



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

LUANA KRAEMER

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

**PORTO ALEGRE, RS
2010**

LUANA KRAEMER

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

Trabalho de Pesquisa apresentado para fins de conclusão de Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sendo requisito básico para obtenção de Título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Beatriz Cardoso Ferreira

PORTO ALEGRE, RS

2010

*Dedico este trabalho aos meus pais, Ramiro e Sussana,
que me ensinaram, além dos primeiros passos e das primeiras palavras,
valores que levarei por toda a minha caminhada.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo amor, incentivo, suporte e por acreditarem em mim. Obrigada por tudo!

A minha irmã, Lisane, por todo carinho e cuidado que sempre teve por mim.

Ao meu namorado, Everton, por ter participado dessa etapa com compreensão, paciência e amor. Por sonhar comigo e me incentivar.

A minha amiga, Daniela Broilo, por ter sido meu exemplo de Cirurgiã-Dentista e minha inspiração para escolha desta profissão.

À professora Maria Beatriz Cardoso Ferreira, orientadora deste trabalho, pela dedicação, paciência e por todo conhecimento que a mim transmitiu. Minha profunda gratidão por seus ensinamentos e por ter gentilmente me acolhido e orientado.

A todos meus amigos, que acompanharam minha trajetória até aqui, me apoiando e torcendo por mim.

Em especial, às amigas Bruna Mua e Caroline Maders; amigadas construídas dentro desta faculdade, que permanecerão por toda vida. Obrigada por me acolherem tão carinhosamente.

À mestre Fernanda Cristina Mendes de Santana Giongo, por ter me proporcionado a participação em sua pesquisa e, principalmente, pela amizade, pelos momentos de alegria que vivenciamos.

Aos meus colegas, pela maravilhosa convivência nestes cinco anos.

À Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela formação de qualidade.

RESUMO

O atendimento odontológico de urgência geralmente está relacionado com queixa de dor. Os pacientes que recorrem a esses serviços muitas vezes são aqueles que não mantêm uma rotina de consultas periódicas com o Cirurgião-Dentista. Isso pode ser resultante da falta de acesso ao sistema de saúde ou, ainda, da impressão que muitas pessoas têm de que a consulta odontológica é algo doloroso, gerando medo. Esses fatos atrasam a procura pelo atendimento, e, quando ela ocorre, é em decorrência da dor. Ainda assim, alguns pacientes tentam buscar alternativas para o alívio desse sintoma, podendo ser por meio de tratamentos empíricos ou automedicação.

A automedicação é comportamento preocupante, pois frequentemente caracteriza-se pelo uso de medicamentos inadequados ou mesmo em esquemas errados. Isso pode piorar o problema ou gerar efeitos colaterais. Como exemplo, pode-se citar o uso generalizado de antimicrobianos, mesmo quando a queixa principal do paciente é de dor. Isso acaba gerando resistência bacteriana ao medicamento e dificultando cada vez mais o tratamento de certas infecções. Esse fato reforça a importância de respeitar a legislação, que proíbe a venda de muitos medicamentos sem prescrição médica ou odontológica.

Muitas vezes os pacientes relatam a utilização de medidas para o alívio da dor que não possuem qualquer fundamentação científica, embora sejam difundidas na população. É dever dos profissionais da saúde informar os pacientes sobre os riscos e implicações dessas atitudes.

O presente estudo propõe-se a pesquisar quais as medidas para alívio da dor comumente tomadas pelos pacientes antes de buscarem o atendimento odontológico. Assim, pode-se conhecer o comportamento da população e planejar futuras estratégias que visem corrigir erros de medicação.

Para tal, foi realizado estudo transversal prospectivo, abrangendo 144 pacientes adultos atendidos em caráter de urgência nos Ambulatórios das Clínicas Odontológicas II e III da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na cidade de Porto Alegre, RS, no período de março a outubro de 2010. Foi aplicado questionário específico para levantamento de informações sobre características demográficas, tempo de início da dor e o que o paciente fez para obter o seu alívio (medidas medicamentosas e não-medicamentosas). Para avaliação de intensidade da dor no momento de chegada ao serviço de urgência, foram aplicadas escalas específicas, previamente validadas na literatura. Observou-se que a população estudada foi constituída principalmente por mulheres. A idade média dos entrevistados foi de 43 anos, sendo o grau de escolaridade mais prevalente o Ensino Médio Completo. Entre as medidas não-medicamentosas utilizadas para alívio da dor, as mais prevalentes foram anestésicos locais, na forma tópica, e bochechos com chá de malva. Uso de medicamentos foi relatado por 85% dos pacientes, sendo paracetamol (71%) e ibuprofeno (21%) os mais utilizados. Automedicação foi constatada em 68% dos entrevistados. A maioria dos pacientes relatou dor leve. Os diagnósticos mais frequentes foram os relacionados a eventos endodônticos. Automedicação teve associação significativa com gênero e idade. Não houve associação entre automedicação e parâmetros clínicos. Concluiu-se que os medicamentos mais utilizados foram analgésicos, ou seja, a indicação foi correta. Porém, muitos pacientes relataram uso de medidas não-medicamentosas e medicamentos não indicados para alívio de dor dentária.

Palavras-chave: automedicação; dor dentária; medidas não-medicamentosas; urgência odontológica.

ABSTRACT

The urgency dental care is generally related to complaints of pain. Patients that search these services often are those who do not maintain a routine of periodic dentist visits. This can be result of lack of access to the health system or because some people see the dental treatment as something painful, scary. These facts delay the search for treatment and, when it happens, are due to pain. Even so, some patients try to find alternatives to alleviate this symptom, by empiric treatment or self medication.

Self medication is a worrying behavior, because often determined the use of inappropriate medications or even in wrong scheme. This can worsen the problem or has side effects. As an example, it can be mention the generalized use of antibiotics, even when the main complaint is pain. This ends up generating bacterial resistant to the medicament and causes additional difficulties to the treatment of some infections. This fact increases the importance of following the legislation that prohibits the sale of many medicaments without medical or dental prescription.

Many times the patients reported the use of pain relief measures that have not any scientific basis, although they are widespread in the population. It is a health professional's obligation informs the patients about the risks and implications of these attitudes.

The present study proposed to evaluate the pain relief measures commonly took by patients before the dental treatment. So, it can be known the population behavior and plan future strategies that aim rectify medication errors.

For that, a prospective transversal study was conducted, covering 144 adult patients that were attended in urgency on the Dental Clinics II and III of the Dentistry Faculty of the Federal University of Rio Grande do Sul, in Porto Alegre, RS, Brazil, at the period of March to October of 2010. A specific questionnaire was applied to get demographic characteristics, time of pain duration and what the patient do to get pain relief (medicaments and other measures). To evaluate the pain intensity on the moment of arrival at the urgency service, it was used specific scales, previously validated on the literature. It was observed that the sample is constituted mainly by women. The average age was 43 years old, and the literacy more prevalent was Complete High School. The non-pharmacological measures to pain relief more prevalent were topic local anesthetics and rinsing with malva tea. Use of medicaments was related by 85% of the patients, being paracetamol (71%) and ibuprofen (21%) the most used. Self medication was reported by 68% of the interviewed. Most patients reported mild pain. The diagnoses more frequent were those related to endodontic origins. Self medication had significant association whit gender and age. It was not observed association between self medication and clinical parameters. In conclusion, the medicaments more used were analgesics, and consequently the indication was correct. However, many patients reported use of non-pharmacological measures and medicaments not indicated to relief pain.

Key-words: self medication; dental pain; non-pharmacological measures; dental urgency.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas	09
Lista de figuras	10
Lista de tabelas	11
Revisão de literatura	12
1. Urgência odontológica	12
2. Dor dentária	13
2.1. Conceito de dor	13
2.2. Dor dentária em urgência	13
3. Uso racional de medicamentos no tratamento da dor dentária	14
3.1. Conceito de uso racional de medicamentos	14
3.2. Uso racional de medicamentos para dor – o que seria?	15
4. Automedicação	19
4.1. Conceito de automedicação	19
4.2. Automedicação – é algo comum em Odontologia?	21
5. Estudos de Utilização de Medicamentos	22
Objetivos	25
1. Objetivo geral	25
2. Objetivos específicos	25
Material e Métodos	26
1. Local de origem da pesquisa	26
2. Local de realização da pesquisa	26
3. Delineamento experimental	26
4. Amostra	26
5. Procedimentos experimentais	26
6. Tamanho da amostra	27
7. Questionário	28
8. Escalas de avaliação de dor	29
9. Variáveis de interesse	29
10. Processamento dos dados e análise estatística	30
11. Aspectos éticos	31

Resultados	32
1. Descrição da amostra	32
2. Avaliação de uso de medidas não-medicamentosas e medicamentosas para alívio de dor dentária	33
3. Emprego de medicamentos para alívio de dor dentária	37
4. Avaliação da intensidade de dor relatada pelos pacientes que buscaram atendimento odontológico de urgência	40
5. Automedicação	42
6. Avaliação do uso de medicamentos, relacionando-o com o padrão de dor relatado pelos pacientes	45
7. Avaliação do padrão de dor e do perfil de uso de medidas medicamentosas e não-medicamentosas em idosos	46
8. Avaliação dos diagnósticos estabelecidos e dos procedimentos realizados após o atendimento dos pacientes participantes desse estudo	49
Discussão	51
Amostra estudada	51
Automedicação	56
Idosos e dor em urgências odontológicas	54
Diagnósticos e procedimentos realizados durante o atendimento dos pacientes	55
Aspectos adicionais observados durante a realização do estudo	55
Conclusão	57
Referências	58
Anexos	64

LISTA DE ABREVIATURAS

AINE	Anti-inflamatório não-esteróide
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFM	Conselho Federal de Medicina
EUM	Estudos de Utilização de Medicamentos
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FIP	<i>International Pharmaceutical Federation</i>
GGMED/ANVISA	Gerência Geral de Medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde
<i>IASP</i>	<i>Internacional Association for Pain Study</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NRS	<i>Numeric Rating Scale</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde (WHO – <i>World Health Organization</i>)
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VAS	<i>Visual Analog Scale</i>
VRS	<i>Verbal Rating Scale</i>

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Cálculo do tamanho da amostra - Página 28
- Figura 2 – Frequência absoluta de pacientes que referiram apresentar dor durante os períodos de tempo estudados. - Página 33
- Figura 3 – Frequência absoluta de pacientes idosos e jovens que referiram o uso ou não de medicamento para alívio da dor, antes da procura do atendimento odontológico. - Página 39
- Figura 4 – Frequência absoluta de pacientes que referiram escores de 0 a 3 na escala verbal de dor. - Página 41
- Figura 5 – Número de medicamentos usados por cada paciente sem prescrição médica ou odontológica. - Página 43
- Figura 6 – Número de medicamentos usados por pacientes jovens (abaixo de 60 anos) e idosos (igual ou mais de 60 anos) sem prescrição médica ou odontológica. - Página 49

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Soluções caseiras ou medicamentos empregados sob a forma de bochecho, visando o alívio da dor dentária, previamente à procura do serviço de urgência odontológica. - Página 35
- Tabela 2 - Medicamentos ou substâncias colocadas diretamente no local da dor, previamente à procura do serviço de urgência odontológica. - Página 36
- Tabela 3 - Número de medicamentos utilizados para alívio da dor, previamente à procura do serviço de urgência odontológica. - Página 37
- Tabela 4 - Medicamentos empregados pelos pacientes para tratamento da dor, previamente à procura do serviço de urgência odontológica. - Página 38
- Tabela 5 - Escores categorizados de dor na escala analógica visual, relatados pelos pacientes no momento do atendimento em serviço de urgência odontológica. - Página 41
- Tabela 6 - Escores categorizados de dor na escala numérica, relatados pelos pacientes no momento do atendimento em serviço de urgência odontológica. - Página 42
- Tabela 7 - Medicamentos empregados sem prescrição para tratamento da dor, previamente à procura do serviço de urgência odontológica. - Página 44
- Tabela 8 - Uso de medicamentos para alívio da dor, em idosos e não-idosos. - Página 47
- Tabela 9 - Medicamentos empregados pelos pacientes para tratamento da dor, previamente à procura do serviço de urgência odontológica. - Página 47
- Tabela 10 - Uso de medicamentos com ou sem prescrição para alívio da dor, em idosos e não-idosos. - Página 48

REVISÃO DE LITERATURA

1. URGÊNCIA ODONTOLÓGICA

Segundo o Conselho Federal de Medicina – Resolução CFM nº 1 451 de 10 de março de 1995, urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata (Conselho Federal de Medicina, 1995). Extrapolando esse conceito para a Odontologia, urgência odontológica é a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com origem em tecidos orofaciais, cujo portador necessita de assistência imediata. O que se observa é que, nessa área, as situações de dor ou sofrimento, na maioria das vezes, não implicam em risco de vida, com exceção feita às infecções orofaciais disseminadas e às hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de traumas ou cirurgias.

No Brasil, os atendimentos de urgência odontológica são realizados pelos cirurgiões-dentistas em serviços públicos de saúde (como em Unidades Básicas de Saúde ou UBS, relacionadas ou não ao Programa de Saúde da Família ou PSF) e em clínicas privadas (por meio de plano de saúde ou não) (Perrin, 2008).

Cárie e suas sequelas são as principais causas de urgências odontológicas, sendo a dor o motivo mais frequente da procura pelo atendimento. Presença desse sintoma em casos de urgência tem variado em taxas de 78,5% a 84,7% (Mazzilli, 2008; Tortamano *et al.*, 2007). Os procedimentos mais realizados são aqueles decorrentes da cárie, como selamento provisório, pulpectomia, pulpotomia, penetração desinfetante e drenagens intra e extra-orais (Tortamano *et al.*, 2007).

Alguns serviços de urgência, como os oferecidos em ambientes acadêmicos, não realizam exodontias ou tratamentos de trauma, sendo que os casos com essas necessidades são encaminhados para setores específicos da instituição. Além disso, os serviços de urgência muitas vezes realizam procedimentos não relacionados com a sintomatologia dolorosa, mas que refletem uma urgência estética e/ou funcional para o paciente, como consertos de próteses, ajuste oclusal e aplicação tópica de flúor (Tortamano *et al.*, 2007).

2. DOR DENTÁRIA

2.1. Conceito de dor

Segundo *Internacional Association for Pain Study (IASP)*, dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial, ou ainda descrita como a expressão de tais danos (Siddall e Cousins, 2009).

A dor aguda geralmente está associada a dano ou injúria tecidual de acometimento recente e duração limitada. É causada por traumas, doenças subjacentes ou alterações funcionais musculares e viscerais. Está geralmente relacionada a processos inflamatórios (infecciosos ou não), espásticos e(ou) isquêmicos. Embora fatores psicológicos influenciem a experiência de dor vivenciada pelo indivíduo, a dor aguda constitui, na maioria das vezes, uma resposta nociceptiva à agressão. Tem importante objetivo fisiológico - alertar o indivíduo sobre algo que está errado, de modo que o organismo possa reagir a uma eventual agressão. Limitações funcionais determinadas pela dor previnem danos adicionais ou o agravamento da patologia. Na maioria dos casos, cessa com resolução do quadro básico ou administração de analgésicos (Morgan *et al.*, 2006).

A dor crônica implica na persistência desse sintoma, frequentemente indo além da cicatrização do tecido injuriado. Além disso, pode ocorrer na ausência de qualquer lesão visível. Dor é chamada de crônica quando perdura por longo período de tempo, comumente por três meses ou mais, embora tal ponto de corte seja arbitrário. Na sua forma crônica persistente, a dor deixa de ter função biológica. Na verdade, representa estressor físico e emocional significativo, impondo sofrimento para o paciente e sua família. Determina limitações funcionais e altos custos econômicos e sociais (Morgan *et al.*, 2006).

2.2. Dor dentária em urgência

A maioria dos problemas de urgência dentária envolve dor orofacial aguda, advinda de um ou mais dentes. No entanto, pode originar-se em qualquer tecido ou estrutura orofacial. Nesse último caso, incluem-se mucosa, periodonto, músculos, ossos, vasos sanguíneos, gânglios linfáticos, seios paranasais, glândulas salivares e articulações temporomandibulares (Falace, 1998).

O padrão da dor de dente pode ser tão variado, que é sensato considerar todas as dores na região orofacial como sendo odontogênicas, até prova em contrário (Falace, 1998).

O diagnóstico das dores orofaciais, dores de dente ou quaisquer queixas de dor necessita de abordagem disciplinada, sistemática, por meio de anamnese e exame clínico.

