

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

BRUNA ROESE DE LIMA

AUTOMEDICAÇÃO EM PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA INFANTO-  
JUVENIL DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL

Porto Alegre  
2013

BRUNA ROESE DE LIMA

AUTOMEDICAÇÃO EM PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA INFANTO-  
JUVENIL DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade  
de Odontologia da Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, como requisito parcial para  
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Casagrande

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Beatriz Ferreira

Porto Alegre

2013

### **CIP – Catalogação na Publicação**

Lima, Bruna Roesse de.

Automedicação em pacientes atendidos na Clínica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Bruna Roesse de Lima. – 2013.

61 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

Orientador: Luciano Casagrande

Co-orientador: Maria Beatriz Ferreira

*À minha mãe, Silvana, por toda a dedicação e por estar sempre presente em todos os momentos da minha vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, que sempre acreditaram em mim e nos meus sonhos, e que nunca deixaram que eu esmorecesse frente a qualquer adversidade encontrada.

Ao meu namorado, Gustavo, por toda a paciência neste momento final da graduação e pelo apoio incondicional na elaboração deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Luciano Casagrande, pela atenção, incentivo e conhecimento transmitido para que este trabalho pudesse ser realizado.

À Prof. Dra. Maria Beatriz Cardoso Ferreira, por quem minha admiração só aumentou depois da convivência que tivemos este semestre. Agradeço por toda a dedicação e paciência.

Às alunas de especialização em Odontopediatria, Juliane Brustolin e Claudia Azevedo, pela grande ajuda na aplicação dos questionários para este trabalho.

À Faculdade de Odontologia da UFRGS, que me proporcionou experiências únicas e amizades que desejo levar para toda a vida.

## RESUMO

LIMA, Bruna Roese de. **Automedicação em pacientes atendidos na Clínica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. 2013. 61f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma avaliação a respeito do padrão de automedicação de pacientes infanto-juvenis atendidos em ambulatório odontológico, vinculado a serviço universitário. Foi realizado estudo observacional, do tipo transversal analítico, em que foi aplicado um questionário estruturado aos responsáveis dos pacientes que procuraram atendimento no ambulatório de Clínica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O questionário constava de 34 questões, referentes à frequência de uso de medicamentos sem prescrição médica/odontológica pelo paciente, para tratamento de dor dentária, infecção dentária e febre; origem dos fármacos utilizados; fatores motivadores para a automedicação, além de informações sobre as características demográficas do paciente e de seu responsável. Cento e cinquenta questionários foram analisados. Dentre os medicamentos utilizados, o paracetamol obteve maior frequência nos quadros de febre e dor dentária; no quadro de infecção, os mais citados foram a amoxicilina e o paracetamol. Observou-se uma grande tendência à prática de automedicação, sobretudo no quadro da dor dentária. O principal aspecto motivador na escolha do medicamento foi a indicação médica/odontológica em episódios anteriores, sendo os fármacos, em sua maioria, provenientes de sobras de medicamentos (dor dentária e febre) e farmácias (infecção dentária). Dessa forma, observou-se que crianças atendidas em um serviço universitário odontológico estavam expostas ao uso prévio frequente de medicamentos para tratamento de dor dentária, infecção dentária e febre, sendo que muitos destes medicamentos foram empregados sem prescrição. Os dados apontam para um uso não racional de medicamentos por parte dos responsáveis pelas crianças, o que é preocupante.

Palavras-chave: Odontologia. Odontopediatria. Automedicação. Dor dentária. Infecção. Febre.

## ABSTRACT

LIMA, Bruna Roesse de. **Self-medication in children followed at Pediatric Dentistry Clinic of Federal University of Rio Grande do Sul**. 2013. 61f. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

The aim of this observational cross-sectional study was to analyze the pattern of self-medication of children and adolescents treated at dental clinic service. A structured questionnaire was administered to caregivers of patients in dental treatment at Pediatric Dentistry Clinic of Federal University of Rio Grande do Sul. The questionnaire contained questions about the frequency of use of non-prescription drugs by the patient for treating dental pain, tooth infection and fever; origin of the drugs used; reasons for self-medication, as well as information on the demographic characteristics of the patient and responsible person. One hundred and fifty questionnaires were analyzed. Paracetamol was the drug most reported in cases of fever and dental pain; in cases of infection, the most cited were amoxicillin and paracetamol. There is a great tendency to self-medication, particularly in situations of dental pain. The main reason for the choice of medication was based on a Physician or Dentist indication in previous episodes, being the drugs obtained mostly from leftover medications (dental pain, fever) and pharmacies (tooth infection). Thus, it was observed that children attending a university dental were exposed to frequent prior use of medications to treat dental pain, tooth infection and fever, and many of these drugs were employed without prescription. The data point to a non-rational use of medicines by the caregivers of the children, which is worrying.

Keywords: Dentistry. Pediatric Dentistry. Self-medication. Dental pain. Infection. Fever.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Grau de parentesco do adulto que acompanhava a criança durante o atendimento odontológico .....	26
Figura 2 - Nível de escolaridade do adulto que acompanhava a criança durante o atendimento odontológico .....	27



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Período de tempo decorrido desde a última vez que a criança apresentou dor de dente, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico .....	27
Tabela 2 -	Conduta adotada frente à presença de dor de dente pela criança, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico .....	28
Tabela 3 -	Medicamento administrado à criança, quando apresentou dor de dente, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico .....	28
Tabela 4 -	Fonte de informação que serviu de base para a escolha do medicamento administrado à criança, quando apresentou dor de dente, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico .....	29
Tabela 5 -	Período de tempo decorrido desde a última vez que a criança apresentou infecção dentária, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico .....	30
Tabela 6 -	Conduta adotada frente à presença de infecção dentária pela criança, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico .....	30
Tabela 7 -	Medicamento administrado à criança, quando apresentou infecção dentária, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico .....	31
Tabela 8 -	Fonte de informação que serviu de base para a escolha do medicamento administrado à criança, quando apresentou infecção dentária, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico .....	31
Tabela 9 -	Período de tempo decorrido desde a última vez que a criança apresentou febre, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico .....	32
Tabela 10 -	Conduta adotada frente à presença de febre pela criança, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico .....	32
Tabela 11 -	Medicamento administrado à criança, quando apresentou febre, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico .....	33

Tabela 12 - Fonte de informação que serviu de base para a escolha do medicamento administrado à criança, quando apresentou febre, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico .....	34
Tabela 13 - Temperatura corporal a partir da qual medicamento foi administrado à criança, quando apresentou febre, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico .....	34
Tabela 14 - Frequência de medicamentos obtidos sem receita prévia (automedicação), relatada pelos responsáveis dos pacientes, nos três quadros clínicos abordados no presente estudo .....	35

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	11
1.1	FARMACOEPIDEMIOLOGIA .....	11
1.2	USO NÃO RACIONAL DE MEDICAMENTOS .....	12
1.3	AUTOMEDICAÇÃO .....	13
1.4	AUTOMEDICAÇÃO EM CRIANÇAS .....	16
1.5	USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM ODONTOLOGIA .....	17
1.5.1	<b>Dor dentária e uso de medicamentos</b> .....	17
1.5.2	<b>Infecção dentária e o uso de medicamentos</b> .....	19
1.5.3	<b>Febre e uso de medicamentos</b> .....	19
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	22
2.1	OBJETIVO GERAL .....	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
<b>3</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	23
3.1	LOCAL DE ORIGEM DO ESTUDO .....	23
3.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	23
3.3	DELINEAMENTO EXPERIMENTAL .....	23
3.4	AMOSTRA .....	23
3.5	CÁLCULO AMOSTRAL .....	23
3.6	PROCEDIMENTOS .....	24
3.7	FICHA DE COLETA DE DADOS .....	24
3.8	VARIÁVEIS DE INTERESSE .....	25
3.9	PROCESSAMENTO DE DADOS .....	25
3.10	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	25
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	26
4.1	DESCRIÇÃO DA AMOSTRA .....	26
4.2	DOR DENTÁRIA .....	27
4.3	INFECÇÃO DENTÁRIA .....	29
4.4	FEBRE .....	32
4.5	CONSIDERAÇÕES GERAIS .....	35
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	36
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	42
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	43

<b>APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE 2 – FICHA DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFRGS .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....</b>	<b>60</b>

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

### 1.1 FARMACOEPIDEMIOLOGIA

A farmacoepidemiologia é definida como o estudo da utilização e efeitos (incluindo efeitos benéficos e reações adversas) de fármacos em uma população, com o objetivo de apoiar o uso racional e rentável de fármacos, melhorando, assim, os resultados em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Para tal, tem como base os fundamentos teóricos da epidemiologia, examinando as fontes de fornecimento e o fluxo de medicamentos dentro da população, bem como os efeitos experimentados pelos usuários (WANING; MONTAGNE, 2001).

Essa ciência surgiu da interseção da farmacologia clínica com a epidemiologia. O final do século XIX e o início do XX caracterizaram-se por uma reviravolta histórica no campo da terapêutica. O arsenal terapêutico, até então, consistia basicamente de poucos fármacos - a maior parte com estrutura e mecanismo de ação totalmente desconhecidos (CASTRO, 2000). Em meados dos anos 90, observou-se um aumento considerável no uso de medicamentos prescritos. Juntamente com este crescimento, houve, também, aumento nos problemas associados ao uso de fármacos, como efeitos colaterais (WANING; MONTAGNE, 2001).

Nesse contexto, a indústria farmacêutica, anteriormente preocupada somente com a produção e a distribuição de fármacos, deparou-se com um novo objetivo: assegurar o uso racional de medicamentos, melhorando a habilidade da sociedade no uso desses produtos de forma plenamente eficaz (WANING; MONTAGNE, 2001).

Estudos sobre a utilização de medicamentos são essenciais dentro da farmacoepidemiologia, pois descrevem a extensão, a natureza e os determinantes da exposição aos fármacos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Estes estudos constituem uma estratégia de racionalização de uso de medicamentos, sendo capazes de fornecer informações em grande quantidade e variedade, de modo que se possa avaliar a qualidade da informação transmitida, as tendências comparativas de consumo de diversos produtos, bem como a qualidade dos medicamentos mais utilizados, a prevalência da prescrição médica e seus custos (CASTRO, 2000).

## 1.2 USO NÃO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

O medicamento, desde a sua fabricação até o seu consumo, vem sendo objeto de preocupação e de inúmeras pesquisas realizadas mundialmente (CASTILHO; PAIXÃO; PERINI, 1999). Do ponto de vista global, o uso irracional de fármacos, sua qualidade deficiente e a dificuldade de acesso a medicamentos essenciais constituem graves problemas de saúde pública. Estima-se que mais de 75% das prescrições de antimicrobianos são feitas de modo inapropriado e que apenas cerca de 50% dos pacientes tomam seus medicamentos corretamente. Além disso, mais de um terço da população mundial continua sem acesso a medicamentos essenciais, que são aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população (BRUNDTLAND, 1999; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Por definição, os medicamentos essenciais deveriam estar disponíveis em todo momento, em qualquer lugar, em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas apropriadas, com garantia de qualidade e a preço que os pacientes e a comunidade possam pagar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uso racional ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, em dose e posologia corretas, por período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985). Assim, o uso racional de medicamentos inclui indicação apropriada, baseada em evidências clínicas; escolha adequada do medicamento, levando-se em consideração eficácia, segurança, conveniência e custo; emprego de dose, via e intervalo de administração apropriados; recomendação de duração de tratamento correta (MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, 1997).

