamente. Nota-se que 19% dos pacientes desse estudo disseram desconhecer a dose a ser tomada, o que é preocupante quando se almeja o correto seguimento terapêutico.

Importante lembrar o fato do paciente poder consultar a prescrição em qualquer momento da entrevista, no entanto as variáveis nome, dose e frequência de tratamento apresentaram índices expressivos de erro ou omissão, de 15%, 35% e 15%, respectivamente. Mesmo tendo recebido essa prescrição pela primeira vez, a maioria dos pacientes declarou já o ter utilizado antes.

Na análise sobre o conhecimento acerca dos efeitos adversos, mesmo em estudos de acompanhamento de pacientes que utilizam medicamentos a longo prazo, índices baixos são encontrados. SILVA e colaboradores (2000) identificaram que apenas 20% declararam saber sobre possíveis efeitos adversos, sendo esse índice menor em TOREN e colaboradores. (2006), 11%, enquanto que em KAY e colaboradores (1988) apenas 8% disseram ter recebido essa informação do profissional de saúde.

O número de pacientes que respondeu 'sim' a pergunta sobre possíveis efeitos adversos foi baixo, apenas 9,3%, e quando analisadas, a partir da base de dados do DRUGDEX[®] System, o valor efetivo ficou em 8,5%. O'CONNELL e JOHNSON (1992) relatam que apenas 27% dos pacientes recordaram terem sido informados sobre efeitos enquanto que esse número baixou para menos de 25% de acordo com KERZMAN e colaboradores (2004), sendo que dos 12% que reportaram saberem sobre reações adversas dos seus medicamentos, apenas 68% os descreveu corretamente. A importância da devida atenção às reações adversas por parte do profissional foi evidenciada por SIXEL e colaboradores (1995), pois 21% dos 100 cirurgiões-dentistas entrevistados no Rio de Janeiro disseram ter observado alguma reação adversa a medicamentos uma vez e 31% mais de uma vez. Os

principais sintomas atribuídos aos medicamentos foram alergias comuns com erupções cutâneas (42%), distúrbios gastrintestinais (31,5%), taquicardia (8,2%) e outros de menor frequência como convulsão, hipotensão, cefaléia, bradipnéia e diplopia. Dessa forma, informações verbais ou materiais impressos poderiam ser utilizados na tentativa de melhorar o conhecimento e tornar o paciente mais seguro acerca de seu tratamento.

Fato semelhante ocorreu quando perguntados sobre precauções a serem tomadas. Apenas 19,8% citou alguma prescrição, sendo que apenas 11,6% das respostas foram consideradas pertinentes. O baixo índice registrado acerca das precauções e efeitos adversos pode indicar um parâmetro da qualidade das consultas, onde se priorizam informações mais importantes e determinantes para a adesão ao tratamento, e informações secundárias, que podem influir no resultado terapêutico, são subestimadas.

A pesquisa conduzida por SILVA e colaboradores (2000) identificou que a maioria dos pacientes entrevistados (58%) possuía um nível regular de informação, sendo que o presente estudo obteve resultado semelhante, de 54%. A maior diferença foi identificada nos extremos, em que o estudo anterior registrou apenas 9% de indivíduos com nível insuficiente e este apresentou 33 %. Ressalta-se que, apesar das perguntas envolvendo o nível de conhecimento serem as mesmas entre os estudos, o escore sofreu modificação, visto que a variável 'tempo de tratamento' não pôde ser quantificada. A diferença do atendimento também pode influenciar, já que o primeiro estudo foi realizado em ambulatórios clínicos, onde havia pacientes utilizando medicamentos de uso contínuo e o atendimento foi realizado por médicos, que podem estar mais sensibilizados para estas questões e, portanto, podem fornecer mais orientações sobre os medicamentos prescritos.

Um dos limitantes do estudo foi a impossibilidade de quantificação da variável 'tempo de uso'. Enquanto que alguns investigadores puderam confirmar no prontuário médico o tempo correto de utilização dos medicamentos, isso não pôde ser realizado aqui, devido às falhas de preenchimento e arquivamento dos boletins de atendimento da urgência odontológica em um dos locais. Novamente ressalta-se a importância legal e ética de registrar informações e arquivar prontuários dos pacientes. SILVA e colaboradores (2001) observaram a qualidade dos registros

odontológicos de hospitais públicos de São Paulo para 2.391 atendimentos e identificaram a falta de preenchimento de várias informações como nome, idade e diagnóstico, que eram apresentadas de forma vaga ou inespecífica.

De qualquer forma, provavelmente essa variável não pudesse ser quantificada em termos de tempo correto de uso, visto que 13,6% dos entrevistados responderam que deveriam utilizar o medicamento até passar a dor, dando a essa variável um caráter mais subjetivo.

De modo geral, verifica-se que os pacientes apresentam um nível regular de informação sobre os itens básicos da prescrição, como o nome, razão para uso, dose e frequência de administração. No entanto, informações adicionais, importantes para a eficácia e segurança do tratamento, como precauções e efeitos adversos, tiveram uma frequência muito baixa de acerto, como foi mencionado por outros autores (O'CONNEL e JOHNSON, 1992; RYAN, 1998; TOREN e col., 2005; ASCIONE e col., 1986).

Vários estudos investigam o conceito de 'nível de conhecimento' ou 'nível de informação', utilizando diferentes metodologias para acessar essas informações. Alguns autores não especificam detalhes metodológicos importantes, enquanto outros explicam com maior clareza, possibilitando comparações mais confiáveis. Em estudo conduzido por AKICI e colaboradores (2004) que objetivava avaliar o nível de conhecimento dos medicamentos prescritos, apenas 10,9% de 1898 pacientes lembravam o nome do medicamento prescrito. O fato desse estudo não permitir a consulta a prescrição medicamentosa ou embalagens dos medicamentos causa impacto no percentual de acertos, e deve ser levado em consideração.

5.5.1 Relação do nível de conhecimento com variáveis sócio-demográficas

A tabela 5.11 descreve a chance de referir corretamente os itens da prescrição de acordo com as características sócio-demográficas.

Tabela 5.11 – Relação entre características sócio-demográficas e as variáveis nome, indicação, dose e frequência de administração.

	Nome correto do medicamento	Indicação terapêutica correta	Dose correta	Frequência de doses corretas
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo				
Feminino	126/150 (84)	102/150 (68)	114/150 (76)	130/150 (86)
Masculino	95/108 (87)	69/108 (63)	54/108 (50)	90/108 (83)
	OR = 1,39 (0,64–3,06)*	OR = 0,83 (0,48–1,45)*	OR = 0,32 (0,18–0,56)*	OR = 0,77 (0,37–1,62)*
	p= 0,37	p= 0,49	p<0,001	p= 0,45
Faixa Etária				
De 18 a 39	160/182 (88)	123/182 (68)	125/182 (69)	154/182 (85)
Acima de 40	61/76 (80)	48/76 (63)	43/76 (56)	66/76 (87)
	OR = 0,56 (0,26–1,22)*	OR = 0,82 (0,45–1,50)*	OR = 0,59 (0,33–1,57)*	OR = 1,20 (0,52–2,82)*
	p= 0,11	p= 0,49	p= 0,06	p= 0,64
Escolaridade				
Ensino Fundamental	101/124 (81)	78/124 (63)	69/124 (56)	99/124 (80)
Ensino Médio	107/120 (89)	83/120 (69)	84/120 (70)	107/120 (89)
	OR = 1,87 (0,85–4,16)*	OR = 1,32 (0,75–2,33)*	OR = 1,86 (1,06–3,26)*	OR = 2,08 (0,96–4,57)*
	p= 0,09	p= 0,30	p= 0,020	p= 0,044
Renda Familiar				
Até 3 s.m.	117/143 (81)	86/143 (60)	82/143 (57)	113/143 (79)
Acima de 3 s.m.	104/115 (90)	85/115 (74)	86/115 (74)	107/115 (93)
	OR = 0,90 (0,62–1,32)*	OR = 0,81 (0,54–1,22)*	OR = 0,77 (0,51–1,15)*	OR = 0,85 (0,75–1,11)*
	P=0,58	p= 0,29	p= 0,18	p= 0,37

*IC: 95%

De acordo com os resultados da Tabela 5.11, o sexo feminino demonstrou maior conhecimento da dose ($p < 0,001$). OLIVARES e ESPINOZA (1996) identificaram essa associação em sua pesquisa, porém esta não foi detectada por SILVA e colaboradores (2000), que não viram diferenças entre o sexo.

Nesse estudo, a média de idade foi de 34,7 (DP \pm 10,52) anos, tendo apenas 04 pacientes acima de 60 anos, o que poderia justificar a inexistência de associações. O aumento da idade indicou menor tendência ao conhecimento dos itens da prescrição em alguns estudos que investigaram esse tema (OKUNO e col., 1998; MAHDY e SEYMOUR, 1990; JAYE e col., 2002; THAM e col., 1995; SILVA e col., 2000).

A associação entre escolaridade e dose e escolaridade e freqüência de doses foi significativa, $p=0,020$ e $p=0,044$ respectivamente, apontando uma tendência ao maior conhecimento a medida que aumenta o nível escolar. Para SILVA e colaboradores (2000), escolaridade apresentou associação estatisticamente significativa para nome ($p=0,009$) e freqüência de doses ($p=0,01$). As variáveis nome e indicação terapêutica também apresentaram associação positiva com escolaridade, embora não estatisticamente significativa.

WOLF e colaboradores (2006) avaliaram a interpretação de bulas de medicamentos com 74 pacientes adultos que estudaram até o sexto nível escolar e verificaram que menos de 50% foram capazes de prover interpretações adequadas às instruções escritas. MILLER e colaboradores (2003) igualmente verificaram associação entre o baixo conhecimento sobre medicamentos e baixo nível educacional ($p=0,03$).