Estudo realizado na Tanzânia, visando determinar prevalência de dor oral e barreiras para o uso de atendimentos de urgência, apontou que 58,8% das pessoas entrevistadas tinham apresentado dor ou desconforto oral nos últimos 12 meses, sendo que, destes, 26,5% procuraram por tratamento odontológico (Kikwilu *et al.*, 2008). Adicionalmente, 31,3% relataram não ter razões substanciais para não procurar um tratamento de urgência. As razões mais comuns para não procurar por atendimento odontológico de urgência foram: dificuldade financeira, automedicação, esperança de que o problema desaparecesse sozinho, medo de sentir dor durante o tratamento, clínica odontológica muito distante da residência e ajuda de curandeiros tradicionais (Kikwilu *et al.*, 2008).

Estudo brasileiro mostrou que 39,7% da população só procuraram atendimento odontológico “em último caso” ou “em urgência” (Mazzilli, 2008). Imagina-se que as razões para esse padrão de comportamento sejam similares às observadas no estudo realizado na Tanzânia.

Segundo estudo realizado em São Paulo, as condições clínicas mais prevalentes em Serviços de Urgência Odontológica são problemas da polpa e do periápice (60%), dentes com indicação para exodontia (13,8%), dentes com comprometimento por cárie, sem aparente envolvimento endodôntico (11,8%), e problemas periodontais (7,9%) (Mazzilli, 2008).

3. USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO DA DOR DENTÁRIA

3.1. Conceito de uso racional de medicamentos

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), há uso racional de medicamentos quando os pacientes recebem os medicamentos apropriados para a sua situação clínica, nas doses que satisfaçam suas necessidades individuais, por período de tempo adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade (WHO, 1985 e 2002a).

No entanto, dados levantados em diferentes estudos mostram que esse uso ainda não se faz de forma racional. Estima-se que, em todo mundo, 50% dos medicamentos sejam prescritos, dispensados ou usados de forma inadequada. Embora 15% da população mundial consumam mais de 90% do que é produzido pelas indústrias farmacêuticas, aproximadamente

35% da população não têm acesso a medicamentos essenciais. Sabe-se que 50% a 70% das consultas médicas geram uma prescrição medicamentosa; porém, somente 50% dos pacientes, em média, tomam corretamente seus medicamentos. Nos países em desenvolvimento, 25% a 70% dos gastos em saúde correspondem a custos com medicamentos, enquanto essa taxa cai para menos de 15% nos países desenvolvidos. Isto não significa que países desenvolvidos estejam na frente com relação ao Uso Racional de Medicamentos, porém pode significar um gasto relativamente maior com prevenção, diminuindo a necessidade de prescrição medicamentosa (Brundtland, 1999; WHO, 2002).

Vários fatores contribuem para práticas e desejos “irracionais” de utilização de medicamentos por indivíduos ou populações, tais como a grande oferta (em quantidade ou em variedade) de medicamentos, considerados essenciais ou não; a atração proporcionada por novidades terapêuticas; o *marketing* poderoso da indústria farmacêutica; o direito, supostamente inalienável, do médico em prescrever; e até sincretismos culturais, que expõem os medicamentos a usos jamais pensados por aqueles que os desenvolveram (Castro, 2000).

Segundo dados disponibilizados diretamente pela Gerência Geral de Medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (GGMED/ANVISA), existiam, em junho de 2009, 12.542 medicamentos biológicos, novos, genéricos e similares, 200 medicamentos homeopáticos e 512 medicamentos fitoterápicos com registro válido no Brasil, correspondendo a 66.524 apresentações comerciais (embora isso não signifique que tudo esteja sendo comercializado no momento). A quantidade exagerada de medicamentos disponíveis aumenta as dúvidas e tende a dificultar o conhecimento de tudo que está no mercado por parte dos profissionais de saúde e pela própria população, o que pode gerar o uso irracional (Castro, 2000).

3.2. Uso racional de medicamentos para dor – o que seria?

Os medicamentos usados para o tratamento da dor podem ser agrupados por sua indicação, conforme a intensidade da dor. Para os casos de dores leves a moderadas, são indicados os analgésicos não-opioides, dentre eles o paracetamol, o ácido acetilsalicílico, os anti-inflamatórios não-esteroides (AINE) e a dipirona. Estudos sugerem que analgésicos não-opioides, consumidos como medicamentos isentos de prescrição, são uma efetiva terapia para o tratamento de dor dentária. Quando a dosagem recomendada é seguida, esses fármacos são bastante seguros (Wannmacher *et al.*, 2007). No entanto, em doses altas, podem determinar

importantes efeitos adversos. O uso de analgésico isento de prescrição é comum entre pacientes que procuram clínicas odontológicas, sendo que parte deles utiliza o medicamento de modo inadequado, aumentando o risco de reações adversas e intoxicação (Heard *et al.*, 2008).

Paracetamol é o medicamento de primeira escolha, por sua eficácia e maior segurança (Wannmacher *et al.*, 2007). Este é, hoje, o analgésico e antitérmico mais popular e mais amplamente usado no mundo (Schug e Manopas, 2007). Nos Estados Unidos, é o agente mais prescrito para o tratamento de dores agudas (Sachs, 2005). Com o uso de doses apropriadas, raramente causa reações adversas. No entanto, é o fármaco mais frequentemente envolvido em intoxicação medicamentosa grave em países europeus, o que ressalta a necessidade de um uso racional, a fim de preservar sua segurança (Sachs, 2005; Tzortzopoulou *et al.*, 2008). Principais vantagens em relação a AINE são a falta de interferência com a função plaquetária e uso seguro em pacientes com história de doença péptica e distúrbios cardiovasculares (Tzortzopoulou *et al.*, 2008). Pode, ainda, ser prescrito para crianças, gestantes e idosos. Em puérperas, é o analgésico não-opioide mais indicado, por não acarretar efeitos indesejáveis ao lactente (Sachs, 2005).

Pela legislação brasileira (conforme Resolução - RDC ANVISA Nº 138, de 29 de maio de 2003), os analgésicos não-opioides (incluindo paracetamol, dipirona e ácido acetilsalicílico) são considerados como medicamentos de venda isenta de prescrição (Ministério da Saúde do Brasil, 2003). Logo, são os mais usados pelos pacientes.

Anti-inflamatórios não-esteroides são considerados agentes alternativos a paracetamol e ácido acetilsalicílico no manejo de dores leves a moderadas. Em doses únicas, têm atividade analgésica comparável com a de paracetamol. Dentre os AINE, ibuprofeno, naproxeno e cetoprofeno são os três representantes que se encontram nessa categoria de venda isenta de prescrição em Brasil (Ministério da Saúde do Brasil, 2003) e Estados Unidos (*Association of the European Self-Medication Industry*, 2008). Os demais AINE só deveriam ser comercializados com prescrição médica ou odontológica. Estes são fármacos eventualmente usados pelos pacientes, por meio de automedicação, para o tratamento da dor.

Nos casos de dores moderadas a intensas em Odontologia, indica-se a associação de um analgésico opioide a um não-opioide. A associação de codeína e paracetamol é a mais comumente empregada, por sua eficácia e segurança (Toms *et al.*, 2009; Wannmacher *et al.*, 2007). No entanto, esta é medicação de uso controlado, pois contém analgésico opioide

(codeína), capaz de determinar dependência. Não deve ser usada sem supervisão de um prescritor, sendo sua prescrição padronizada no país pela Portaria n.º 344 de 12 de maio de 1998 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde do Brasil, 1998).

Sabe-se por meio de estudo prévio (Mazzilli, 2008) que os pacientes também empregam anestésicos locais de uso tópico em dores dentárias. Estão disponíveis em formulações comerciais denominadas de Um Minuto®, Passa Já® e Bebê Dent®. Embora eficazes, essas apresentações têm curta duração e risco de alergias (pois, em geral, são anestésicos de tipo éster). Também há risco de intoxicação, especialmente em pessoas de menor peso corporal, como as crianças e os adolescentes.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, foram entrevistados 127 pacientes adultos (idade média de 35,5 anos, sendo 52% do gênero masculino) que se apresentaram com dor a uma clínica dentária urbana, durante período de duas semanas, entre janeiro e fevereiro de 2001, visando determinar o uso de automedicação analgésica nos 3 dias anteriores à visita (Heard *et al.*, 2008). Dose supratrapêutica foi definida como qualquer dose superior à dose diária recomendada total, indicada na rotulagem da embalagem. Uso de analgésicos antes da visita foi relatada por 99 dos 127 pacientes, sendo que a maioria (81/99) usou um analgésico apenas. Cinquenta e quatro por cento dos usuários consumiram mais de um analgésico de venda isenta de prescrição. Os agentes mais utilizados foram ibuprofeno (37%), paracetamol (27%), naproxeno (8%) e ácido acetilsalicílico (4%), além de combinação de produtos contendo paracetamol ou ácido acetilsalicílico (8%). Dezesesseis pacientes relataram uso supratrapêutico de um ou mais analgésicos: ibuprofeno (14), paracetamol (3) e naproxeno (5). Concluiu-se que minoria significativa dos pacientes relatou emprego de dosagem excessiva de analgésicos de venda isenta de prescrição. Ibuprofeno foi o mais frequentemente usado de modo abusivo, seguido por naproxeno e paracetamol (Heard *et al.*, 2008). O padrão de uso desses agentes em dores dentárias agudas é pouco conhecido no Brasil. Supõe-se que possa ser distinto, já que uso de ácido acetilsalicílico no país é grande e aqui há livre comercialização de dipirona, que é medicamento banido do comércio norte-americano. Em estudo realizado em São Paulo, antes de procurar atendimento odontológico de urgência, muitos pacientes (85,3%) usaram medicamentos para o problema referido, sendo os mais prevalentes analgésicos e antipiréticos (54,5%), anti-inflamatórios (25,8%) e anti-infecciosos (11,9%) (Mazzilli, 2008). Além disso, alguns pacientes aplicaram substâncias ou

medicamentos diretamente na área do problema ou usaram bochechos ou enxaguatórios (Mazzilli, 2008). No entanto, nesse trabalho, não foi avaliada a adequação do esquema de administração empregado.

Embora avaliando contexto diferente do odontológico, estudo realizado na Universidade Federal de Pernambuco pode fornecer uma ideia do uso inadequado de medicamentos de venda isenta de prescrição no Brasil (Alves *et al.*, 2007). Nesse estudo, avaliou-se o uso de medicamentos antipiréticos administrados por mães aos seus filhos antes de buscarem um serviço de emergência. Constatou-se que 75% delas utilizaram os medicamentos de forma incorreta, sendo que dipirona foi comumente administrada em doses elevadas, muito acima daquelas recomendadas como terapêuticas, e paracetamol foi comumente administrado em doses baixas, inferiores àquelas consideradas eficazes (Alves *et al.*, 2007).

Quando medicamentos são empregados em doses supraterapêuticas, os riscos são importantes. Alta dosagem de paracetamol pode levar a dano hepático agudo, enquanto doses altas de ácido acetilsalicílico podem causar quadro metabólico e neurológico grave (Wannmacher *et al.*, 2007). Já anti-inflamatórios não-esteroides, como ibuprofeno, aumentam o risco de hemorragia gastrointestinal, ainda mais quando há uso inadequado desse medicamento (Wannmacher *et al.*, 2007).

Devido à gravidade da dor dental e à dificuldade que muitos pacientes têm de acessar um serviço de atenção odontológica, acredita-se que muitos daqueles que procuram atendimento em clínicas dentárias podem constituir grupo de alto risco de intoxicação não-intencional. Dados toxicológicos nos alertam a esse respeito no Brasil, onde os medicamentos constituem a principal causa de intoxicações registradas no Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas, representando 29% dos casos. Paralelamente, é a décima causa de óbito por intoxicações (0,36% dos casos registrados) (Ministério da Saúde do Brasil, 2007).

Outra maneira dos pacientes obterem alívio para a sua dor é usando medicamentos que exigem prescrição, que podem ser obtidos por meio de prescrições antigas, disponibilização pelos amigos ou no “mercado negro”. E isso pode acarretar graves implicações para a saúde.

É importante lembrar, ainda, que uso racional de medicamentos não significa necessariamente que sempre se deve indicar um tratamento medicamentoso. Muitas vezes as chamadas medidas não-medicamentosas são tão ou mais eficazes que fármacos. E os

pacientes as utilizam muitas vezes, pois, embora nem sempre sejam eficazes, podem ser de mais fácil acesso.

Medidas não-medicamentosas são constituídas por opções terapêuticas distintas de medicamentos, utilizadas na vigência de diferentes manifestações clínicas. Na presença de abscessos periapicais, por exemplo, drenagem cirúrgica é mais eficaz que o uso de antimicrobiano. Após a realização de exodontias, aplicação local de frio sob a forma de gelo é eficiente medida anti-inflamatória. Como exemplos de medidas não-medicamentosas eventualmente empregadas no manejo de dor podem-se citar a aplicação local de calor ou frio, o consumo de chás caseiros, o emprego de repouso, fisioterapia ou acupuntura.

Estudo conduzido em Centros de Saúde municipais, na Paraíba, relatou uso pelos pacientes de substâncias para alívio de dor dentária do tipo alho, perfume, palha de fumo, álcool, palha de aço, óleo de carro queimado, entre outros. Em situação de pós-exodontia, foi relatado uso de bochechos das seguintes associações: (a) água, sal e vinagre, (b) sal e vinagre e (c) água e vinagre. Chás, ervas e simpatias foram utilizados para alívio de dor de dente, gengivites, aftas e herpes (Guênes, 2003).

4. AUTOMEDICAÇÃO

4.1. Conceito de automedicação

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe como importante medida de promoção de saúde o autocuidado (OMS/UNICEF, 1979). Por autocuidado, entende-se a capacidade de o próprio indivíduo estabelecer e manter saúde e prevenir e manejar doença. É conceito amplo que engloba higiene geral e pessoal, nutrição, estilo de vida, fatores ambientais e socioeconômicos e automedicação (OMS/UNICEF, 1979). Inclui medidas de prevenção, a partir do emprego, por exemplo, de dieta apropriada, exercícios físicos, consumo moderado de álcool e o não-uso de fumo e não-abuso de drogas (FIP, 1996).

Nesse contexto, a automedicação é uma das medidas de autocuidado, já que prevê o tratamento de sinais e sintomas por parte do próprio paciente, com medicamentos vendidos sem receita (FIP, 1996). Define-se automedicação como seleção e uso de medicamentos pelos próprios usuários para tratar doenças ou sintomas auto-reconhecíveis (OMS/UNICEF, 1979). É situação na qual os consumidores utilizam os medicamentos sem que exista intermediação da prescrição de um agente oficialmente qualificado (FIP, 1996). Arrais e colaboradores

(1997) referem-se à automedicação como procedimento caracterizado pela iniciativa de um doente ou de seu responsável em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita lhe trazer benefícios, tanto no tratamento de doenças, quanto no alívio de sintomas.

Dentro dessa ideia, foi proposto pela OMS o termo automedicação responsável, ou seja, o 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 (OMS/UNICEF, 1979). Automedicação responsável envolve, assim, a utilização de fármacos com base em informações cientificamente bem embasadas, previamente fornecidas por profissionais qualificados (FIP, 1996). Os medicamentos passíveis dessa utilização devem ser licenciados, legalmente disponibilizados sem prescrição, além de serem eficazes e seguros quando utilizados conforme a recomendação. São aqueles que servem ao manejo de problemas auto-reconhecíveis ou os de uso crônico ou recorrente, após diagnóstico médico ou odontológico inicial (OMS/UNICEF, 1979).

Para os usuários, os benefícios previstos com a automedicação responsável englobam a escolha do medicamento de acordo com experiência prévia individual de sucesso terapêutico, acesso mais rápido e direto, papel ativo no próprio cuidado com a saúde, conveniência e economia, particularmente devido a consultas médicas reduzidas ou evitadas. Em nível comunitário, haveria economia dos escassos recursos para a saúde - muitas vezes desgastados com problemas menores - e de gastos em geral, na medida em que se reduziria o absenteísmo ao trabalho (Ministério da Saúde do Brasil, 1996).

Por outro lado, riscos individuais de ausência de adequado diagnóstico, mascaramento de doenças evolutivas, má seleção e mau uso de medicamentos e desconhecimento dos riscos farmacológicos acrescentariam ônus ao sistema de saúde, uma vez que cresceria a iatrogenia, a frequência e a gravidade de efeitos adversos e o gasto com mais consultas e hospitalização (Arrais *et al.*, 1997; Ministério da Saúde do Brasil, 1996).