Uma das causas que contribui para o mau uso de medicamentos é a multiplicidade de produtos disponíveis. Países como Brasil, Argentina e México representam cerca de 75% do mercado farmacêutico na América Latina, sendo o Brasil considerado o principal deles (WANNMACHER; FERREIRA, 2007). 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, mostra o tamanho da dificuldade de lidar com tudo isso. No Brasil, a comercialização é grande e constante e a velocidade de introdução de novos produtos farmacêuticos determina uma rápida difusão do uso, mesmo antes de avaliações rigorosas em torno do impacto clínico de tal terapêutica (WANNMACHER; FERREIRA, 2007).

### 1.3 AUTOMEDICAÇÃO

Um dos principais fatores que contribui para essa disseminação do uso irracional de medicamentos é o consumo de medicamentos sem prescrição. A automedicação tem se tornado uma prática comum na população brasileira, em todos os grupos etários. No ano de 2001, aproximadamente 80 milhões de pessoas fizeram uso de automedicação, e cerca de 20 mil morrem ao ano em sua decorrência (BORTOLON et al., 2008).

A automedicação prevê o tratamento de sinais e sintomas por parte do próprio paciente, com medicamentos vendidos sem receita (INTERNACIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 1996). Pode ser definida como a seleção e o uso de fármacos pelos próprios usuários, para tratar doenças ou sintomas autodiagnosticados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Como pode trazer graves repercussões, 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 (FUNDO DE NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1979). Automedicação responsável envolve, assim, a utilização de fármacos com base em informações cientificamente bem embasadas, previamente fornecidas por profissionais qualificados (INTERNACIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 1996). Os medicamentos passíveis dessa utilização devem ser licenciados, legalmente disponibilizados sem prescrição, além de serem eficazes e seguros quando utilizados conforme a recomendação (FUNDO DE NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1979).

Uma limitação importante da automedicação é a falta de avaliação clínica por um profissional qualificado. Isto pode resultar em diagnóstico incorreto, dificuldades

para o tratamento correto e negligência de tratamento de situações clínicas de maior risco (MOHANNA, 2010).

Dentre as formas pelas quais os medicamentos podem ser obtidos para uso em automedicação, citam-se a aquisição em estabelecimentos comerciais sem receita, o compartilhamento dos medicamentos com outros integrantes da família ou círculo social, a reutilização de sobras de tratamentos anteriores e a utilização de antigas prescrições (BECKHAUSER et al., 2010). Além disso, também contribuem a grande oferta de produtos, a atração proporcionada por novidades terapêuticas, o *marketing* poderoso da indústria farmacêutica e, até mesmo, aspectos culturais, que expõem os medicamentos a usos diferentes daqueles para os quais estão indicados (CASTRO, 2000). Por fim, na área odontológica, a automedicação pode também ser influenciada pelas limitações de acesso a serviços de prevenção e assistência à saúde bucal, impostas a boa parte da população, em especial quando dependem de atendimento público em grandes centros urbanos (MAZZILLI, 2008).

Dentre os fatores citados, a propaganda tem sido um estímulo frequente para o uso inadequado de medicamentos, uma vez que tende a ressaltar os benefícios, procurando omitir ou minimizar os riscos e os possíveis efeitos adversos. Dessa forma, proporciona-se a impressão, especialmente ao público leigo, de que se trata de produtos inócuos, influenciando o seu consumo, como o de qualquer outra mercadoria (AQUINO, 2008). A mídia reforça o uso irracional de medicamentos, pois veicula ideias errôneas a respeito de seu uso. Ademais, a propaganda dirige-se, cada vez mais, ao consumidor, o que aumenta de forma preocupante o uso de medicação e tensiona a relação profissional-paciente. Assim, a propaganda não objetiva a educação do paciente, e, sim, estimula o consumo por automedicação e aumenta a pressão feita sobre o prescritor para a indicação de algum fármaco (WANNMACHER; FERREIRA, 2007).

Muitos indivíduos com dor de cabeça, febre ou resfriado simples buscam uma “solução imediata” para o problema. Neste sentido, é comum encontrar em domicílios um “estoque” de medicamentos (farmácias domiciliares), tornando a automedicação presente no cotidiano dos indivíduos (MATOS, 2005). Essa “solução imediata” pode estar diretamente relacionada ao fato de o indivíduo carecer de disponibilidade dos serviços de saúde mais acessíveis, precisar ficar horas em uma fila e, às vezes, esperar dias e até meses para ser atendido por um profissional da saúde. A precariedade do serviço reflete na obtenção de medicamentos, de forma



facilitada, sem necessitar pagamento de consulta, em qualquer farmácia, onde, não raro, se encontra o estímulo do balconista interessado em apenas vender o produto (BARROS<sup>1</sup>, 1997 apud AQUINO, 2008).

Agravando o problema, observa-se que, nos domicílios, os medicamentos são frequentemente estocados em locais inadequados, propiciando o consumo irracional e desperdício. Além disso, esses estoques facilitam o acesso de crianças pequenas às medicações, aumentando o risco de exposições não intencionais (TOURINHO et al., 2008).

Estudo realizado pelo Instituto Methodus mostrou que 71,7% dos entrevistados, residentes na região metropolitana de Porto Alegre, praticavam a automedicação (INSTITUTO METHODUS, 2009). Segundo o levantamento realizado, uma boa parte dessas medicações tornou-se conhecida por meio de parentes ou amigos (34,1%). A farmácia foi a fonte de informação para 47,4%, sendo que, para 28,2% destes, houve recomendação do balconista, enquanto 19,2% fizeram a compra por terem visto o medicamento na gôndola da farmácia (INSTITUTO METHODUS, 2009). Essa constatação é reforçada por outro estudo, realizado em Campina Grande, na Paraíba, no qual 93% dos indivíduos se automedicavam, e 50% dos entrevistados relatavam ter conhecimento das medicações por meio de familiares (GUÊNES et al., 2003).

A automedicação inadequada pode ter, como consequência, efeitos indesejáveis, como dependência medicamentosa, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, problema a ser prevenido (GOULART et al., 2012). Além disso, destaca-se o risco de desenvolvimento de resistência antimicrobiana, proveniente do uso indiscriminado ou inadequado de antimicrobianos, o que é hoje um problema global de saúde (COSTELLOE et al., 2010; SKLIROS et al., 2010).

Propõe-se, atualmente, que uma informação correta fornecida aos pacientes pode resultar em automedicação racional, segura e efetiva, o que poderia ser importante para os sistemas de saúde. O crescimento do uso irracional de medicamentos justifica a necessidade de melhoria das informações oferecidas aos

---

<sup>1</sup> BARROS, J.A.C. A atuação dos balconistas de farmácia – ajudando a promover o uso racional de medicamentos? **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 2, p. 120-127, 1997 apud AQUINO, 2008, p. 734.

pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE VIGILÂNCIA EM MEDICAMENTOS, 2001).

Deve-se ressaltar que a prescrição medicamentosa tem a necessidade de prévios conhecimentos farmacológicos referentes aos tipos de fármacos, reações adversas, vias de administração e de conhecimentos de propedêutica clínico-cirúrgica que permitam a avaliação de sua indicação. Além disso, devem-se levar em consideração as condições de saúde do paciente, indo muito além do que vem sendo difundido, atualmente, pelas propagandas veiculadas na mídia e encontradas no balcão da farmácia mais próxima (GUÊNES et al., 2003). Nesse sentido, os profissionais de saúde não possuem apenas o papel de prescritores e dispensadores; suas funções vão além, envolvendo a promoção de saúde e educação (WANNMACHER; FERREIRA, 2007).

#### 1.4 AUTOMEDICAÇÃO EM CRIANÇAS

O tema da automedicação infantil tem sido discutido, porém ainda existe uma carência de estudos a respeito do assunto, sobretudo na área odontológica.

A automedicação em crianças é normalmente motivada pela busca de alívio de sinais e sintomas, como febre, dor e aqueles relacionados a resfriados. As principais classes terapêuticas utilizadas são os anti-inflamatórios, analgésicos e antimicrobianos (PFAFFENBACH, 2010).

Para vários medicamentos prescritos para crianças, os esquemas de administração têm, na verdade, como base doses obtidas em pesquisas realizadas para adultos, não levando em conta as diferenças fisiológicas existentes, o que pode submeter os pacientes ao risco de eficácia não comprovada e de reações adversas não avaliadas (URBANO et al., 2010). Isso ocorre por conta da deficiência na pesquisa de medicamentos pediátricos. Paralelamente, essa carência de informações leva, algumas vezes, os pais a, por exemplo, fracionar comprimidos de uso adulto, para administrá-los a seus filhos, sem considerar que a farmacocinética de um medicamento administrado a um adulto ou a uma criança é diferente (CELLA; ALMEIDA, 2012).

Em estudo de coorte, realizado no ano de 2004, na cidade de Pelotas-RS, observou-se que a prática de automedicação aumenta conforme a idade da criança, passando de 11%, aos três meses de vida, para 26% e 34%, aos 12 e 24 meses,

respectivamente (OLIVEIRA et al., 2010). Já em estudo de Urbano et al. (2010), os principais responsáveis pela automedicação em crianças foram as mães (65%), seguidas dos pais (20%) e avós (8%). Quanto à origem da medicação, 62% afirmaram ter adquirido medicamentos com base em receituários antigos, 21% foram recomendados por vizinhos e 16% por amigos. Quando questionados sobre o tempo de uso do medicamento, 51% afirmaram que realizaram o tratamento completo, enquanto 49% disseram interromper o tratamento ao perceber melhora nos sinais e sintomas.

Além do uso de medicamentos sem indicação profissional, a automedicação infantil também pode ser empregada quando ocorre um descumprimento da prescrição realizada, em casos em que o indivíduo prolonga ou interrompe o tratamento previamente indicado (CARVALHO et al.<sup>2</sup>, 2008 apud BECKHAUSER et al., 2010). Isso ocorre por conta do comportamento adotado pelos pais, que medicam quando julgam necessário e interrompem o tratamento quando a remissão dos sinais e sintomas aparece, podendo levar, muitas vezes, ao agravamento do quadro (URBANO et al., 2010)

O uso inadequado de fármacos é fator de risco importante para a saúde das crianças. Segundo o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINTOX), os principais agentes que causam intoxicação em crianças menores de cinco anos são os medicamentos (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2008).

## 1.5 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM ODONTOLOGIA

### 1.5.1 Dor dentária e uso de medicamentos

Dor é um problema comum a todas as áreas da Odontologia. Lesões de cárie e suas sequelas constituem a origem mais comum. Além disso, o próprio tratamento dentário pode determinar algum desconforto compatível com sintomatologia dolorosa (WANNMACHER; FERREIRA, 2007).

Estudo realizado na Tanzânia, que teve por objetivo determinar a prevalência de dor oral e as barreiras à utilização de serviços de urgência, mostrou que mais de

---

<sup>2</sup> CARVALHO, D.C.; TREVISOL, F.S.; MENEGALI, B.T.; TREVISOLI, D.J. Drug utilization among children aged zero to six enrolled in day care centers of Tubarão, Santa Catarina, Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 238-244, 2008 apud BECKHAUSER et al., 2010, p. 263.

50% das pessoas que foram entrevistadas haviam apresentado este sintoma nos últimos 12 meses. Porém, apenas aproximadamente a metade destes havia procurado tratamento odontológico (KIKWILU, et al., 2008). Dentre as razões relatadas pelos entrevistados para não buscar atendimento, encontravam-se: dificuldade financeira, uso de automedicação, esperança ou ideia de que o problema desapareceria, o medo da dor durante o tratamento, serviços de urgência longe de sua residência e ajuda de curandeiros (KIKWILU, et al., 2008). Outro estudo, realizado em uma microárea da cidade de São Paulo, mostrou que 39,7% dos entrevistados costumavam procurar atendimento apenas em “último caso” ou em casos de urgência. A falta de acesso foi tida como a principal razão para a não regularidade das consultas odontológicas (MAZZILLI, 2008).