Não foi encontrada associação entre renda familiar e as variáveis da prescrição. JAYE e colaboradores (2002) e SILVA e colaboradores (2000), encontraram associação entre renda e nome do medicamento, cujos valores foram $p=0,002$ e $p=0,001$, respectivamente, e apontaram associação entre renda familiar e indicação terapêutica, $p=0,04$ e $p=0,007$.

Quando os profissionais de saúde iniciam novos tratamentos, eles podem falhar ao informar o paciente elementos críticos para o uso correto. Isso pode resultar em mal-entendimentos sobre a terapêutica e levá-los ao uso incorreto de

medicamentos, daí a necessidade de atenção a pacientes com baixo nível de escolaridade.

5.6 Fontes de Informação sobre Medicamentos

Os 258 pacientes que recebem prescrição do cirurgião dentista, foram questionados sobre o recebimento de algum outro informativo sobre o medicamento, além da receita. A quase totalidade (n=255) respondeu que não recebeu nada e outros três pacientes responderam afirmativamente, porém não os tinham em mãos.

Quando questionados sobre a origem da informação dos medicamentos que eles utilizavam, 40,7% (n=105) mencionaram as bulas, 19% (n=49) disseram não obter em fonte alguma, 11,6% (n=30) responderam o posto de saúde e 10,9% (n=28) a farmácia (tabela 5.12).

Tabela 5.12 – Fontes de Informação sobre Medicamentos prescritos de acordo com os pacientes

Fonte de Informação	Freqüência	%
Bulas de medicamento	105	40,7
Posto de Saúde	30	11,6
Farmácia	28	10,9
Médico	10	3,9
Dentista	8	3,1
DEF	8	3,1
Internet	7	2,7
Farmacêutico	4	1,6
Outros (enfermeiro, hospital, palestras)	9	2,6
Não obtêm	49	19
Total	258	100

A bula de medicamentos, com 40,7%, foi a fonte mais mencionada pelos pacientes para a obtenção de informações sobre os medicamentos. Esse resultado condiz com o fato da bula ser o principal material informativo fornecido aos pacientes na aquisição de medicamentos (SILVA e col., 2000), exercendo, portanto, importante papel na promoção do uso racional.

As bulas igualmente têm atuado como mecanismo para facilitar a automedicação e incrementar as vendas das indústrias farmacêuticas que comercializam produtos no Brasil (BARROS, 1995). Tal conduta tem sido praticada quando se minimizam os efeitos colaterais ou as contra-indicações e se aumenta a gama de propriedades, indicações ou efeitos terapêuticos de um determinado produto (GONÇALVES e col., 2002). Dessa forma, no que diz respeito à informação sobre a ação esperada do medicamento, observa-se que, de um modo geral, as bulas não fornecem condições para o paciente entender como o medicamento poderá ajudá-lo (GONÇALVES e col., 2001 e SILVA e col., 2000). Na tentativa de atender as necessidades da população, a RDC nº. 140, de 2003 (BRASIL, 2003) divide as bulas em duas: bula para o profissional de saúde e bula para o paciente, essa última devendo ser de linguagem acessível. DIDONET (2007) realizou estudo sobre a compreensão de bulas por idosos, onde comparou bulas pertencentes à antiga legislação, a Portaria nº 110/1997, e bulas enquadradas na RDC nº. 140, de 2003, e constatou que as últimas tiveram grau de aceitação superior às antigas, mas por enquanto ainda não há uniformidades entre as empresas farmacêuticas.

Os postos de saúde (11,6%) e as farmácias (10,9%) foram os locais físicos mais citados, onde podem ser encontrados profissionais da saúde aptos a fornecer informações sobre os medicamentos.

O profissional de saúde mais citado foi o médico, mas por apenas 3,9% da amostra total. Esse dado destoa dos resultados de SILVA e colaboradores (2000), McCORMACK e colaboradores (1997) e TREWIN e VEITCH (2003) em que os médicos foram a principal fonte de informação. Uma possível explicação seria o contexto da entrevista, visto que o enfoque está na odontologia. O cirurgião-dentista, da mesma forma, não foi identificado pela população como referência nessa situação.

5.7 A Automedicação

A terceira parte do questionário diz respeito ao hábito da automedicação, e nessa etapa participaram todos os entrevistados (n=286), mesmo aqueles sem prescrição escrita.

Quando perguntados se *costumam ir ao dentista quando tem algum problema na boca*, 56,3% (n=161) responderam que sim. Aos pacientes que responderam negativamente, perguntou-se *como costumam parar o problema*. A maioria, 65,6% (n=82) relatou fazer uso da automedicação (tabela 5.13), sendo que desse percentual, 10 pacientes disseram ter tomado chás para aliviar a dor.

Tabela 5.13 – Atitudes dos paciente quando não comparecem ao dentista quando há algum problema bucal (n=125)

Atitude	Freqüência	%
Se automedicam	82	65,6
Não faz nada, espera	16	12,8
Higiene Dental	11	8,8
Primeira consulta ao dentista	7	5,6
Nunca teve dor antes	5	4,0
Agüenta a dor	4	3,2
Total	125	100

Em seguida, o paciente era questionado se havia utilizado *algum remédio por conta própria antes dessa consulta*. Neste item, 69,9% (n=200) dos pacientes relataram ter utilizado ao menos um medicamento antes de procurar o cirurgião-dentista. Dessa amostra, 72,5% (n=146) utilizou um medicamento, 24% (n=48) dois medicamentos e 3% (n=6) três medicamentos. A média de medicamentos foi 1,28 (DP \pm 2,55) por pessoa e o tempo de uso 3,79 (DP \pm 2,55) dias.

A tabela 5.14 apresenta as classes farmacológicas mais utilizadas na automedicação.

Tabela 5.14 – Classes farmacológicas mais citadas na automedicação (n=256)

Classe Farmacológica	Frequência	%
Analgésicos	133	51,9
AINES	35	13,6
Relaxantes musculares	27	10,5
Antibióticos	24	9,3
Anestésicos	13	5,0
Analgésicos opióides	11	4,2
Outros (antiespasmódicos,	13	5,0
Total	256	100

Foram 37 especialidades farmacêuticas citadas pelos pacientes que relataram automedicação antes da consulta ao cirurgião-dentista. A Tabela 5.15 apresenta os nomes dos medicamentos mais citados.

Tabela 5.15 – Nomes de medicamentos mais citados na automedicação (n=256)

Nome do medicamento	Frequência	%
Paracetamol	88	34,3
Dorflex [®]	23	8,9
Tylenol [®]	20	7,8
Amoxicilina	14	5,4
Dipirona	11	4,3
Calmador [®]	9	3,5
Ibuprofeno	9	3,5
Aspirina [®]	7	2,7
Dentisan [®]	7	2,7
Diclofenaco	7	2,7
Anador [®]	7	2,7
Ac. Acetilsalicílico	5	1,9
Outros	49	19,1
Total	256	100

Quando perguntados *como souberam desse remédio*, 47,5% relatou já haver utilizado previamente, conforme tabela 5.16.

Tabela 5.16 – Respostas dos pacientes a pergunta “Como ficou sabendo desse remédio?” (n=200)

Fonte	Frequência	%
Já havia utilizado antes	95	47,5
Família	31	15,5
Farmácia	22	11,0
Amigos	21	10,5
Tinha em casa	12	6,0
Outros	19	9,5
Total	200	100

A Tabela 5.13 indica que 125 (43,7%) pacientes entrevistados não procuram o cirurgião-dentista sempre que são acometidos por algum problema bucal. Desses 125 pacientes, 82 (65,6%) disseram se automedicar a fim de tentar solucionar o problema. Deve-se atentar que esse dado pode estar superestimado, já que o local da entrevista é o próprio local de atendimento. Chama a atenção que sete pacientes (5,6%) estavam consultando o dentista pela primeira vez, o que pode ser um fator preocupante.

Dos 286 participantes do estudo, 70% (n=200) utilizou algum medicamento por conta própria antes da consulta, sendo essa a mesma prevalência encontrada por BAÑOS e colaboradores (1991), na odontologia.

A classe farmacológica mais utilizada na automedicação foram os analgésicos, com 52%, sendo que o fármaco mais citado foi o paracetamol. Ele foi citado 108 (42,1%) vezes: 88 (34,3%) pelo nome genérico e 20 (7,8%) pelo nome comercial Tylenol®. Analgésicos, em especial o paracetamol, também foi a classe de escolha em outros estudos (BAÑOS e col., 1991; DRUG UTILIZATION RESEARCH GROUP, 1997), e essa predominância é fato comum tanto na automedicação praticada no Brasil como em outros países (ARRAIS, 1997).

A escolha do paracetamol na automedicação pela maioria dos pacientes, provavelmente para aplacar uma crise de dor, indica uma provável influência dos hábitos de prescrição na automedicação, pois este está entre os principais analgésicos prescritos e quase 50% da amostra relatou uso prévio.

A segunda classe mais utilizada na automedicação foram os AINES, com 13,6% de uso, em que os medicamentos mais citados foram: Calmador[®] (3,5%), Ibuprofeno (3,5%), Aspirina[®] (2,7%), Diclofenaco (2,7%) e Acido Acetilsalicílico (1,9%).

De acordo com VILARINO (1998) e colaboradores, o ácido acetilsalicílico foi o fármaco mais utilizado (25,4%) na automedicação em município do sul do país e em BANÕES e colaboradores (1991) houve uma prevalência de 24%. É importante lembrar que o ácido acetilsalicílico costumava ser o fármaco mais utilizado, porém nos últimos anos vem perdendo espaço para o paracetamol. Antiinflamatórios não-esteróides são considerados relativamente seguros, todavia efeitos adversos potencialmente graves podem ocorrer, principalmente no trato gastrointestinal. A inibição da produção de prostaglandinas pode causar sangramento e até ulceração (LANZA, 1984; DRUGDEX[®] System, 2008).