Atualmente se pensa que uma informação adequada aos pacientes pode resultar em automedicação racional, segura e efetiva, e que, assim, poderia ser proveitosa para os sistemas de saúde. O aumento da automedicação justifica a necessidade de melhorar a informação dirigida aos pacientes (Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos e Acción Internacional para la Salud – América Latina y El Caribe, 2001).

4.2. Automedicação – é algo comum em Odontologia?

Automedicação é fenômeno comum na população. Pesquisa realizada pelo Instituto Methodus revelou que 71,7% dos moradores da região metropolitana de Porto Alegre se automedicam (Instituto Methodus, 2009). As medicações que não foram prescritas por médicos tornaram-se conhecidas por meio de amigos e parentes. A farmácia foi fonte de informação para 47,4% dos entrevistados que se automedicavam. Já em outro estudo, realizado na Paraíba, verificou-se que 93% da população entrevistada relataram fazer uso de medicamentos sem prescrição (Guênes, 2003).

Pesquisa qualitativa apontou que, muitas vezes, o médico é relegado à última opção quando surge um sintoma ou doença, devido a medo, demora no agendamento de consulta, falta de tempo, experiências anteriores negativas e pelo fato do usuário se considerar experiente em relação a alguns sintomas. Foi feita avaliação específica sobre a presença de dor de cabeça ou enxaqueca no último mês, referida por 37,8% dos entrevistados. Essas manifestações ocuparam o segundo lugar na listagem de doenças ou sintomas mais citados e para os quais foram usados medicamentos. Por outro lado, verificou-se que os medicamentos empregados para alívio de dor de cabeça ou enxaqueca estavam na nona posição entre aqueles para os quais havia prescrição. Paracetamol e Neosaldina® foram os medicamentos mais utilizados para dores de cabeça (Instituto Methodus, 2009).

Existem poucas pesquisas que relacionam dor de dente e automedicação. Contudo, estudos têm confirmado que a dor de dente é um dos tipos mais prevalentes de dores orofaciais, possuindo grande impacto nas atividades diárias dos indivíduos (Goes, 2001; Klasser *et al.*, 2007; Silva *et al.*, 2008). Pacientes com algum tipo de dor orofacial consomem mais medicamentos analgésicos, em comparação com pacientes que vão ao consultório dentário rotineiramente (Klasser *et al.*, 2007). Aqueles estudos confirmam, ainda, que a automedicação é prática comum entre as pessoas que sofrem de dor de dente (Klasser *et al.*, 2007). Pesquisa específica sobre o tema mostrou que a maioria dos casos de automedicação excessiva, empregada no controle de dor dentária, envolveu o consumo de paracetamol ou compostos contendo associações de analgésicos (Preshaw *et al.*, 1994).

Em levantamento realizado na Paraíba, constatou-se que, dentre os medicamentos usados na tentativa de resolver um problema de dor de dente, Anador® foi o mais consumido (33%), seguido por Dorflex® (23%). Anti-inflamatórios e antimicrobianos também foram citados, porém em menor escala (Guênes, 2003).

Estudo conduzido em Recife questionou profissionais de farmácias sobre automedicação em casos de dor de dente (Silva *et al.*, 2008). Observou-se que 91,6% dos entrevistados atenderam pessoas com dor de dente nos últimos seis meses, o que comprova a grande procura por medicamentos que aliviam esse sintoma.

Segundo Mazzilli (2008), a prevalência de automedicação por dor dentária em amostra brasileira foi de 65,5%, sendo os quatro grupos mais prevalentes de medicamentos utilizados os analgésicos e antitérmicos (48,8%), os anti-inflamatórios (30,2%), os antimicrobianos (11%) e os analgésicos e miorelaxantes (3,8%). Observou-se que 50,6% dos medicamentos usados estavam categorizados como sendo de venda isenta de prescrição.

Em estudo envolvendo pacientes da Clínica de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, verificou-se que automedicação é uma prática constante, sendo que 53,33% dos pacientes afirmaram que faziam uso dos medicamentos, inclusive de antimicrobianos que sobravam de tratamentos prévios, além das ocasiões prescritas. As ocasiões citadas como mais frequentes para esse uso posterior foram dores de garganta, dores de dente e dores em geral, além de outras (Junior, 2009).

5. ESTUDOS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Farmacoepidemiologia é a ciência que aplica métodos epidemiológicos para a avaliação do uso clínico de fármacos nas populações. Define-se como o estudo de usos e efeitos (incluindo reações adversas) de fármacos em grande número de pessoas, com o propósito de apoiar o uso racional e custo-efetivo de medicamentos na população, promovendo, assim, desfechos de saúde. Envolve Estudos de Utilização de Medicamentos e Farmacovigilância (WHO, 2003).

Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) foram definidos pela OMS, em 1977, como aqueles que envolvem a avaliação de “*marketing*, distribuição, prescrição e uso de medicamentos na sociedade, com especial ênfase quanto às consequências médicas, sociais e econômicas” (WHO, 2003). São estudos capazes de fornecer informações em grande quantidade e variedade sobre os medicamentos, abordando desde a qualidade da informação transmitida, as tendências comparativas de consumo de diversos produtos, até a qualidade dos medicamentos mais utilizados, a prevalência da prescrição médica, os custos comparados, entre outros (Castro, 2000).

Principal objetivo dos Estudos de Utilização de Medicamentos é promover o uso racional de medicamentos em populações. Para o paciente individualmente, esse uso racional implica na prescrição de fármacos com embasamento científico bem documentado, em dose apropriada, a preço acessível, juntamente com informações corretas. Sem o conhecimento de como os medicamentos estão sendo prescritos e usados, é difícil iniciar uma discussão sobre o uso de fármacos ou sugerir medidas para melhoria dos hábitos de prescrição e consumo. EUM, por si só, não fornecem necessariamente todas as respostas ou soluções, mas podem contribuir para o maior conhecimento a respeito e o planejamento de estratégias mais efetivas de promoção de uso racional de medicamentos e, conseqüentemente, de promoção de saúde (WHO, 2003).

Pesquisadores brasileiros vêm dedicando-se cada vez mais a EUM, incorporando aos mesmos aspectos relevantes no contexto da saúde pública. Assim, os estudos nascem de preocupações sanitárias, que procuram gerar informações que possam ser usadas para transformar positivamente a realidade observada (Castro, 2000.). Na área farmacêutica, tem sido dada mais ênfase aos estudos farmacoepidemiológicos, que utilizam métodos quantitativos. Porém, como a utilização de medicamentos é fenômeno complexo, abordagens qualitativas também têm sido implementadas, colaborando na compreensão do fenômeno “utilização de medicamentos” e possibilitando a geração de práticas profissionais culturalmente mais apropriadas (WHO; 2004).

Informações construídas pelos estudos de utilização de medicamentos têm sido propostas como o caminho inicial para mudanças de práticas profissionais, visando o aprimoramento da assistência prestada à população (Leite *et al.*, 2008).

Em revisão sistematizada de publicações brasileiras e latino-americanas sobre EUM, observou-se que apenas 3,7% dos trabalhos encontrados apresentavam como objetivo principal do estudo a automedicação (Leite *et al.*, 2008). Os autores dos artigos analisados (Berquo *et al.*, 2004; Bricks e Leone, 1996; Coelho Filho *et al.*, 2004; Mosegui *et al.*, 1999; Oshiro e Castro, 2002; Rozemberg, 1994; Santos e Nitrini, 2004) destacaram diferentes situações envolvidas com a automedicação, sendo a indicação por pessoas leigas (amigos, parentes, vizinhos, veículos de comunicação e balconistas de farmácias) as mais conhecidas. Porém, uma das formas mais relatadas pelos usuários de “indicação” do medicamento para sua utilização foi uma prescrição médica para episódio anterior, correspondendo a 47% dos receituários atendidos em farmácias na Argentina (Copello *et al.*, 1998). Esta também foi

descrita como a origem mais comum para a automedicação em estudo realizado em Araraquara, São Paulo (Simões e Farache, 1998). Ficou evidente a inadequação dos serviços de saúde disponíveis para a população, incluindo o serviço prestado nas farmácias, o não-cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica e a carência de informações e instruções para o uso adequado de medicamentos (Leite *et al.*, 2008). Além disso, o mercado farmacêutico oferece muitos medicamentos de eficácia e segurança duvidosa, e as constantes campanhas publicitárias destinadas ao público em geral também podem influenciar o padrão de consumo da população (Arrais *et al.*, 1997; Leite *et al.*, 2008).

SENDO ASSIM, com base em conhecimentos e pressupostos aqui apresentados, a presente pesquisa se propôs a realizar Estudo de Utilização de Medicamentos em dor de origem dentária, visando esclarecer quais são os medicamentos mais utilizados pela população, sob a forma de automedicação, para tratar essa manifestação de doença, a maneira como são utilizados e a quantidade e qualidade de informação a respeito do fármaco que o paciente possui. Procurou-se, ainda, avaliar o uso de medidas não-medicamentosas nessa situação.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar as medidas medicamentosas e não-medicamentosas usadas pelos pacientes para alívio da dor dentária, antes da procura de serviço odontológico.

Objetivos Específicos

1. Identificar as medidas não-medicamentosas usadas pelos pacientes, visando alívio de dor dentária, antes da procura de serviço odontológico.
2. Identificar os medicamentos usados pelos pacientes, visando alívio de dor dentária, antes da procura de serviço odontológico.
3. Estabelecer a frequência de automedicação, por meio do número de pacientes que empregarem medicamentos sem prescrição médica para alívio de dor dentária, antes da procura de serviço odontológico.
4. Verificar possível associação entre uso de automedicação analgésica e parâmetros sócio-demográficos (idade, gênero e escolaridade dos pacientes) e clínicos (número de dias com dor, intensidade da dor relatada pelo paciente, diagnóstico clínico estabelecido).

MATERIAL E MÉTODOS

1. Local de origem da pesquisa

A coordenação da pesquisa esteve a cargo de Maria Beatriz Cardoso Ferreira, professora de Farmacologia do Curso de Graduação em Odontologia da UFRGS, locada no Departamento de Farmacologia do Instituto de Ciências Básicas da Saúde da UFRGS.

2. Local de realização da pesquisa

A pesquisa foi realizada em local reservado, na área dos Ambulatórios da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na cidade de Porto Alegre, RS.

3. Delineamento experimental

Realizou-se estudo observacional transversal, de caráter prospectivo.

4. Amostra

A amostra foi obtida por conveniência, sendo incluídos pacientes adultos (a partir de 18 anos), de ambos os gêneros, atendidos no setor de Urgência das Clínicas Odontológicas II e III da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no período de março a outubro de 2010.

Foram considerados critérios de exclusão:

- não desejar participar da pesquisa,
- apresentar dificuldade de comunicação;
- apresentar idade inferior a 18 anos;
- realizar atendimento de caráter eletivo;
- procurar o atendimento de urgência por motivo que não estivesse associado a dor orofacial.

5. Procedimentos experimentais

Foi aplicado questionário específico aos pacientes que buscaram atendimento de urgência na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aceitaram participar do estudo.

A abordagem foi feita sempre pelo mesmo pesquisador, previamente ao momento em que o paciente foi chamado para o atendimento. Se este concordava, assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), e, então, o pesquisador fazia as perguntas e anotava as respostas. O tempo da entrevista foi de aproximadamente 15 minutos. Caso o paciente apresentasse-se dor ou desconforto, que dificultassem a aplicação do questionário, e com a sua concordância, as questões foram formuladas ao final da consulta, visando, com isso, privilegiar o bom atendimento ao paciente.

A coleta de dados foi realizada em dois turnos da semana – pela manhã (das 8 horas e 30 minutos a 11 horas e 30 minutos) e pela tarde (das 14 horas e 30 minutos a 17 horas), nas segundas-feiras, de março a julho de 2010; nas quintas-feiras pela tarde e sextas-feiras pela manhã, no período de agosto a outubro de 2010. Como os atendimentos de urgência são realizados em 9 turnos da semana, o tempo previsto para a coleta correspondeu a 20% dos turnos disponíveis para esse serviço.

Os dados foram coletados durante dois semestres letivos de funcionamento do serviço de urgência odontológica da Faculdade de Odontologia da UFRGS, a fim de ser obtida amostra com o tamanho previamente calculado e, portanto, com maior representatividade frente à população amostral proposta.

Todos os pacientes que foram atendidos no setor de urgência, nos períodos especificados, foram convidados a participar dessa pesquisa.

6. Tamanho da amostra

Para cálculo do tamanho da amostra, tomou-se como base levantamento retrospectivo, com base no primeiro semestre de 2009, visando estabelecer o número mais comum de atendimentos de urgência por turno. Verificou-se que foram atendidos quatro pacientes por turno, como moda.

Prevendo-se:

- número mínimo de quinze semanas de atendimento por semestre;
- quatro pacientes atendidos por turno;
- dois turnos semanais de coleta de dados;
- dois semestres para realização dessa coleta;

obteve-se população amostral total estimada de duzentos e quarenta pacientes.

Considerando-se:

- prevalência de automedicação por dor dentária em amostra brasileira igual a 65,5%, (Mazzilli, 2008);
 - nível α de confiança de 95%;
 - população amostral total estimada de 240 pacientes;
 - diferença máxima aceitável de 50%;
- obteve-se tamanho de amostra de 143 pacientes em Programa Pepi4-DOS.

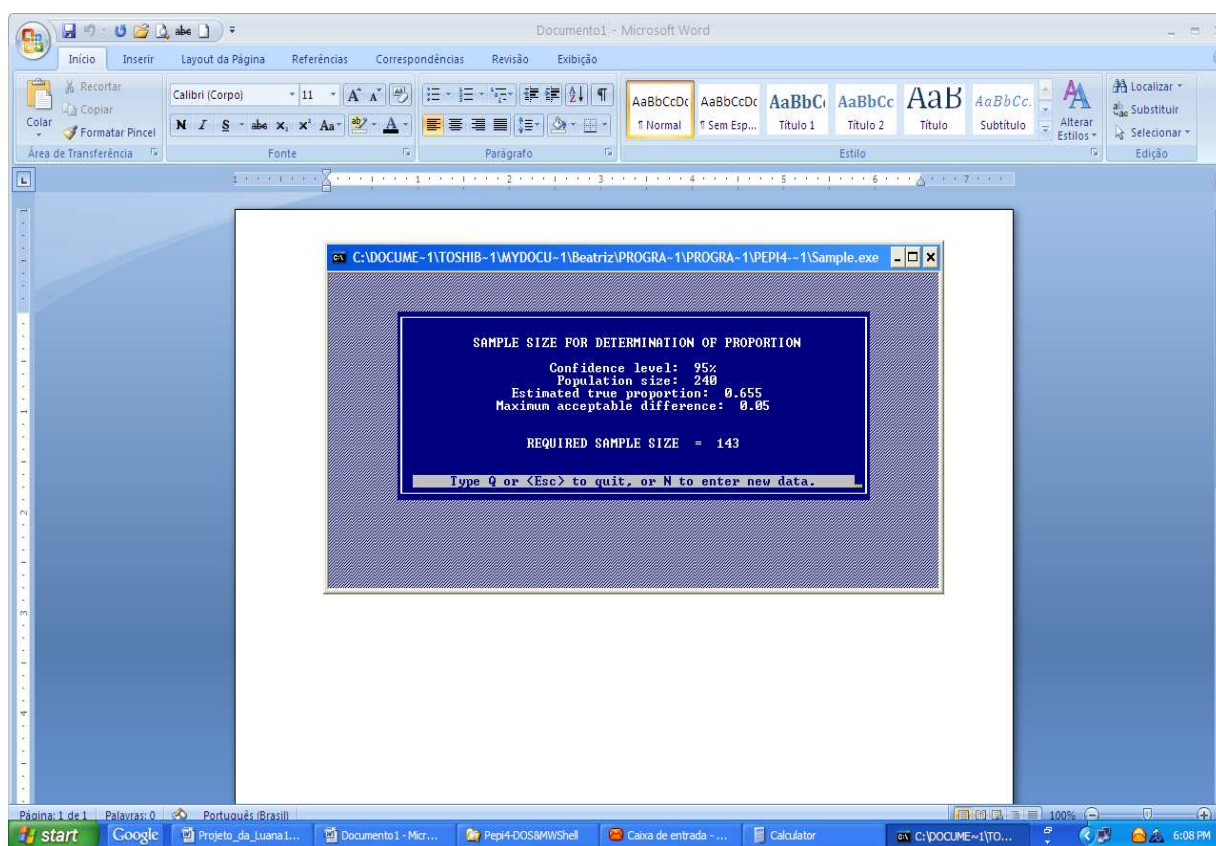


Figura 1 – Cálculo do tamanho da amostra

7. Questionário

Para a entrevista dos participantes, foi usado questionário especificamente elaborado para a pesquisa (Anexo 3). O pesquisador conduziu as entrevistas. O questionário incluiu informações sobre idade, escolaridade e gênero, tempo de início da dor e o que o paciente fez para obter o seu alívio. Para avaliação de intensidade da dor no momento de chegada ao serviço de urgência, foram aplicadas escalas específicas, previamente validadas na literatura,

incluindo as escalas verbal (*Verbal Rating Scale* ou VRS), numérica (*Numeric Rating Scale* ou NRS) e analógica visual (*Visual Analog Scale* ou VAS) (Breivik *et al.*, 2008; Macintyre e Scott, 2009).