No que se refere ao correto manejo de episódios de dor, deve-se atentar para a identificação da causa, bem como para a intensidade. Além disso, se possível, deve-se tentar eliminar este sintoma por meio de tratamento específico da condição indutora. Fármacos são comumente utilizados para o tratamento da dor e produzem alívio, desde que bem indicados e administrados da forma correta (WANNMACHER; FERREIRA, 2007).

Dores leves são preferencialmente tratadas com analgésicos não opioides, como o paracetamol, ácido acetilsalicílico, ibuprofeno (anti-inflamatório não esteroide) e dipirona. Na seleção de medicamentos com similar eficácia clínica, é preciso considerar a segurança comparativa entre eles. Sendo assim, o paracetamol é o medicamento de primeira escolha no controle de dor leve, por ter menos efeitos adversos em doses terapêuticas (WANNMACHER; FERREIRA, 2007). No entanto, a dipirona é ainda utilizada indiscriminadamente no Brasil, apesar de seus graves efeitos adversos terem motivado a sua proibição em diversos países da América e Europa (WANNMACHER; FERREIRA, 2007).

Já nas dores moderadas ou nas leves não responsivas às primeiras medidas, utilizam-se associações de analgésicos não opioides e opioides, como, por exemplo, a associação de paracetamol e codeína. Para as dores intensas ou moderadas não responsivas, utilizam-se os analgésicos opioides isoladamente. Porém, deve-se ter cautela com a utilização destes últimos, visto que, em tratamentos crônicos, propiciam o risco de dependência (WANNMACHER; FERREIRA, 2007).

### **1.5.2 Infecção dentária e o uso de medicamentos**

Infecção dentária é um problema frequentemente encontrado em serviços de urgência odontológica. Dessa forma, é necessário ter bastante cuidado na escolha do correto tratamento.

O uso disseminado de terapia antimicrobiana, muitas vezes desnecessário e impreciso, condiciona o desenvolvimento de resistência microbiana, tanto para a microbiota do paciente, quanto para os microrganismos presentes na população em geral. Além disso, o mau uso desses fármacos acaba trazendo também repercussões individuais, como a ineficácia terapêutica e os efeitos adversos. Por isso, é muito importante que se utilize antibioticoterapia apenas quando indicado, com esquema de administração adequado e tempo correto de tratamento (WANNMACHER; FERREIRA, 2007).

Para tratamento de infecções dentárias, deve-se iniciar com a remoção do fator causal (tratamento endodôntico ou periodontal, exodontia etc.). Caso exista coleção purulenta, deve-se realizar drenagem cirúrgica, e, se estiver indicado, faz-se uso da antibioticoterapia (HAYASHI, 2005?).

Havendo indicação para tratamento medicamentoso, deve-se selecionar o antimicrobiano mais apropriado, segundo critérios de eficácia e segurança (perfil mais favorável de efeitos adversos), comodidade de administração e menor custo. Historicamente, as penicilinas têm sido os antimicrobianos mais utilizados para o tratamento das infecções odontogênicas. Estudos de eficácia e segurança sustentam essa indicação. Porém, em casos de insucesso terapêutico, devido à resistência dos patógenos a esses medicamentos, e em casos de reações adversas, como hipersensibilidade, outros agentes podem ser cogitados, como as cefalosporinas, os macrolídeos e a clindamicina (WANNMACHER; FERREIRA, 2007).

### **1.5.3 Febre e uso de medicamentos**

Febre é uma reação fisiológica, caracterizada pela elevação da temperatura corporal em resposta a estímulos endógenos e exógenos. Trata-se de um dos sintomas clínicos mais comuns, sobretudo em crianças. Algumas estimativas

apontam que cerca de um terço dos atendimentos pediátricos são motivados por esse quadro (SULLIVAN; FARRAR, 2011).

Na maioria dos casos, a febre é um mecanismo importante no combate a infecções, traz poucos riscos à saúde do paciente e é de curta duração (SULLIVAN; FARRAR, 2011). As principais precauções que devem ser tomadas frente ao quadro febril são manter um estado de hidratação adequado, melhorar o conforto do paciente e atentar ao fato de que a febre pode ser sinal de uma doença potencialmente grave (BLANK, 2011).

No entanto, muitas pessoas interpretam, equivocadamente, a febre como uma enfermidade que pode trazer consequências graves à saúde (ALVES et al., 2007). Dessa forma, os pais, preocupados em manter a temperatura "normal" da criança, administram antipiréticos em seus filhos frente a quadros de pouca ou nenhuma febre. Essa prática traz alguns riscos, como o mascaramento de doenças e intoxicação medicamentosa (SULLIVAN; FARRAR, 2011). No Brasil, alguns estudos apontam que 90% dos pais acreditam que a febre pode ter efeitos danosos, e 25% administram antipiréticos frente a temperaturas inferiores a 37°C. Esse comportamento é reforçado por pediatras, que, frequentemente, prescrevem antipiréticos frente a temperaturas inferiores a 38°C (BLANK, 2011). Além disso, existe ainda equívoco na dosagem administrada às crianças. Estudo realizado na cidade de Recife, Pernambuco, utilizou como amostra 200 crianças entre 3 e 36 meses de idade, que foram atendidas na emergência de um hospital infantil apresentando quadro febril. Observou-se que 75% dos pacientes haviam recebido dosagem incorreta de medicamento para tratamento da febre, sendo que, na maior parte dos casos, as crianças ficaram expostas a superdosagem (ALVES et al., 2007).

Segundo a literatura, em casos de temperaturas mais altas, o tratamento farmacológico da febre pode trazer alguns benefícios, como o alívio do mal estar. Nesse caso, deve-se eleger um dos fármacos antipiréticos do grupo dos analgésicos não opioides, como ácido acetilsalicílico, dipirona ou anti-inflamatórios não-esteroides (FARHAT, 2005). Atualmente, os únicos antitérmicos recomendados para tratamento de crianças com febre são paracetamol, dipirona e ibuprofeno (BRICKS, 2006). Partindo-se do princípio de que todos os medicamentos podem provocar reações adversas, deve-se fazer uma avaliação cuidadosa da relação risco/benefício. A escolha deve basear-se na eficácia e na segurança do

medicamento de escolha (FARHAT, 2005). Nesse contexto, o paracetamol, em comparação com os demais fármacos de semelhante eficácia, é o mais seguro, apresentando poucos efeitos adversos em doses terapêuticas. A hepatotoxicidade é rara, ocorrendo em associação à superdosagem (FARHAT, 2005). Portanto, este é considerado como o antitérmico de escolha. Como fármaco alternativo, a literatura coloca o ibuprofeno, por seu perfil de eficácia e segurança mais bem estabelecido em pediatria (WANNMACHER; FERREIRA, 2007). Já que em locais como Estados Unidos e países europeus, onde muitas das pesquisas são feitas, não há comercialização de dipirona, os dados a respeito desse fármaco são mais escassos.

Sendo assim, com base nos conhecimentos e pressupostos aqui apresentados, o estudo propõe-se a analisar a prática de automedicação para pacientes infanto-juvenis que procuram atendimento odontológico em serviço universitário.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Este trabalho teve como objetivo realizar uma avaliação a respeito da prática da automedicação para pacientes infanto-juvenis atendidos na Clínica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer a frequência de uso de medicamentos sem prescrição médica ou odontológica, por pacientes infanto-juvenis atendidos em serviço universitário odontológico.
- Verificar quais foram os fatores motivadores da automedicação para crianças.
- Identificar os medicamentos usados pelos pacientes infanto-juvenis, para tratamento de dor dentária, infecção dentária e febre.
- Verificar a origem de obtenção da medicação utilizada.



### **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 LOCAL DE ORIGEM DO ESTUDO**

A pesquisa foi executada pela acadêmica Bruna Roesse de Lima, sob orientação do Prof. Dr. Luciano Casagrande, professor da área de Clínica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e pela Profa. Dra. Maria Beatriz Cardoso Ferreira, professora de Farmacologia do Curso de Graduação em Odontologia da UFRGS.

#### **3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

A pesquisa foi realizada na Clínica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da UFRGS, na cidade de Porto Alegre, RS.

#### **3.3 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL**

Realizou-se estudo observacional transversal analítico.

#### **3.4 AMOSTRA**

A amostra foi obtida por conveniência. Foram convidados a participar do estudo os responsáveis pelos pacientes que procuraram o atendimento odontológico na Disciplina de Clínica Infanto-Juvenil, durante a última semana de Março de 2013 à segunda semana de Abril do mesmo ano.

Foram excluídos da amostra os pacientes que compareceram ao atendimento clínico sem a presença de um responsável maior de 18 anos ou os responsáveis que não concordaram em participar da pesquisa.

#### **3.5 CÁLCULO AMOSTRAL**

Considerando que, na primeira semana de atividades clínicas da Disciplina de Clínica Infanto-Juvenil, são disponibilizadas em torno de 45 vagas por turno e que a

disciplina ocorre em três turnos semanais, estimou-se uma amostra de 135 pacientes.

### 3.6 PROCEDIMENTOS

Os responsáveis pelos pacientes que procuraram o atendimento odontológico na Disciplina de Clínica Infanto-Juvenil foram inicialmente convidados a participar do estudo. Caso aceitassem, deveriam ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

A seguir, foi realizada entrevista dialogada com o responsável pelo paciente e preenchido questionário estruturado, especificamente elaborado para o estudo (Apêndice 2). O tempo de entrevista durou, em média, 10 minutos.

As entrevistas foram realizadas semanalmente, nas segundas, terças e quintas-feiras no turno da manhã (08h30 min às 11h30 min), correspondendo ao período de atividade da Disciplina de Clínica Infanto-Juvenil. Na primeira semana de atendimento clínico é feita anamnese e exame clínico dos pacientes e, praticamente, todos retornam nas semanas seguintes para atendimento de suas necessidades. Sendo assim, realizamos entrevistas na primeira semana, porém, como em todos os turnos houve faltas de pacientes, realizamos estas entrevistas faltantes nas semanas que se sucederam.

### 3.7 FICHA DE COLETA DE DADOS

Para a entrevista dos participantes, foi utilizado um questionário, contendo 34 questões, especificamente elaborado para o estudo (Apêndice 2). A pesquisadora (LIMA, B.R.), juntamente com o auxílio de duas alunas do Curso de Especialização em Odontopediatria da UFRGS conduziram as entrevistas. Foram obtidos e registrados dados a respeito da idade do paciente e do responsável, peso do paciente, grau de parentesco do responsável em relação ao paciente, grau de escolaridade do responsável. Além disso, verificou-se existência de episódios de dor dentária, infecção dentária e febre, e medicamentos utilizados (se com ou sem prescrição de profissional de saúde), bem como origem, dose, via, intervalo e duração de uso.

### 3.8 VARIÁVEIS DE INTERESSE

Foram avaliadas as variáveis de interesse relacionadas a seguir:

- características demográficas relacionadas ao paciente e seu responsável – idade e gênero do paciente; idade, gênero e escolaridade do responsável;
- frequência de uso de medicamentos pelo paciente, em associação à condição clínica odontológica (dor dentária e relatos compatíveis ao quadro de infecção dentária);
- frequência de uso de medicamentos pelo paciente, sem associação à condição clínica odontológica (febre);
- origem da medicação utilizada.