Embora o paracetamol não cause os problemas gastrintestinais ocasionados pelos AINES, o fármaco é metabolizado pelo fígado, podendo causar danos ao órgão, mesmo em doses terapêuticas. Indivíduos que ingerem grande quantidade de álcool devem atentar ao efeito hepatotóxico que a administração de paracetamol pode causar, devido a diminuição de glutathione no organismo. Grandes períodos de jejum e mal-nutrição também diminuem a disponibilidade de glutathione e pode haver ocasiões de jejum em pacientes com afecções bucais (WHITCOMB e BLOCK, 1994).

Um dos riscos do uso habitual de analgésicos simples é a nefrite intersticial. Estima-se que 11% de todos os casos de insuficiência renal terminal, cuja incidência é em torno de 110 novos casos por 1.000.000, é atribuído ao consumo de analgésicos (PÉREZ e col., 1996).

MUNERATO e colaboradores (2005) realizaram estudo retrospectivo avaliando os registros de 918 pacientes atendidos em 2002 na urgência

odontológica da Faculdade de Odontologia da UFRGS, em Porto Alegre. O estudo identificou que 40% dos pacientes consumiam algum medicamento no ato da consulta. As classes mais utilizadas eram analgésicos (17,5%), antimicrobianos (9,3%) e antiinflamatórios (8,9%).

Associações com relaxantes musculares representaram 10,5% das classes farmacológicas mencionadas, o que é um dado preocupante e revela um percentual alto de desinformação. O medicamento citado com mais frequência foi o Dorflex[®] (8,9%), sendo que outros relaxantes mencionados foram Sedilax[®] e Royflex[®], todos sendo associações de analgésico, antiinflamatório e relaxante muscular, cujo destino é o alívio de espasmos musculares. Os relaxantes musculares constituintes dessas associações são citrato de orfenadrina e carisoprodol. Em consulta ao DRUGDEX[®] System, os efeitos adversos mais sérios registrados para citrato de orfenadrina são palpitações e taquicardia/arritmia. Para o carisoprodol, efeitos adversos comuns constituem tontura (7-8%), dor de cabeça (3-5%) e sonolência (13-17%), podendo causar dependência física como efeito mais grave.

A cafeína é outro componente desses medicamentos, sendo muito comum em associações com analgésico, por potencializar sua ação farmacológica. A relação entre o uso e abuso de associações medicamentosas tem sugerido que alguns adjuvantes, primariamente cafeína e codeína, produzem efeitos psicotrópicos podendo causar dependência (ABBOTT e FRASER, 1998 *apud* MURRAY, 1980)³. Deve ser considerado, todavia, que o tempo de utilização de medicamentos para fins odontológicos é relativamente curto, portanto sintomas mais graves tem menos chances de ocorrer quando comparados a tratamentos crônicos.

A classe dos antimicrobianos representou 9,3% do total de medicamentos utilizados na automedicação, tendo a amoxicilina (5,4%) como o fármaco mais citado. Mesmo representando uma menor prevalência em relação às outras classes, a automedicação com antimicrobianos é causa de preocupação pela possibilidade de contribuição da disseminação da resistência bacteriana e inserção de organismos resistentes na comunidade (GRIGORYAN, 2006).

³MURRAY, R.M. Minor Analgesic Abuse: The Slow Recognition of a Public Health Problem. *Addiction*, v. 75, n. 1, p. 9-17, 1980 *apud* ABBOTT, F.V.; FRASER, M.I. Use and abuse of over-the-counter analgesic agents. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, v. 23, n. 1, p. 13-34, 1998.

Dessa forma, o uso sem a indicação do profissional é inapropriado devido ao risco da seleção de bactérias resistentes quando doses insuficientes ou incorretas são administradas ou mesmo quando o uso é desnecessário.

Em atendimentos de emergência, pacientes com dor de dente são geralmente classificados como casos menos urgentes e podem passar por uma longa espera para receberem analgésicos ou antibióticos que podem mostrar-se inapropriados ou não-efetivos. Todavia, muitos pacientes terão ingerido analgésicos de venda livre por conta própria, antes da consulta. Não muito freqüente, mas certamente preocupante, estão os casos de overdose de analgésicos decorrentes de dor de dente, em que o paracetamol foi identificado como o analgésico com maior incidência de overdose (DODD e GHAHAM, 2002).

Nove pacientes citaram chás como medicamento utilizado na automedicação, sendo que quatro deles especificaram o chá de malva. OLIVEIRA e colaboradores (2007) pesquisaram as plantas mais utilizadas em afecções bucais e a espécie *Malva sylvestris* L foi uma das mais citadas na literatura de uso popular. Apresenta na sua composição mucilagens, taninos, óleos essenciais, glicolipídios e flavonóides. À ela são atribuídas propriedades antiinflamatórias, antimicrobianas e vem sendo testada no controle de crescimento de bactérias presentes no biofilme dental.

Quando perguntados como ficaram sabendo do medicamento utilizado, a maioria (47,5%) dos pacientes relatou já haver usado anteriormente o medicamento escolhido, o que poderia indicar algumas situações como reutilização de prescrição prévia ou consumo anterior por conta própria. Outra parcela citou a família (15,5%) e amigos (10,5%) como provedores da informação, enquanto que 11% adquiriu a indicação diretamente na farmácia.

Esses dados condizem com resultados obtidos anteriormente por ARRAIS e colaboradores (1997), em que a escolha é baseada principalmente na recomendação de pessoas leigas (51%) ou terceiros (51,2%) sendo também relevante a influência de prescrição anteriores para 40% nesse estudo, e VILARINO e colaboradores (1998), 51,7%. GRIGORYAN e colaboradores (2006) identificaram

uma parcela significativa de indivíduos que utilizam medicamentos que possuem em casa, provindo de outros tratamentos, ou que adquirem de amigos ou familiares.

5.7.1 Relação entre a prática da automedicação e variáveis sócio-demográficas

A tabela 5.17 descreve a associação entre os pacientes que se automedicaram e as variáveis sócio-demográficas.

Tabela 5.17 – Associação entre automedicação e variáveis sócio-demográficas.

	Automedicação n (%)	OR (IC 95%)	Valor de p
Sexo			
Feminino	113/164 (69)	1,12 (0,65–1,94)	0,66
Masculino	87/122 (71)		
Faixa Etária			
De 18 a 39	142/202 (70)	0,94 (0,52–1,70)	0,83
Acima de 40	58/84 (69)		
Escolaridade			
Ensino Fundamental	96/138 (70)	0,97 (0,56–1,68)	0,91
Ensino Médio	91/132 (69)		
Renda Familiar			
Até 3 s.m.	113/158 (72)	1,05 (0,72–1,54)	0,78
Acima de 3 s.m.	87/128 (68)		

Conforme Tabela 5.17, não foi encontrada associação significativa entre a prática da automedicação e variáveis sócio-demográficas, o que indica que essa prática é exercida por todos os indivíduos, sejam de diferentes níveis de escolaridade e renda. Como já mencionado, a dor é um problema que afeta pessoas de todas as idades e perfis econômicos, e exige manejo rápido, favorecendo a prática da automedicação. A existência de muitos medicamentos de venda livre, e geralmente a custo acessível, são fatores adicionais na escolha da prática em detrimento da procura ao cirurgião-dentista.

Estudos prévios apresentam resultados diferentes em relação a algumas variáveis. ARRAIS e colaboradores (1997) e FIGUEIRAS e colaboradores (2000) encontraram associação entre automedicação e sexo feminino, enquanto que VILARINO e colaboradores (1998) não evidenciaram essa relação. O último estudo descreve uma tendência, de que o acúmulo de conhecimento, quer adquirido na escola (maior escolaridade), quer ao longo da vida (mais idade), torna o indivíduo mais confiante para se automedicar. GRIGORYAN e colaboradores (2006) verificaram associação de maiores índices de automedicação entre indivíduos mais jovens e com melhor nível educacional.

As razões pelas quais as pessoas se automedicam são inúmeras. A propaganda desenfreada e massiva de determinados medicamentos contrasta com as tímidas campanhas que tentam esclarecer os perigos da automedicação. A dificuldade e o custo de se conseguir uma opinião médica, a limitação do poder prescritivo, restrito a poucos profissionais de saúde, o desespero e a angústia desencadeados por sintomas ou pela possibilidade de se adquirir uma doença, informações sobre medicamentos obtidos por leigos, na internet ou em outros meios de comunicação, a falta de regulamentação e fiscalização daqueles que vendem e a falta de programas educativos sobre os efeitos muitas vezes irreparáveis da automedicação, são alguns dos motivos que levam as pessoas a utilizarem certos medicamentos (RAMB, 2001).

Automedicação com fármacos de venda livre é uma opção econômica no tratamento de distúrbios agudos. No entanto, se por um lado há aspectos positivos na automedicação como economia, conveniência e desobstrução dos serviços de saúde quando há distúrbios leves de saúde, por outro lado, o consumidor não aparenta possuir o conhecimento necessário para avaliar esses distúrbios e selecionar a melhor terapêutica possível. De acordo com LAPORTE e CASTLE (1992) há uma tendência dos pacientes a adquirirem uma melhor autonomia pessoal, porém esta deve estar associada a uma gama maior de informações.

Quando são utilizados medicamentos de venda livre em que sejam respeitadas as normas de eficácia, segurança e prática no manejo, a prática poderá permitir uma automedicação correta.

6. CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

O paciente, ao consultar um profissional de saúde, tem direito a receber todas as informações necessárias sobre o diagnóstico e medicamentos prescritos para que ocorra a correta utilização. A comunicação entre as partes, nesse sentido, exerce papel fundamental. As informações devem ser transmitidas ao paciente de forma clara e linguagem acessível, fazendo uso de material impresso informativo, sempre que possível. Da mesma forma, é recomendável que o paciente não se sinta constrangido em questionar ou mesmo discordar sobre aspectos do tratamento. O baixo grau de instrução, em geral, dos pacientes desse estudo pode coibi-los de exercer uma participação efetiva durante a consulta, e cabe ao cirurgião-dentista mostrar-se aberto e incentivá-los a colaborar com a construção do tratamento.