8. Escalas de avaliação de dor

A escala numérica apresenta escores de 0 a 10 (formando 11 categorias de dor), de modo que zero corresponde à ausência e 10 à pior dor imaginável. Já a escala analógica visual é constituída por uma linha horizontal de 10 cm (com escores contínuos de 0 a 100 mm), em que cada extremidade representa, respectivamente, ausência de dor e a pior dor que o paciente poderia ter sentido. Ambas têm alta correlação entre si e são igualmente sensíveis na avaliação de dores agudas. São claras, fáceis de aplicar e têm simplicidade de escores. Funcionam melhor para a avaliação da dor que o paciente apresenta no momento da pesquisa. Podem ser usadas, ainda, para detecção de dor presente nas últimas 24 horas ou durante a última semana (Breivik *et al.*, 2008; Macintyre e Scott, 2009; Twaddle e Cooke, 2006).

A escala analógica visual é frequentemente utilizada em avaliações clínicas e de pesquisa. No entanto, em torno de 7-11% dos pacientes são incapazes de preenchê-la ou a consideram confusa. Nesse contexto, escala numérica pode ser mais confiável, especialmente em pacientes com menor grau de instrução. Com base no grau de interferência com humor, sono e atividades do paciente, estabeleceu-se relação entre escala verbal e escalas numérica e analógica visual, de modo que escores de 1 a 4 correspondem a dor leve, 5 a 6 a dor moderada e 7 a 10 a dor intensa ou pior possível (Breivik *et al.*, 2008; Macintyre e Scott, 2009; Twaddle e Cooke, 2006).

Como alternativa, pode ser mais fácil para alguns pacientes simplesmente usar os termos leve, moderada e intensa (correspondendo a “dói pouco”, “dói mais ou menos” ou “dói muito” para classificar a dor (Breivik *et al.*, 2008; Macintyre e Scott, 2009; Twaddle e Cooke, 2006).

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

9. Variáveis de interesse

Nessa pesquisa, foram avaliadas as variáveis de interesse relacionadas a seguir.

1. Medidas não-medicamentosas relatadas pelo paciente como tendo sido empregadas para alívio da dor dentária, antes da procura do serviço odontológico.
2. Medicamentos relatados pelo paciente como tendo sido empregados para alívio da dor dentária, antes da procura do serviço odontológico.
3. Doses dos medicamentos relatados pelo paciente como tendo sido empregados para alívio da dor dentária, antes da procura do serviço odontológico.
4. Vias de administração dos medicamentos relatados pelo paciente como tendo sido empregados para alívio da dor dentária, antes da procura do serviço odontológico.
5. Intervalos de administração dos medicamentos relatados pelo paciente como tendo sido empregados para alívio da dor dentária, antes da procura do serviço odontológico.
6. Tempo de uso dos medicamentos relatados pelo paciente como tendo sido empregados para alívio da dor dentária, antes da procura do serviço odontológico.
7. Automedicação, definida por meio do emprego de medicamentos sem prescrição odontológica ou médica, para alívio de dor dentária, antes da procura de serviço odontológico.
8. Idade.
9. Gênero.
10. Escolaridade.
11. Número de dias com dor dentária.
12. Intensidade da dor dentária (avaliada em escalas específicas).

10. Processamento dos dados e análise estatística

Os dados foram reunidos e codificados em banco de dados por meio do Programa Epi Data, versão 1.5. A análise estatística desses dados foi realizada com o auxílio do Software SPSS for Windows, versão 15.0.

Foi feita, inicialmente, uma análise descritiva. Os dados foram expressos como frequência absoluta ou relativa, média \pm desvio padrão (para variáveis paramétricas) ou mediana e percentis 25 e 75 (para variáveis não-paramétricas).

Associação entre uso de automedicação analgésica e parâmetros demográficos (idade, gênero e escolaridade dos pacientes) e clínicos (número de dias com dor, intensidade da dor relatada pelo paciente) foi avaliada por meio de teste qui-quadrado ou teste *t* de Student para amostras independentes, com posterior análise de regressão.

11. Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa para a realização da presente investigação foi submetido ao Comitê de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, obtendo a aprovação de ambos.

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

RESULTADOS

1. Descrição da amostra

Foram conduzidas 144 entrevistas, mediante prévio consentimento livre e esclarecido. Observou-se predominância do gênero feminino (74%).

A idade média dos entrevistados foi de 43 anos (com desvio padrão de 13,9), variando de 18 a 76 anos.

Idade de 60 anos foi empregada como ponto de referência para a classificação dos pacientes como idosos ou não (IBGE, 2009). Com base nesse critério, observou-se que 14% da amostra se enquadraram no grupo dos idosos. Na amostra total, 4% eram idosos do gênero masculino e 10% do gênero feminino.

Quanto à escolaridade, a maioria dos pacientes cursou Ensino Médio Completo (32%), seguido de Ensino Fundamental Incompleto (30%). Observou-se, ainda, que 65 não-idosos e 12 idosos não frequentaram a escola ou frequentaram apenas o Ensino Fundamental. No entanto, não houve associação entre ser idoso e nível de escolaridade, pelo teste exato de Fisher ($P=0,633$), ou seja, as frequências de não-idosos e idosos nas diferentes categorias de escolaridade foram similares.

Quanto ao tempo em que o paciente estava sentindo dor, a maior parte da amostra referiu estar sentindo dor entre 4 e 7 dias – 21,5%, seguido pelo período de mais de 2 semanas a um mês – 19,4%. Observou-se que menos pacientes referiram dor, à medida que aumentou o tempo de sua duração. Pela figura 1, observa-se que, nos períodos mais precoces de tempo, estão as maiores frequências de pacientes com dor. À medida que o tempo passa, essas taxas diminuem, como seria esperado.

Não houve associação entre o fato de ser idoso e o tempo de duração da dor, pelo teste exato de Fisher ($P>0,05$). Nem os jovens, nem os idosos, estavam há mais tempo com dor.

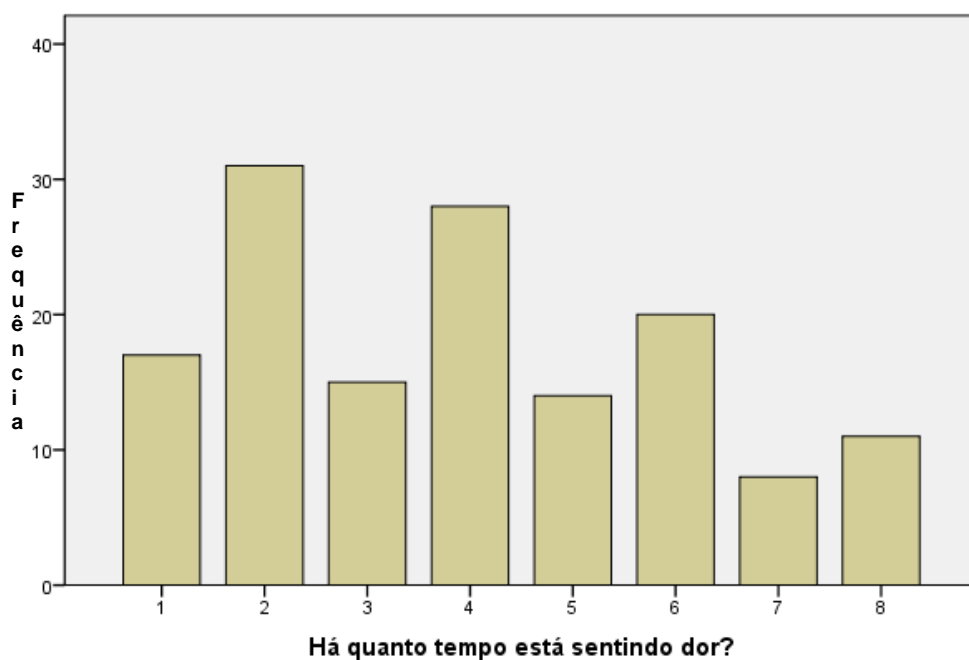


Figura 2 – Frequência absoluta de pacientes que referiram apresentar dor durante os períodos de tempo estudados.

1 = dor há 3 dias ou menos. 2 = dor durante 4 a 7 dias. 3 = dor entre mais de uma semana e duas semanas. 4 = dor entre mais de 2 semanas e um mês. 5 = dor entre mais de 1 mês e 3 meses. 6 = dor entre mais de 3 meses e 6 meses. 7 = dor entre mais de 6 meses e um ano. 8 = dor há mais de um ano.

2. Avaliação de uso de medidas não-medicamentosas e medicamentosas para alívio de dor dentária

Diante do questionamento sobre “O que o(a) senhor(a) tem feito para diminuir a dor?”, o uso de analgésico ou anestésico foi citado em 44% dos casos, o que seria esperado para essa situação. A seguir, as três medidas mais comumente adotadas foram:

- procura por atendimento de saúde (dentista ou posto) – 17,5%,
- uso de medidas não-medicamentosas – 12,2%,
- uso de remédio, não sabendo especificar com exatidão – 12%.

Uso de medicamento não-analgésico foi citado por 5% dos pacientes. Na amostra estudada, 7,4% dos pacientes responderam que nada fizeram.

A ingestão de chás para essa finalidade não foi muito prevalente (7,6%, correspondente a 11 pacientes). Dentre os que relataram sua ingestão, 73% (8 em 11 pacientes) usaram malva. Houve, ainda, relato de uso de “chá anti-inflamatório”, de arnica e de camomila (um caso para cada um desses chás).

Quando questionados a respeito do emprego de bochechos com alguma solução caseira, visando o alívio da dor dentária, 89 (61,8%) pacientes referiram não ter feito uso dessa medida não-medicamentosa. Dentre os 55 (38,2%) que o fizeram, 4 empregaram duas diferentes soluções.

O chá de malva (isoladamente) foi a solução mais citada para estes fins (38,2%) (Tabela 1). Se for considerado que dois pacientes o empregaram em associação com leite ou sal, essa taxa sobe para 41,8%. A seguir, as soluções mais empregadas foram:

- salmora (isoladamente ou associada a limão e álcool ou a malva e arnica) – 12,7%,
- água (em diferentes temperaturas) – 14,4%,
- vinagre (isoladamente ou em associação com sal) – 7,3%,
- Listerine® - 7,3%.

Deve-se ressaltar que, embora a pergunta falasse em solução caseira, Listerine® é medicamento comercializado em farmácias.

Tabela 1. Soluções caseiras ou medicamentos empregados sob a forma de bochecho, visando o alívio da dor dentária, previamente à procura do serviço de urgência odontológica.

Soluções caseiras empregadas como bochecho	Número de pacientes que usaram a solução	Frequência em relação ao total de pacientes que usaram soluções em bochecho (n=55)
Água fria	1	1,8%
Água gelada	2	3,6%
Água morna	2	3,6%
Água oxigenada	2	3,6%
Água quente	1	1,8%
Antisséptico	1	1,8%
Bicarbonato	2	3,6%
Cachaça	2	3,6%
Colgate®	1	1,8%
Guiné	1	1,8%
Listerine®	4	7,3%
Malva	21	38,2%
Malva com leite	1	1,8%
Malva com sal	1	1,8%
Malvatricin®	2	3,6%
Maricá	1	1,8%
Periogard®	2	3,6%
Plax®	3	5,5%
Sal, limão e álcool	1	1,8%
Sal, malva e arnica	1	1,8%
Salmora	6	9,1%
Tansagem	2	3,6%
Vinagre	1	1,8%
Vinagre e sal	3	5,5%

Questionados a respeito do emprego de medidas locais, 102 (70,8%) pacientes referiram que não colocaram qualquer substância ou medicamento diretamente no local da dor. Dentre os 29,2% que disseram ter colocado algo, três pacientes usaram duas substâncias ou soluções no local com dor. Na Tabela 2, são apresentados os diferentes medicamentos ou substâncias colocados diretamente sobre o local doloroso.

Observou-se que 52% dos pacientes (22 em 42 pacientes) utilizaram formulações contendo anestésicos locais (incluindo as respostas “anestésico”, Dentisan®, Dordente®, Passaja®, Um Minuto® e Xilocaína®). Destes, 19% (8 em 42 pacientes) usaram a apresentação comercial denominada Um Minuto®. A seguir, em ordem de frequência, foram empregados Xilocaína® (16,7%, correspondente a 7 em 42 pacientes) e dentifrício (11,9%, correspondente a 5 em 42 pacientes).

Pode-se verificar que 11,9% dos pacientes (5 em 42 pacientes) utilizaram topicamente, no local da dor, formas farmacêuticas recomendadas para uso oral (incluindo Aspirina®, ibuprofeno, dipirona e paracetamol).

Tabela 2. Medicamentos ou substâncias colocadas diretamente no local da dor, previamente à procura do serviço de urgência odontológica.

Medicamentos ou substâncias usadas topicamente	Frequência de pacientes que os usaram	Frequência em relação ao total de pacientes que os usaram (n=42)
Álcool	4	9,5%
Anestésico	2	4,8%
Comprimido de Aspirina®	1	2,4%
Calor	1	2,4%
Comprimido de ibuprofeno	1	2,4%
Cravo	1	2,4%
Dentifrício	6	14,3%
Dentisan®	3	7,1%
Comprimido de dipirona	1	2,4%
Dordente®	1	2,4%
Erva	1	2,4%
Gelo	3	7,1%
Comprimido de paracetamol	2	4,8%
Passaja®	1	2,4%
Pomada	1	2,4%
Pomada Vick®	1	2,4%
Sensodyne®	3	7,1%
Um minuto®	8	19,0%
Xilocaína®	7	16,7%

3. Emprego de medicamentos para alívio de dor dentária

Entre os entrevistados, 84,7% (122 pacientes) relataram ter tomado algum medicamento para aliviar a sua dor.

O número de medicamentos usados variou de 0 a 5. Observou-se que 15% dos pacientes não usaram medicamentos, 46,5% usaram um medicamento e 22% usaram dois medicamentos (Tabela 3).

Tabela 3. Número de medicamentos utilizados para alívio da dor, previamente à procura do serviço de urgência odontológica.

Número de medicamentos usados	Frequência de pacientes	
Zero	22	15,3%
Um	67	46,5%
Dois	32	22,2%
Três	16	11,1%
Quatro	6	4,2%
Cinco	1	0,7%

Inicialmente, foi feita análise dos dados quanto à sua distribuição normal, por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Observou-se que o número de medicamentos usados para a dor não seguiu aquela distribuição ($P = 0,000$). Sendo assim, estes dados foram tratados como não-paramétricos.

Obeve-se mediana igual a 1, com percentil 25% ($P_{25\%}$) de 1 e percentil 75% ($P_{75\%}$) de 2. Isso significa que 50% dos pacientes da amostra utilizou entre 1 e 2 medicamentos.

Cento e vinte e dois pacientes usaram 37 medicamentos ou grupos farmacológicos, incluindo analgésicos, anti-inflamatórios, antimicrobianos e relaxantes musculares.

Dentre os 122 pacientes que relataram o uso de medicamentos para alívio da dor, 71% utilizaram paracetamol, 21% ibuprofeno, 15% amoxicilina, 13% diclofenaco e 12% Dorflex® (Tabela 4).

Observou-se que, em 21,3% dos casos, os pacientes referiram o uso de um antimicrobiano (incluindo amoxicilina, ampicilina, “antibiótico”, cefalexina e tetraciclina), ao serem questionados sobre quais medicamentos utilizaram para o alívio da dor, previamente ao atendimento no serviço odontológico.

Tabela 4. Medicamentos empregados pelos pacientes para tratamento da dor, previamente à procura do serviço de urgência odontológica.