### 3.9 PROCESSAMENTO DE DADOS

Os dados foram reunidos e codificados em banco de dados através do Programa Epi Data versão 3.1. A análise desses dados foi realizada com o auxílio do Software SPSS *for Windows*, versão 15.0.

Foi feita análise descritiva. Os dados foram expressos como frequência absoluta ou relativa, média  $\pm$  desvio padrão.

### 3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo segue as condições estabelecidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido à aprovação pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS (Anexo A) e pelo Comitê de Ética da UFRGS (Anexo B), obtendo aprovação em ambos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado aos participantes anteriormente à realização dos questionários (Apêndice 1).

## 4 RESULTADOS

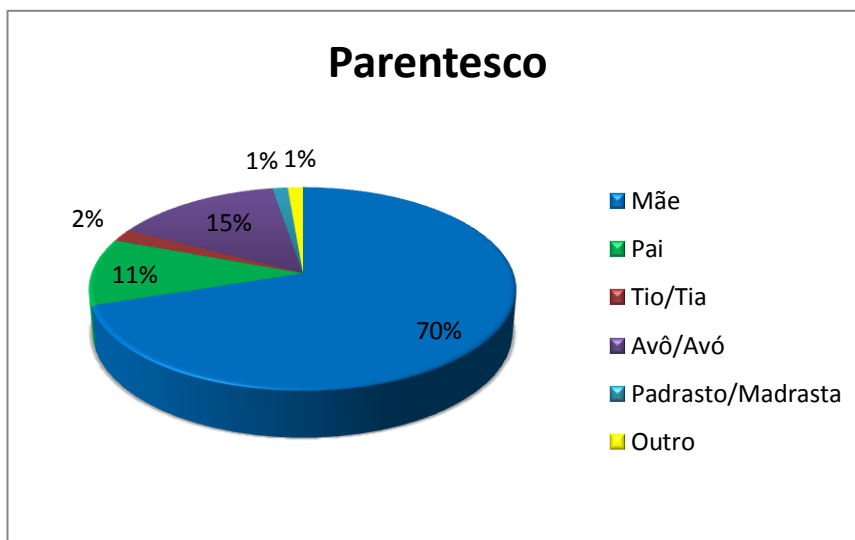
### 4.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Foram convidadas a participar do estudo 151 pessoas, responsáveis pelos pacientes infantis atendidos na Clínica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Dessas pessoas, 150 aceitaram participar do estudo.

A amostra foi composta por 150 crianças, sendo que 75 eram do gênero masculino (50%). A idade média dos pacientes analisados foi de 7,7 anos (DP = 2,83), variando de 1,3 anos a 16,1 anos. O peso corporal médio destes pacientes foi de 28,04 kg (DP = 11), variando de 12 kg a 65 kg.

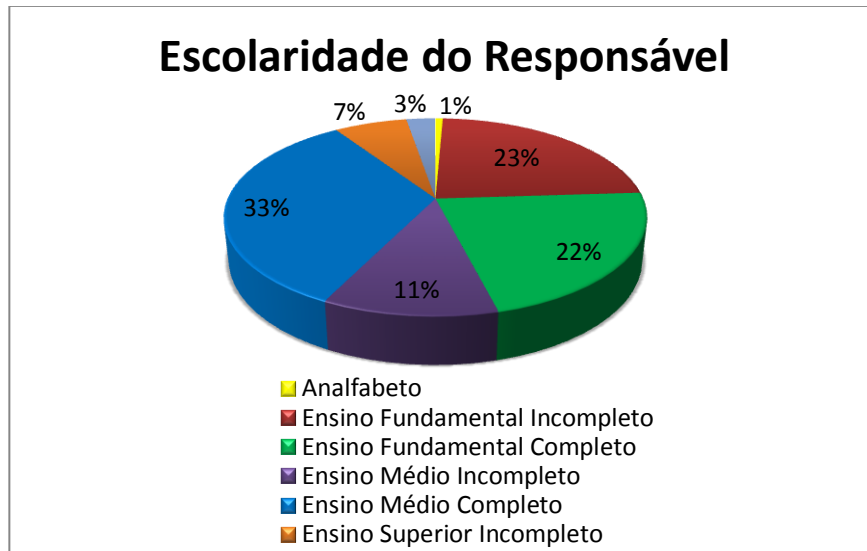
Quanto ao responsável que acompanhava a criança durante o atendimento odontológico, na maioria das vezes era a mãe (n = 105; 70%). Na Figura 1, aparecem os dados a respeito do grau de parentesco dos responsáveis pelas crianças. Em sua maioria, eram mulheres (n = 129; 86%), com idade média de 40,1 anos (DP = 12,2), variando de 21 a 77,7 anos. Quanto a sua escolaridade, 33,3% (n = 50) possuíam Ensino Médio Completo, 23,3% (n = 35) Ensino Fundamental Incompleto e 22% (n = 33) Ensino Fundamental Completo. Os dados referentes ao grau de escolaridade dos responsáveis pelas crianças estão ilustrados na Figura 2.

Figura 1 - Grau de parentesco do adulto que acompanhava a criança durante o atendimento odontológico.



Fonte: autor

Figura 2 - Nível de escolaridade do adulto que acompanhava a criança durante o atendimento odontológico.



Fonte: autor

#### 4.2 DOR DENTÁRIA

Os responsáveis pelos pacientes relataram que 66% (n = 99) das crianças têm ou já tiveram dor de dente. Destas, a maior parte (n = 51; 51,5%) apresentou dor pela última vez há mais de um mês, mas há menos de um ano (Tabela 1).

Tabela 1 - Período de tempo decorrido desde a última vez que a criança apresentou dor de dente, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico.

Última vez que teve dor de dente	Frequência de relato pelo responsável	%
Não informou.	1	1
Há uma semana ou menos.	14	14,1
Há mais de uma semana, até o prazo de mês.	7	7,1
Há mais de um mês, até o prazo de um ano.	51	51,5
Há mais de um ano.	26	26,3
Total	99	100

Quando perguntado qual havia sido a conduta frente ao quadro de dor de dente, 53,5% (n = 53) responderam que as crianças receberam medicação. Na Tabela 2, aparecem as condutas adotadas frente ao quadro de dor de dente.

Tabela 2 - Conduta adotada frente à presença de dor de dente pela criança, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico.

<b>Conduta frente à presença de dor de dente</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Criança foi medicada	53	53,5
Criança foi medicada e levada ao dentista/médico	23	23,3
Criança foi levada ao dentista	17	17,2
Criança foi levada ao médico	2	2
Outra conduta foi adotada	4	4
Total	99	100

Quando questionados se já ofereceram medicamentos para tratar a dor de dente das crianças, 90,9% (n = 90) dos responsáveis afirmaram ter oferecido. Destas, 77,8% (n = 70) utilizaram apenas um medicamento, 21,1% (n = 19) receberam dois medicamentos e 1,1% (n = 1), três medicamentos. Deste modo, 111 medicamentos foram empregados para as dores de dente de 90 crianças.

O medicamento mais utilizado foi paracetamol (n = 71; 64%), seguido de ibuprofeno (n = 13; 11,7%). Na Tabela 3, são apresentados os medicamentos relatados pelos responsáveis como tendo sido utilizados pelas crianças, quando apresentaram dor de dente.

Tabela 3 - Medicamento administrado à criança, quando apresentou dor de dente, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico.

<b>Medicamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Paracetamol	71	64
Ibuprofeno	13	11,7
Amoxicilina	9	8,1
Dipirona	9	8,1
Azitromicina	2	1,8
Ácido Acetilsalicílico	1	0,9
Anti-inflamatório	1	0,9
Clindamicina	1	0,9
Lidocaína (tópica)	1	0,9
Não lembra	1	0,9
Nimesulida	1	0,9
Tetracaína (tópica)	1	0,9
Total	111	100

Quando questionado a respeito de quem havia receitado os medicamentos, os responsáveis afirmaram que não havia receita em 56% dos casos (n = 62), como mostrado na tabela 14. O restante havia sido receitado por um dentista (n = 35; 31,4%) ou por um médico (n = 14; 12,6%). A automedicação teve como base a experiência de indicação odontológica/médica em episódios anteriores (n = 20; 32,3%) e a experiência de uso em outros tipos de dores (n = 18; 29%), como mostrado na Tabela 4.

Tabela 4 - Fonte de informação que serviu de base para a escolha do medicamento administrado à criança, quando apresentou dor de dente, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico.

<b>Fonte de informação</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Indicação médica/odontológica anterior	20	32,3
Medicamento utilizado para outras dores	18	29
Cultura popular	12	19,4
Outra	8	12,9
Indicação de outras pessoas	2	3,2
Propagandas nos meios de comunicação	1	1,6
Não informou	1	1,6
Total	62	100

Quanto à origem, 42,4% (n = 47) dos medicamentos eram provenientes de sobras, 30,6% (n = 34) foram adquiridos em farmácia, 25,2% obtidos em UBS (n = 28) e 1,8 % (n = 2) em hospitais.

Em relação à eficácia, 80,2% (n = 89) dos medicamentos resultaram em alívio da dor de dente da criança.

#### 4.3 INFECÇÃO DENTÁRIA

Quando os responsáveis foram questionados a respeito de episódio de infecção dentária pelas crianças, 28,7% (n = 43) responderam que elas já haviam apresentado este quadro alguma vez na vida. Destas, 58,1% (n = 25) tiveram infecção dentária há mais de um mês, até o prazo de um ano (Tabela 5).

Tabela 5 - Período de tempo decorrido desde a última vez que a criança apresentou infecção dentária, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico.

<b>Última vez que apresentou infecção dentária</b>	<b>Frequência de relato pelo responsável</b>	<b>%</b>
Há uma semana ou menos	3	7
Há mais de uma semana, até o prazo de mês	2	4,7
Há mais de um mês, até o prazo de um ano	25	58,1
Há mais de um ano	13	30,2
Total	43	100

Além disso, a análise dos dados mostrou que a conduta mais comum frente a esse quadro foi a consulta ao dentista (n = 25; 58,1%), seguida de automedicação (n = 9; 20,9%). A Tabela 6 apresenta os dados referentes às condutas adotadas.

Tabela 6 - Conduta adotada frente à presença de infecção dentária pela criança, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico.

<b>Conduta frente à presença de infecção dentária</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Criança foi medicada	9	20,9
Criança foi medicada e levada ao dentista/médico	5	11,6
Criança foi levada ao dentista	25	58,1
Criança foi levada ao médico	2	4,7
Outra conduta foi adotada	2	4,7
Total	43	100

Entre os responsáveis, 83,7% (n = 36) já ofereceram algum medicamento à criança para tratar infecção dentária. Destes, 72,2% (n = 26) ofereceram um medicamento, enquanto 27,8% (n = 10) ofereceram dois medicamentos. Deste modo, 46 medicamentos foram empregados para infecções dentárias de 36 crianças.

A amoxicilina foi o medicamento de uso mais comum (n = 16; 34,8%), seguida pelo paracetamol (n = 15; 32,6%). A Tabela 7 apresenta os medicamentos relatados pelos responsáveis como tendo sido utilizados pelas crianças, para tratamento de infecção dentária.



Tabela 7 - Medicamento administrado à criança, quando apresentou infecção dentária, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico.