Verificou-se que aproximadamente 10% das prescrições registradas foram transmitidas verbalmente, e mesmo sendo um menor índice comparado a estudos anteriores, exerce impacto sob o ângulo do dentista e do paciente. Em função do caráter legal atribuído à prescrição, essa prática deixa o profissional vulnerável, enquanto que o paciente, por sua vez, sai da consulta sem nenhum material que lhe assegure a forma correta de utilização do medicamento.

As prescrições escritas apresentaram, de modo geral, os itens básicos e imprescindíveis sobre o medicamento, como nome, dose e frequência de uso, no entanto a grande maioria das prescrições não apresentou o tempo de uso e todas as frequências de doses foram escritas em intervalo de doses, o que demonstrou dificuldade no entendimento de alguns pacientes no momento de informar o número de administrações diárias do medicamento. Por tratar-se de consultas odontológicas e, portanto, da utilização de medicamentos por um curto período de tempo, o rigor na prescrição poderia ser subestimado por alguns profissionais, no entanto, trata-se de fármacos de uso sistêmico, e portanto, passíveis de maior ocorrência de eventos adversos.

Verificou-se a quase totalidade de medicamentos prescritos com o nome genérico, sendo que os comerciais em questão não apresentavam genérico no mercado. Esse é um dado positivo e reflete o resultado das campanhas governamentais de incentivo para que haja adesão dos prescritores no uso do

genérico. Deve-se considerar, no entanto, que os locais de estudo são vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS, onde a prescrição de medicamentos genéricos é amplamente estimulada, senão obrigatória. Na comparação com resultados de SILVA e colaboradores (2000) em coleta realizada no ano de 1999, em hospital de Porto Alegre, 63% das prescrições eram com o nome genérico, demonstrando um considerável aumento dessa prática ao longo da década.

Dos 258 entrevistados que responderam questões referentes ao nível de conhecimento sobre o medicamento prescrito, 55% obtiveram um nível regular, 34% insuficiente e 11% bom. Isso permite, para a maioria, a utilização segura do medicamento em condições ideais, sem a ocorrência de um evento inesperado. Chama a atenção os 34% de pacientes que demonstraram nível insuficiente, o que não os habilitaria para utilizar o medicamento com segurança. Verificou-se associação entre sexo e dose ($p < 0,001$), na qual o sexo feminino demonstrou maior conhecimento; escolaridade e dose ($p = 0,020$) e escolaridade e frequência de doses ($p = 0,044$), nas quais indivíduos com nível escolar superior demonstraram mais conhecimento.

A bula foi a fonte de informação sobre medicamentos mais citada pelos pacientes (41%). Enquanto que esse material tem propósito informativo, e como público-alvo o consumidor, também tem sido vinculado como disseminador de propaganda por empresas farmoquímicas. O fato é que, na sua condição atual, as bulas ainda apresentam irregularidades de informações e falhas de linguagem e configuração para a compreensão do paciente. As mudanças do formato da bula, com a implementação da RDC n°. 140, de 2003, têm se mostrado positivas. Os profissionais de saúde, como o médico, dentista e farmacêutico representaram, juntos, apenas 9%, recebendo menor menção que postos de saúde (12%) e farmácia (11%), nas quais a fonte real de informação pode não ter sido um desses profissionais.

Os dados sobre automedicação revelam uma prevalência de 70% por parte dos 286 pacientes entrevistados. O conceito de automedicação evoluiu, da definição clássica “o consumo de medicamentos, ervas e remédios caseiros por iniciativa própria ou consentimento de outra pessoa, sem consultar o médico”, para “vontade e capacidade das pessoas/pacientes para participarem de maneira inteligente,

autônoma e informada nas decisões e na gestão de atividades preventivas, diagnósticas e terapêuticas que lhes afetam” (LAPORTE, 1997). Portanto, a prática, em si, não deve ser encarada como nociva, desde que exercida de forma responsável, situação em que o paciente é capaz de reconhecer o problema que lhe aflige e conhecer o risco/benefício do medicamento de escolha. Não encontrou-se associação entre a prática da automedicação com variáveis sócio-demográficas.

As classes farmacológicas mais citadas na automedicação foram analgésicos (52%), antiinflamatórios não-esteróides (14%), relaxantes musculares (11%) e antibióticos (9%). Sendo os analgésicos e antiinflamatórios agentes importantes para o manejo da dor cotidiana, o uso racional é a melhor forma de exercer esse manejo. No entanto, não é fácil determinar o limite entre o uso e abuso.

Chama a atenção o uso de relaxantes musculares e antibióticos, que juntos somam 20% dos medicamentos utilizados, e caracterizam o uso irracional para afecções bucais. Deve-se considerar o incentivo que grandes indústrias têm exercido para estimular a automedicação, e isso pôde ser constatado no uso de medicamentos como o Dorflex[®], inapropriado para problemas bucais, porém o nome remete à dor, e, para leigos, pode ser visto como informação suficiente para a tomada de decisão.

Por fim, a maioria dos pacientes apresentou um nível de conhecimento suficiente a respeito das informações principais do tratamento, porém é necessária uma melhor comunicação entre dentista e paciente a fim de promover o uso racional de medicamentos. A alta prevalência de automedicação e não associação com características sócio-demográficas pode estar relacionada ao problema que geralmente motiva a busca do atendimento de urgência, a dor dental, que requer solução imediata e pode ser, em um primeiro momento, contornada com medicamentos de venda livre. No entanto, deve-se ressaltar o percentual expressivo de medicamentos utilizados equivocadamente para tratar afecções bucais.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMSON, J.H. WINPEPI (PEPI-for-Windows): computer programs for epidemiologists. **Epidemiologic Perspectives & Innovations**, v. 1, n. 6, p. 1-10, 2004.
- ABBOTT, F.V.; FRASER, M.I. Use and abuse of over-the-counter analgesic agents. **Journal of Psychiatry & Neuroscience**, v. 23, n. 1, p. 13-34, 1998.
- AKICI, A.; KALAÇA, S.; UURLU, M.U.; HALE, Z.; SKENDER, E.; OKTAY, S. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, v. 13, n. 12, p. 871-876, 2004.
- ANDERSON, R.; CALDER, L.; THOMAS, D.W. Antibiotic prescribing for dental conditions: general medical practitioners and dentists compared. **British Dental Journal**, v. 188, n. 7, p. 398-400, 2000.
- ARANEGA, A.M.; CALLESTINI, E.A.; LEMOS, F.R.; BAPTISTA, D.Q. RICIERI, C.B. Profilaxia de antimicrobianos em consultórios odontológicos. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 25, n. 1, p. 33-38, 2004.
- ARIAS, T.D. Glossario de Medicamentos: Desarrollo, evaluación y uso. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS, 333p, 1999.
- ARRAIS, P.S.D.; LUTÉSCIA, H.L.; COELHO, L.; BATISTA, M.C.D.S.; CARVALHO, M.L.; RIGHI, R.E.; ARNAU, J.M. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997.
- ARTHUR, V.A. Written patient information: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, v. 21, n. 6, p. 1081-1086, 1995.
- ASCIONE, F.J.; KIRSCHT, J.P.; SHIMP, L.A. An assessment of different components of patient medication knowledge. **Medical Care**, v. 24, n. 11, p. 1018-1028, 1986.
- ASCIONE, F.J.; MANIFOLD, C.C.; PARENTI, M. A. Principles of Drug Information and Scientific Literature Evaluation. Hamilton: **Drug Intelligence Publications**, 1994.
- BALKRISHNAN, R. Predictors of Medication Adherence in the Elderly. **Clinical Therapeutics**, v. 20, n. 4, 1998.
- BAÑOS, J.E.; BOSCH, F.; TORANZO, I. La automedicacion com analgésicos. Estudio en el dolor odontológico. **Medicina Clinica**, v. 96, n. 7, p. 248-251, 1991.
- BARBER, N. What constitutes good prescribing? **British Medical Journal**, v. 310, p. 923-925, 1995.

BARLO, J.H.; WRIGHT, C.C. Knowledge in patients with rheumatoid arthritis: a longer term follow-up of a randomized controlled study of patient education leaflets. **British Journal of Rheumatology**, v. 37, p. 373-376, 1998.

BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BARROS, J.A.C. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 421-427, 2000.

BASTOS, A.F.; PALHARES, F.A.B.; MONTEIRO, A.C.C. Medicina legal para não-legistas. Campinas (SP): Copola Livros, 1988.

BATTELLINO, R.J.; BENNUN, F.R. Nivel de información y conducta farmacoterapéutica de los odontólogos, 1990. **Revista de Saúde Pública**, v. 27 n. 4 p. 291-299, 1993.

BELCHER, V.N.; FRIED, T.R.; AGOSTINI, J.V.; TINETTI, M.E. Views of Older Adults on Patient Participation in Medication-related Decision Making. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, n. 4, p. 298-303, 2006.

BHOPAL, R.S.; GILMOR, W.H.; FALLON, C.W.; BHOPAL, J.S.; HAMILTON, I. Evaluation of a practice information leaflet. **Family Practice**, v. 7, n.2, p. 132-137, 1990.

BRADLEY, C.P. Uncomfortable prescribing decisions: a critical incident study. **British Medical Journal**, v. 304, p. 294-296, 1992.

BRADLEY, C.; BLENKINSOPP, A. Over the counter drugs. The future for self medication. **British Medical Journal**, v. 312, n. 7034, p. 835-837, 1996.

BRASIL. Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI 11.498/2007 (LEI ORDINÁRIA) 28/06/2007. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde – Política Nacional de Medicamentos. Brasília, 1998. Portaria nº 3916 de 30 de outubro de 1998, que aprova da política nacional de medicamentos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pesquisa sobre Medicamentos Genéricos, 2001. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada no 140, de 29 de maio de 2003. Institui roteiro para texto de bula de medicamentos quanto à forma e conteúdo e publica a lista de medicamentos padrão para texto de bula. Diário Oficial da União 24 set, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Brasil Sorridente; 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lista de Medicamentos Genéricos Registrados por ordem de medicamento de referência. Atualizada até Diário Oficial da União de 01/10/2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/>

BRITO, E.W.G. A documentação odontológica sob a óptica dos cirurgiões-dentistas de Natal/RN. Dissertação para obtenção do grau de mestre. Natal: UFRN, 60p, 2005.