Medicamentos utilizados	Frequência de pacientes que os usaram	Frequência em relação ao total de pacientes que usaram medicamentos (n=122)
Amoxicilina	18	14,8%
Ampicilina	2	1,6%
Anador®	1	0,8%
Anti-inflamatório	1	0,8%
Antibiótico	3	2,5%
Aspirina®	3	2,5%
Beserol®	1	0,8%
Buferin®	1	0,8%
Buscofen®	1	0,8%
Buscopan®	1	0,8%
Calmador®	1	0,8%
Cataflan®	1	0,8%
Cedrilax®	1	0,8%
Cefalexina®	1	0,8%
Cetoprofeno®	1	0,8%
Dentisan®	1	0,8%
Diclofenaco®	16	13,1%
Dipirona	6	4,9%
Dorflex®	15	12,3%
Ibuprofeno®	26	21,3%
Metidon®	1	0,8%
Esqueceu/Não lembrava o nome	2	1,6%
Nimesulida®	2	1,6%
Paracetamol	87	71,3%
Relaxante	1	0,8%
Saridon®	1	0,8%
Sedalex®	1	0,8%
Tandene®	1	0,8%
Tandriflex®	1	0,8%
Tandrilax®	2	1,6%
Tetraciclina	2	1,6%
Toragesic®	3	2,5%
Tylex®	2	1,6%
Voltaren®	1	0,8%

Comparando-se o comportamento de mulheres e homens, observou-se, em ambos os gêneros, que há maior número de indivíduos que utilizaram medicamentos, em comparação aos que não utilizaram (diferença significativa entre os grupos, pelo teste de qui-quadrado de Pearson, $P = 0,006$). Observou-se, ainda, que as mulheres utilizaram significativamente mais medicamentos do que os homens. Portanto, houve associação significativa entre ser mulher e usar mais medicamentos. No entanto, isso pode dever-se ao fato da amostra masculina ser menor.

A média da idade dos indivíduos que usaram algum medicamento para dor foi de 42 anos, enquanto a idade média dos indivíduos que não usaram medicamentos foi de 51 anos. Houve diferença significativa entre os grupos, pelo teste t de Student para amostras independentes ($P = 0,004$). Quem usou medicamento era mais jovem do que quem não usou (Figura 2).

Não houve relação significativa entre o nível de escolaridade dos entrevistados e o fato de ter usado ou não medicamento (pelo teste de qui-quadrado de Pearson, $P = 0,083$).

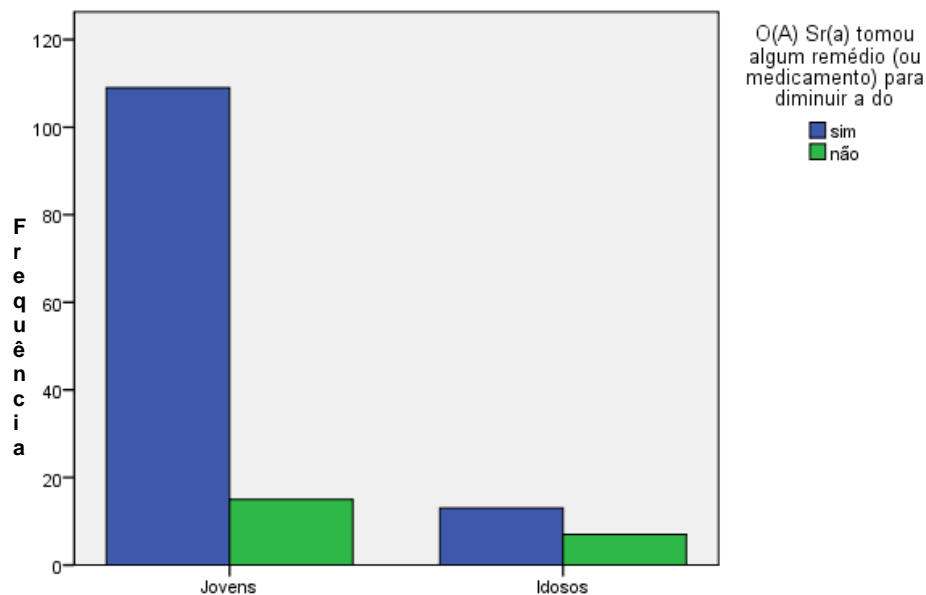


Figura 3 – Frequência absoluta de pacientes idosos e jovens que referiram o uso ou não de medicamento para alívio da dor, antes da procura do atendimento odontológico.

Os medicamentos citados pelos entrevistados foram, em sua maioria, utilizados pela via oral, na forma sólida (93%). A seguir, observou-se o uso da via oral, com forma farmacêutica líquida – 3% dos pacientes.

Quanto ao intervalo de utilização, 33% relataram fazer esse uso apenas quando sentiam dor, sem seguir um esquema fixo. Da mesma forma, o período de duração do tratamento também não seguia um esquema fixo. Quando questionados a respeito da dose do medicamento utilizado, 17% a desconheciam.

Questionados se obtiveram alívio da dor, os pacientes referiram que, com o uso de 56% dos medicamentos citados, esse objetivo foi alcançado. Para 28,2% dos medicamentos, os pacientes referiram que houve alívio apenas parcial e, para 15,8%, foi ineficaz.

4. Avaliação da intensidade de dor relatada pelos pacientes que buscaram atendimento odontológico de urgência

A intensidade da dor relatada pelos pacientes no momento do atendimento de urgência foi avaliada por meio das escalas verbal, analógica visual e numérica de dor.

Inicialmente, foi feita análise dos dados obtidos nessas três escalas, quanto à sua distribuição normal, por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Observou-se que a curva de escores de dor na escala verbal não seguiu aquela distribuição ($P = 0,000$). Sendo assim, estes dados foram tratados como não-paramétricos e seus dados descritos por meio de mediana e percentis 25% e 75%. Por outro lado, observou-se que os escores da escala analógica visual e da escala numérica apresentaram distribuição normal ($P = 0,292$ e $P=0,177$, respectivamente). Logo, seus dados foram aqui descritos como paramétricos e expressos por meio de média e desvio padrão.

Na escala verbal, os escores variaram de 0 a 3 (Figura 3). Obteve-se mediana igual a 1, com percentil 25% ($P_{25\%}$) de 1 e percentil 75% ($P_{75\%}$) de 2. Isso significa que 50% dos pacientes da amostra referiram escores de dor entre 1 e 2.

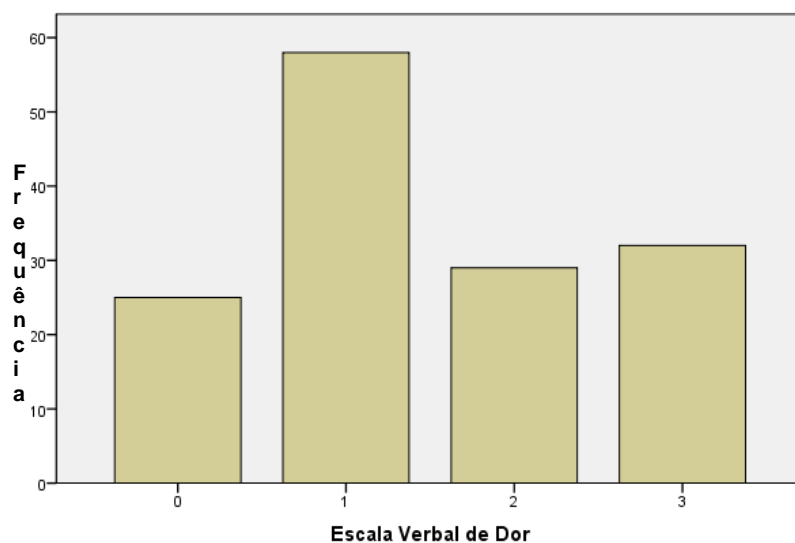


Figura 4 – Frequência absoluta de pacientes que referiram escores de 0 a 3 na escala verbal de dor. 0 = ausência de dor (17,4% dos pacientes). 1 = dor considerada leve (40,3% dos pacientes). 2 = dor considerada moderada (20,1% dos pacientes). 3 = dor considerada intensa (22,2% dos pacientes).

Na escala analógica, os escores variaram de 0 a 100. Obteve-se escore médio de 43, com desvio padrão igual a 28.

Com base no grau de interferência com humor, sono e atividades do paciente, estabeleceu-se relação entre escala verbal e escalas numérica e analógica visual, de modo que escores de 1 a 4 correspondem a dor leve, 5 a 6 a dor moderada e 7 a 10 a dor intensa ou pior possível. Categorizaram-se, então, os escores obtidos nessa escala, segundo esses critérios. Os dados estão apresentados na tabela 5.

Tabela 5. Escores categorizados de dor na escala analógica visual, relatados pelos pacientes no momento do atendimento em serviço de urgência odontológica.

Escores categorizados	Frequência de pacientes	
0 (ausência de dor)	8	5,6%
1 a 49 (dor leve)	81	56,2%
50 a 69 (dor moderada)	27	18,8%
70 a 100 (dor intensa)	28	19,4%

Na escala numérica de dor, os escores variaram de 0 a 10. Obteve-se escore médio de 5,3, com desvio padrão igual a 2,8.

Com base no grau de interferência com humor, sono e atividades do paciente, estabeleceu-se relação entre escala verbal e escalas numérica e analógica visual, de modo que escores de 1 a 4 correspondem a dor leve, 5 a 6 a dor moderada e 7 a 10 a dor intensa ou pior possível. Categorizaram-se, então, os escores obtidos nessa escala, segundo esses critérios. Os dados estão apresentados na tabela 6.

Tabela 6. Escores categorizados de dor na escala numérica, relatados pelos pacientes no momento do atendimento em serviço de urgência odontológica.

Escores categorizados	Frequência de pacientes	
0 (ausência de dor)	14	9,7%
1 a 4,9 (dor leve)	39	27,1%
5 a 6,9 (dor moderada)	39	27,1%
7 a 10 (dor intensa)	52	36,1%

Utilizando-se a escala verbal, 40% dos pacientes relataram dor leve. Na escala analógica visual, o escore médio foi de 43 mm, correspondente à dor leve. Observou-se, ainda, que 56% dos pacientes apresentaram escores categorizados como de dor leve. Já na escala numérica, o escore médio foi igual a 5, correspondendo à dor moderada, e igual frequência de pacientes – 27% – foram categorizados como apresentando dor leve ou moderada.

5. Automedicação

Automedicação foi definida como o relato de uso pelo paciente de medicamento sem prescrição de médico ou cirurgião-dentista.

Quando se considerou o número de pacientes que usaram pelo menos um medicamento sem prescrição, observou-se 68,05% de automedicação na amostra total. Noventa e oito pacientes utilizaram pelo menos 1 medicamento sem prescrição.

Observou-se, ainda, que, na amostra total, 43,8% empregaram apenas 1 medicamento sem prescrição, 20,1% usaram 2 medicamentos nessa condição, 3,5% usaram 3 medicamentos e 0,7% usaram 4 medicamentos por automedicação (Figura 4).

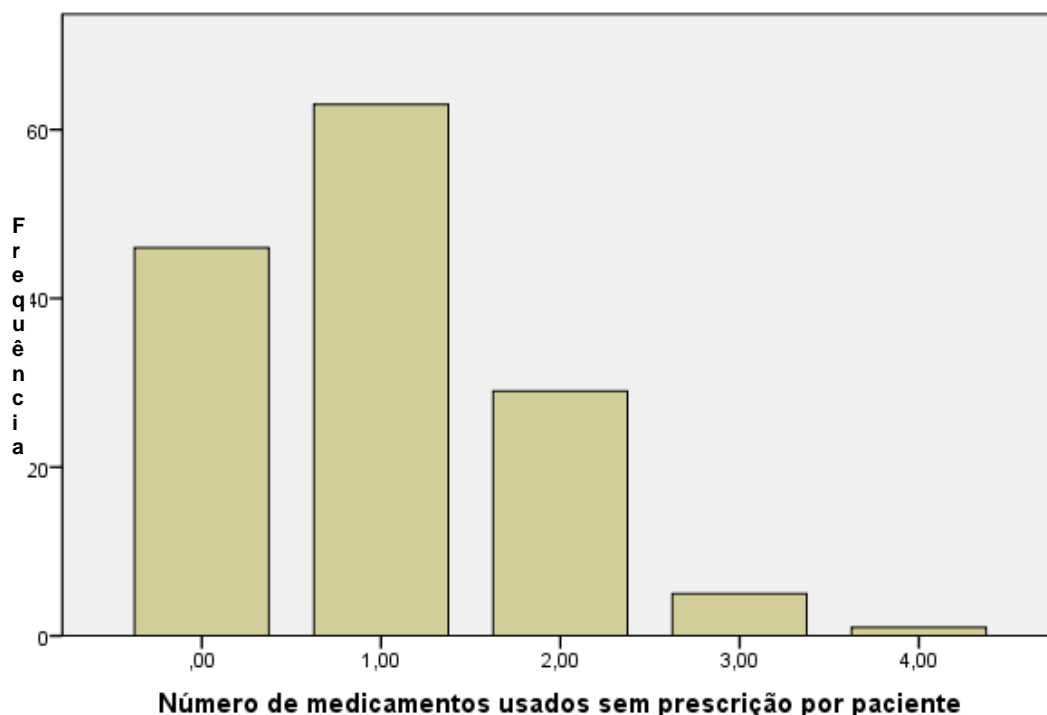


Figura 5 – Número de medicamentos usados por cada paciente sem prescrição médica ou odontológica.

Dentre os 98 pacientes que relataram automedicação, 69,4% fizeram uso de paracetamol, 16% de ibuprofeno, 15% de Dorflex®, 14% de diclofenaco e 10% de amoxicilina (Tabela 7).

Quanto aos medicamentos que foram prescritos por médicos, 4,8% visavam o tratamento da dor dentária e 2,9% tinham outra indicação. Quanto àqueles que foram prescritos por dentistas, 23,1% visavam o tratamento da dor dentária e 1,4% tinham outra indicação.

Tabela 7. Medicamentos empregados sem prescrição para tratamento da dor, previamente à procura do serviço de urgência odontológica.

Medicamentos utilizados	Frequência de pacientes que os usaram	Frequência em relação ao total de pacientes que usaram medicamentos sem prescrição (n=98)
Amoxicilina	10	10,2%
Ampicilina	1	1,0%
Anador®	1	1,0%
Anti-inflamatório	1	1,0%
Aspirina®	3	3,1%
Beserol®	1	1,0%
Buferin®	1	1,0%
Buscofen®	1	1,0%
Buscopan®	1	1,0%
Calmador®	1	1,0%
Cataflan®	1	1,0%
Cedrilax®	1	1,0%
Cefalexina	1	1,0%
Dentisan®	1	1,0%
Diclofenaco	14	14,3%
Dipirona	5	5,1%
Dorflex®	15	15,3%
Ibuprofeno	16	16,3%
Metidon®	1	1,0%
Não lembrava/Esqueceu	2	2,0%
Nimesulida	1	1,0%
Paracetamol	68	69,4%
Relaxante	1	1,0%
Saridon®	1	1,0%
Sedalex®	1	1,0%
Tandene®	1	1,0%
Tandriflex®	1	1,0%
Tandrilax®	2	2,0%
Tetraciclina	2	2,0%
Toragesic®	2	2,0%
Tylex®	1	1,0%
Voltaren®	1	1,0%

Nos casos em que o paciente utilizou medicamento sem prescrição, o motivo da escolha também foi questionado, sendo que 30% relataram sempre usar aquele medicamento para dor. A seguir, as respostas mais frequentes foram “tenho em casa” ou soube que diminua a dor por meio de “farmacêutico ou na farmácia” – 7% dos casos.

Avaliou-se a associação entre uso de automedicação analgésica e parâmetros sócio-demográficos (idade, gênero e escolaridade).

Relacionando gênero com automedicação, observou-se que 55% da amostra eram constituídos por mulheres que utilizaram algum medicamento sem prescrição, enquanto 13% eram homens naquela condição. Houve associação entre ser mulher e utilizar mais medicamentos sem prescrição, pelo teste exato de Fisher ($P=0,008$), seguido do teste de resíduos ajustados.

A média da idade dos indivíduos que usaram pelo menos um medicamento para dor sem prescrição foi de 41,4 anos (desvio padrão de 13,2, variando de 18 a 74,5 anos), enquanto a idade média dos indivíduos que não usaram medicamentos ou os usaram sempre com prescrição foi de 47,5 anos (desvio padrão de 14,6, variando de 22 a 76 anos). Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, pelo teste t de Student para amostras independentes ($P=0,014$). O grupo que usou pelo menos um medicamento sem prescrição mostrou-se significativamente mais jovem, em comparação àquele que não usou medicamentos ou os usaram com prescrição.