<b>Medicamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Amoxicilina	16	34,8
Paracetamol	15	32,6
Antibiótico	4	8,7
Não lembrou	4	8,7
Ibuprofeno	3	6,5
Anti-inflamatório	2	4,3
Azitromicina	1	2,2
Dipirona	1	2,2
Total	46	100

Quando questionados a respeito de quem havia prescrito os medicamentos às crianças, 58,7% (n = 27) dos responsáveis afirmaram que a receita havia sido fornecida por cirurgião-dentista, 19,6% (n = 9) por médico, e 21,7% (n = 10) relataram que não havia receita prévia (Tabela 14). Para estes últimos, a automedicação teve como base a indicação médica/odontológica anterior em 40% dos casos (n = 4) e a utilização em episódios anteriores em 20% dos casos (n = 2) (Tabela 8).

Tabela 8 - Fonte de informação que serviu de base para a escolha do medicamento administrado à criança, quando apresentou infecção dentária, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico.

<b>Fonte de informação que embasou o uso do medicamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Não informado	1	10
Utilizado outras vezes	2	20
Indicação médica/odontológica anterior	4	40
Indicação de outras pessoas	1	10
Cultura popular	1	10
Outra	1	10
Total	10	100

Quanto à origem, 45,7% (n = 21) dos medicamentos foram obtidos em farmácias, 39,1% (n = 18) em UBS, e 8,7% (n = 4) eram provenientes de sobras.

Outras origens foram descritas por 6,5% (n = 3) dos entrevistados, como, por exemplo, hospitais.

#### 4.4 FEBRE

Dos 150 pacientes estudados, 149 já haviam apresentado quadro de febre alguma vez, e todos estes já haviam recebido algum medicamento para tratá-la.

Destas 149 crianças, 51% (n = 76) tiveram febre há mais de um mês, até o prazo de um ano (Tabela 9).

Tabela 9 - Período de tempo decorrido desde a última vez que a criança apresentou febre, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico.

<b>Última vez que apresentou febre</b>	<b>Frequência de relato pelo responsável</b>	<b>%</b>
Não informado	4	2,7
Há uma semana ou menos	17	11,4
Há mais de uma semana, até o prazo de mês	21	14,1
Há mais de um mês, até o prazo de um ano	76	51
Há mais de um ano	31	20,8
Total	149	100

Em relação à conduta adotada nesses casos, observou-se que 83,2% dos responsáveis (n = 124) relataram que as crianças receberam medicamento e 12,1% (n = 18) que as levaram ao médico (Tabela 10).

Tabela 10 - Conduta adotada frente à presença de febre pela criança, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico.

<b>Conduta frente à presença de febre</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Não informou	2	1,3
Criança foi medicada	124	83,2
Criança foi medicada e levada ao dentista/médico	4	2,7
Criança foi levada ao médico	18	12,1
Outra conduta foi adotada	1	0,7
Total	149	100

Quando questionados a respeito do número de medicamentos utilizados para tratar a febre das crianças, 59,7% (n = 89) dos responsáveis relataram o uso de um medicamento, 37,6% (n = 56) dois medicamentos e 2,7% (n = 4) três medicamentos. Deste modo, 213 medicamentos foram empregados para tratamento da febre de 149 crianças.

Observou-se predomínio de uso de paracetamol (n = 117; 54,9%), seguido de ibuprofeno (n = 35; 16,4%) e dipirona (n = 28; 13,1%). Na Tabela 11 estão listados os medicamentos relatados pelos responsáveis como tendo sido utilizados pelas crianças, para tratamento da febre.

Tabela 11 - Medicamento administrado à criança, quando apresentou febre, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico.

<b>Medicamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Paracetamol	117	54,9
Ibuprofeno	35	16,4
Dipirona	28	13,1
Amoxicilina	17	8
Ácido Acetilsalicílico	2	0,9
Benzilpenicilina benzatina	2	0,9
Não informado.	2	0,9
Prednisolona	2	0,9
Amoxicilina + Ácido clavulânico	1	0,5
Antibiótico	1	0,5
Loratadina	1	0,5
Cloridrato de bromexina	1	0,5
Diclofenaco	1	0,5
Salbutamol	1	0,5
Fenoterol	1	0,5
Sulfametoxazol + Trimetropina	1	0,5
Total	213	100

Em relação à origem da prescrição, em 51,7% (n = 110) dos casos, o medicamento foi receitado por médico e 0,9% (n = 2) por cirurgião-dentista. Em 47,4% dos casos (n = 101), o fármaco foi obtido sem receita (Tabela 14). Para estes últimos, a automedicação teve como base a indicação médica/odontológica anterior em 63,4% (n = 64) dos casos e a utilização em episódios anteriores em 17,8% dos

casos (n = 18) (Tabela 12). Quanto à origem do medicamento utilizado, 37,1% (n = 79) eram sobras de uso anterior, 31,9% (n = 68) foram obtidos em farmácias, 30,5% (n = 65) em UBS e 0,5% (n = 1) em hospital.

Tabela 12 - Fonte de informação que serviu de base para a escolha do medicamento administrado à criança, quando apresentou febre, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico.

<b>Fonte de informação que embasou o uso do medicamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Não informado	8	7,8
Utilizado outras vezes	18	17,8
Indicação médica/odontológica anterior	64	63,4
Indicação de outras pessoas	5	5
Cultura popular	4	4
Outra	2	2
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Quando questionados sobre a temperatura corporal a partir da qual os medicamentos citados foram utilizados, o valor mais comumente citado pelos responsáveis das crianças foi 38°C, sendo 36°C o valor mais baixo e 41°C o mais alto (Tabela 13).

Tabela 13 - Temperatura corporal a partir da qual medicamento foi administrado à criança, quando apresentou febre, segundo relato do responsável que a acompanhava durante o atendimento odontológico.

<b>Temperatura corporal (°C)</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
36	1	0,5
37	17	8
37,1	2	0,9
37,2	2	0,9
37,5	20	9,4
38	118	55,4
38,5	21	9,9
39	17	8
39,5	2	0,9
41	5	2,3
Não informou	8	3,8
<b>Total</b>	<b>213</b>	<b>100</b>

#### 4.5 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Por fim, considerando os três quadros clínicos estudados, foi observado um total de 370 ocorrências medicamentosas, sendo que em 46,8% (n = 173) dos casos, a automedicação foi relatada. A tabela 14 agrupa os dados gerais sobre a frequência de automedicação nos casos de dor dentária, infecção dentária e febre.

Tabela 14 – Frequência de medicamentos obtidos sem receita prévia (automedicação), relatada pelos responsáveis dos pacientes, nos três quadros clínicos abordados no presente estudo.

<b>Quadros clínicos</b>	<b>Ocorrências medicamentosas</b>	<b>Ocorrências de automedicação</b>	<b>% de automedicação</b>
Dor dentária	111	62	56
Infecção dentária	46	10	21,7
Febre	213	101	47,4
Total	370	173	46,8

## 5 DISCUSSÃO

No presente estudo, um questionário foi aplicado aos responsáveis pelos pacientes odontológicos infanto-juvenis, a fim de verificar a ocorrência de automedicação em situações de dor dental, infecção dentária e febre.

Analisando-se os dados, observou-se que, na maioria dos casos (70%), o responsável que acompanhava o paciente na consulta era a mãe. Este achado é semelhante ao encontrado no estudo de Guênes et al. (2003), no qual se observou que há maior preocupação das mulheres em termos de saúde e que são as mães as principais responsáveis por acompanhar os filhos em consultas médicas e odontológicas. Logo, é importante transmitir as informações da forma mais clara e objetiva possível às mães, pois serão elas que, mais frequentemente, decidirão pela busca ou não do sistema de saúde, na presença de dor, febre ou manifestações de infecção, que decidirão pelo uso ou não de medicamentos.

A respeito do grau de instrução, constatou-se que cerca de 57% dos responsáveis não possuíam ensino médio completo. Essa informação está de acordo com o perfil dos pacientes que normalmente buscam atendimento no serviço da Faculdade de Odontologia da UFRGS, pois se tratam de pessoas com condição socioeconômica menos favorecida. Isto reforça a importância da transmissão de conhecimentos pelos profissionais de saúde, sobre o adequado cuidado das crianças para seus responsáveis, em linguagem adequada ao grau de educação formal dessas pessoas.

Quanto à dor dental, observou-se uma alta prevalência desse sintoma e uma alta prevalência de automedicação no seu manejo, embora o medicamento mais empregado, o paracetamol, seja, de fato, o fármaco de escolha para situações de dores leves a moderadas.

Os responsáveis relataram que 66% das crianças já haviam manifestado dor dentária alguma vez na vida. Esse número corrobora àquele descrito em estudo realizado em municípios de Santa Catarina, no qual aproximadamente 72% da amostra estudada já havia apresentado dor de dente (HACK-COMUNELLO et al., 2008). Estes valores estão bastante elevados. Como a doença cárie é descrita como um dos principais causadores de dor dentária pode-se supor que esta doença é um problema de saúde pública ainda presente no Brasil. Como causas motivadoras desse quadro, citam-se a falta de acesso da população ao atendimento odontológico

e a falta de conhecimento e de ações de cunho preventivo por parte dos profissionais (PASCHOAL et al., 2010).

Frente ao quadro de dor dentária, 90,9% dos pacientes infantis receberam algum tipo de medicamento para tratar o sintoma, sendo que, em 56% dos casos, observou-se ocorrência de automedicação. Outros estudos, como o de Pereira et al. (2007) e Beckhauser et al. (2010), também mostram a automedicação como uma prática comum, frente a diversas situações clínicas, realizada pelos responsáveis das crianças.

O emprego mais frequente de paracetamol (em 64% dos casos) para o tratamento de dor dentária encontra respaldo na literatura. Devido a sua maior segurança, com um perfil mais favorável de efeitos adversos, este costuma ser o analgésico de primeira escolha e o mais indicado por profissionais (BETTEGA et al., 2012; WANNMACHER; FERREIRA, 2007). Possivelmente, o fato de ser comumente receitado por pediatras, na área médica e odontológica, seja o motivo de sua popularidade, visto que, como constatado no presente estudo, a seleção do fármaco para tratar a dor de dente foi baseada principalmente em indicações médicas/odontológicas em episódios anteriores. As sobras de medicamentos foram a principal forma de obtenção relatada pelos entrevistados. Esta constatação também pode estar relacionada com o fato de serem as indicações anteriores a principal base para a seleção do fármaco. Outro fator de influência importante nesse resultado são os estoques de medicamentos, também chamados de “farmácias domiciliares”, que tornam a automedicação uma realidade habitual no cotidiano dos indivíduos (MATOS, 2005).

É importante ressaltar, ainda, que alguns dos medicamentos citados – como antimicrobianos, por exemplo – não têm eficácia analgésica, o que evidencia a falta de conhecimento ou a confusão das pessoas na compreensão do real efeito do fármaco. Este é dado que preocupa, pois as crianças estão sendo expostas aos efeitos adversos de fármacos ineficazes para a condição em questão. Há o risco e não há qualquer benefício. Além disso, no caso específico dos antimicrobianos, o risco se estende à comunidade, devido ao desenvolvimento de resistência antimicrobiana populacional.

Quanto à infecção dentária, observou-se uma menor prevalência, mas, ainda assim, houve uma alta frequência de uso de medicamentos no seu manejo, sendo que, em muitos casos, de modo incorreto.

Observou-se que a infecção dentária foi um quadro menos comum que a dor dentária, aparecendo em 28,7% dos pacientes estudados. Destes, 83,7% relataram ter utilizado algum tipo de medicamento dos quais em 45,7% das ocorrências, se tratavam de antimicrobianos. Nos 54,3% dos casos restantes, foram utilizados analgésicos e anti-inflamatórios, medicamentos apenas sintomáticos e que não estão diretamente relacionados com o tratamento da infecção dentária.