BRITTEN, N.; STEVENSON, F.A.; BARRY, C.A.; BARBER, N.; BRADLEY, C.P. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. **British Medical Journal**, v. 320, n. 7233, p. 484-488, 2000.

BRITTO, T.A.; CASTILHO, L.S.; PAIXÃO, H.H. Os estudantes de odontologia e a (in) segurança para prescrever medicamentos. **Arquivos do Centro de Estudos do Curso de Odontologia**, v. 32, n. 1, p.51-64, 1996.

CALDEIRA, T.R.; NEVES, E.R.Z.; PERINI, E. Evolução histórica das bulas de medicamentos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 737-743, 2008.

CASTILHO, L.S.; PAIXÃO, H.H.; PERINI, E. Prescrição de Medicamentos de uso sistêmico por cirurgiões-dentistas, clínicos gerais. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 287-294, 1999.

CASTRO, M.S.; PILGER, D.; FUCHS, F.D.; FERREIRA, M.B.C. Development and validity of a method for the evaluation of printed education material. **Pharmacy Practice**, v. 5, n. 2, p. 89-94, 2007.

CECCATO, M.G.B.; ACURCIO, F.A.; BONOLO, P.F.; ROCHA, G.M.; GUIMARÃES, M.D.C. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1388-1397, 2004.

CHUNG, M.K.; BARTFIELD, J.M. Knowledge of prescription medications among elderly emergency department patients. **Annals of Emergency Medicine**, v. 39, v. 26, p. 605-609, 2001.

CIANCIO, S.; REYNARD, A.; ZELEZNY M.; MATHER, M. A survey of drug prescribing practices of dentists. **NY State Dent J**, v. 55, n. 1, p. 29-31, 1989.

CLINE, C.M.J.; BJORK-LINNE, A.K.; ISRAELSSON, R.B.; WILLENHEIMER, R.; ERHARDT, L.R. Non-compliance and knowledge of prescribed medication in elderly

patients with heart failure. **European Journal of Heart Failure**, v. 1, n. 2, p. 145-149, 1999.

COCHRANE, R.A.; MANDAL, A.R.; LEDGER-SCOTT, M.; WALKER, R. Changes in drug treatment after discharge from hospital in geriatric patients. **British Medical Journal**, v. 305, p. 694-696, 1992.

COLLIER, J.; IHEANACHO, I. The pharmaceutical industry as an informant. **Lancet**, v. 360, p. 1405-1409, 2002.

COLLINS, S.L.; MOORE, R.A.; MCQUAY, H.J.; WIFFEN, P.J.; EDWARDS J.E. Single dose oral ibuprofen and diclofenac for postoperative pain (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 4, 2007.

CORDÓN, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n.3, p. 557-563, 1997.

CRAMER, J.A. Relationship between medication compliance and medical outcomes. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 52, n. 14, p. 27-29, 1995.

DAVIS, T.C.; WOLF, M.S.; BASS, P.F.; TOLSON, H.; NEUBERGER, M.; PARKER, R.M. Literacy and misunderstanding of prescription drug labels. **Annals Internal Medicine**, v. 145, p. 887-894, 2006.

DEBER, R.B.; KRAETSCHMER, N.; IRVINE, J. What role do patients wish to play in treatment decision making? **Archives of Internal Medicine**, v. 156, n. 13, p. 1414–1420, 1996.

DEBONI, M.C.Z.; SOUZA, R.C.N.; CHINELLATO, L.E.M.; MONTENEGRO, E.; TASSO, M.A. Profilaxia antibiótica: recomendações atuais. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 55, n. 2, p. 96-99, 2001.

DEAN, A.G.; DEAN, J.A.; COULOMBIER, D.; BURTON, A.H.; BRENDDEL, K.A.; SMITH, D.C.; DICKER, R.C.; SULLIVAN, K.M.; FAGAN, R.F. Epi Info, Version 6.04: a Word-Processing, Database, and Statistics **Program for Public Health on IBM – Compatible Microcomputers**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1998.

DEMIRBAS, F.; GJERMO, P.E.; PREUS, H. Antibiotic prescribing practices among Norwegian dentists. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 64, n. 6, p. 355-359, 2006.

DICKEY, F.F.; MATTAR, M.E.; CHUDZIK, G.M. Pharmacist counseling increases drug regimen compliance. **Hospitals**, v. 49, n. 9, p. 85-88, 1975.

DIDONET, J. Avaliação da bula de medicamentos sob a ótica dos idosos. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: UFRGS, 122p, 2007.

DODD, M.D.; GRAHAM, C.A. Unintentional overdose of analgesia secondary to acute dental pain. **British Dental Journal**, v. 193, n. 4, p. 211-212, 2002.

DRUG UTILIZATION RESEARCH GROUP, LATIN AMERICA. Multicenter study on self-medication and self-prescription in six Latin American countries. **Clin Pharmacol Ther.**, v. 61, n. 4, p. 488-493,1997.

ELWYN, G.; EDWARDS, A.; BRITTEN, N. "Doing prescribing": how might clinicians work differently for better, safer care. **Quality & Safety in Health Care**, v. 12, p. 33-36, 2003.

FARLEY, D. FDA Proposes Program to Give Patients Better Medication Information. **FDA Consumer Magazine**, v. 29, n. 9, 1995. Disponível em: http://www.fda.gov/fdac/features/995_medinfo.html

FIGUEIRAS, A.; CAAMANO, F.; GESTAL-OTERO, J.J. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. **European Journal of Epidemiology**, v. 16, n. 1, p. 19-26, 2004.

FLETCHER, S.W; FLETCHER R.H.; THOMAS D.C.; HAMANN C. Patients' understanding of prescribed drugs. **Journal of Community Health**, v. 4, n. 3, p. 183-189, 1979.

GIBBS, S.; WATERS W.E.; GEORGE, C.F. The benefits of prescription information leaflets (2). **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 28, n. 3, p. 345-351, 1989.

GOÉS, PSA. Epidemiologia da dor orofacial: tipos de dores mais prevalentes. In: Teixeira MJ, organizador. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio, p. 75-87, 2003

GOLDIM, J.R. O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul – AMRIGS**, v. 46, n. 3,4, p.109-116, 2002.

GONÇALVES, S.A.; MELO, G.; TOKARSKI, M.H.; BARBOSA-BRANCO, A. Bulas de medicamentos como instrumento de informação técnico-científica. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 33-39, 2002.

GRIGORYAN, L.; HAAIJER-RUSKAMP, F.M.; JOHANNES G.M.; BURGERHOF, R.M.; MECHTLER, R.; DESCHEPPER, R.; TAMBIC-ANDRASEVIC, A.; ANDRAJATI, R.; MONNET, D.L.; CUNNEY, R.; MATTEO, A.D.; EDELSTEIN, H.; VALINTELIENE, R.; ALKERWI, A.; SCICLUNA, E.A.; GRZESIOWSKI, P.; BARA, A.C.; TESAR, T.; CIZMAN, M.; CAMPOS.; LUNDBORG, C.S.; BIRKIN, J. Self-medication With Antimicrobial Drugs in Europe. **Emerging Infectious Diseases**, v. 12, n. 3, p. 452-459, 2006.

HANCHAK, N.A.; PATEL, M.B.; BERLIN, J.A.; STROM, B.L. Patient misunderstanding of dosing instructions. **Journal of General Internal Medicine**, v. 11, n. 6, p. 325-328, 1996.

HAYNES, R.B.; ACKLOO, E.; SAHOTA, N.; McDONALD, H.P.; YAO, X. Interventions for enhancing medication adherence (Cochrane Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 2, 2008.

HERMANN, F.; HERXHEIMER, A.; LIONEL, N.D. Package inserts for prescribed medicines: what minimum information do patients need? **British Medical Journal**, v. 2, n. 6145, p. 1132-1135, 1978.

HOLLOWAY, A. Patient knowledge and information concerning medication on discharge from hospital. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, n. 6, p. 1169-1174, 1996.

HOMEDES, N.; UGALDE, A. Estudios sobre el cumplimiento del paciente en países em desarrollo. **Bol Sanit Panam**, v. 116, p. 518-534, 1994.

HOPE, C.J.; WU, J.; TU, W.; YOUNG, J.; MURRAY, M.D. Association of medication adherence, knowledge, and skills with emergency department visits by adults 50 years or older with congestive heart failure. **American Journal of Health System Pharmacology**, v. 61, n. 19, p. 2043-2049, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde: PNAD, 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm>

JAUNAY, T. SAMBROOK, P. GOSS, A. Antibiotic prescribing practices by South Australian general dental practitioners. **Australian Dental Journal**, v. 45, n. 3, p. 179-186, 2000.

JAYE, C.; HOPE, J.; MARTIN, I.R. What do general practice patients know about their prescription medications? **Journal of the New Zealand Medical Association**, v. 115, n. 1162, p. 01-10, 2002.

JUYOL, M.H.; QUESADA, J.R.B. Odontología y automedicación: un reto actual. **Medicina Oral**, v. 344-347, 2002.

KABOLI, P.J.; HOTH, A.B.; MCCLIMON, B.J.; SCHNIPPER, J.L. Clinical Pharmacists and Inpatient Medical Care: A Systematic Review. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, p. 955-964, 2006.

KAY, E.A.; BAILIE, G.R.; BERNSTEIN, A. Patient knowledge of cardio-respiratory drugs. **Journal of Clinical Pharmacological Therapy**, v. 13, n.4, p.263-268, 1988.

KERZMAN, H.; BARON-EPEL, O.; TOREN, O. What do discharged patients know about their medication? **Patient Education and Counseling**, v. 56, n. 3, p. 276-282, 2004.

KLASKO, R.K. (Ed.) DRUGDEX[®] System. Thomsom MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado, USA, 2007. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>

LACERDA, J.T.; SIMIONATO, E.M.; PERESA, K.G.; PERES, J.T.; TRAEBERTA, J.; MARCENES, W. Dental pain as the reason for visiting a dentist in a Brazilian adult population. **Revista de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 01-06, 2004.

LANZA, F.L. Endoscopic studies of gastric and duodenal injury after the use of ibuprofen, aspirin, and other nonsteroidal anti-inflammatory agents. **American Journal of Medicine**, v. 13, n. 77, p. 19-24, 1984.

LAPORTE, J.R. Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? **Méd. Clin.**, v. 109, p. 795-796, 1997.

LAPORTE, J.R.; CASTLE, J.M. El médico ante la automedicación. **Med Clin.**, v. 99, p. 414-416, 1992.

LAURITSEN, J.M.; BRUUS, M. EpiData-An extended tool for validated data-entry and documentation of data. 3.0th edition. Odense, Denmark, The EpiData Association; 2003.

LEY, P. Satisfaction, compliance and communication. **British Journal of Clinical Psychology**, n. 21, p. 241-254, 1982.

LIMA, R.K.P.; OLIVEIRA-FILHO, R.M.; JACOBOVITZ, M. Uso de antiinflamatórios não-esteroidais (AINES) no controle da resposta inflamatória inespecífica- Uma revisão. **J Bras Clin Odontol**, v.6, n.31, p. 29-33, 2002.

LOESER, J.D.; MELZACK, R. Pain: an overview. **The Lancet**, v. 353, p. 1687-1689, 1999.

LOPES, I.L. Novos paradigmas para avaliação da qualidade da informação em saúde recuperada na Web. **Ci. Inf. Brasília**, v. 33, n. 1, p. 81-90, 2004.

LYRA, D.P.; PRADO, J.M.; ABRIATA, J.P.; PELÁ, I.R. As prescrições médicas como causadoras de risco para problemas relacionados com os medicamentos. **Seguimento Farmacoterapêutico**, v. 2, n. 2, p. 86-86, 2004.

MAHDY, H.; SEYMOUR, D.G. How much can elderly patients tell us about their medications? **Postgraduation Medical Journal**, v. 66, p. 166-121, 1990.

MAKARYUS, A.M.; FRIEDMAN, E.A. Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. **Mayo Clin Proc.**, v. 80, n. 8, p. 991-994, 2005.

MALONE, P.M. Drug Information: a guide for pharmacists. Stamford, Appleton & Lange, p. 345-355, 1996.

MÄNTYSELKA, P.; KUMPUSALO, E.; AHONEN, R.; KAUKANEN, J.; VIINAMAKI, H.; HALONEN, P.; TAKALA, J. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. **Pain**, v. 89, n. 2, p. 175-180, 2001.

MARMOT, M.; FEENEY, A. General explanations for social inequalities in health. **International Agency for Research on Cancer**, p. 207-228, 1997

MASON, C.; PORTER, S.R.; MADLAND, G.; PARRY, J. Early management of dental pain in children and adolescents. **Journal of Dentistry**, v. 25, n. 1, p. 31-34, 1997.

MATOS, D.L.; COSTA, M.F.; GUERRA, H.L.; MARCENES, W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 237-243, 2002.

MATSUI, D.M. Drug compliance in pediatrics. **Pediatr Clin North Am.**, v. 44, p. 01-14, 1997.

MAYWALD, U.; SCHINDLER, C.; BUX, Y.; KIRCH, W. Drug information for patients - unmet needs, evaluation and influence on the compliance. **Deutsche Med Wochenschr**, v. 130, n. 24, p. 1485-1490, 2005.

McCORMACK, P.M.; LAWLOR, R.; DONEGAN, C.; O'NEILL, D.; SMITH, S.; MORONEY, C.; BOYCE, C.; McGRATH, A.; WALSH, J.B.; COAKLEY, J.B.; FEELEY, J. Knowledge and attitudes to prescribed drugs in young and elderly patients. **Irish Medical Journal**, v. 90, n. 1, p. 29-30, 1997.

McDONALD, H.P.; GARG, A.X.; HAYNES, R.B. Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions. **JAMA**, v. 288, n. 22, p. 2868-2879, 2002.

MEADOWS, M. Strategies to reduce medication errors. Working to Improve Medication Safety. FDA Consum [serial on the Internet]. 2006. Disponível em: <http://www.fda.gov/fdac/special/testtubetopatient/safety.html>

MIASSO, A.I.; GROU, C.R.; CASSIANI, S.H.B.; SILVA, A.E.B.C.S.; FAKIH, F.T. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, p. 524-532, 2006.

MICHELI, P.; KOSSOVSKY, M.P.; GERSTEL, E.; LOUIS_SIMONET, M.; SIGAUD, P.; PERNEGER, T.V.; GASPOZ, J.M. Patients' knowledge of drug treatments afterhospitalisation: the key role of information. **Swiss Medical Weekly**, v. 137, p. 614-620, 2007.

MILLER, L.G.; HONGHU, L.; HAYS, R.D.; GOLIN, C.; ZHISHEN, B.; KAPLAN, A.H.; WENGER, N.S. Knowledge of Antiretroviral Regimen Dosing and Adherence: A Longitudinal Study. **CID**, v. 36, p. 514-518, 2003.

MOORE, A.; COLLINS, S.; CAROLL, D.; McQUAY, H.; EDWARDS, J. Single dose paracetamol (acetaminophen), with and without codeine, for postoperative pain (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 4, 2007.

MOORE, P.A.; NAHOURAHO, H.S.; ZOVKO, J.G.; WISNIEWSKI, S.R. Dental therapeutic practice patterns in the U.S. II. Analgesics, corticosteroids, and antibiotics. **Gen Dent.**, v. 54, n. 3, p. 221-222, 2006.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E.; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1665-1675, 2005.

MUNERATO, M.C.; FIAMINCHI, D.L.; PETRY, P.C. Urgências em Odontologia: um estudo retrospectivo. **Rev. Fac. Odonto Porto Alegre**, v. 46, n. 1, p. 90-95, 2005.

MURRAH, V.A.; MERRY, J.M.W.; LITTLE, J.W.; JASPERS, M.T. Compliance with guidelines for management of dental school patients susceptible to infective endocarditis. **Journal of Dental Education**, v. 51, n. 5, p. 229-232, 1987.

MURTI, A.; MORSE, Z. Dental antibiotic prescription in Fijian adults. **International Dental Journal**, v. 57, n. 2, p. 65-70, 2007.

NCC MERP - National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Council Defines Terms and Sets Goals for Medication Error Reporting and Prevention. Disponível em <http://www.nccmerp.org/press/press1995-10-16.html>

O'CONNEL, M.B.; JOHNSON, J.F. Evaluation of medication knowledge in elderly patients. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 26, n. 7, p. 919-921, 1992

OKUNO, J.; YANAGI, H.; TOMURA, S.; OKA, M.; HARA S.; HIRANO, H.; TSUCHIYA, S. Compliance and medication knowledge among elderly Japanese home-care recipients. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 55, p. 145-149, 1999.

OLIVARES, J.; ESPINOZA, Y. Determinación del nivel de información sobre el uso de antiinflamatorios no esteroideos em pacientes ambulatorios de um hospital general. **Medicamentos y Salud Popular**, n. 33, p. 19-28, 1996.

OLIVEIRA, F.Q.; GOBIRA, B.; GUIMARÃES, B.; BATISTA, J.; BARRETO, M.; SOUZA, M. Espécies vegetais indicadas na odontologia. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 17, n.3, p. 466-476, 2007.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Guía de la buena prescripción : Manual práctico. Organización Panamericana de la Salud. Ginebra, 118p, 1998.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Department of Essential Drugs and other Medicines. The role of Pharmacist in self care-medication. Disponível em <http://www.who.int>

PALMER, N.A.; DAILEY, Y.M.; MARTIN, M.V. Can audit improve antibiotic prescribing in general dental practice? **British Dental Journal**, v. 191, n. 5, p. 253-255, 2001.

PALMER, N.A.; PEALING, R.; IRELAND, R.S.; MARTIN, M.V. A study of therapeutic antibiotic prescribing in National Health Service general dental practice in England. **British Dental Journal**, v. 188, n. 10, p. 554-558, 2000.

PEPE, V.L.D.; CASTRO, C.G.O. interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 815-822, 2000.

PÉREZ, A.E.; QUINTANA, J.L.; FIDALGO, M.L. Uso y abuso de analgésicos. **Inf Ter Sist Nac Salud.**, n. 20, p. 29-40, 1996.

PERSELL, S.D.; HEIMAN, H.L.; WEINGART, S.N.; BURDICK, E.; BORUS, J.S.; MURFF, H.J.; BATES, D.W.; GANDHI, T.K. Understanding of drug indications by ambulatory care patients. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 61, n. 23, p. 2523-2527, 2004.

PLANELLS, C.; CUELLAR, M.J.; CORTÉS, E.G.; MARQUES, R.; FERRER, E.; GARCIA, L.; QUIÁN G. Desarrollo e implementación de un sistema de prescripción eletrónica asistido en un hospital de tercer nivel. In: **VII Jornadas sobre Tecnologías de La Información para La Modernización de Las Administraciones Públicas**, 2002.

PONNUSANKAR, S.; SURULIVELRAJAN, M.; ANANDAMOORTHY, N.; SURESH, B. Assessment of impact of medication counseling on patients' medication knowledge and compliance in an outpatient clinic in South India. **Patient Education and Counseling**, v. 54, n. 1, p. 55-60, 2004.

PONTES, E.R.J.C. Análise da prescrição de medicamentos dos cirurgiões-dentistas que atuam nas unidades de saúde de Campo Grande, MS. Tese de Doutorado. São Paulo, 132p, 2002.

PRESHAW, P.M.; MEECHAN J.G.; DODD M.D. Self-medication for the control of dental pain: what are our patients taking? **Dental Update** v. 21, n. 7, p. 299-304, 1994.

PULLAR, T.; ROACH, P.; MELLOR, E.J.; McNEECE, J.; JUDD, A.; FEELY, M.; COOKE, J. Patients' knowledge concerning their medications on discharge from hospital. **Journal of Clinical Pharmacological Therapy**, v. 14, n. 1, p. 57-59, 1989.

RAMB – Editorial. Automedicação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 4, p.269-270, 2001.

REYNOLDS, D.J. Practical Prescribing. **The Medicine Publishing Company LTDA**, p. 18-20, 2003.

ROZEMBERG, B.; SILVA, A.P.P.; SILVA, P.R.V. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1685-1694, 2002.

ROZENFELD, V.; PFLOMM, J. M.; SINGH, K.K. ; BAZIL, M.K.; CHENG, J.W.M. Assessing the impact of medication consultations with a medication event monitoring system. **Hosp Pharm**, v. 34, n. 5, p. 539-549, 1999.

RYAN, A.A. A systematic approach to self-medication in older people. **British Journal of Nursing**, vol. 7, n. 9, p 528-535, 1998.

RYAN, A.A. Medication compliance and older people: a review of the literature. **International Journal of Nursing Studies**, v. 36, p. 153-162, 1999.

SÁNCHEZ, O. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crônicas. **Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud**, v. 29, n. 2, p. 40-48, 2005.

SARKAR, C.; DAS B.; BARAL, P. An audit of drug prescribing practices of dentists. **Indian Journal of Dentistry Res.** v. 15, n. 2, p. 58-61, 2004.

SHRANK, W.H.; AVORN, J. Educating Patients About Their Medications: The Potential And Limitations Of Written Drug Information. **Health Affairs**, v. 26, n. 3, p. 731-740, 2007.

SHENKEL, E.P. Cuidados com os Medicamentos. Porto Alegre / Florianópolis: Editora da Universidade UFRGS / UFSC, 173p, 1996.

SILVA, A.E.B.C.; CASSIANI, S.H.B.; MIASSO, A.I.; OPITZ, S.P. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 6, p. 272-276, 2007.

SILVA, M.; ALMEIDA, A.E.; OLIVEIRA, A.M.; CORREIA, C.C.; BENZATTI, F.P.; FERNANDES, J.T.; BARBOSA, G.R.; PIMENTA, C.P; COSTA, T.M.M; DONEIDA, V.C. Estudo da bula de medicamentos: uma análise da situação. **Revista Ciência Farmacêutica Básica**, v. 27, n. 3, p. 229-236, 2006.

SILVA, O.M.P.; LEBRÃO, M.L.; BLACHMAN, I.T. A qualidade dos registros odontológicos dos hospitais do setor governamental do município de São Paulo. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 30, n. 1, p. 67-74, 2001.

SILVA, R.A.; MARQUES, F.D.; GOES, P.S.A. Fatores associados à automedicação em dor de dente: análise a partir dos profissionais dos estabelecimentos farmacêuticos da cidade do Recife, PE. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, p. 697-701, 2008.

SILVA, T. Caracterização e Análise do Nível de Informação sobre Medicamentos Prescritos a Pacientes Ambulatoriais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: UFRGS, 162p, 1999.

SILVA, T.; SCHENKEL, E.P.; MENGUE, S.S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 449-455, 2000.

SILVA, T.; DAL-PIZZOL, F.; BELLO, C.M.; MENGUE, S.S.; SCHENKEL, E.P. Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente. **Rev. Saúde Pública**, v. 34 n. 2, p. 184-189, 2000.

SILVEIRA, M.C.G.S. Avaliação e diagnóstico do uso da terapêutica prática odontológica. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Odontologia Social, 120p, 1991.

SIXEL, P.J.; LOPES, M.B.; MAIA, L.C.; MANDARINO, D. Observações atuais da prescrição de medicamentos em odontologia. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 52, n. 1, p. 2-6, 1995.

SOUAGA, K.; ADOU, A.; AMANTCHI, D.; KOUAME, P.; ANGOH, Y. Self medication during orodental diseases in urban Ivory Coast. **Odontostomatol Trop.**, v. 23, n. 90, p. 29-34, 2000.

STELTER, C.M.; KESSEL, M.N.; CORRÊA, D.L.; MUÑOZ, E.M.A. Automedicação em odontologia. **J. Bras. Odontol. Clín.**, v. 1, n. 5, p. 13-18, 1997.

TEIXEIRA, M.J.; SHIBATA, M.K.; PIMENTA C.A.M.; CORREA C.F. Dor no Brasil: estado atual e perspectivas. São Paulo: Limay, 1995.

TEMPORÃO, J.G. A propaganda do medicamento e o mito da saúde. Rio de Janeiro: GRAAL, 1986.

THAM, T.C.; JOHNSON, S.; WATSON, R.G. Patient knowledge and prescription of ulcer healing drugs in medical inpatients. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 39, n. 2, p. 197-200, 1995.

THOMAS, J.K.; FORREST, A.; BHAVNANI, S.M.; HYATT, J.M.; CHENG, A.; BALLOW, C.H. Pharmacodynamic evaluation of factors associated with the development of bacterial resistance in acutely ill patients during therapy. **Antimicrobial Agents and Chemotherapy**, v. 42, n. 3, p. 521-527, 1998.

TOREN, O.; KERZMANA, H.; KORENA, N.; BARON-EPELA, O. Patients' knowledge regarding medication therapy and the association with health services utilization. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 5, n. 4, p. 311-316, 2005.

TREWIN, V.F.; VEITCH, G.B. Patient sources of drug information and attitudes to their provision: a corticosteroid model. **Pharm World Science**, v. 25, n. 5, p. 191-196, 2003.

TURNIDGE, J. NIMMO, G. FRANCIS, G. Evolution of resistance in *Staphylococcus aureus* in Australian teaching hospitals. **Medical Journal of Austrália**, v. 164, n. 2, p. 164-171, 1996.

VALLERAND, A.H.; FOULADBAKSH, J.M.; TEMPLIN, T. The Use of Complementary/Alternative Medicine Therapies for the Self-Treatment of Pain Among Residents of Urban, Suburban, and Rural Communities. **American Public Health Association**, v. 93, n. 6, p. 923-925, 2003.

VERONESE, E.L.; SILVA, F.B.R.; SILVA-NETO, C.R. Profilaxia e ocorrência de endocardite bacteriana por procedimentos odontológicos: uma revista da literatura. **Rev. Fac. Odo. UNIMEP**, v. 11, n. 2, p. 45-51, 1999.

VILARINO, J.F.; SOARES, I.C.; SILVEIRA, C.M.; RODEL, A.P.P.; BORTOLI, R.; LEMOS, R.R. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 43-49, 1998.

VILKE, G.M.; MARINO, A.M.; ISKANDER, J.; CHAN, T.C. Emergency department patient knowledge of medications. **Journal of Emergency Medicine**, v. 19, n. 4, p. 327-330, 2000.

WANNMACHER, I.; FERREIRA, M.B.C. Farmacologia clínica para dentistas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3ª ed., 545p, 2007.

WARTMAN, S.A.; MORLOCK L.L., MALITZ F.E.; PALM E.A. Patient understanding and satisfaction as predictors of compliance. **Medical Care**, v. 21, n. 9, p. 886-891, 1983.

WATT, R.; SHEIHAM, A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. **Health Policy**, v. 187, n. 1, p. 06-12, 1999.

WHITCOMB, D.C.; BLOCK, G.D. Association of acetaminophen hepatotoxicity with fasting and ethanol use. **Journal of the American Medical Association**, v. 272, n. 23, p. 1845-1850, 1994.

WHO. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): What is quality of life? **World Health Forum**, 1996.

WHO: The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO Consultative Group on the role of the pharmacist in health care system 1998. <http://www.who.int/medicines/library/dap/who-dap-98-13/who-dap-98-13.pdf>

WHO. Teacher's Guide to good prescribing. **Essentials Drugs and Medicine Policy**. Geneva. 106p, 2001.

WILLIFORD, S.L.; JOHNSON, D.L. Impact of pharmacist counseling on medication knowledge and compliance. **Military Medicine**, v. 160, n. 11, p. 561-564, 1995.

WINNICK, S.; LUCAS, D.O.; HARTMAN, A.L.; TOLL, D. How Do You Improve Compliance? **Pediatrics**, v. 115, n. 6, p. 718-724, 2005.

WOLF, M.S.; DAVIS, T.C.; SHRANK, W.; RAPP, D.N.; BASS, P.F.; , CONNOR, U.M.; , CLAYMAN, M.; PARKER, R.M. To err is human: Patient misinterpretations of prescription drug label instructions. **Patient Education and Counseling**, v. 67, n. 3, p. 293-300, 2007.

WOLF, M.S.; DAVIS, T.C.; TILSON, H.H.; BASS, P.F.; PARKER, R.M. Misunderstanding of prescription drug warning labels among patients with low literacy. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 63, n. 11, p. 1048-1055, 2006.

WYATT, J. Use and source of information knowledge. **The Lancet**, v. 338, p. 1368-1373, 1991.

8. ANEXOS

Termo de Consentimento

Estudo: Caracterização do nível de conhecimento da prescrição odontológica por pacientes ambulatoriais

Número do Paciente:

IES: UFRGS

Pesquisadores Responsáveis: Ana Paula Dresch (99291964) e Isabela Heineck (33165527) Endereço: Av. Ipiranga 2752, 2º andar, CIM.

O(A) Sr.(a.) está sendo convidado(a) a participar de um estudo que visa analisar o nível de conhecimento que os pacientes possuem em relação aos medicamentos prescritos pelos dentistas. A sua participação é voluntária e requer apenas o manuseio da sua prescrição e a resposta de 27 perguntas sobre seu conteúdo e sobre alguns dados pessoais.

O(A) Sr.(a.) pode desistir de participar a qualquer momento, que não haverá interferência no seu tratamento.

Todas as informações obtidas na entrevista, bem como os resultados apresentados, podem ser publicados com finalidade científica, mas com manutenção do anonimato, portanto, os nomes das pessoas que participaram do estudo não serão divulgados.

Eu,declaro ter lido – ou me foi lido – as informações acima antes de assinar este termo. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo minhas dúvidas. Por este instrumento, tomo parte voluntariamente do presente estudo.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Pesquisador

ANEXO B - Termo de Consentimento Informado utilizado no GHC

Termo de Consentimento

Estudo: **Caracterização do nível de conhecimento da prescrição odontológica por pacientes ambulatoriais**

Número de Protocolo: 180/06

Número do Paciente:

IES: UFRGS

Pesquisadores Responsáveis: Ana Paula Dresch (99291964) e Isabela Heineck (33165527) Endereço: Av. Ipiranga 2752, 2º andar, CIM.

O(A) Sr.(a.) está sendo convidado(a) a participar de um estudo que visa analisar o nível de conhecimento que os pacientes possuem em relação aos medicamentos prescritos pelos dentistas. A sua participação é voluntária e requer apenas o manuseio da sua prescrição e a resposta de 27 perguntas sobre seu conteúdo e sobre alguns dados pessoais. A entrevista levará em torno de 15 minutos e será conduzida em local privado, na saída de sua consulta.

O(A) Sr.(a.) pode desistir de participar a qualquer momento, que não haverá interferência no seu tratamento.

Todas as informações obtidas na entrevista, bem como os resultados apresentados, podem ser publicados com finalidade científica, mas com manutenção do anonimato, portanto, os nomes das pessoas que participaram do estudo não serão divulgados.

Eu,declaro ter lido – ou me foi lido – as informações acima antes de assinar este termo. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo minhas dúvidas. Por este instrumento, tomo parte voluntariamente do presente estudo.

Qualquer dúvida ética poderei entrar em contato com Dr. Julio Baldisserotto.

Coordenador Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 33572407.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Pesquisador

Nome

Nome

Data

Data

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa e a Comissão de Pesquisas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisaram o Projeto:

Número: 48/06

Título: CARACTERIZAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DA PRESCRIÇÃO ODONTOLÓGICA POR PACIENTES AMBULATORIAIS

Investigador(es) principal(ais): Professoras Isabela Heineck, Maria Cristina Munerato e C.D. Ana Paula Dresch

O Projeto foi aprovado na reunião do dia 12/09/2006, Ata nº 09/06 do Comitê de Ética em Pesquisa e da Comissão de Pesquisas, da UFRGS, por estar adequado metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 17 de abril de 2007.



Profª. Marisa Maltz
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas



Profª. Deise Ponzoni
Coordenadora da Comissão de Pesquisas

ANEXO D - Parecer do Comitê de Ética do GHC



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO CEP - GHC RESOLUÇÃO

Porto Alegre, 21 de março de 2007.

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-GHC, em reunião ordinária de 21/03/2007 analisou o seguinte projeto de pesquisa:

Nº CEP/GHC: 180/06

FR: 119636

Título Projeto: Caracterização do nível de conhecimento da prescrição odontológica por pacientes ambulatoriais.

Pesquisador (es): Ana Paula Dresch

PARECER:

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Aprovados

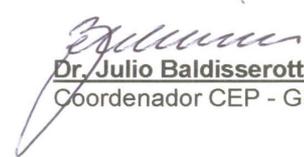
Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO, neste CEP.

Grupo e área do conhecimento: Projeto pertencente ao Grupo III. Área do conhecimento: Ciências da Saúde – Farmácia 4.03.

Considerações finais: Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/GHC. O autor deverá encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.


Dr. Lauro Léis Hagemann
Assistente de Coordenação de Pesquisa
Gerência de Ensino e Pesquisa
GEP/GHC


Dr. Julio Baldisserotto
Coordenador CEP - GHC

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / GHC fone/fax: (51) 33572407 – e-mail: pesquisas-gep.com.br
Reconhecido: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (31/out/1997) – Ministério da Saúde
IRB – Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)
Office for Human Research Protections (ORPH) sob número – IRB 00001105
FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378

ANEXO E - Formulário de Entrevista Original

Questionário aos Pacientes

Data: __/__/____

Entrevista nº: _____

Local: _____

Nº do prontuário: |__|__|__|__|__|__|

Sr. (Sra.) _____, as primeiras perguntas estão relacionadas com o(s) remédio(s) prescrito(s) ou não-prescritos pelo seu dentista e as informações que o Sr. (Sra.) poderá me passar.

Parte I – Prescrições verbais

- 1) O Sr.(a Sra.) recebeu prescrição escrita do dentista?
1-sim Se SIM, pular para questão 3 em diante
2-não Se NÃO, ir apenas até questão 2 e continua na 16
- 2) Seu dentista lhe indicou algum remédio para utilizar?
1-sim
2-não
2.1) Se SIM, quais? _____

1- PRES |__|

2- VERB |__|

2.1- ATC1 |__|__|__|__|__|__|

Parte II – Prescrições escritas

- 3) Registrar o número de medicamentos prescritos.
1-um 2-dois 3-três 4-quatro 5-mais de quatro

3- NUM |__|

- 4) Qual o nome deste remédio (sempre o primeiro)?

4- NOME |__|

- 1-não sabe
2-não conseguiu ler
3-leitura incorreta
4-leitura correta
5-ilegível para entrevistador

4.1- ATC2 |__|__|__|__|__|__|

4.1) Nome: _____

- 5) Registrar se é genérico ou comercial?

- 1-genérico
2-comercial

5- REG |__|

- 6) Para que ele foi prescrito?

6- INDIC |__|

- 1-não sabe/ não respondeu
2-o dentista não disse
3-resposta correta

- 7) Qual a dose que o Sr.(a Sra.) deve tomar em cada horário?

7- DOSE |__|

- 1-não sabe
2-incorrecto
3-correcto

- 8) Quantas vezes o Sr.(a Sra.) deve tomar o remédio por dia?

8- VEZ |__|

- 1-não sabe
2-incorrecto
3-correcto

9) Em que hora(s) do dia? _____	1-não sabe 2-incorreto 3-correto	9- HOR __
10) Qual o intervalo entre doses? _____	1-não sabe 2-incorreto 3-correto	10- INT __
11) Por quanto tempo o Sr.(a Sra.) deve tomar esse remédio? _____		11- TEM __
12) Deve haver algum cuidado sobre o uso desse remédio? 1-sim 2-não 3-não sabe 4-o dentista não disse		12- USO __
12.1) Se SIM, quais? _____ _____		12.1- CUID __
13) Esse remédio pode causar reações adversas? 1-sim 2-não 3-não sabe 4-o dentista não disse		13- REA __
13.1) Se SIM, quais? _____ _____		13.1- LIST __
14) O Sr.(a Sra.) já tomou esse remédio antes? 1-sim 2-não 3-não lembra		14- PREV __
15) O Sr.(a Sra.) recebeu informação por escrito sobre o uso desse remédio? 1-sim 2-não		15- INFES __
15.1) Onde obtém informações sobre os remédios? _____ _____		15.1-INFME __

Parte III – Automedicação

16) O Sr. (a Sra.) costuma ir ao dentista quando tem algum problema na boca? 1-sim 2-não		16- CONS __
16.1) Se NÃO, como costuma parar o problema? _____		16.1- PAR __
17) O Sr. (a Sra.) utilizou algum remédio por conta própria antes dessa consulta? 1-sim 2-não		17- AUT __
17.1) Se SIM, quais? _____	17.1- ATC3 _ _ _ _ _ _ _ _ _	
17.2) Se SIM, por quanto tempo? _____	17.2- QTEM _ _	
17.3) Se NÃO, o que costuma fazer? _____	17.3- FAZ __	
18) Como ficou sabendo desse(s) remédio(s)? _____		18- INFO __

Nesta parte do questionário, gostaria de conhecer um pouco do entrevistado, sobre sua idade, escolaridade, profissão e situação financeira para relacionar com as informações sobre os remédios.

Parte IV – Dados do Paciente

19) Sexo: 1-Feminino 2-Masculino

19- SEXO |__|

20) Nascimento: __/__/____

20-NAS|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

21) Residente em (cidade): _____

21- MUN|_|_|

22) Sabe ler e escrever?

22-ALFB |__|

- 1-sim
- 2-não
- 3-lê, mas não escreve

23) Até que série completou na escola?

23- SER |__| ESC |__|

Até _____ série/ano do _____ (0=nunca freqüentou; 1=1º grau; 2=2º grau; 3=3º grau)

24) O Sr.(a Sra.) está trabalhando no momento?

24- TRAB |__|

- 1-sim
- 2-é aposentado
- 3-está desempregado
- outro _____

25) O que faz em seu trabalho (ou em seu último)? _____

25- PROF |__|

26) Qual é a renda total de sua família, aproximadamente?

26- REND |__|

27) Quantas pessoas vivem deste dinheiro? _____

27- QUAN |__|_|

Poderia ver sua receita?

Registrar dados de todos medicamentos

prescritos: _____

9. BIOGRAFIA

9. BIOGRAFIA

9.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ana Paula Dresch

Filiação: Geraldo Dresch e Claudete Concatto Dresch

Data de nascimento: 26 de novembro de 1980

Naturalidade: Caxias do Sul – RS

Endereço eletrônico: anapcondre@yahoo.com

Telefone: (51) 99291964

9.2 FORMAÇÃO ACADÊMICA

a) Ensino Médio:

- Escola Cenecista de 1° e 2° graus Santo Antônio, cidade de Caxias do Sul, 1997.

b) Ensino Superior:

- Graduação pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, 2003.

c) Pós-Graduação:

- Pós- Graduação em Homeopatia pela IBEHE/FACIS (Centro de Ensino Superior em Homeopatia e Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo), 2006.
- Mestrado em Ciências Farmacêuticas no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Farmácia da UFRGS, 2008.

9.3 EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- Farmácia de Manipulação PharmaVictor, Canoas, 2004-2005.
- Farmácia de Manipulação Farmashop, Canoas, 2005-2006.
- Diskmed Comércio de Medicamentos, Porto Alegre, 2006-2007.