Não houve associação entre o grau de escolaridade e o uso de medicamentos sem prescrição, pelo teste exato de Fisher, $P = 0,858$.

Avaliou-se também a associação entre uso de automedicação analgésica e número de dias com dor. Não se observou associação estatisticamente significativa entre esses dois parâmetros, pelo teste exato de Fisher, $P = 0,335$.

6. Avaliação do uso de medicamentos, relacionando-o com o padrão de dor relatado pelos pacientes

Comparando-se os pacientes que usaram medicamentos com aqueles que não usaram, em relação aos escores de dor em cada uma das três escalas propostas, não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos, na escala analógica visual (pelo teste t de

Student para amostras independentes, $P = 0,342$), na escala numérica de dor (pelo teste t de Student para amostras independentes, $P = 0,737$) e na escala verbal de dor (pelo teste de qui-quadrado de Pearson, $P = 0,866$).

Padrão semelhante foi observado em relação ao emprego de medicamentos sem prescrição. Não houve associação entre automedicação e escores de dor na escala verbal (teste de qui-quadrado de Pearson, $P = 0,307$). Não houve diferenças significativas dos escores de dor na escala analógica visual e na escala numérica, ao se comparar os grupos que usaram ou não automedicação (teste t de Student para amostras independentes, $P = 0,87$ e $P = 0,364$, respectivamente).

7. Avaliação do padrão de dor e do perfil de uso de medidas medicamentosas e não-medicamentosas em idosos

Dos 124 pacientes não-idosos (abaixo de 60 anos) estudados, a maior parte referiu estar sentindo dor entre 4 e 7 dias – 19%, seguido pelo tempo compreendido entre mais de 2 semanas e um mês – 18,5%. Dos 20 idosos da amostra estudada (acima de 60 anos), a maior parte também referiu estar sentindo dor entre 4 e 7 dias – 35%, seguido pelo tempo compreendido entre mais de 2 semanas e um mês – 25%.

Não houve associação entre ser idoso e presença de dor crônica (dor há mais de 3 meses), pelo teste exato de Fischer, $P = 0,101$.

Relacionando os escores nas escalas de dor com o fato de ser idoso, não se observaram diferenças significativas entre os grupos de idosos e não-idosos em escala analógica visual (pelo teste t de Student para amostras independentes, $P = 0,222$), escala numérica de dor (pelo teste t de Student para amostras independentes, $P = 0,577$) e escala verbal de dor (pelo teste de qui-quadrado de Pearson, $P = 0,685$).

Não houve associação entre ser idoso e ingestão de chá ou uso de bochecho com soluções caseiras, pelo teste exato de Fischer ($P = 0,651$ ou $P = 1$, respectivamente).

Houve associação entre ser idoso e uso de medicamentos para alívio da dor (teste exato de Fischer, $P = 0,016$, seguido pelo teste de resíduos ajustados). Pode-se dizer que os idosos usaram significativamente menos medicamentos, enquanto os indivíduos com menos de 60 anos usaram significativamente mais medicamentos (Tabela 8).

Tabela 8. Uso de medicamentos para alívio da dor, em idosos e não-idosos.

Grupos de pacientes, de acordo com a idade	Uso de medicamentos para diminuir a dor	
	Sim	Não
Jovem (abaixo dos 60 anos)	109	15
Idoso (acima dos 60 anos)	13	7

Entre os não-idosos, o número de medicamentos usados variou de 0 a 5. Observou-se que 12% dos pacientes não usaram medicamentos, 47% usaram um medicamento e 23% usaram dois medicamentos. Obteve-se mediana igual a 1, com percentil 25% ($P_{25\%}$) de 1 e percentil 75% ($P_{75\%}$) de 2. Isso significa que 50% dos pacientes da amostra utilizaram entre 1 e 2 medicamentos.

Entre os idosos, o número de medicamentos usados variou de 0 a 3. Observou-se que 35% dos pacientes não usaram medicamentos, 45% usaram um medicamento e 15% usaram dois medicamentos. Obteve-se mediana igual a 1, com percentil 25% ($P_{25\%}$) de 0 e percentil 75% ($P_{75\%}$) de 1. Isso significa que 50% dos pacientes da amostra utilizaram entre 0 e 1 medicamento.

Na tabela 9, são apresentados os medicamentos empregados pelos idosos no tratamento da dor, previamente à procura do serviço de urgência odontológica. Observa-se que o número de medicamentos citados é pequeno – 6. Novamente, o fármaco mais utilizado é o paracetamol – 69% dos pacientes. O uso de antimicrobianos mostrou-se comum – 30,8% dos pacientes.

Tabela 9. Medicamentos empregados pelos pacientes para tratamento da dor, previamente à procura do serviço de urgência odontológica.

Medicamentos utilizados	Número de pacientes que usaram o medicamento	Frequência de pacientes em relação ao total de idosos que usaram medicamentos (n=13)
Amoxicilina	3	23,1%
Calmador®	1	7,7%
Dorflex®	2	15,4%
Ibuprofeno	2	15,4%
Paracetamol	9	69,2%
Tetrex®	1	7,7%

Observou-se que 50% dos pacientes idosos usaram pelo menos um medicamento sem prescrição médica ou odontológica, visando alívio da dor. Esta frequência foi de 70,97% entre os não-idosos. Os dados são apresentados na tabela 10.

Não houve associação entre o fato de ser idoso e o uso de automedicação, pelo teste exato de Fisher, $P = 0,074$.

Tabela 10. Uso de medicamentos com ou sem prescrição para alívio da dor, em idosos e não-idosos.

Grupos de pacientes, de acordo com a idade	Uso de pelo menos um medicamento sem prescrição (automedicação)	
	Sim	Não
Jovem (abaixo dos 60 anos)	88	36
Idoso (acima dos 60 anos)	10	10

Os dados quanto ao número de medicamentos usados sem prescrição por idosos e não-idosos são apresentados na figura 5. Não houve associação entre o fato de ser idoso e o número de medicamentos usados sem prescrição (pelo teste de qui-quadrado de Pearson, $P = 0,248$).

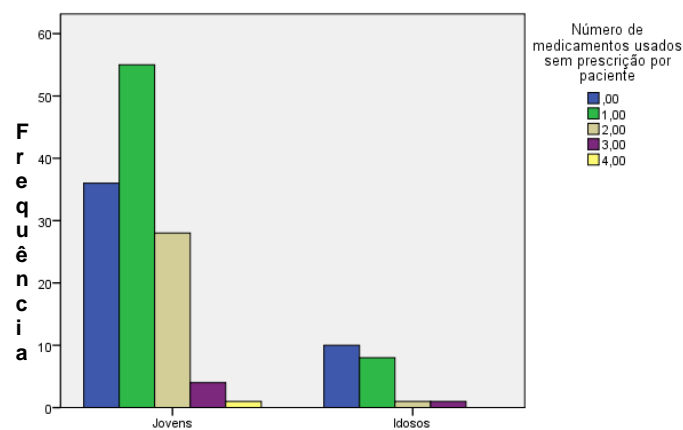


Figura 6 – Número de medicamentos usados por pacientes jovens (abaixo de 60 anos) e idosos (igual ou mais de 60 anos) sem prescrição médica ou odontológica.

8. Avaliação dos diagnósticos estabelecidos e dos procedimentos realizados após o atendimento dos pacientes participantes desse estudo

Observou-se que, entre os 98 pacientes que fizeram uso de pelo menos 1 medicamento sem prescrição, os diagnósticos mais frequentes foram: pulpite infiltrativa total (13%), pulpite infiltrativa parcial (11%), cárie profunda/hiperemia pulpar (11%), abscesso apical crônico (8%).

Observou-se que, entre os 46 pacientes que não fizeram uso de medicamentos ou os usaram com prescrição, os diagnósticos mais frequentes foram: fratura de dente (15%), pulpite infiltrativa parcial (8,7%), periodontite (8,7%), cárie profunda/hiperemia pulpar (8,7%).

Agruparam-se, então, os diagnósticos como apresentado abaixo:

- 0 = Não teve diagnóstico estabelecido;
- 1 = Pulpites e processos inflamatórios periapicais;
- 2 = Inflamações gengivais/periodontais;
- 3 = Alterações em esmalte (cárie, fratura etc);
- 4 = Distúrbios têmporo-mandibulares (DTM);
- 5 = Outros.

Observou-se que, entre os 98 pacientes que fizeram uso de pelo menos 1 medicamento sem prescrição, os diagnósticos agrupados mais frequentes foram:

- Pulpites e processos inflamatórios periapicais: 59%
- Inflamações gengivais/periodontais: 17%
- Alterações em esmalte: 15%.

Observou-se que, entre os 46 pacientes que não fizeram uso de medicamentos ou os usaram com prescrição, os diagnósticos categorizados mais frequentes foram:

- Pulpites e processos inflamatórios periapicais: 43,5%,
- Alterações em esmalte: 35%,
- Inflamações gengivais/periodontais: 15%.

Não houve associação entre automedicação e os diagnósticos assim categorizados, pelo teste de qui-quadrado de Pearson, $P = 0,145$.

Também não houve associação entre os diagnósticos encontrados e o fato de ser idoso, pelo teste de qui-quadrado de Pearson, $P = 0,471$.

Quanto aos procedimentos realizados, 33% foram relacionados a eventos endodônticos, como abertura coronária, curativo e selamento da cavidade.

Ao final do atendimento, 21 pacientes receberam prescrição de medicamento, sendo os mais prescritos paracetamol (23%), amoxicilina (20%) e clorexidina (20%).

DISCUSSÃO

Amostra estudada

A maior parte da amostra foi constituída por mulheres – 74%. Embora aqui seja situação de urgência, em que se esperaria que ambos os gêneros procurassem atendimento odontológico de igual forma, vê-se situação similar a que ocorre na área de saúde em geral. Neste contexto, as mulheres sabidamente buscam mais os serviços de saúde, inclusive preventivamente (Travassos, 2004). Também deve-se considerar que as mulheres estão em número maior na população brasileira (IBGE, 2009).

Apenas um paciente declarou não ter frequentado a escola, correspondendo a 0,7% da amostra. Esta taxa é inferior à observada nas populações gaúcha e porto-alegrense – em torno de 3,5% (Prefeitura de Porto Alegre, 2010). Segundo o IBGE, 5,5% da população com idade superior a 15 anos, na região Sul, é analfabeta (IBGE, 2009).

A maior parte da amostra frequentou o ensino fundamental (completo ou incompleto) – 46% – ou o ensino médio (completo ou incompleto) – 39,5%. Aproximadamente 14% da amostra frequentaram o ensino superior.

Observou-se que 32% da amostra referiram estar sentindo dor entre 4 dias e 2 semanas, e 29% sentiam dor em período compreendido entre mais de 2 semanas e 3 meses, caracterizando dores agudas.

Dor crônica é definida pela continuidade desse sintoma por longo período de tempo, comumente por três meses ou mais. Entretanto, tal ponto de corte é arbitrário (Turk e Okifuji, 2010; Wannmacher e Ferreira, 2007). Na amostra estudada, 27% dos pacientes apresentavam dor considerada crônica, ou seja, com duração superior a 3 meses. Esse dado chama a atenção, tendo em vista ser esta uma amostra constituída por pacientes que procuraram o atendimento de urgência da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Não seria de se esperar, portanto, que essa taxa fosse tão elevada. Podem-se propor algumas justificativas para esse achado, como dificuldade de acesso a serviços odontológicos e medo do dentista, mas a investigação necessitaria de estudo específico, com objetivos diferentes dos propostos nesse trabalho.

Manejo da dor pelos pacientes, antes da procura do atendimento odontológico de urgência

Neste estudo, observou-se que 29% dos pacientes relataram usar alguma substância topicamente para a dor, sendo os anestésicos locais tópicos os mais citados, semelhantemente a estudo prévio (Mazzilli, 2008). Muitos entrevistados relataram fazer uso destas medidas por indicação do farmacêutico. Essas apresentações podem ser eficazes, porém têm curta duração e não solucionam a causa da dor dentária. Portanto são medidas paliativas, que acabam por postergar ainda mais a procura pelo cirurgião-dentista.

O uso de bochechos para alívio da dor também foi bastante prevalente, sendo citado por 38% dos pacientes. Estudos prévios também observaram este comportamento (Guênes, 2003; Mazzilli, 2008). O presente estudo observou maior uso de chá de malva como bochecho; porém, outras substâncias também foram frequentemente citadas, como água, sal, vinagre e álcool, isoladamente ou em associações, além de colutórios. Em alguns casos, os entrevistados relataram ter sido recomendado por cirurgião-dentista o bochecho com salmora, bicarbonato, entre outras substâncias.

Deve-se ressaltar que malva também foi o chá mais citado como tendo sido ingerido, visando a redução da dor de origem odontológica. No entanto, a sua real eficácia nessa situação, seja sob a forma de chá, seja sob a forma de bochecho, não está definida na literatura. A malva, planta da família *Malvaceae*, é muito usada pela medicina popular, pois a ela atribuem-se propriedades emolientes, calmantes, expectorantes, anti-inflamatórias e antimicrobianas. Entretanto, os dados encontrados na literatura provêm de estudos *in vitro* e não de ensaios clínicos (Gebara, 1996; Torres *et al.*, 2000).

Emprego de medicamentos pelos pacientes para manejo da dor de origem odontológica

Observou-se que é extremamente comum o uso de medicamentos pelos pacientes para alívio da dor dentária, tendo prevalência de 85% na população estudada.

No entanto, curiosamente, não houve relação significativa entre a intensidade da dor relatada e o uso de medicamentos. Esperar-se-ia que indivíduos com dores de maior

intensidade usassem mais medicamentos do que aqueles com dores mais leves. Porém, isso não foi observado nesse estudo.

Embora o estudo tenha utilizado três diferentes escalas para mensuração da dor que o paciente sentia, tanto a escala verbal, quanto a analógica visual e a numérica, apresentaram valores semelhantes. Observou-se que a maior parte dos pacientes que procuraram o atendimento de urgência apresentava dores leves ou moderadas.

A maioria dos entrevistados relatou ter utilizado apenas um medicamento para alívio da dor (46,5%), semelhantemente a outro estudo realizado nos Estados Unidos (Heard *et al.*, 2008). No entanto, é preocupante observar que 16% dos pacientes empregaram 3 ou mais medicamentos para alívio da dor de origem odontológica, aumentando o risco de interações medicamentosas e de reações adversas.

O medicamento mais citado foi o paracetamol, que tem venda isenta de prescrição. Este é considerado medicamento de primeira escolha como antitérmico e analgésico para tratamento de dores leves a moderadas (Schug e Manopas, 2007; Wannmacher e Ferreira, 2007). É, portanto, uma opção adequada para casos como os relatados pelos pacientes dessa amostra, em que se observou predomínio de dores leves ou moderadas (por meio dos escores nas escalas de dor avaliadas). No entanto, deve-se ressaltar a importância de ser usado de maneira correta, pois, do contrário, pode levar a reações adversas e intoxicação.

A seguir, os medicamentos mais citados foram ibuprofeno, amoxicilina, diclofenaco e Dorflex®, diferindo de estudo realizado nos Estados Unidos, em que houve maior uso de ibuprofeno (37%), paracetamol (27%), naproxeno (8%) e ácido acetilsalicílico (4%), além da combinação de produtos contendo paracetamol ou ácido acetilsalicílico (8%) (Heard *et al.*, 2008). Neste quesito, o presente estudo assemelha-se a outro desenvolvido em São Paulo, em que os medicamentos mais prevalentes foram analgésicos e antipiréticos (54,5%), anti-inflamatórios (25,8%) e anti-infecciosos (11,9%) (Mazzilli, 2008).

Em alguns casos, os entrevistados relataram ter utilizado antimicrobianos, com ou sem prescrição, como sendo “remédios para dor”. Isto reflete o desconhecimento da população a respeito dos fármacos e suas indicações. É preocupante constatar-se o emprego de antimicrobianos pelos pacientes, com o objetivo de aliviar a dor, tanto no presente estudo (21%), quanto no realizado previamente em São Paulo (12%). Isso reforça a adequação da Resolução recentemente publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA),

que tornou esses fármacos de uso controlado, sujeitos à prescrição em Receituário de Controle Especial (RDC ANVISA nº 44, de 26 de outubro de 2010).

Em concordância com outros estudos, observa-se que a automedicação é fenômeno comum em pessoas com dor dentária, sendo os analgésicos o grupo farmacológico mais utilizado (Klasser *et al.*, 2007; Mazzilli, 2008; Preshaw *et al.*, 1994).