Os dados de literatura sugerem que a infecção, apesar de ser um quadro que pode trazer maiores riscos, por conta de complicações e eventual mortalidade, nem sempre necessita de tratamento antimicrobiano. Caso o paciente não apresente manifestações de comprometimento sistêmico ou local importante ou não seja imunocomprometido, a remoção da causa (por exemplo, tratamento endodôntico ou exodontia) é o tratamento definitivo, sem necessitar de antibioticoterapia (HAYASHI, 2005?). O uso de analgésicos é apropriado, mas o uso de anti-inflamatórios não se justifica, já que a resposta inflamatória se deve à invasão tecidual pelos microrganismos e, ao tratar especificamente o quadro infeccioso, se está reduzindo concomitantemente as manifestações inflamatórias. Logo, deve-se tratar a causa e não a consequência da infecção, que é a resposta inflamatória. Sendo assim, no presente estudo, a alta frequência de uso de antimicrobianos e anti-inflamatórios deve ser vista com preocupação.

Os medicamentos mais comumente relatados como tendo sido empregados no tratamento de infecção dentária foram amoxicilina (34,8%) e paracetamol (32,6%). Entende-se o emprego de paracetamol, fármaco com estabelecida eficácia analgésica e antitérmica, para o manejo da dor e eventualmente da febre associada aos processos infecciosos. No entanto, seu uso deve ser visto com cuidado, pois muitas vezes, ao tentar reduzir a dor e a febre da criança, o responsável está, de fato, retardando a busca de atendimento e piorando o quadro clínico vigente.

Dentre os antimicrobianos relatados, a alta frequência de utilização de amoxicilina já era esperada, visto que, por conta de sua eficácia, baixa toxicidade, efeitos colaterais mais toleráveis e menor custo, as penicilinas são consideradas medicamentos de primeira escolha neste tipo de situação (HAYASHI, 2005?; WANNMACHER; FERREIRA, 2007).

No que diz respeito ao uso ser associado a prescrição ou automedicação, observou-se que a maior parte dos medicamentos empregados na presença de infecção foi receitada por um profissional de saúde – 78,3%. Já a automedicação foi



observada em 21,7% das ocorrências. Esse valor é bastante expressivo, uma vez que, para tratar infecção, eventualmente são utilizados antimicrobianos, medicamentos estes que necessitam de receita prévia para a sua compra. O que provavelmente está influenciando a considerável ocorrência de automedicação, como citado anteriormente, é a alta frequência de utilização do paracetamol, o qual não necessita de receita profissional.

Quanto à febre, observou-se uma alta prevalência desse sinal e um emprego exagerado de medicamentos para o seu manejo, embora o medicamento de maior uso, o paracetamol, seja, de fato, o fármaco de escolha para esta situação.

A febre, como descrito na literatura (BRICKS, 2006; ALVES et al., 2007; SULLIVAN; FARRAR, 2011), mostrou-se bastante comum na amostra do presente trabalho. Das 150 crianças estudadas, 149 (99,3%) já haviam apresentado este sinal alguma vez na vida. Para todas estas foram utilizados medicamentos, o que evidencia a percepção equivocada dos responsáveis, que habitualmente consideram a febre algo perigoso e que necessita de tratamento imediato. Observou-se que, em 75,1% das ocorrências, os responsáveis ofereceram medicamentos frente a temperaturas menores ou iguais a 38°C. Os dados aqui encontrados corroboram com o que está descrito em outros estudos. Estes apontam que a grande maioria dos pais acredita que a febre pode ter efeitos danosos, sendo este comportamento reforçado por pediatras, que, frequentemente, prescrevem antipiréticos frente a temperaturas inferiores a 38°C (BLANK, 2011).

O paracetamol, a exemplo do que foi observado no tratamento de dor dentária, foi o medicamento mais utilizado no tratamento da febre (54,9%), seguido por ibuprofeno (16,4%) e dipirona (13,1%). A popularidade do paracetamol pode ser explicada por conta de sua eficácia e menor propensão a riscos. Já a considerável frequência do ibuprofeno e da dipirona provavelmente deva-se ao hábito ainda existente de alguns médicos de intercalar esses medicamentos com paracetamol. No entanto, ainda que a terapia combinada se mostre eficiente na manutenção da temperatura corporal adequada, por um maior período de tempo, não existem estudos que comprovem a segurança dessa prática (SULLIVAN; FARRAR, 2011). Outros medicamentos que foram citados, como, por exemplo, antimicrobianos, antialérgicos e medicamentos para tratar broncoespasmos, não têm eficácia antipirética, mostrando novamente a confusão dos responsáveis quanto à real indicação dos fármacos.

Em relação à origem da indicação dos fármacos utilizados para o tratamento da febre, em 52,6% dos casos, o medicamento foi receitado por um profissional de saúde. Isto mostra, mais uma vez, a excessiva preocupação dos responsáveis, que frente ao sinal de febre, recorrem ao serviço médico para a resolução do quadro apresentado com maior frequência. Já no que se refere aos pacientes que foram automedicados, 63,4% dos responsáveis se basearam em indicação médica ou odontológica anterior, para selecionar o fármaco utilizado. Esta conduta é, no entanto, inadequada, pois pode propiciar o mascaramento de sinais e sintomas e o agravamento de doenças. A febre nada mais é do que uma resposta fisiológica do organismo a uma agressão. Sendo assim, a escolha do tratamento deve levar em consideração não somente este sinal clínico, mas principalmente a agressão que está causando esta resposta (SULLIVAN; FARRAR, 2011). Dessa forma, não existe um tratamento padrão frente ao quadro de febre, mas, sim, condutas adequadas a cada diferente situação.

Como considerações adicionais, é importante ressaltar que, nos casos de dor e infecção dentária, uma grande parte dos medicamentos administrados às crianças foi obtida por receita médica. No caso da dor dentária, 12,6% das receitas foram feitas por médicos, enquanto que, na infecção dentária, 19,6% das receitas partiram destes mesmos profissionais. Isso possivelmente está ligado ao fato de que muitas unidades básicas de saúde não possuem um cirurgião-dentista atuante na equipe. O acesso da população de Porto Alegre a serviços odontológicos básicos ainda é insuficiente. Segundo dados da Prefeitura de Porto Alegre, em 2009, a cobertura de cirurgiões-dentistas atuando na atenção básica era de 53,1% (PORTO ALEGRE, 2010). Dessa forma, os pacientes acabam tendo que consultar um médico para a resolução de problemas odontológicos, recebendo, assim, um tratamento paliativo, uma vez que esses profissionais não estão aptos a proporcionar um correto diagnóstico, tampouco realizar a conduta preconizada a cada caso.

Quanto à origem do medicamento, observamos dois comportamentos distintos. Primeiramente, nos casos de dor dentária e de febre, sinais normalmente tratados com medicamentos populares e que não necessitam de receita, a maior parte dos fármacos foi obtida a partir de sobras (42,3%, no caso de dor dentária, e 37,1%, no caso de febre). Por outro lado, no tratamento de infecção, o fato de os antimicrobianos necessitarem de receita prévia, segundo Resolução RDC N° 20, de maio de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde

(ANVISA/MS), possivelmente fez com que as farmácias e UBS fossem as fontes mais citadas para a aquisição de medicamentos (com frequências de 45,7% e 39,1% respectivamente).

Por fim, cabe colocar que uma limitação importante do presente estudo é o chamado viés de memória. Como as questões abordam a presença de dor, febre ou infecção alguma vez na vida das crianças e a conduta que foi adotada pelos responsáveis nestas situações, há necessidade de contar com a memória do entrevistado para a obtenção das respostas. Quanto mais distantes no tempo estes eventos estiverem, mais sujeitos ao esquecimento estão. Paralelamente, quanto maior for a idade da criança, maior é a possibilidade da ocorrência desses eventos e, portanto, maior é a sua frequência, assim como maior é a probabilidade de o responsável ter recorrido a distintas condutas. No entanto, pode citar apenas uma delas – a mais recente, a que mais lembra (por alguma razão) ou a mais comum. Além disso, o entrevistado no momento da pesquisa poderia não ser a pessoa que tratou da dor, da febre e da infecção da criança. Embora, na maior parte dos casos, os respondentes serem as mães, outros responsáveis estavam com as crianças no momento do atendimento e foram eles que responderam ao questionário da pesquisa. E o fato de ter sido a mãe a pessoa entrevistada, também não implica em que, necessariamente, ela tinha sido a pessoa que estava presente no momento em que a criança foi medicada em casa, na escola ou em outro local. Outra limitação é o fato de algumas perguntas terem sido abertas, dificultando a categorização das respostas. Como se tratavam de entrevistados com diferentes graus de escolaridade, algumas vezes as respostas eram incompletas e confusas para interpretação. Um exemplo disso foi a questão sobre a conduta adotada frente à situação clínica em estudo – dor dentária, infecção dentária ou febre. Ao respondê-la, alguns entrevistados apresentaram respostas confusas e não condizentes com aquelas apresentadas em outras partes do questionário. Dessa forma, observaram-se algumas inconsistências entre dados de conduta e de automedicação, por exemplo.

Dessa forma, observou-se que crianças atendidas em um serviço universitário odontológico estavam expostas ao uso prévio frequente de medicamentos para tratamento de dor, febre e infecção, sendo que muitos destes medicamentos foram empregados sem prescrição. Os dados apontam para um uso não racional de medicamentos por parte dos responsáveis pelas crianças, o que é preocupante.

## 6 CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos neste presente trabalho, concluiu-se que:

- Automedicação foi frequente, sobretudo no quadro de dor dentária.
- Dentre os fatores motivadores para a utilização de automedicação, a indicação médica ou odontológica, em episódios anteriores, foi a mais citada pelos responsáveis dos pacientes.
- O medicamento mais utilizado, visando o alívio de dor dentária e febre, foi o paracetamol em 64% e 54,9% das ocorrências, respectivamente.
- Os medicamentos mais utilizados nos casos de infecção dentária foram a amoxicilina (34,8%) e o paracetamol (32,6%).
- A obtenção dos medicamentos foi realizada, em sua maioria, por meio de sobras de medicamentos, nos casos de dor dentária e febre; a farmácia foi o local de origem da maioria dos medicamentos para o tratamento de infecção dentária.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução – RDC nº 20, de 5 de maio de 2011**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?jornal=...>> Acesso em: 20 mai. 2013.
- ALVES, J.G.B. et al. Dipyrrone and acetaminophen: correct dosing by parents? **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 125, no. 1, p. 57-59, 2007.
- AQUINO, D.S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 733-736, 2008.
- BECKHAUSER, G.C. et al. Utilização de medicamentos na Pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 262-268, 2010.
- BETTEGA, P.V.C. et al. Os medicamentos e a Odontopediatria. **Jornal ILAPEO**, Curitiba, v. 06, n. 1, p. 20-22, 2012.
- BLANK, D. Uso de antitêrmicos: quando, como e por quê. **Residência Pediátrica**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 31-36, 2011.
- BORTOLON, P.C. et al. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1219-1226, 2008.
- BRICKS, L.F. Tratamento da febre em crianças. **Revista Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 155-158, 2006.
- BRUNDTLAND, G.H. Global partnerships for health. **WHO Drug Information**, Geneva, v. 13, no. 2, p. 61-64, 1999.
- CASTILHO, L.S.; PAIXÃO, H.H.; PERINI, E. Prescrição de medicamentos de uso sistêmico por cirurgiões-dentistas, clínicos gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 287-294, 1999.
- CASTRO, C.G.S.O. **Estudos de utilização de medicamentos**: noções básicas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 92 p.
- CELLA, E.; ALMEIDA, R.B. Automedicação: enfoque pediátrico. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v.5, n. 1, p. 72-86, 2012.
- COSTELLOE, C. et al. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. **BMJ**, London, v. 340, 2010. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/340/bmj.c2096>>. Acesso em: 10 mar. 2013.
- FARHAT, C.K. Febre: antitêrmicos mais indicados e posologia recomendada. In: SIH, Tania (Coord.). **IV Manual de otorrinolaringologia pediátrica da IAPO**. Guarulhos: Lis, c2005. p. 40-42.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINTOX). **Casos registrados de intoxicação e/ou envenenamento**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/sintox\\_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=319](http://www.fiocruz.br/sintox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=319)>. Acesso em: 17 nov. 2012.

FUNDO DE NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Cuidados Primários de Saúde**. Brasil, 1979. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

GOULART, I.C. et al. Automedicação em menores de cinco anos em municípios do Pará e Piauí: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 2, p. 165-172, 2012.

GUÊNES, G.M.T. et al. Investigação da automedicação em odontologia pelos pacientes que procuram os serviços odontológicos dos centros de saúde municipais da cidade de Campina Grande – PB. **International Journal of Dentistry**, Cairo, v. 2, n. 1, p. 211-215, 2003.

HACK-COMUNELLO, S.M. et al. Dor dental e condição socio-econômica: um estudo censitário em escolares. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 8, n. 1, p. 63-67, 2008.

HAYASHI, G. Cuidados na utilização da antibioticoterapia no tratamento das infecções odontogênicas. [S.l. ; s.n.], [2005?]. Disponível em: <<http://www.botelho.odo.br/artigo8.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2013.

INSTITUTO METHODUS. **Hábitos de compra e uso de medicamentos**. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.institutomethodus.com.br/>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

INTERNACIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. **Statement of principle self-care including self-medication**: the professional role of the pharmacist. Netherlands, 1996.

KIKWILU, E.M. et al. Prevalence of oral pain and barriers to use of emergency oral care facilities among adult Tanzanians. **BMC Oral Health**, London, v.8, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2564914/>>. Acesso em: 24 abr. 2013.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. **Manging drug supply**. 2. ed. Connecticut: Kumarian Press, 1997.

MATOS, M.C.A. **Automedicação**. [Porto, Portugal], 2005. 18f. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0048.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2013.

MAZZILLI, L.E.N. **Urgência odontológica e prevalência da automedicação na população economicamente ativa de uma micro-área da cidade de São Paulo**. 2008. 143f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MOHANNA, M. Self-medication with Antibiotic in Children in Sana'a City, Iemen. **Omam Medical Journal**, Omam, v. 25, no. 1, p. 41-43, 2010.

OLIVEIRA, E.A. et al. Uso de medicamentos do nascimento aos dois anos: coorte de nascimentos de Pelotas, RS, 2004. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 591-600, 2010.

PASCHOAL, M.A.B. et al. Perfil de tratamento de urgência de crianças de 0 a 12 anos de idade, atendidas no Serviço de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. **Revista Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v. 9, n. 3, p. 243-247, 2010.

PFÄFFENBACH, G. Automedicação em crianças: um problema de saúde pública. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 260-261, 2010.

PORTO ALEGRE. PREFEITURA MUNICIPAL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano municipal de saúde 2010-2013**. Porto Alegre, 2010. 495 p. Disponível em: <[http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/pms.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2013.

SKLIROS, E. et al. Self-medication with antibiotics in rural population in Greece: a cross-sectional multicenter study. **BMC Family Practice**, London, v. 11, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/58>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE VIGILÂNCIA EM MEDICAMENTOS. **O que é uso racional de medicamentos?** São Paulo, p. 51-52, 2001. Acción Internacional para la salud – América Latina y el Caribe.

SULLIVAN, J.E.; FARRAR, H.C. Fever and Antipyretic use in children. **Pediatrics**, Illinois, v. 127, no. 3, p.580-587, 2011.

TOURINHO, F.S.V. et al. Farmácias domiciliares e sua relação com a automedicação em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, p. 416-422, 2008.

URBANO, A.Z.R. et al. Automedicação infantil: o uso indiscriminado de medicamentos nas cidades de Santos e São Vicente. **Revista Ceciliana**, Santos, v. 2, n. 2, p. 6-8, 2010.

WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C. **Farmacologia clínica para dentistas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 558 p.

WANING, B; MONTAGNE, M. **Pharmacoepidemiology: principles and practice**. United States of America: Mc Graw Hill, 2001. 209 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Introduction to drug utilization research**. Geneva, 2003. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4876e/>>. Acesso em: 02 mai. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The rational use of drugs:** report of the conference of experts. Geneva, 1985. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines>>. Acesso em: 17 nov. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The role of the pharmacist in self-care and self-medication.** [S.l.], 1998. 17p. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip32e/whozip32e.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the 12th expert committee on the selection and use of essential medicines.** Geneva, 2002. 126p. Technical report series no. 914. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4875e/s4875e.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2013.



**APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Nome do estudo:** Automedicação em pacientes atendidos na Clínica Odontológica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Instituição:** Clínica Infanto-Juvenil - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Pesquisadores:** Prof. Dr. Luciano Casagrande – Fone: 3308 5493 / 9508 7447

Acadêmica Bruna Roese de Lima – Fone: 93233419

Nº entrevista: |\_|\_|\_|

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

Estamos realizando um estudo a respeito da utilização de medicamentos pelos pacientes atendidos na Disciplina de Clínica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Desejamos, com este estudo, saber quais medicamentos esses pacientes estão utilizando.

Se aceitar participar, o(a) Sr(a) irá responder a um questionário sobre os medicamentos que, eventualmente, seu filho usou nos últimos meses ou está utilizando atualmente.

O(A) Sr(a) precisará disponibilizar um tempo para responder às questões propostas.

O(A) Sr(a) poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento. O atendimento ao(a) seu(sua) filho(a) não sofrerá qualquer alteração se o(a) Sr(a) decidir não participar ou desistir da participação após a entrevista iniciada.

Todas as informações obtidas no presente estudo poderão ser publicadas com objetivo científico de forma anônima, ou seja, sem divulgação dos nomes dos envolvidos.

Esse trabalho foi analisado pelo Comitê de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS e está vinculado e sob a supervisão do Comitê de Ética da mesma Universidade.

Declaro ter lido (ou que me foi lido) e compreendido de forma integral as informações citadas acima, antes de assinar este termo. Foi-me dada ampla oportunidade de realizar questionamentos, esclarecendo minhas dúvidas. Por meio deste termo de consentimento, tomo parte, voluntariamente, do presente estudo.

---

Assinatura do entrevistado

---

Assinatura da testemunha

---

Pesquisador responsável

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

**ATENÇÃO:**

- Esse termo de consentimento será impresso em duas cópias, sendo uma de propriedade do participante da pesquisa e outra de propriedade dos pesquisadores.
- A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa UFRGS, localizado na Av. Paulo Gama, 110, 7º andar, em Porto Alegre/RS (CEP: 90040-060), com E-mail: pro-reitoria@propesq.ufrgs.br e Fone: (51) 3308.4085.
- Faculdade de Odontologia UFRGS - Telefone: 55 51 3308-5010

**APÊNDICE 2 – FICHA DE COLETA DE DADOS****FICHA DE COLETA DE DADOS**

Nº entrevista: |\_|\_|\_|

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Peso corporal do paciente: \_\_\_\_\_

1. Data de nascimento do paciente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. Gênero do paciente: ( ) Masculino ( ) Feminino

3. Parentesco do responsável em relação ao paciente:

( ) Mãe ( ) Pai ( ) Tio/Tia ( ) Avô/Avó ( ) Outro: \_\_\_\_\_

4. Gênero do responsável pelo paciente: ( ) Masculino ( ) Feminino

5. Data de nascimento do responsável pelo paciente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

6. Escolaridade do responsável pelo paciente:

( ) Analfabeto

( ) Ensino Fundamental Incompleto

( ) Ensino Fundamental Completo

( ) Ensino Médio Incompleto

( ) Ensino Médio Completo

( ) Ensino Superior Incompleto

( ) Ensino Superior Completo

7. O(A) seu(sua) filho(a) sofre ou já sofreu de (tem ou já teve) dor de dente alguma vez em sua vida? ( ) Sim ( ) Não

8. Se sim, quando foi a última vez? (Colocar a resposta do responsável, de modo a, futuramente, criar categorias, como “dor no momento”, “dor na última

semana”, “dor há mais de uma semana, mas dentro do último mês”, “dor ocorreu há mais de um mês, mas dentro do último ano” etc.).

---

---

9. Se sim no item 8, o que o(a) Sr(a) fez/faz para diminuir a dor de seu(sua) filho(a) nesse(s) caso(s) (em todas as vezes que isto ocorreu)?

---

---

10. Se sim no item 8, o que o(a) Sr(a) fez na última vez em que isto ocorreu (especificar a última conduta adotada)?

---

---

11. O(a) Sr(a) já ofereceu ao(a) seu(sua) filho(a) algum medicamento/remédio para tratar a dor de dente de seu(sua) filho(a)?  Sim  Não

12. Se sim, quantos e quais?

---

---

13. Se sim no item 11, esse(s) medicamento(s) foi(foram) receitado(s) por algum médico ou dentista? (Essa questão deve ser respondida para cada medicamento mencionado no item 11).

MEDICAMENTO 1:  Sim, por um dentista.  Sim, por um médico.  Não, não havia receita.

Se não foi receitado por médico ou dentista, como ficou sabendo que poderia ter efeito sobre a dor de dente do(a) seu(sua) filho(a)?

---

---

Qual foi a sua origem? ( ) Farmácia ( ) Unidade Básica de Saúde ( ) Sobras de medicamentos de tratamentos anteriores ( ) Outro:

---

MEDICAMENTO 2: ( ) Sim, por um dentista. ( ) Sim, por um médico. ( ) Não, não havia receita.

Se não foi receitado por médico ou dentista, como ficou sabendo que poderia ter efeito sobre a dor de dente do(a) seu(sua) filho(a)?

---

---

Qual foi a sua origem? ( ) Farmácia ( ) Unidade Básica de Saúde ( ) Sobras de medicamentos de tratamentos anteriores ( ) Outro:

---

MEDICAMENTO 3: ( ) Sim, por um dentista. ( ) Sim, por um médico. ( ) Não, não havia receita.

Se não foi receitado por médico ou dentista, como ficou sabendo que poderia ter efeito sobre a dor de dente do(a) seu(sua) filho(a)?

---

---

Qual foi a sua origem? ( ) Farmácia ( ) Unidade Básica de Saúde ( ) Sobras de medicamentos de tratamentos anteriores ( ) Outro:

---

MEDICAMENTO 4: ( ) Sim, por um dentista. ( ) Sim, por um médico. ( ) Não, não havia receita.

Se não foi receitado por médico ou dentista, como ficou sabendo que poderia ter efeito sobre a dor de dente do(a) seu(sua) filho(a)?

---

---

Qual foi a sua origem? ( ) Farmácia ( ) Unidade Básica de Saúde ( ) Sobras de medicamentos de tratamentos anteriores ( ) Outro:

---

MEDICAMENTO 5: ( ) Sim, por um dentista. ( ) Sim, por um médico. ( ) Não, não havia receita.

Se não foi receitado por médico ou dentista, como ficou sabendo que poderia ter efeito sobre a dor de dente do(a) seu(sua) filho(a)?

---



---

Qual foi a sua origem? ( ) Farmácia ( ) Unidade Básica de Saúde ( ) Sobras de medicamentos de tratamentos anteriores ( ) Outro:

---

14. Como cada um desses medicamentos foi utilizado? (Dose/quantidade e via de administração).

MEDICAMENTO 1:

---

MEDICAMENTO 2:

---

MEDICAMENTO 3:

---

MEDICAMENTO 4:

---

MEDICAMENTO 5:

---

15. De quanto em quanto tempo o medicamento foi utilizado? (intervalo de administração).

MEDICAMENTO 1:

---

MEDICAMENTO 2:

---

MEDICAMENTO 3:

---

MEDICAMENTO 4:

---

MEDICAMENTO 5:

---

MEDICAMENTO 5:

16. Durante quanto tempo esse medicamento foi ou está sendo utilizado?

MEDICAMENTO 1:

---

MEDICAMENTO 2:

---

MEDICAMENTO 3:

---

MEDICAMENTO 4:

---

MEDICAMENTO 5:

17. Foi observado alívio da dor com o uso desse medicamento?

MEDICAMENTO 1: ( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte

MEDICAMENTO 2: ( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte

MEDICAMENTO 3: ( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte

MEDICAMENTO 4: ( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte

MEDICAMENTO 5: ( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte

18. O(A) seu(sua) filho(a) tem ou já teve infecção no dente alguma vez em sua vida? ( ) Sim ( ) Não

19. Se sim, quando foi a última vez? (Colocar a resposta do responsável, de modo a, futuramente, criar categorias)

---

---

20. Se sim no item 18, o que o(a) Sr(a) fez/faz para tratar a infecção de seu(sua) filho(a) nesse(s) caso(s) (em todas as vezes que isto ocorreu)?

---

---

21. Se sim no item 18, o que o(a) Sr(a) fez na última vez em que isto ocorreu (especificar a última conduta adotada)?

---

---

22. O(a) Sr(a) já ofereceu ao(a) seu(sua) filho(a) algum medicamento/remédio para tratar a infecção do dente de seu(sua) filho(a)? ( ) Sim ( ) Não

23. Se sim, quantos e quais?

---

---

24. Se sim no item 22, esse(s) medicamento(s) foi(foram) receitado(s) por algum médico ou dentista? (Essa questão deve ser respondida para cada medicamento mencionado no item 23).

MEDICAMENTO 1: ( ) Sim, por um dentista. ( ) Sim, por um médico. ( ) Não, não havia receita.

Se não foi receitado por médico ou dentista, como ficou sabendo que poderia ter efeito sobre a infecção de dente do(a) seu(sua) filho(a)?

---

---

Qual foi a sua origem? ( ) Farmácia ( ) Unidade Básica de Saúde ( ) Sobras de medicamentos de tratamentos anteriores ( ) Outro:

---



MEDICAMENTO 2: ( ) Sim, por um dentista. ( ) Sim, por um médico. ( ) Não, não havia receita.

Se não foi receitado por médico ou dentista, como ficou sabendo que poderia ter efeito sobre a infecção de dente do(a) seu(sua) filho(a)?

---



---

Qual foi a sua origem? ( ) Farmácia ( ) Unidade Básica de Saúde ( ) Sobras de medicamentos de tratamentos anteriores ( ) Outro:

---

MEDICAMENTO 3: ( ) Sim, por um dentista. ( ) Sim, por um médico. ( ) Não, não havia receita.

Se não foi receitado por médico ou dentista, como ficou sabendo que poderia ter efeito sobre a infecção de dente do(a) seu(sua) filho(a)?

---



---

Qual foi a sua origem? ( ) Farmácia ( ) Unidade Básica de Saúde ( ) Sobras de medicamentos de tratamentos anteriores ( ) Outro:

---

25. O(A) seu(sua) filho(a) tem ou já teve febre alguma vez em sua vida?  
( ) Sim ( ) Não

26. Se sim, quando foi a última vez? (Colocar a resposta do responsável, de modo a, futuramente, criar categorias)

---



---

27. Se sim no item 25, o que o(a) Sr(a) fez/faz para diminuir a febre de seu(sua) filho(a) nesse(s) caso(s) (em todas as vezes que isto ocorreu)?

---



---

28. Se sim no item 25, o que o(a) Sr(a) fez na última vez em que isto ocorreu (especificar a última conduta adotada)?

---



---

29. O(a) Sr(a) já ofereceu ao(a) seu(sua) filho(a) algum medicamento/remédio para tratar a febre de seu(sua) filho(a)?  Sim  Não

30. Se sim, quantos e quais?

---



---

31. Se sim no item 29, esse(s) medicamento(s) foi(foram) receitado(s) por algum médico ou dentista? (Essa questão deve ser respondida para cada medicamento mencionado no item 29).

MEDICAMENTO 1:  Sim, por um dentista.  Sim, por um médico.  Não, não havia receita.

Se não foi receitado por médico ou dentista, como ficou sabendo que poderia ter efeito sobre a febre do(a) seu(sua) filho(a)?

---



---

Qual foi a sua origem?  Farmácia  Unidade Básica de Saúde  Sobras de medicamentos de tratamentos anteriores  Outro:

---

MEDICAMENTO 2:  Sim, por um dentista.  Sim, por um médico.  Não, não havia receita.

Se não foi receitado por médico ou dentista, como ficou sabendo que poderia ter efeito sobre a febre do(a) seu(sua) filho(a)?

---



---

Qual foi a sua origem? ( ) Farmácia ( ) Unidade Básica de Saúde ( ) Sobras de medicamentos de tratamentos anteriores ( ) Outro:

---

MEDICAMENTO 3: ( ) Sim, por um dentista. ( ) Sim, por um médico. ( ) Não, não havia receita.

Se não foi receitado por médico ou dentista, como ficou sabendo que poderia ter efeito sobre a febre do(a) seu(sua) filho(a)?

---



---

Qual foi a sua origem? ( ) Farmácia ( ) Unidade Básica de Saúde ( ) Sobras de medicamentos de tratamentos anteriores ( ) Outro:

---

32. Como cada um desses medicamentos foi utilizado? (Dose/quantidade e via de administração).

MEDICAMENTO 1:

---

MEDICAMENTO 2:

---

MEDICAMENTO 3:

---

33. De quanto em quanto tempo o medicamento foi utilizado? (intervalo de administração).

MEDICAMENTO 1:

---

MEDICAMENTO 2:

---

MEDICAMENTO 3:

---

34. A partir de qual ou com que temperatura corporal esse medicamento foi ou está sendo utilizado?

MEDICAMENTO 1:

---

MEDICAMENTO 2:

---

MEDICAMENTO 3:

---

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFRGS



**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Faculdade de Odontologia**

### PARECER CONSUBSTÂNCIADO DA COMISSÃO DE PESQUISA

Parecer aprovado em reunião do dia 07 de Dezembro de 2012

ATA nº 07/2012.

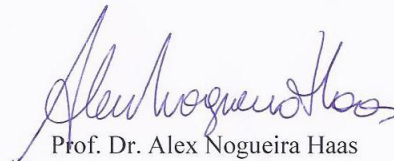
**A Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul após análise aprovou o projeto abaixo citado com o seguinte parecer:**

Será realizado estudo observacional, do tipo transversal analítico. Será aplicado questionário estruturado aos responsáveis de pacientes que procurarem atendimento no ambulatório de Clínica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da UFRGS, na primeira quinzena de abril do ano de 2013. Serão analisados: (a) idade do paciente e do responsável; (b) grau de parentesco do responsável com o paciente; (c) grau de escolaridade de mãe ou responsável; (d) medicamentos empregados pelo paciente previamente ao atendimento, por motivos odontológicos; (e) origem desses medicamentos; (f) doses, vias, intervalos e duração de utilização dos mesmos; (g) medicamentos empregados pelo paciente previamente ao atendimento, por outros motivos. Será avaliada amostra de conveniência, estando prevista a coleta de dados de 360 pacientes. O projeto possui impacto e mérito científicos, estando adequadamente delimitado.

**PROJETO: Nº 24107 - AUTOMEDICAÇÃO EM PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL: LUCIANO CASAGRANDE**

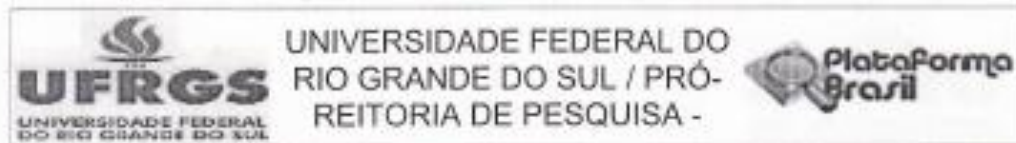
Porto Alegre, 07 de Dezembro de 2012.

  
 Prof. Dr. Alex Nogueira Haas  
 Coordenador da

Comissão de Pesquisa ODONTOLOGIA UFRGS

**Prof. Alex Haas**  
 Coordenador COMPEAQ  
 Faculdade de Odontologia - UFRGS

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AUTOMEDICAÇÃO EM PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**Pesquisador:** Luciano Casagrande

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 12442913.9.0000.5347

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/COMITÊ DE ÉTICA EM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 214.548

**Data da Relatoria:** 07/02/2013

#### Apresentação do Projeto:

Embora existam alguns dados na literatura a respeito da prática de automedicação para crianças, tal assunto ainda é pouco explorado, sobretudo na área odontológica. O objetivo deste trabalho é realizar levantamento a respeito do padrão de automedicação para pacientes infanto-juvenis, atendidos em ambulatório odontológico vinculado a serviço universitário. Será realizado estudo observacional, do tipo transversal analítico. Será

aplicado questionário estruturado aos responsáveis de pacientes que procurarem atendimento no ambulatório de Clínica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da UFRGS, na primeira quinzena de abril do ano de 2013. Serão analisados: (a) idade do paciente e do responsável; (b) grau de parentesco do responsável com o paciente; (c) grau de escolaridade de mãe ou responsável; (d) medicamentos empregados pelo paciente

previamente ao atendimento, por motivos odontológicos; (e) origem desses medicamentos; (f) doses, vias, intervalos e duração de utilização dos mesmos; (g) medicamentos empregados pelo paciente previamente ao atendimento, por outros motivos. Será avaliada amostra de conveniência, estando prevista a coleta de dados de 360 pacientes. As informações obtidas serão reunidas e codificadas em banco de dados específico. Serão feitas análises estatísticas para avaliação de associações entre parâmetros de automedicação e parâmetros sócio-demográficos.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farroupilha CEP: 91.040-000  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3732 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-  
REITORIA DE PESQUISA -



**Objetivo da Pesquisa:**

Realizar levantamento sobre a prática da automedicação para pacientes infanto-juvenis atendidos na Clínica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Estão apresentados de forma adequada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo possui mérito científico. O objeto de estudo está embasado na literatura apresentada. Cronograma e orçamento estão adequados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O estudo apresenta todos os termos obrigatórios necessários.

**Recomendações:**

O projeto está em condições de aprovação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto está em condições de aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

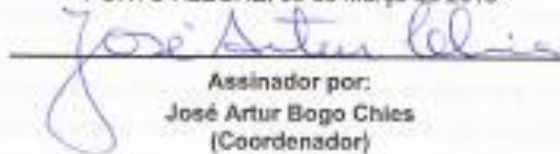
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Encaminha-se.

PORTO ALEGRE, 08 de Março de 2013

  
Assinador por:  
José Artur Bogo Chies  
(Coordenador)

CAAE: 12442313.9.0000.5347

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro  
Bairro: Fátima CEP: 91.040-060  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: [etica@propeq.ufrgs.br](mailto:etica@propeq.ufrgs.br)