Automedicação

Automedicação apresentou prevalência de 68%, muito semelhante ao encontrado por Mazzili (65%) e aos dados publicados pelo Instituto Methodus, em relação à população da região metropolitana de Porto Alegre (72%) (Mazzilli, 2008; Instituto Methodus, 2009).

Quanto à fonte de informação para uso do medicamento, 30% dos pacientes relataram já haver utilizado o medicamento anteriormente para dor, 7% utilizaram por possuírem o medicamento em casa e 7% receberam indicação na farmácia. De acordo com o Instituto Methodus, a farmácia foi fonte de informação para 47% dos entrevistados, em Porto Alegre (Instituto Methodus, 2009). Provavelmente, no presente estudo, os relatos de que o medicamento já foi utilizado para dor anteriormente ou de que possuíam em casa, camufla a verdadeira fonte de informação, a qual pode ser a farmácia, orientações anteriores de profissionais da saúde, indicações de amigos e parentes, entre outros.

Idosos e dor em urgências odontológicas

Observou-se que os idosos utilizaram significativamente menos medicamentos que os pacientes jovens, visando o alívio da dor dentária. Poder-se-ia imaginar que a intensidade de dor dos idosos fosse menor. No entanto, os escores nesses dois grupos de pacientes não diferiram significativamente, em qualquer uma das três escalas de avaliação de dor utilizadas. Também não houve diferenças de gênero ou de escolaridade, que eventualmente pudessem justificar esse achado. Uma razão que poderia ser aventada é o fato dos idosos já utilizarem muitos medicamentos diariamente, o que os tornaria mais refratários a usar fármacos adicionais. Já usam tantos, que mais um acarretaria ônus econômico e dificuldades de administração concomitante com os demais. Porém, esse é tópico que necessita de investigação adicional.

Diagnósticos e procedimentos realizados durante o atendimento dos pacientes

Os diagnósticos mais frequentes foram os relativos a polpa e periápice (54,5%), seguidos de lesões em esmalte (fraturas, cáries sem aparente envolvimento endodôntico) (22%) e inflamações gengivais e periodontais (17%), de modo semelhante ao relatado em estudo prévio (Mazzilli, 2008).

Mesmo não tendo sido encontrada associação entre diagnóstico registrado na ficha do paciente e automedicação, observou-se que os pacientes que se automedicaram, mais comumente tiveram diagnósticos relacionados a inflamações pulpares e suas consequências. Já os pacientes que não se automedicaram, tiveram diagnósticos de eventos que normalmente não causam dores tão intensas, como periodontite, cárie e mesmo pulpite infiltrativa parcial.

Aspectos adicionais observados durante a realização do estudo

Observaram-se alguns casos de preenchimento incompleto do prontuário, tanto no que se referia ao diagnóstico, quanto aos procedimentos realizados e medicamentos prescritos ao final do atendimento. Aparentemente, por se tratarem de atendimentos de urgência, se tem menos cuidado com o preenchimento desse documento.

Especificamente no que se refere à prescrição de medicamentos, ela 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). A prescrição é a materialização, por escrito, do tratamento medicamentoso a que o paciente está submetido, com as devidas orientações sobre a sua administração; orientações estas que têm, entre outras, a finalidade de limitar a automedicação e direcionar os cuidados pós-operatórios. Além disso, é um documento que pode servir de prova do uso indevido de alguns medicamentos pelo paciente, em eventual demanda legal (Garbin *et al*, 2007). Raciocínio similar pode ser aplicado aos diagnósticos estabelecidos e procedimentos realizados pelo profissional durante o atendimento de urgência odontológica.

Quanto à definição dos diagnósticos, também se observaram falhas no preenchimento. Vários casos não tiveram o real diagnóstico registrado no prontuário e, sim, a sua necessidade de tratamento, como, por exemplo, o diagnóstico de “resto radicular”. Na verdade, o diagnóstico deveria ter sido feito considerando a causa da dor do paciente.

Alguns pacientes relataram o recebimento de “orientação” de médico ou cirurgião-dentista quanto ao medicamento que poderiam usar, sem terem recebido receita escrita. Em alguns casos, essa orientação foi “por telefone”, sem que o profissional tivesse examinado o paciente. Novamente aqui, salienta-se a importância legal e ética do registro por escrito das condutas propostas pelos profissionais a seus pacientes.

Os mais diversos medicamentos e medidas não-medicamentosas foram citados pelos pacientes. Porém, em poucos casos, os alunos que atendiam essas pessoas as orientavam a descontinuar o uso dessas medidas e as conscientizavam quanto aos riscos de utilizá-las. Sem informação, esses hábitos continuam se propagando, mesmo sendo infundados. E não se pode esquecer do papel de disseminador de conhecimentos de saúde que deve ser exercido pelos profissionais da Odontologia.

CONCLUSÕES

Com base nos dados obtidos nesse Trabalho de Conclusão de Curso, concluiu-se o que segue.

- As medidas não-medicamentosas mais comumente usadas pelos pacientes, visando alívio de dor dentária, antes da procura de serviço odontológico, foram uso de anestésicos tópicos e bochechos com chá de malva.
- Os medicamentos mais frequentemente usados pelos pacientes, visando alívio de dor dentária, antes da procura de serviço odontológico foram paracetamol e ibuprofeno.
- A frequência de automedicação, expressa por meio do número de pacientes que empregaram medicamentos sem prescrição médica para alívio de dor dentária, antes da procura de serviço odontológico, foi de 68%.
- Houve associação entre uso de automedicação analgésica e os parâmetros sócio-demográficos gênero e idade.
- Não houve associação entre uso de automedicação analgésica e parâmetros clínicos (número de dias com dor, intensidade da dor relatada pelo paciente, diagnóstico clínico estabelecido).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves JGB, Neto FJC, Almeida CDC, Almeida NDC. Dipyron and acetaminophen: correct dosing by parents? *São Paulo Med J* 2007; 125(1): 57-59.
2. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(1): 71-77.
3. Association of the European Self-Medication Industry (AESGP). *Legal classification status of selected ingredients worldwide*. 2008. Disponível em: <http://www.aesgp.be/Ingredients/WorldTable.pdf>. Acessado em 02/12/2010.
4. Berquo LS, Barros AJD, Lima RC, Bertoldi AD. Utilização de medicamentos para tratamento de infecções respiratórias na comunidade. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(3): 358-364.
5. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. *Br J Anaesth* 2008; 101(1): 17-24.
6. Bricks LF, Leone C. Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches. *Rev Saúde Pública* 1996; 30(6): 527-535.
7. Brundtland GH. Global partnerships for health. *WHO Drug Information* 1999; 13(2): 61-64.
8. Castro CGSO. *Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000: 25, 27.
9. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(4): 557-564.
10. Conselho Federal de Medicina. Brasil. Resolução CFM nº 1.451 de 10 de março de 1995.
11. Copello MA, Castelli ML, Andrade JH, Boffi-Boggero HJ, Ruggieri J, Saldivia M, Pensa G, Trica N. Comportamiento de la prescripción de la receta medica. *Bol Acad Nac Med Buenos Aires* 1998; 76(2): 419-428.
12. Falace DA. *Emergência em Odontologia – Diagnóstico e tratamento*. São Paulo: MEDSI; 1998: 1, 5.

13. FIP - International Pharmaceutical Federation. *Statement of Principle Self-care including Self-Medication – The Professional Role of the Pharmacist*. Netherlands: FIP; 1996.
14. Garbin, CAS; Garbin, AJI; Roviada, TAS *et al.* Conhecimento sobre prescrição medicamentosa entre alunos de odontologia: o que sabem os futuros profissionais? *Rev Odontol UNESP* 2007; 36(4): 323-329.
15. Gebara, E.C.E. Estudo in vitro da ação antimicrobiana de substâncias naturais sobre *S. mutans* e *S. sobrinus*. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo* v.10, n.4, p. 251-256, out/dez. 1996.
16. Goes PSA. *The prevalence, severity and impact of dental pain in Brazilian schoolchildren* [thesis]. London: University of London; 2001.
17. Guênes GMT, Cedro IR, Guênes GT, Coelho RS, Ribeiro AIAM, Ramos INC. Investigação da automedicação em Odontologia pelos pacientes que procuram os serviços odontológicos dos centros de saúde municipais da cidade de Campina Grande. *Internat J Dent (Recife)* 2003; 2(1): 211-215.
18. Heard KJ, Ries NL, Dart RC, Bogdan GM, Zallen RD, Daly F. Overuse of non-prescription analgesics by dental clinic patients. *BMC Oral Health* 2008; 8: 33.
19. IBGE. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acessado em 30/11/2010.
20. IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acessado em 30/11/2010.
21. Instituto Methodus. Hábitos de compra e uso de medicamentos. Porto Alegre, RS. 2009. Disponível em: <http://www.institutomethodus.com.br/>. Acessado em 02/12/2010.
22. Júnior UPS, Pereira JV, Cavalcanti TM, Melo CAD. Avaliação do uso de medicamentos em odontologia: uma abordagem em saúde pública. *Rev Bras Farm* 2009; 90(2): 109-111.
23. Kikwilu EM, Masalu JR, Kahabuka FK, Senkoro AR. Prevalence of oral pain and barriers to use of emergency oral care facilities among adult Tanzanians. *BMC Oral Health* 2008, 8: 28.
24. Klasser GD, de Leeuw R. Medication use in a female orofacial pain population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007; 103(4): 487-496.

25. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(Supl): 793-802.
26. Macintyre PE, Scott DA. Acute pain management and acute pain services. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, eds. *Cousins and Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*. 4 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009: 1.036-1.062.
27. Mazzilli LEN. Urgência odontológica e prevalência da automedicação na população economicamente ativa de uma micro-área da cidade de São Paulo. [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo (USP), São Paulo; 2008.
28. Ministério da Saúde do Brasil. *Promoção da Saúde. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Bogotá*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
29. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria n.º 344 de 12 de maio de 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/controlados/index.htm>. Acessado em 02/12/2010.
30. Ministério da Saúde do Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução - RDC n.º 138, de 29 de maio de 2003. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/home.php>. Acessado em 02/12/2010.
31. Ministério da Saúde do Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas. 2007. Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home. Acessado em 02/12/2010.
32. Morgan Jr GE, Mikhail MS, Murray MJ. Pain management. In: Morgan Jr GE, Mikhail MS, Murray MJ, eds. *Clinical anesthesiology*. 4 ed. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2006: 359-411.
33. Mosegui GBG, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(5): 437-444.
34. OMS/UNICEF. ALMA-ATA. *Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978*. Brasil: UNICEF; 1979.

35. Oshiro ML, Castro LLC. Avaliação dos efeitos de uma intervenção educativa para promoção do uso da Terapia de Reidratação Oral (TRO) em trabalhadores de farmácias. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1): 287-297.
36. Perrin D. *Urgência em Odontologia*. Porto Alegre: Artmed, 2008: 145-146.
37. Prefeitura de Porto Alegre. <http://www.portoalegre.rs.gov.br/>. Acessado em 04/11/2010.
38. Preshaw PM, Meechan JG, Dodd MD. Self medication for the control of dental pain: what are our patients taking? *Dent Update* 1994; 21: 299-304.
39. Rozemberg B. O uso de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. *Rev Saúde Pública* 1994; 28(4): 300-308.
40. Sachs CJ. Oral analgesics for acute nonspecific pain. *Am Fam Phys* 2005; 71: 913-918.
41. Santos VN, Nitriini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(6): 819-834.
42. Schug AS, Manopas A. Update on the role of non-opioids for postoperative pain treatment. *Best Pract Res Clin Anesthesiol* 2007; 21(1): 15-30.
43. Siddall PJ, Cousins MJ. Introduction to pain mechanisms: implications for neural blockade. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, eds. *Cousins and Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*. 4 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009: 661-692.
44. Silva RA, Marques FD, Goes PSA. Fatores associados à automedicação em dor de dente: análise a partir dos profissionais dos estabelecimentos farmacêuticos da cidade do Recife, PE. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2008; 13(Supl): 697-701.
45. Simões MJS, Farache FA. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1985. *Rev Saúde Pública* 1998; 22(6): 494-499.
46. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, Acción Internacional para la Salud – América Latina y El Caribe. *O que é uso racional de medicamentos*. São Paulo: Sobravime, 2001: 51-52.
47. Twaddle ML, Cooke KL. Assessment of pain and common pain syndromes. In: Von Roenn JH, Paice JA, Preodor ME, eds. *Current diagnosis & treatment of pain*. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2006: 10-20.

48. Toms L, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Single dose oral paracetamol (acetaminophen) with codeine for postoperative pain in adults (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2009. Oxford: Update Software.
49. Torres, C.R.G., Kubo, C.H., Anido, A.A., Rodrigues, J.R. Agentes antimicrobianos e seu potencial de uso na Odontologia. *Revista da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos* v.3, n.2, p.43-52, jul/dez. 2000.
50. Tortamano IP, Leopoldino VD, Borsatti MA, Penha SS, Buscariolo IA, Costa CG, Rocha RG. Aspectos epidemiológicos e sociodemográficos do Setor de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. *Rev Pós Grad* 2007; 13(4): 299-306.
51. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, suppl.2, pp. S190-S198.
52. Turk DC, Okifuji A. Pain terms and taxonomies of pain. In: Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmell JP. *Bonica's Management of Pain*. 4 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott, Williams & Wilkins; 2010: 13-23.
53. Tzortzopoulou A, McNicol ED, Cepeda MS, Schumann R, Farhat T, Francia MBD. Single dose propacetamol or IV paracetamol for postoperative pain (Protocol for a Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2008. Oxford: Update Software.
54. Wannmacher L, Ferreira MBC. *Farmacologia Clínica para Dentistas*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007:150-152; 205-212; 231-247; 255-256.
55. WHO. *The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts*. Geneva: WHO; 1985. Disponível em: <http://www.who.int/medicines>. Acessado em 02/12/2010.
56. WHO. *Promoting rational use of medicines: core componentes*. Geneva: WHO; 2002a. Disponível em: www.who.int/medicines. Acessado em 02/12/2010.
57. WHO. *The selection and use of Essential Medicines: Report of the WHO Expert Committee (including the 12th WHO Model List of Essential Medicines)*. Geneva: WHO; 2002b. Disponível em: <http://www.who.int/medicines>. Acessado em 02/12/2010.
58. WHO. *Introduction to Drug Utilization Research*. Geneva: WHO; 2003. Disponível em: <http://www.who.int/medicines>. Acessado em 02/12/2010.

59. WHO. *How to investigate the use of medicines by consumers*. Geneva: WHO/University of Amsterdam; 2004.

ANEXO 1

PRODUÇÃO CIENTÍFICA COM BASE EM DADOS DESSE TRABALHO

Apresentação de Pôster no 18º Congresso Odontológico Rio-Grandense – CORIG 2010.

Título: AUTOMEDICAÇÃO ANALGÉSICA EM URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS ATENDIDAS EM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO, NA CIDADE DE PORTO ALEGRE, RS

Autoras: Acadêmica Luana Kraemer; Profa. Dra. Maria Beatriz Cardoso Ferreira.

Resumo

Introdução: A maioria dos problemas de urgência dentária envolve dor orofacial aguda, advinda de um ou mais dentes. Cárie e suas sequelas são as principais causas de urgências odontológicas, sendo a dor o motivo mais frequente da procura pelo atendimento. Automedicação é fenômeno comum na população, porém existem poucas pesquisas que relacionam dor de dente e automedicação. **Objetivo:** Avaliar as medidas medicamentosas e não-medicamentosas usadas pelos pacientes para alívio da dor dentária, antes da procura de serviço odontológico. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo transversal prospectivo descritivo. Foram entrevistados pacientes atendidos em caráter de urgência, nos ambulatórios da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foi aplicado questionário específico, abordando dados demográficos, medicamentos e medidas não-medicamentosas utilizadas para alívio da dor e diagnósticos estabelecidos ao final do atendimento. **Resultados:** Foram entrevistados 84 pacientes, com idade média de 42,9 anos (desvio padrão = 14,3) e predomínio do gênero feminino (71,4%). Entre as medidas não-medicamentosas relatadas pelos pacientes, em 34% dos casos foi empregado chá de malva e, em 9,8%, Listerine® em bochechos. Localmente, anestésicos locais (lidocaína, tetracaína ou procaína) foram empregados em 39,4% dos casos, dentifrícios em 21,2% e álcool em 12,1% dos casos. Paracetamol foi citado como medicamento usado para alívio da dor em 43,4% dos casos, ibuprofeno em 12,3%, diclofenaco em 9%, Dorflex® em 8,2% e amoxicilina em 7,4%. Os diagnósticos mais frequentes foram pulpites (28,2%), periodontites (7,1%) e presença de restos radiculares (7,1%). **Conclusões:** Dados indicam que, embora os pacientes tenham empregado com frequência analgésicos efetivos, ainda fazem uso de medidas não-medicamentosas e fármacos não indicados no tratamento de dor dentária.

Apresentação de Pôster na 42ª Semana Acadêmica de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - SEMAC

Título: AUTOMEDICAÇÃO ANALGÉSICA EM URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS ATENDIDAS EM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO, NA CIDADE DE PORTO ALEGRE, RS

Autoras: Acadêmica Luana Kraemer; Profa. Dra. Maria Beatriz Cardoso Ferreira.

Resumo

A maioria das urgências odontológicas envolve dor orofacial, sendo cárie e suas sequelas as principais causas. A automedicação é comum na população, porém existem poucas pesquisas que a relacionem com dor de dente. Este estudo avaliou os medicamentos e medidas não-medicamentosas usados pelos pacientes para alívio da dor, antes de procurar serviço odontológico. Foram entrevistados pacientes atendidos em caráter de urgência na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O questionário abordou dados demográficos, medicamentos e medidas não-medicamentosas usados para alívio da dor e diagnósticos estabelecidos ao fim do atendimento. Foram entrevistados 84 pacientes, com idade média de 42,9 anos e predomínio de mulheres. Entre as medidas não-medicamentosas, 34% dos casos empregaram chá de malva e 9% Listerine® em bochechos. Localmente, anestésicos locais foram empregados em 39% dos casos, dentifrícios em 21% e álcool em 12%. Paracetamol foi o medicamento usado em 43% dos casos, ibuprofeno em 12%, diclofenaco em 9%, Dorflex® em 8% e amoxicilina em 7%. Os diagnósticos mais frequentes foram pulpites, periodontites e restos radiculares. Conclui-se que, embora os pacientes empreguem com frequência analgésicos efetivos, ainda usam medidas não-medicamentosas e fármacos não indicados no tratamento de dor dentária.

ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do estudo: Automedicação analgésica em urgências odontológicas atendidas em serviço universitário, na cidade de Porto Alegre, RS

Instituição: Departamento de Farmacologia – Instituto de Ciências Básicas da Saúde – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Pesquisadoras: Profa. Maria Beatriz Cardoso Ferreira – Fone: 3308 3121 / 3308 3183

Acadêmica Luana Kraemer – Fone: 9848 9991

Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS – Fone: 3308.3629 / 3308.4085

Nome do paciente: _____ Nº entrevista: |_|_|_|

Estamos realizando um estudo sobre o uso de medicamentos e outras medidas caseiras pelas pessoas que têm dor de dente e são atendidas aqui na Faculdade de Odontologia, no serviço de urgência. Desejamos saber como essas pessoas tratam a sua dor em casa, antes de procurar o dentista.

O(a) Sr(a) irá responder algumas perguntas sobre o que tem feito para diminuir a sua dor de dente e os medicamentos que eventualmente usou ou está usando para isso. O possível desconforto desse estudo está relacionado a essas perguntas que serão realizadas a(o) Sr(a). Isto fará com que o(a) Sr(a) dedique algum tempo para responder à entrevista.

O(a) Sr(a) poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento. O atendimento não será diferente se o(a) Sr(a) decidir não participar ou deixar a pesquisa depois de iniciada.

Todas as informações obtidas deste estudo poderão ser publicadas com finalidade

científica de forma anônima, ou seja, sem divulgação dos nomes das pessoas envolvidas.

Esse trabalho foi analisado pelo Comitê de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e está vinculado e sob a supervisão do Comitê de Ética da UFRGS.

Caso o(a) Sr(a) tenha dúvidas adicionais ou deseje maiores esclarecimentos sobre a realização dessa pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores por meio dos telefones aqui apresentados (ao início desse Termo de Consentimento).

Declaro ter lido (ou que me foi lido) e compreendido integralmente as informações acima, antes de assinar este termo de consentimento. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Por este termo de consentimento, tomo parte, voluntariamente, do presente estudo.

Assinatura do entrevistado

Assinatura da testemunha

Pesquisador responsável

Porto Alegre, _____ de _____ de 20_____.

OBSERVAÇÃO: Esse termo de consentimento será impresso em duas cópias, sendo uma de propriedade do participante da pesquisa, e outra de propriedade dos pesquisadores responsáveis.

ANEXO 3
QUESTIONÁRIO

Nº entrevista: |_|_|_|_|

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

1. Data de Nascimento: _____
2. Gênero: () Masculino () Feminino
3. O(A) senhor(a) frequentou a escola? () Não. () Sim.
Se sim, até qual série? _____
4. Há quanto tempo está sentindo dor? _____
5. O que o(a) senhor(a) tem feito para diminuir a dor? (Pergunta aberta, em que será anotado exatamente o que for dito pelo paciente) _____

6. As perguntas a seguir visam a avaliação de uso de medidas não-medicamentosas, em que será anotado exatamente o que for dito pelo paciente
 - 6.1. O(A) Sr(a) tomou algum chá?

 - 6.2. O(A) Sr(a) fez bochechos com alguma solução caseira?

 - 6.3. O(A) Sr(a) colocou algo diretamente no local da dor?

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

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

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

Medicamento 1: () Não () Sim.

Se sim, qual dos dois profissionais o receitou? _____

Se não foi receitado por algum desses profissionais, como ficou sabendo que ele poderia diminuir a dor? _____

Medicamento 2: () Não () Sim.

Se sim, qual dos dois profissionais o receitou? _____

Se não foi receitado por algum desses profissionais, como ficou sabendo que ele poderia diminuir a dor? _____

Medicamento 3: () Não () Sim.

Se sim, qual dos dois profissionais o receitou? _____

Se não foi receitado por algum desses profissionais, como ficou sabendo que ele poderia diminuir a dor? _____

Medicamento 4: () Não () Sim.

Se sim, qual dos dois profissionais o receitou? _____

Se não foi receitado por algum desses profissionais, como ficou sabendo que ele poderia diminuir a dor? _____

Medicamento 5: () Não () Sim.

Se sim, qual dos dois profissionais o receitou? _____

Se não foi receitado por algum desses profissionais, como ficou sabendo que ele poderia diminuir a dor? _____

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

Medicamento 1: _____

Medicamento 2: _____

Medicamento 3: _____

Medicamento 4: _____

Medicamento 5: _____

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

Medicamento 1: _____

Medicamento 2: _____

Medicamento 3: _____

Medicamento 4: _____

Medicamento 5: _____

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

Medicamento 1: _____

Medicamento 2: _____

Medicamento 3: _____

Medicamento 4: _____

Medicamento 5: _____

12. Observou alívio da dor com o uso desse medicamento?

Medicamento 1: () Sim, totalmente. () Sim, em parte. () Não.

Medicamento 2: () Sim, totalmente. () Sim, em parte. () Não.

Medicamento 3: () Sim, totalmente. () Sim, em parte. () Não.

Medicamento 4: () Sim, totalmente. () Sim, em parte. () Não.

Medicamento 5: () Sim, totalmente. () Sim, em parte. () Não.

13. Quando usou esse medicamento para a dor pela última vez (dia/horas)?

Medicamento 1: _____

Medicamento 2: _____

Medicamento 3: _____

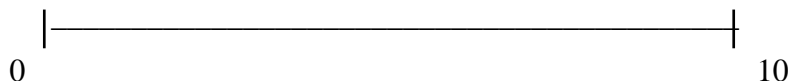
Medicamento 4: _____

Medicamento 5: _____

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

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

Escala Analógica Visual de Dor



16. Escala Numérica de Dor (*Numerical Rating Scale*) - Instrução - Se a entrevista for realizada antes da consulta: De 0 a 10, que número indica a intensidade de sua dor nesse momento? Se a entrevista for realizada após a consulta: De 0 a 10, que número indica a intensidade de sua dor quando chegou para a consulta? Zero representa ausência de dor e

10 é a pior dor possível. Observação - Os números não são apresentados sob a forma impressa. O escore é dado pelo valor escolhido.

17. Diagnóstico(s) clínico(s) (o(s) diagnóstico(s) clínico(s) será(ão) obtido(s) a partir do prontuário do paciente. Será(ão) registrado(s) exatamente o(s) diagnóstico(s) [ou a(s) hipótese(s) diagnóstica(s)] estabelecido(s) e anotado(s) pelos profissionais [professores/alunos] responsáveis pelo atendimento do paciente): _____

18. Procedimentos realizados (os procedimentos realizados serão obtidos a partir do prontuário do paciente. Serão registrados exatamente os procedimentos adotados e anotados pelos profissionais [professores/alunos] responsáveis pelo atendimento do paciente):

ANEXO 4

Ficha de Variáveis para Criação do Banco de Dados

ENTNUM _ _ _ _	Número da entrevista	1 – 999 ###
DATENT _ _ _ _ _ _ _ _	Data da entrevista:	dd/mm/aaaa
DATNAS _ _ _ _ _ _ _ _	2 - Data de nascimento:	dd/mm/aaaa
GÊNERO _	3 - Gênero:	1- masculino. 2-feminino #
ESCOLA _	4- O(A) senhor(a) frequentou a escola?	1-sim 2-não #
ETAPA _	Se sim, até qual série?	0= Nunca frequentou 1= Ensino Fundamental Incompleto 2= E. Fundamental Completo 3= E. Médio Incompleto 4= E. Médio Completo 5= E. Superior Incompleto 6= E. Superior Completo 7= Pós-Graduação #
DURADOR _	5- Há quanto tempo está sentindo dor?	1= 3 dias ou menos 2 = 4 a 7 dias 3 = mais de 1 semana a 2 semanas 4 = mais de 2 semanas a 4 semanas (1 mês) 5 = mais de 1 mês a 3 meses 6 = mais de 3 meses a 6 meses 7 = mais de 6 meses a 1 ano 8 = mais de 1 ano #
FAZDOR1 _ FAZDOR2 _ FAZDOR3 _	6- O que o(a) senhor(a) tem feito para diminuir a dor? (Pergunta aberta, em que será anotado exatamente o que for dito pelo paciente)	0 = nada 1 = uso de remédio (não sabe direito, resposta geral) 2 = uso de analgésico/nome de analgésico/ anestésico 3 = uso de medicamento não-analgésico 4 = procurou dentista/posto 5 = uso de medidas não-medicamentosas 6 = outros #
USOCHA _	7- O(A) Sr(a) tomou algum chá?	1-sim 2-não #
CHA1 _ CHA2 _	Se sim, qual?	<A > (Se não usou chá, colocar "nao". Não colocar acentos.)
USOBOCH _	8- O(A) Sr(a) fez bochechos com alguma solução caseira?	1-sim 2-não #
BOCH1 _ BOCH2 _ BOCH3 _	Se sim, qual?	<A > (Se não usou bochecho, colocar "nao". Não colocar acentos.)

ENTREMED1 __ __ a ENTREMED7 __ __	13- De quanto em quanto tempo foi usado (intervalo de administração entre doses em horas)?	## Anotar como horas. Se não usou, colocar 00. Se usou apenas quando doeu, sem valor definido, 99. Se usou só 1 vez, valor 98.
DURAMED1 __ __ a DURAMED7 __ __	14- Durante quanto tempo foi usado ou há quanto tempo vem usando (duração de tratamento)?	## Anotar como dias. Se não usou, colocar 00. Se usou apenas quando doeu, sem valor definido, 99.
ALIVMED1 __ a DOSEMED7 __	15- Observou alívio da dor com o uso desse medicamento?	0 = não usou 1 = não obteve alívio 2 = sim, em parte 3 = sim, totalmente #
ULTIMED1 __ a DOSEMED7 __	16- Quando usou esse medicamento para a dor pela última vez (dia/horas)?	0 = não usou 1 = hoje 2 = ontem à noite 3 = ontem durante o dia 4 = 2 a 7 dias atrás 5 = mais de 7 dias atrás 6 = não sabe #
VERBAL __	17- Escala Verbal de Dor	0-sem dor 1-dor leve 2-dor moderada 3-dor intensa #
VISUAL __ __ __	18- Escala Analógica Visual de Dor (mm)	### Estabelecer a medida em milímetros.
NUMERAL __ __	19- Escala Numérica de Dor	0-0 1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6 7-7 8-8 9-9 10-10 ##
DIAGNOS __ __	20- Diagnóstico(s) clínico(s) (será(ão) obtido(s) a partir do prontuário do paciente)	0 = não teve diagnóstico estabelecido 1 = pulpite infiltrativa parcial 2 = pulpite infiltrativa total 3 = pulpite ulcerada 4 = pulpite abcedida 5 = pericementite 6 = abscesso apical agudo 7 = abscesso apical crônico 8 = abscesso gengival 9 = abscesso periodontal 10 = fratura de restauração 11 = restos radiculares 12 = periodontite 13 = gengivite

		14 = pericoronarite 15 = cárie profunda/hiperemia pulpar 16 = trauma por aparelho ortodôntico 17 = trauma por desajuste de prótese 18 = fratura de dente 19 = alveolite 20 = DTM 21 = Necrose pulpar 22 = flegmão 23 = sensibilidade dentinária 24 = granuloma apical 25 = outros 26 = trauma oclusal 27 = lesão endo-pério ##
PROCEDE1 _ _ a PROCEDE5 _ _	21- Procedimentos realizados	0 = não realizou procedimento 1 = encaminhamento para tratamento endodôntico 2 = encaminhamento para tratamento periodontal 3 = encaminhamento para tratamento de dor orofacial 4 = encaminhamento para exodontia 5 = drenagem de abscesso 6 = abertura, curativo e selamento 7 = restauração provisória/definitiva 8 = RAP 9 = ajuste de prótese/ajuste oclusal 10 = outro 11 = capeamento pulpar 12 = encaminhamento para cirurgia ##
PRESMED1 _ _ _ _ _ a PRESMED4 _ _ _ _ _	22 - Medicamentos prescritos no final do atendimento	<A > Se não usou, colocar "nao".

Observações adicionais:

1. Para uso de Dorflex®, foi utilizada a dose de dipirona (500 mg) como base para cálculo.
2. Para uso de Tylex®, foi utilizada a dose de codeína como base para cálculo.
3. Para uso de Beserol®, Tandrilax® e Tandriflan®, foi utilizada a dose de diclofenaco (50 mg) como base para cálculo.
4. Para citação do medicamento, colocar nome comercial ou abreviatura dos 2 nomes.
5. Para uso de associação de vinagre, sal e água, foi utilizada a abreviatura VINSAL.
6. Para uso de associação de sal, limão, álcool e água, foi utilizada a abreviatura SALIMALC.
7. Para uso de associação de sal, malva e arnica, foi utilizada a abreviatura SALMALAR.

ANEXO 5

Pareceres quanto à Proposta de Projeto de Pesquisa

Cópia das mensagens eletrônicas enviadas pela Comissão de Pesquisa de Odontologia e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS

De: deponzoni@yahoo.com

Data: 3/17/2010 11:15:09 AM

Para: mariabea@ufrgs.br

Assunto: Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Odontologia

Prezado Pesquisador MARIA BEATRIZ CARDOSO FERREIRA,

Informamos que o projeto de pesquisa AUTOMEDICAÇÃO ANALGÉSICA EM URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS ATENDIDAS EM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO, NA CIDADE DE PORTO ALEGRE, RS encaminhado para análise em 23/12/2009 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Odontologia com o seguinte parecer:

APROVADO EM REUNIÃO DA COMPESQ EM 12/03/2010. ATA UNIFICADA 02/10. OBRIGATORIEDADE DE COLOCAR Nº DO TELEFONE DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFRGS O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO. O TRABALHO ESTÁ METODOLOGICAMENTE BEM ESTRUTURADO. RECOMENDO ENCAMINHAR AO COMITÊ DE ÉTICA DA UFRGS.

Devido as suas características este projeto foi encaminhado nesta data para avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Odontologia

De: etica@propesq.ufrgs.br

Data: 5/14/2010 11:59:41 AM

Para: mariabea@ufrgs.br

Assunto: Projeto de pesquisa na Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS

Prezado Pesquisador MARIA BEATRIZ CARDOSO FERREIRA,

Informamos que o projeto de pesquisa AUTOMEDICAÇÃO ANALGÉSICA EM URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS ATENDIDAS EM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO, NA CIDADE DE PORTO ALEGRE, RS, encaminhado para análise em 17/03/2010, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS com o seguinte parecer:

Todas as diligências foram atendidas.

Portanto, o Comitê é pela aprovação do projeto.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS