



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

**GUINThER FELIX MARMITT**

**Prescrição de Medicamentos para Tratamento da Dor por Cirurgiões-Dentistas**  
**Vinculados a uma Faculdade de Odontologia**

**PORTO ALEGRE, RS**

**2010**



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

**GUINThER FELIX MARMITT**

Prescrição de Medicamentos para Tratamento da Dor por Cirurgiões-Dentistas  
Vinculados a uma Faculdade de Odontologia

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Beatriz Cardoso Ferreira

PORTO ALEGRE, RS

2010

## **AGRADECIMENTOS**

À Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela oportunidade de realizar este trabalho, pelas experiências e vivências na instituição e, acima de tudo, pelos verdadeiros amigos encontrados e que jamais serão perdidos.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Beatriz Cardoso Ferreira, educadora dedicada e incentivadora, amiga paciente e querida, conselheira sábia e gentil.

Aos meus familiares, pelo amor e carinho que sempre me dedicaram, pela educação fornecida e pela liberdade nunca reprimida e sempre incentivada.

À minha namorada, Mariana, pelo estímulo e compreensão.

## RESUMO

Dor é problema comum a todas as áreas da Odontologia. Infecções dentais, cáries, doença periodontal, aparelhos ortodônticos, dentaduras mal adaptadas ou outras doenças das estruturas orais causam dor.

Dessa forma, fazem-se necessários estudos que enfoquem o nível de conhecimento do cirurgião-dentista em relação aos medicamentos que prescreve e seu padrão de prescrição, como forma de avaliar sua contribuição para o uso racional de medicamentos.

O presente trabalho trata-se de um levantamento sobre a prescrição de medicamentos para tratamento da dor entre cirurgiões-dentistas vinculados a um ambiente universitário, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Partiu-se da ideia de que serão estes os principais profissionais a contribuir para a disseminação de conhecimentos sobre terapêuticas medicamentosas entre seus colegas e pacientes. Para tal, foi realizado estudo observacional transversal, por meio de questionários enviados a cirurgiões-dentistas que estão vinculados à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Na amostra estudada, houve predomínio de mulheres, com idade média de 32 anos. A maior parte concluiu o Curso de Graduação há quatro anos ou menos (44%). Os medicamentos mais prescritos em casos previstos de dores leves a moderadas foram paracetamol e ibuprofeno. Para dores moderadas a intensas foram a associação de paracetamol e codeína (Tylex®) e o cetorolaco (Toragesic®). A origem de seus conhecimentos farmacológicos são os conteúdos de disciplinas de graduação e/ou pós-graduação (47%) e o estudo por interesse próprio (26%). A influência da propaganda sobre a prescrição de medicamentos se verifica nas respostas dos entrevistados que se dizem deixar influenciar (48%) ou no relato dos mesmos sobre seus colegas que se deixam influenciar (95%). Observou-se, ainda, que o registro da prescrição no prontuário do paciente não foi feito rotineiramente em 16% da amostra.

Concluiu-se que a prescrição medicamentosa para tratamentos analgésicos na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul está adequada. Assim como o registro da prescrição medicamentosa nos prontuários, o fornecimento da prescrição medicamentosa por escrito e o uso da nomenclatura genérica estão.

## SUMÁRIO

Lista de gráficos	08
Lista de tabelas	10
Revisão de literatura	11
1. Uso Racional de Medicamentos	11
2. Prescrição de Medicamentos	13
3. Dor em Odontologia	17
3.1. Conceito da Dor	17
3.2. Tratamento da Dor	17
3.3. Uso Racional de Medicamentos no Tratamento de Dores Em Odontologia	20
4. Fontes de Informação Farmacológica e Padrão de Prescrição Medicamentosa em Odontologia	22
Objetivos	25
1. Objetivo Geral	25
2. Objetivos Específicos	25
Material e Métodos	26
1. Local de Origem da Pesquisa	26
2. Local de Realização da Pesquisa	26
3. Delineamento Experimental	26
4. Amostra	26
5. Procedimentos Experimentais	26
6. Tamanho da amostra	27
7. Questionário	28

8. Variáveis de Interesse	28
9. Processamento dos Dados e Análise Estatística	29
10. Considerações Éticas	29
Resultados	30
1. Descrição da Amostra	30
2. Embasamento para a Prescrição de Medicamentos em Odontologia	35
3. Influência da Indústria Farmacêutica na Prescrição de Medicamentos e Produtos	42
4. Existência de Protocolos e Rotinas de Serviço na Prescrição de Medicamentos	44
5. Padrão de Prescrição de Medicamentos para Tratamento da Dor	44
6. Registro Legal da Prescrição	48
Discussão	50
1. Descrição da Amostra	50
2. Embasamento para a Prescrição de Medicamentos em Odontologia	51
3. Influência da Indústria Farmacêutica na Prescrição de Medicamentos e Produtos	54
4. Padrão de Prescrição de Medicamentos para Tratamento da Dor	56
5. Registro Legal da Prescrição	59
Conclusões	60
Referências	62
Anexo 1	66
Anexo 2	68

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Amostra do Estudo	- Página 30
Gráfico 2 –	Distribuição das Idades dos Profissionais por Gênero	- Página 31
Gráfico 3 –	Tempo em Anos desde Graduação	- Página 32
Gráfico 4 –	Locais de Trabalho onde Atua	- Página 33
Gráfico 5 –	Tipos de Atividade que Exerce no(s) Local(is) de Trabalho	- Página 34
Gráfico 6 –	Distribuição dos Alunos entre os Cursos de Pós-Graduação	- Página 34
Gráfico 7 -	Distribuição dos Alunos entre as Áreas de Pós-Graduação	- Página 35
Gráfico 8 –	Parâmetros Importantes para a Prescrição Racional.	- Página 36
Gráfico 9 –	Fonte de Informação que Exerce Influência Principal na Prescrição de Medicamentos.	- Página 37
Gráfico 10 –	Fonte de Informação que Exerce Influência Secundária na Prescrição de Medicamentos.	- Página 37
Gráfico 11–	Fonte de Informação que Exerce Influência Terciária na Prescrição de Medicamentos.	- Página 37
Gráfico 12–	Fontes de Informação que Exercem Influência na Prescrição	- Página 38
Gráfico 13 -	Fonte de Informação Prioritária para Embasar a Prescrição de Medicamentos	- Página 39
Gráfico 14 –	Fonte de Informação Secundária para Embasar a Prescrição de Medicamentos	- Página 39
Gráfico 15 –	Fonte de Informação Terciária para Embasar a Prescrição de Medicamentos	- Página 39
Gráfico 16 –	Fontes de Informações Utilizadas para Embasar a Prescrição	- Página 40
Gráfico 17 –	Guias Terapêuticos	- Página 41

Gráfico 18 –	Conhecimentos Sobre a Prescrição de Medicamentos	- Página 41
Gráfico 19 -	Frequência em que é procurado pro Representantes da Indústria Farmacêutica	- Página 42
Gráfico 20 –	Prescrição Medicamentosa Própria Sofre Influência da Indústria Farmacêutica.	- Página 43
Gráfico 21 –	Prescrição Medicamentosa Própria Sofre Influência da Indústria Farmacêutica.	- Página 43
Gráfico 22 –	Protocolos ou Rotinas para a Prescrição de Medicamentos.	- Página 44
Gráfico 23–	Situação para a Prescrição Analgésica	- Página 45
Gráfico 24–	Uso de Nomenclatura Genérica	- Página 45
Gráfico 25 -	Prescreveu em Esquema de Demanda	- Página 46
Gráfico 26 –	Prescrição Escrita Contém Todos os Medicamentos Indicados	- Página 48
Gráfico 27 –	Registrou Medicamentos Prescritos nos Prontuários	- Página 49

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Evidências Científicas	- Página 12
Tabela 2 -	Descrição da Amostra	- Página 30
Tabela 3 -	Fontes de Informações Principais	- Página 40
Tabela 4 -	Medicamentos Mais Prescritos para Tratamento da Dor.	- Página 48

## REVISÃO DE LITERATURA

### 1. Uso Racional de Medicamentos

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Uso Racional de Medicamentos (URM) acontece quando o paciente recebe o medicamento adequado à sua condição clínica, em doses apropriadas às suas necessidades individuais, durante intervalo de tempo conveniente e ao menor preço possível para ele e para a comunidade (WHO, 1985 e 2002).

No entanto, dados levantados em diferentes estudos mostram que esse uso ainda não se faz de forma racional. A Organização Mundial de Saúde estima que mais da metade dos medicamentos seja prescrita, vendida ou dispensada incorretamente e que metade dos pacientes não tome seus medicamentos corretamente. Além disso, cerca de um terço da população mundial não teria acesso aos medicamentos essenciais (Brundtland e Harlem, 1999). E, embora haja poucos estudos a respeito, os dados sugerem que esse padrão se repete na área odontológica (Castilho *et al*, 1999; Aldous e Engar, 2000).

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

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

A falta de acesso aos medicamentos, o seu consumo excessivo ou o uso em doses inadequadas resultam em morbidade e mortalidade, particularmente no que se refere a infecções da infância e doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, epilepsia e desordens mentais.

O mesmo ocorre com dores de etiologias variadas. Sabe-se, por exemplo, que o uso abusivo de fármacos (como ergotamina, triptanos, analgésicos não-opioides e opioides e combinações de analgésicos, contendo butalbital ou cafeína) associa-se com agravamento de quadros de dores de cabeça, determinando a chamada “cefaleia de rebote ou induzida por fármaco” (Silberstein SD, for the US Headache Consortium, 2003).

O uso inadequado e excessivo de medicamentos desperdiça recursos - muitas vezes, fora das possibilidades de pagamento pelos pacientes - resultando em dano ao paciente, por conta dos resultados insatisfatórios e das reações adversas aos medicamentos. Alta dosagem de paracetamol pode, por exemplo, levar a dano hepático agudo, enquanto doses altas de ácido acetilsalicílico podem causar quadro metabólico e neurológico grave (Wannmacher *et al*, 2007; Al-Haroni e Skaug, 2007). O uso excessivo de antimicrobianos está levando ao aumento da resistência antimicrobiana, enquanto injeções não-estéreis contribuem para a transmissão de hepatite, HIV/AIDS e outras doenças transmissíveis pelo sangue (OMS, 2003).

Finalmente, o uso excessivo e irracional dos medicamentos pode estimular uma demanda inadequada por parte dos pacientes e levar à redução do acesso e dos índices de consultas, por causa da falta de estoque de medicamentos e perda de confiança do paciente no sistema de saúde (WHO, 2002).

Os cirurgiões-dentistas, juntamente com os médicos, são responsáveis pela prescrição de medicamentos, sendo a maioria de uso sistêmico, como analgésicos, anti-inflamatórios não-esteroides e antimicrobianos (Ciancio *et al*, 1989). Possuem o dever legal de conhecer os aspectos farmacológicos dos medicamentos que prescrevem, devendo analisar criticamente a bibliografia disponível na literatura e, em especial, aquela oferecida pelos laboratórios farmacêuticos, bem como os resultados observados durante o uso clínico do medicamento (Cardozo e Calvielli, 1998).

No entanto, há poucos dados na literatura sobre padrões de prescrição medicamentosa em Odontologia (Dar-Odeh *et al*, 2008; Palaian *et al*, 2008; Castilho *et al*, 1999). Enquanto na área médica os dados levantados têm levado à busca e à implementação de estratégias de promoção do uso racional de medicamentos, constituindo esta uma das metas estabelecidas pela OMS para o quadriênio 2007-2010, a carência de informações na área odontológica ainda dificulta esse planejamento.

Em publicação de Rösing e Susin (1999) é sugerida uma maneira viável para o profissional buscar a evidência científica com o objetivo de manter-se atualizado e assim seguir o uso racional de medicamentos (tabela 02).

TABELA 01 - EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS (ADAPTADO)

PÚBLICO-ALVO	SUGESTÃO DO TIPO DE ESTUDO
PROFISSIONAIS QUANDO BUSCAM INFORMAÇÕES SOBRE O ASSUNTO FORA DO INTERESSE PRINCIPAL	ARTIGOS DE REVISÃO METANÁLISES
PROFISSIONAIS QUANDO BUSCAM INFORMAÇÕES SOBRE O ASSUNTO DE INTERESSE PRINCIPAL	METANÁLISES (+) ENSAIOS CLÍNICOS EVIDÊNCIAS ESTUDOS LONGITUDINAIS ESTUDOS CASO-CONTROLE ESTUDOS TRANSVERSAIS SÉRIE DE CASOS RECOMENDAÇÕES DE ESPECIALISTAS EVIDÊNCIAS (-)

Em estudo de Figueiredo e colaboradores, envolvendo cirurgiões-dentistas, observou-se a falta de consciência ou de preocupação por parte desses profissionais com as consequências do uso irracional de fármacos, indicando a necessidade de mudança de comportamento. Aquela postura pode levar a iatrogenia, aumento de reações adversas, elevação do custo, ocorrência de interações indesejáveis entre os medicamentos prescritos e os utilizados pelos pacientes e aumento da resistência bacteriana (Figueiredo *et al*, 2009).

## 2. Prescrição Medicamentosa

Define-se a prescrição medicamentosa como “uma ordem escrita dirigida ao farmacêutico, definindo qual e como o fármaco deve ser fornecido ao paciente, e a este, determinando as condições em que o fármaco deve ser utilizado” (Ferreira e Wannmacher, 2007). Assim como para outros profissionais de saúde, a prescrição de medicamentos envolve aspectos éticos e legais que devem receber a devida atenção, estando seus responsáveis sujeitos à legislação de controle e às ações de vigilância sanitária (Ferreira e Wannmacher, 2007; Brito, 2005).

A prescrição é a materialização por escrito do tratamento medicamentoso a que o paciente está submetido, com as devidas orientações sobre a sua administração; orientações estas que têm, entre outras, a finalidade de limitar a automedicação e direcionar os cuidados pós-operatórios. Além disso, se houver cópia, é um documento que pode servir de prova do uso indevido de alguns medicamentos pelo paciente, em eventual demanda legal (Garbin *et al*, 2007).

A prescrição do cirurgião-dentista deve ater-se ao âmbito da Odontologia. A lei 5.081 de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da Odontologia, determina no art. 6, item II: “Compete ao Cirurgião-Dentista prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia”, assim como “competem ao Cirurgião-Dentista prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometem a vida e a saúde do paciente” (Pivello, 2010).

A prescrição escrita deve ser clara e detalhadamente explicada ao paciente, conferindo sua perfeita compreensão (Ferreira e Wannmacher, 2007). Os conhecimentos a respeito de farmacologia e terapêutica por parte do cirurgião-dentista, aliados aos conhecimentos sobre a forma de utilização do medicamento por parte do paciente, são determinantes na promoção do uso racional de medicamentos (Battelino *et al*, 1993).

De modo geral, a prescrição de medicamentos é adequadamente percebida como coadjuvante no tratamento odontológico, pois a maioria dos casos envolve procedimentos clínicos ou cirúrgicos. O arsenal terapêutico compreende analgésicos, anti-inflamatórios e antimicrobianos, sendo que o uso varia de acordo com a especialidade odontológica. Os profissionais na atuação hospitalar e na especialidade de cirurgia bucomaxilofacial é ainda mais freqüente o uso de medicamentos. Nas demais especialidades, apenas diante da realização de atividades cirúrgicas específicas ou determinados casos de inflamação ou infecção, foi evidenciada a prescrição medicamentosa (Figueiredo *et al*, 2009).

No entanto, é importante lembrar que anestésicos locais e anti-sépticos bucais também são medicamentos e, embora largamente empregados no atendimento dentário, muitas vezes não são lembrados sob essa perspectiva. Assim, é comum os dentistas afirmarem que praticamente “não usam medicamentos”, o que não é, de fato, verdadeiro, sob o ponto de vista farmacológico.

A prescrição medicamentosa envolve uma infinidade de conhecimentos técnicos, não só do produto a ser prescrito, com suas propriedades farmacológicas, mas também quanto à forma de fazê-la, por toda a responsabilidade que acarreta o ato de receitar (Garbin *et al*, 2007).

Geralmente inicia-se com a designação de agente farmacológico, selecionado em função de aspectos farmacodinâmicos e farmacocinéticos, eficácia, efetividade e eficiência clínicas. Se a apresentação comercial comporta mais de uma forma farmacêutica ou concentrações diversas, essas devem ser especificadas. Após, define-se a quantidade total de comprimidos, drágeas, ampolas ou envelopes a serem fornecidos. Registra-se a via de administração, isto é, o local onde o fármaco deve ser introduzido no organismo e o

intervalo entre as doses. Também podem constar na prescrição método de administração (infusão contínua, injeção em bolo, fricção), cuidados com o método (injetar lentamente, deglutir com líquidos, conservar o frasco na geladeira) e horários de administração. É conveniente tornar o esquema de administração acessível e cômodo para o paciente, espaçando os intervalos entre doses, usando preferencialmente um só fármaco (monoterapia), nas menores doses possíveis, visando minimizar custos e efeitos adversos. É importante especificar a duração prevista para o tratamento, evitando que o medicamento seja utilizado por tempo insuficiente ou demasiadamente longo (Ferreira e Wannmacher, 2007).

A apresentação adequada de uma receita medicamentosa segue algumas normas (Ferreira e Wannmacher, 2007; Ministério da Saúde, 2003):

1. Deve ser escrita a tinta, em letra de forma, clara e legível, sem rasuras. Datilografia ou impressão por computador minimiza dificuldades de compreensão.
2. Não se deve utilizar abreviaturas para designar formas farmacêuticas, vias de administração, quantidades ou intervalos entre doses.
3. Deve-se usar receituário específico para a prescrição de medicamentos de uso controlado, tais como analgésicos opióides e sedativos antidepressivos.
4. Deve ser assinada claramente e acompanhada de identificação do profissional, para que este possa ser contatado em caso de necessidade.
5. Caso sejam prescritos diversos fármacos, cada receita poderá conter até três especialidades farmacêuticas. No caso de formulações magistrais, apenas uma substância deverá ser prescrita em uma receita. Sendo assim, recomenda-se a utilização de uma folha de receituário para cada fármaco.
6. Deve-se estar atento para a grafia de números com zeros e vírgulas.

A prescrição medicamentosa é organizada em uma sequência definida (Ferreira e Wannmacher, 2007):

1. Cabeçalho – impresso, inclui nome e endereço do profissional ou da instituição onde trabalha (clínica ou hospital), registro profissional e número de cadastro de pessoa física ou jurídica, podendo conter a especialidade do profissional.
2. Superinscrição – constituída por nome e endereço do paciente, idade (quando pertinente) e pelo símbolo Rx, que é a abreviação do termo latino *recipere* (tomar;

receber); este último tem sido substituído por “uso interno” ou “uso externo”. “Uso interno” é sinônimo de administração por via oral, enquanto o termo “uso externo” é atribuído a medicamentos aplicados em pele ou mucosas para obtenção de efeito local. Como estes conceitos não contemplam todas as vias disponíveis, não se recomenda o seu emprego.

3. Inscrição – compreende o nome do fármaco, a forma farmacêutica e sua concentração.
4. Subinscrição – designa a quantidade total a ser fornecida.
5. Transcrição – é composta pelas orientações do profissional para o paciente.
6. Data e assinatura.

Um fármaco pode ser designado pelo nome químico, genérico, oficial ou comercial e, ainda, por um código. Há forte tradição de uso da denominação comercial. No entanto, deve-se dar preferência ao nome genérico, já que há um número muito grande de preparações para cada princípio ativo. A nomenclatura oficial também facilita a obtenção de informações a respeito de fármacos em literatura internacional, já que os nomes comerciais variam de um país para outro. Na prática clínica, permite ao paciente a compra de medicamento de menor custo. Nomes comerciais estão sujeitos a mudanças, atendendo a interesses de mercado, enquanto o princípio ativo, designado pelo nome genérico, é sempre o mesmo (Ferreira e Wannmacher, 2007).

No Brasil, a denominação genérica é estabelecida por meio da Denominação Comum Brasileira (DCB) (disponível no endereço eletrônico [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI). No Sistema Único de Saúde (SUS), o profissional deve prescrever, utilizando, obrigatoriamente, a DCB ou a DCI. Nos serviços privados de saúde, a prescrição ficará a critério do profissional, podendo ser realizada sob nome genérico ou comercial (Ferreira e Wannmacher, 2007).

Os medicamentos mais comumente empregados na rotina da prescrição odontológica são os anti-inflamatórios (que podem ser não-esteroides [AINE] ou esteroides [corticoides]), analgésicos (não-opioides), antimicrobianos e antissépticos bucais, além dos anestésicos locais. Quanto aos medicamentos sujeitos à retenção de receita, o cirurgião-dentista é apto a prescrever ansiolíticos (sedativos), tais como os benzodiazepínicos (de uso comum em períodos prévios e posteriores a determinados procedimentos dentários), analgésicos opioides, como a codeína (usada em associação a outros analgésicos ou anti-

inflamatórios), anticonvulsivantes e antidepressivos tricíclicos (como carbamazepina e amitriptilina), utilizados no tratamento de dores neurogênicas (Pivello, 2010).

A maior dificuldade do cirurgião-dentista, no exercício da prescrição de medicamentos, decorre da formação acadêmica deficiente, que é agravada pela pouca experiência do profissional no início de sua vida profissional. Infelizmente, muitos profissionais ainda recorrem a costumes estabelecidos culturalmente, aos colegas ou às propagandas de laboratório como meios de conhecimento e informação, deixando de lado a bibliografia científica. Esta conduta pode levar a erros, já que o ato de prescrever é revestido pela responsabilidade profissional e requer formalidades (Garbin *et al*, 2007). Segundo Figueiredo e colaboradores (2009), medicamentos podem, eventualmente, ser prescritos por cirurgiões-dentistas sem critérios, sem comprometimento e com base na insegurança e comodidade profissional, o que é preocupante.

Tem sido descrito na literatura que cirurgiões-dentistas possuem a percepção de que os conhecimentos adquiridos sobre terapêutica medicamentosa, durante a graduação, na especialização ou em outros cursos são, de modo geral, limitados. Reconhecem insuficiência de conhecimento para uso e prescrição de medicamentos. Tal conhecimento foi caracterizado por alguns como sendo precário, vergonhoso, restrito, pouco profundo e razoável (Figueiredo *et al*, 2009).

Capehart (2005) ressalta que os cirurgiões-dentistas devem estar atentos para prescrever o que é melhor para os seus pacientes e não necessariamente aquilo que eles solicitam. A Odontologia não está imune ao fato de que os pacientes irão pedir medicamentos que vêm em revistas, cartazes ou em comerciais de TV. E quanto mais os pacientes buscam a *internet* para obter informações, maior a probabilidade de, no futuro, ocorrer aumento de pedidos por prescrição de medicamentos específicos, tanto quanto aumento do gasto farmacêutico (Capehart, 2005).

### **3. Dor em Odontologia**

#### **3.1 Conceito da Dor**

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

Dor é problema frequente a todas as áreas da Odontologia. Infecções dentais, cáries, doença periodontal ou outras doenças das estruturas orais causam dor. Assim como aparelhos ortodônticos e dentaduras mal adaptadas (Ferreira e Wannmacher, 2007). Estudos têm confirmado que a dor de dente é um dos tipos mais prevalentes de dores orofaciais, possuindo grande impacto nas atividades diárias dos indivíduos (Figueiredo, 2009).

Sendo a dor uma sensação subjetiva, o profissional só consegue avaliá-la a partir da descrição que o paciente faz. Como o mesmo estímulo nociceptivo pode produzir variados graus de dor em diferentes indivíduos, o dentista pode considerar que o paciente exagera sua queixa em relação ao estímulo aplicado. Esse preconceito motiva, às vezes, que a dor seja subtratada. Para não cometer esse erro, o dentista deve se conscientizar de que, para o sucesso terapêutico, é importante valorizar a percepção de dor referida pelo paciente, a qual pode ser menor ou maior do que a antecipada pelo dano tecidual existente. Não deve desconsiderar que as adequadas compreensão e caracterização do fenômeno dor são necessárias, sendo fundamentais para o embasamento terapêutico (Ferreira e Wannmacher, 2007).

### **3.2 Tratamento da Dor**

A dor pode ser prevenida e tratada. Em quaisquer dessas circunstâncias, está-se realizando analgesia, o que significa um estado em que o indivíduo não refere mais dor ou tem seu alívio. As medidas terapêuticas analgésicas podem ser específicas ou sintomáticas, sendo estas divididas em medicamentosas e não-medicamentosas (Ferreira e Wannmacher, 2007). Segundo Toms e colaboradores, a dor é normalmente relatada após procedimentos cirúrgicos e nem sempre é tratada corretamente (Toms *et al*, 2009).

A medida terapêutica analgésica específica seria aquela que tem como objetivo o tratamento primário ou etiológico, como, por exemplo, uso de antimicrobianos ou drenagem de abscessos, enquanto a medida terapêutica sintomática visa combater os sintomas da doença, como dor, edema e limitação da abertura de boca. Por medidas medicamentosas, entende-se o uso de fármacos, tais como analgésicos e anti-inflamatórios, e por medidas não-medicamentosas, o tratamento com técnicas psicológicas, fisioterápicas, neurocirúrgicas e acupuntura (Ferreira e Wannmacher, 2007).

No manejo terapêutico da dor, deve-se atentar para os seguintes princípios gerais (Ferreira e Wannmacher, 2007):

- identificar a origem da dor, bem como sua intensidade;
- se possível, eliminá-la com agentes específicos;
- se o tratamento for sintomático, iniciar com agentes eficazes e com menores efeitos adversos;
- utilizar esquemas de administração apropriados por tempo adequado;
- usar doses equianalgésicas;
- na vigência de falha terapêutica, reavaliar doses e intervalos entre administrações, antes de substituir o agente escolhido;
- frente à necessidade de substituição, usar a sequência de analgésicos não-opioides, associações de opioides e não-opioides e, finalmente, opioides;
- não empregar analgésicos na base de “se necessário” em situações comprovadamente dolorosas, pois é mais fácil tratar a dor inicial que a já instalada;
- monitorar efeitos adversos;
- não usar placebo para diagnosticar dor psicogênica.

Em casos de falha terapêutica no tratamento da dor, uma explicação a ser avaliada seria o emprego de analgésicos na base de “se necessário” (esquema de demanda) em situações de trauma cirúrgico, pois é mais fácil prevenir a dor ou tratá-la bem precocemente do que reverter a dor já instalada, situação em que já foram desencadeados mecanismos envolvidos na sensibilidade dolorosa, intensificando o relato de desconforto (Ferreira e Wannmacher, 2007).

Para a escolha do agente analgésico, empregam-se critérios específicos – eficácia clínica, segurança, conveniência de uso e acessibilidade. Nesse contexto, para o tratamento de dores leves a moderadas, paracetamol é o medicamento de primeira escolha, por sua eficácia e maior segurança (Ferreira e Wannmacher, 2007). Suas principais vantagens em relação aos anti-inflamatórios não-esteroides (AINE) são a falta de interferência com a função plaquetária e o uso seguro em pacientes com história de doença péptica e distúrbios cardiovasculares (Tzortzopoulou *et al.*, 2008). Pode, ainda, ser prescrito para crianças,

gestantes e idosos. Em puérperas, é o analgésico não-opioide mais indicado, por não acarretar efeitos indesejáveis ao lactente (Sachs, 2005).

Com o uso de doses apropriadas, paracetamol raramente causa reações adversas. No entanto, é o fármaco mais frequentemente envolvido em intoxicação medicamentosa grave em países europeus, o que ressalta a necessidade de um uso racional, a fim de preservar sua segurança (Sachs, 2005; Tzortzopoulou *et al.*, 2008).

Ácido acetilsalicílico é opção alternativa para paracetamol, apresentando igual eficácia. No entanto, seus efeitos adversos podem limitar o uso em algumas situações clínicas (Burke *et al*, 2006; Furst e Ulrich, 2007).

Para o manejo de dores leves a moderadas, pode-se também optar pelos anti-inflamatórios não-esteroides (AINE). Em doses únicas, têm atividade analgésica comparável com a de paracetamol (Ferreira e Wannmacher, 2007).

Quando se opta pelo uso de AINE como substitutivo aos analgésicos comuns, ibuprofeno é recomendado como representante de primeira escolha, pois apresenta eficácia e maior segurança, com menor risco gastrointestinal (Thomas e von Gunten, 2006; Ong *et al*, 2007). Em doses empregadas em automedicação, incidência de eventos adversos gastrointestinais em adultos e crianças é similar à de paracetamol. Mesmo com uso de doses mais elevadas, sob supervisão médica, tem sido observado que ulceração e sangramento gastrointestinais são infrequentes (inferiores a 1% dos casos), estando estes efeitos adversos usualmente associados a tratamentos de longo prazo (Lacy *et al*, 2007; Biarnason, 2007).

Já para o manejo de dores moderadas a intensas, indica-se a associação de um analgésico opioide a um agente não-opioide. A associação de codeína e paracetamol é a mais comumente empregada, por sua eficácia e segurança (Toms *et al*, 2009; Ferreira e Wannmacher, 2007). Estudo mostra que a associação de codeína e paracetamol fornece alívio da dor em 50% dos pacientes, enquanto o placebo fornece alívio em 20% dos pacientes (Toms, *et al* 2009).

### **3.3. Uso Racional de Medicamentos no Tratamento de Dores em Odontologia**

Estudos sugerem que analgésicos não-opioides, consumidos em grande escala, seja por meio de prescrição, seja como medicamentos isentos de prescrição, são uma efetiva terapia para o tratamento de dor dentária. Quando a dosagem recomendada é seguida,

esses fármacos são bastante seguros (Ferreira e Wannmacher, 2007). No entanto, em doses altas, podem determinar importantes efeitos adversos. Uso de analgésico de venda isenta de prescrição é comum entre pacientes que procuram clínicas odontológicas, sendo que parte deles utiliza o medicamento de modo inadequado, aumentando o risco de reações adversas e intoxicação (Heard *et al.*, 2008).

Há relatos na literatura sob a prescrição de analgésicos sob a forma de demanda (“se necessário”), ou seja, se o paciente apresentar dor deve utilizar o medicamento, em ação não compatível com o uso racional. Nessa situação, a decisão recai sobre o paciente, que pode sentir dor desnecessária ou usar medicamentos por doses ou tempos inadequados (Figueiredo *et al.*, 2009).

Paracetamol é, hoje, o analgésico e antitérmico mais popular e mais amplamente usado no mundo (Schug e Manopas, 2007). Porém, o padrão de uso desse agente e de outros analgésicos não-opioides em dores dentárias agudas é pouco conhecido no Brasil. Pode ser distinto daquele observado em outros lugares do mundo, já que o uso de dipirona no país é grande, embora seja medicamento banido do comércio norte-americano e de vários países europeus (Wannmacher, 2007).

Anti-inflamatórios não-esteroides são considerados agentes alternativos a paracetamol e ácido acetilsalicílico no manejo de dores leves a moderadas de origem dentária (Ferreira e Wannmacher, 2007). Também têm sido usados no tratamento de dores pós-operatórias moderadas a intensas. Revisão qualitativa de estudos sobre o tema encontrou que AINE foram claramente superiores ao paracetamol no tratamento dessas dores, após cirurgias dentárias (Oscier e Milner, 2009).

Estudo na cidade de Córdoba, Argentina, mostrou que piroxicam e naproxeno são os medicamentos anti-inflamatórios preferencialmente selecionados por cirurgiões-dentistas (36,1% e 29,8%, respectivamente) (Battellino e Bennun, 1993). Já no Brasil, o padrão de prescrição pode ser diverso, já que diclofenaco e ibuprofeno são medicamentos de amplo uso.

Nos casos de dores moderadas a intensas em Odontologia, indica-se a associação de um analgésico opioide a um não-opioide. A associação de codeína e paracetamol é a mais comumente empregada, por sua eficácia e segurança (Toms *et al.*, 2009; Ferreira e Wannmacher, 2007). No entanto, esta é medicação de uso controlado, pois contém analgésico opioide (codeína), capaz de determinar dependência. Não deve ser usada sem supervisão de um prescritor, sendo sua prescrição padronizada no país pela Portaria n.º

344 de 12 de maio de 1998 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde do Brasil, 1998).

Em estudo realizado em Minas Gerais, no ano de 1999, foram entrevistados 163 cirurgiões-dentistas, clínicos gerais, visando determinar seu padrão de prescrição de medicamentos analgésicos, anti-inflamatórios e antimicrobianos. Observou-se que os medicamentos eram prescritos pelo nome comercial, com tendência a se prescreverem mais frequentemente anti-inflamatórios, em comparação a analgésicos. Diclofenaco, nas formas sódica ou potássica, foi mais comumente prescrito (19,5% e 39,9%, respectivamente) do que paracetamol (14,3%). Por não possuir efeitos irritantes sobre o trato gastrointestinal e não estar relacionado a efeitos adversos graves, a não ser em casos de superdosagens, chama a atenção a baixa prevalência de indicação desse último fármaco. Observou-se, ainda, que 13% dos profissionais não elaboravam ficha clínica para todos os seus pacientes, e aproximadamente 43% deles não registravam suas prescrições (Castilho *et al*, 1999).

Em estudo realizado em Araçatuba e Presidente Prudente, no ano de 2007, 116 alunos do último ano de graduação em Odontologia responderam a um questionário relacionado ao seu conhecimento sobre prescrição medicamentosa. Concluiu-se que a prescrição realizada pelos estudantes não estava em concordância com o que está previsto pela legislação, evidenciando desinformação quanto aos tipos de medicamentos que podem ser prescritos pelo cirurgião-dentista (Garbin *et al*, 2007).

É importante lembrar, ainda, que uso racional de medicamentos não significa necessariamente que sempre se deve indicar um tratamento medicamentoso. Muitas vezes, as chamadas medidas não-medicamentosas são tão ou mais eficazes que fármacos. E os cirurgiões-dentistas as indicam muitas vezes, pela sua eficácia e(ou) mais fácil acesso.

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

A Organização Mundial de Saúde recomenda que medidas não-medicamentosas também constem da prescrição escrita (OMS, 1998).

#### **4. Fontes de Informação Farmacológica e Padrão de Prescrição Medicamentosa em Odontologia**

Os textos básicos de Farmacologia contêm, em geral, informações sobre os princípios farmacológicos básicos, características de diferentes categorias de agentes terapêuticos e propriedades individuais de fármacos de maior relevância clínica.

Profissionais têm empregado o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF) como fonte de informação. No entanto, esse não apresenta dados comparativos de eficácia ou segurança, essenciais no processo de tomada de decisão terapêutica. Além disso, é fonte com dados fornecidos pela indústria farmacêutica. Propagandas da indústria farmacêutica habitualmente têm intenções persuasivas, mais do que educacionais. Não é, nem deve ser, papel da indústria farmacêutica educar os profissionais da saúde sobre o uso de fármacos (Trevisol, 2005).

Na área médica, estudos têm avaliado quais são os conhecimentos farmacológicos adquiridos ao longo da formação dos profissionais, quais são as fontes da informação farmacológica e qual é a influência da propaganda sobre o padrão de prescrição medicamentosa (Trevisol, 2005).

Em levantamento sobre o uso de dois fármacos descritos na literatura como ineficazes, mas pesadamente promovidos como tendo eficácia, 68% dos médicos entrevistados consideraram a propaganda minimamente importante como fonte de influência. No entanto, 49% a 71% relataram informações similares às fornecidas por representantes das indústrias sobre os dois fármacos em estudo (Arvon *et al.*, 1982). Em pesquisa que avaliou a comprovação científica de informações divulgadas em apresentações de representantes farmacêuticos para promoção de seus produtos, foi detectada uma taxa de 11% de afirmativas falsas. No entanto, apenas 26% dos médicos que assistiram essas apresentações detectaram pelo menos uma dessas incorreções (Ziegler, 1995).

Dados da literatura demonstram, ainda, que a convivência de prescritores e representantes de indústrias farmacêuticas influencia o padrão de prescrição de medicamentos. Observou-se, por exemplo, associação significativa entre encontros de médicos com aqueles representantes e uma maior requisição de inclusão dos medicamentos promovidos em formulários hospitalares. Houve também associação com alterações na prática de prescrição, incluindo aumento de seu custo e prescrição menos racional (Warzana, 2000).

Em estudo quali-quantitativo, realizado na Universidade de Santa Catarina, no qual foram entrevistados estudantes de medicina, professores médicos e pacientes dos ambulatórios da escola, avaliou-se a influência da propaganda de medicamentos sobre a prescrição (Trevisol, 2005). Verificou-se que tanto professores quanto estudantes estavam expostos a publicidade e propaganda de medicamentos, de forma direta ou indireta. Entre os professores médicos, 53,6% consideraram que nunca ou raramente eram influenciados pela indústria farmacêutica, mas 53,7% afirmaram acreditar que os colegas profissionais o eram. Entre os estudantes de medicina, 43,2% acreditavam que no futuro, como médicos graduados, raramente ou nunca seriam influenciados; porém, 42% acreditavam que os médicos já formados eram sempre ou frequentemente influenciados. Para 41,7% deles, as informações dadas pelos representantes da indústria farmacêutica eram boas ou ótimas, além do que 74,8% relataram que a indústria farmacêutica poderia contribuir para a sua prática profissional. Este estudo identificou que a distribuição de brindes e amostras grátis para professores médicos e estudantes estava entre as principais técnicas de abordagem utilizadas pela indústria farmacêutica na escola de Medicina. No entanto, ao se avaliarem as prescrições nos ambulatórios médicos da Universidade, não foi observada qualquer repercussão direta da influência da indústria farmacêutica sobre o padrão dessas prescrições. Os medicamentos mais comumente prescritos eram aqueles disponibilizados de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (Trevisol, 2005).

Na área odontológica, embora o número de informações seja menor, os resultados das pesquisas apontam na mesma direção observada na Medicina.

Estudo realizado em Córdoba, Argentina, mostrou que mais da metade dos dentistas entrevistados (58,3%) obtinha informação farmacológica e terapêutica principalmente em fontes vinculadas a empresas farmacológicas (guia de especialidades médicas em 45,2% dos casos e literatura fornecida por laboratórios em 13,1% dos casos). Observou-se também que 92% das respostas incorretas detectadas eram provenientes de dentistas cuja principal fonte de informação eram os laboratórios farmacêuticos (Battellino e Bennun, 1993).

Em estudo qualitativo, realizado no Distrito Federal, por meio de entrevista com questões abertas, 10 cirurgiões-dentistas consideraram seus conhecimentos sobre terapêutica medicamentosa insuficientes para uma correta e segura prescrição (Figueiredo, 2009). O entendimento sobre uso racional de medicamentos foi considerado limitado. A fonte de informação sobre medicamentos mais utilizada pelos dentistas foi o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF), seguida por *sites* de busca na *Internet* e livros didáticos. Os profissionais entrevistados reconheceram a influência da propaganda da indústria farmacêutica sobre seu padrão de prescrição.

SENDO ASSIM, com base em conhecimentos e pressupostos aqui apresentados, faz-se necessária a realização de estudos que enfoquem o nível de conhecimento do cirurgião-dentista em relação aos medicamentos que prescreve e se esse está respeitando o uso racional de medicamentos. O presente projeto de pesquisa se propôs a realizar levantamento sobre a prescrição de medicamentos no tratamento de dores de origem dentária. Teve como proposta esclarecer quais eram os medicamentos mais indicados pelos profissionais para tratar aquela manifestação de doença, avaliando a maneira como eram utilizados e as informações a respeito dos fármacos que os cirurgiões-dentistas possuíam. Visava-se, ainda, avaliar questões relacionadas à prescrição, como seu registro no prontuário do paciente e a influência da propaganda. Para tal, foram entrevistados cirurgiões-dentistas vinculados a um ambiente universitário, partindo-se da ideia de que serão estes os principais profissionais a contribuir para a disseminação de conhecimentos sobre terapêuticas medicamentosas entre seus colegas e pacientes.

## **OBJETIVOS**

### **1. Objetivo Geral**

Esse trabalho teve como objetivo realizar um levantamento sobre o padrão de prescrição de medicamentos para tratamento da dor por cirurgiões-dentistas vinculados a serviço universitário.

### **2. Objetivos Específicos**

2.1. Identificar os medicamentos citados como mais prescritos para alívio de dores dentárias, no período de 15 dias anteriores à aplicação do questionário, pelos cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário.

2.2. Identificar os esquemas de administração dos medicamentos citados como mais prescritos para alívio de dores dentárias, no período de 15 dias anteriores à aplicação do questionário, pelos cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário.

2.3. Verificar se há protocolos clínicos e uso de guias terapêuticos por cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário.

2.4. Estabelecer a frequência de registro dos medicamentos prescritos para alívio de dores dentárias no prontuário dos pacientes atendidos por cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário.

2.5. Estabelecer a frequência de fornecimento de prescrição medicamentosa por escrito aos pacientes atendidos por cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário.

2.6. Identificar os parâmetros mais frequentemente citados como importantes para o uso racional de medicamentos.

2.7. Estabelecer a frequência de uso de diferentes fontes de informação por cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário, visando a seleção e a prescrição de medicamentos para alívio de dores dentárias.

2.8. Estabelecer a frequência de uso da denominação genérica nas prescrições de medicamentos prescritos para alívio de dores dentárias, no período de 15 dias anteriores à aplicação do questionário, pelos cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário.

2.9. Identificar a influência da promoção de saúde de medicamentos e produtos pela indústria farmacêutica, por meio da frequência de visitas a locais de atendimento odontológicos e recebimento de brindes.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **1. Local de origem da pesquisa**

A coordenação da pesquisa ficou a cargo da Profa. Dra. Maria Beatriz Cardoso Ferreira, professora de Farmacologia do Curso de Graduação em Odontologia da UFRGS, locada no Departamento de Farmacologia do Instituto de Ciências Básicas da Saúde da UFRGS. Contou com a participação de Guinther Felix Marmitt, aluno do Curso de Graduação em Odontologia da UFRGS.

### **2. Local de realização da pesquisa**

A pesquisa foi realizada na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

### **3. Delineamento Experimental**

Foi realizado estudo observacional transversal, de natureza prospectiva.

### **4. Amostra**

A amostra foi obtida por conveniência, sendo incluídos cirurgiões-dentistas vinculados à Faculdade de Odontologia da UFRGS, atuando como professores (tanto de Graduação, como de Pós-graduação) e/ou alunos (em níveis de Especialização, Mestrado e Doutorado).

### **5. Procedimentos experimentais**

Foi entregue questionário específico para cirurgiões-dentistas que trabalhassem nas diferentes áreas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e que aceitassem participar do estudo.

A abordagem foi feita sempre pelo mesmo pesquisador. Cada cirurgião-dentista foi contatado e convidado a participar da pesquisa. Se concordasse, assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Só, então, o pesquisador lhe entregava o questionário para preenchimento.

Os questionários foram entregues pessoalmente para os profissionais, em envelopes pardos, fechados e não identificados. Estes envelopes já continham fita adesiva, para que pudessem ser lacrados ao final da atividade de preenchimento. Continham, ainda, em uma de suas faces externas, etiqueta com os nomes dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa e a discriminação do local de entrega do material.

Solicitou-se aos profissionais que devolvessem o material na maior brevidade possível. Para tal, deveriam entregar o envelope lacrado, contendo o questionário, na portaria da Faculdade de Odontologia, em escaninho previamente determinado para tal.

Os cirurgiões-dentistas foram contatados em uma segunda oportunidade, um mês após a primeira, para confirmação do preenchimento. Caso necessário (por extravio, por exemplo), o profissional recebia uma segunda cópia do questionário.

A entrega dos questionários iniciou-se no dia 9 de setembro, e o último dia de coleta de questionário foi 23 de novembro, totalizando 75 dias de entrega e coleta.

## **6. Tamanho da amostra**

Para cálculo do tamanho da amostra, tomou-se como base levantamento do número de cirurgiões-dentistas atuando como professores efetivos e(ou) alunos em Cursos de Especialização, Mestrado e Doutorado vinculados à Faculdade de Odontologia da UFRGS, com base no primeiro semestre de 2010. Verificou-se que a presença de 210 dentistas enquadrados nesse contexto.

Considerando-se:

- prevalência de prescrição de algum tipo de medicamento para os seus pacientes nas duas semanas anteriores à data de preenchimento do questionário igual a 82%, observada por Castilho e colaboradores (1999);
- nível  $\alpha$  de confiança de 95%;
- população amostral total estimada de 210 cirurgiões-dentistas;
- diferença máxima aceitável de 5%;

obteve-se tamanho de amostra de 110 cirurgiões-dentistas em Programa Pepi4-DOS.

## **7. Questionário**

Para a entrevista dos participantes, foi usado questionário especificamente elaborado para a pesquisa (Anexo 2). O pesquisador entregou os questionários pessoalmente. Nos questionários, foram solicitados: (a) dados demográficos e nível de formação do profissional; (b) frequência de prescrição de medicamentos em geral e, especificamente, de analgésicos; (c) citação dos medicamentos indicados pelo profissional para tratamento de dores dentárias de diferentes intensidades, no período de 15 dias anteriores à aplicação do questionário; (d) frequência de uso de guia terapêutico; (e) frequência de registro dos medicamentos prescritos no prontuário do paciente.

No que se refere ao levantamento dos medicamentos comumente prescritos pelos profissionais entrevistados, estabeleceu-se o período prévio de 15 dias para avaliação com base no estudo de Castilho e colaboradores (1999). Períodos mais curtos de avaliação poderiam subestimar a frequência de prescrição de medicamentos como um todo e analgésicos em especial. Por outro lado, períodos mais longos poderiam trazer um viés de memória, já que o dentista teria que fazer maior esforço para se recordar das prescrições mais antigas.

## **8. Variáveis de Interesse**

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

1. Medicamentos citados como mais prescritos para alívio de dores dentárias, no período de 15 dias anteriores à aplicação do questionário.
2. Doses dos medicamentos citados como mais prescritos para alívio de dores dentárias, no período de 15 dias anteriores à aplicação do questionário.
3. Vias de administração dos medicamentos citados como mais prescritos para alívio de dores dentárias, no período de 15 dias anteriores à aplicação do questionário.
4. Intervalos de administração dos medicamentos citados como mais prescritos para alívio de dores dentárias, no período de 15 dias anteriores à aplicação do questionário.
5. Tempo de uso (duração de tratamento) dos medicamentos citados como mais prescritos para alívio de dores dentárias, no período de 15 dias anteriores à aplicação do questionário.
6. Existência de protocolos clínicos.

7. Uso de Guia Terapêutico.
8. Registro dos medicamentos prescritos no prontuário dos pacientes.
9. Fornecimento de prescrição medicamentosa por escrito ao paciente.
10. Parâmetros citados como os mais importantes para o uso racional de medicamentos.
11. Fontes de informação para seleção e prescrição de medicamentos.
12. Uso de denominação genérica.
13. Idade.
14. Gênero.
15. Tempo desde a conclusão do curso de graduação
16. Forma de atuação no ambiente universitário (docente ou discente).
17. Forma de atuação profissional (como clínico geral ou especialista).
18. Titulação.

## **9. Processamento dos dados e análise estatística**

Os dados foram reunidos e codificados em banco de dados por meio do Programa Epi-Data, versão 1.5. A análise estatística desses dados foi realizada com o auxílio do Software SPSS for Windows, versão 17.0.

Foi feita uma análise descritiva. Os dados foram expressos como frequência absoluta ou relativa, média  $\pm$  desvio padrão ou mediana e percentis 25 e 75.

## **10. Considerações Éticas**

O protocolo de pesquisa para a realização da presente investigação foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Por se tratar de estudo observacional, não determinou interferência sobre condutas diagnósticas e terapêuticas adotadas pelos profissionais entrevistados, em seus locais de atuação.

## RESULTADOS

### 1. Descrição da amostra

De uma amostra total de 132 cirurgiões-dentistas em atuação vinculada à Faculdade de Odontologia da UFRGS convidados a participar da pesquisa, três recusaram-se a participar do estudo (2%) e 28 (21%) não devolveram o questionário a eles enviado (Gráfico 1). Sendo assim, essa pesquisa utilizou como base os dados provenientes de 101 questionários (77%).

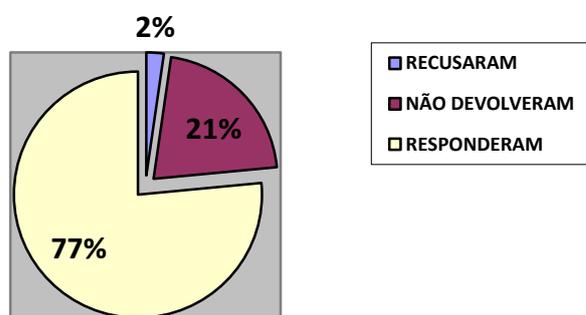
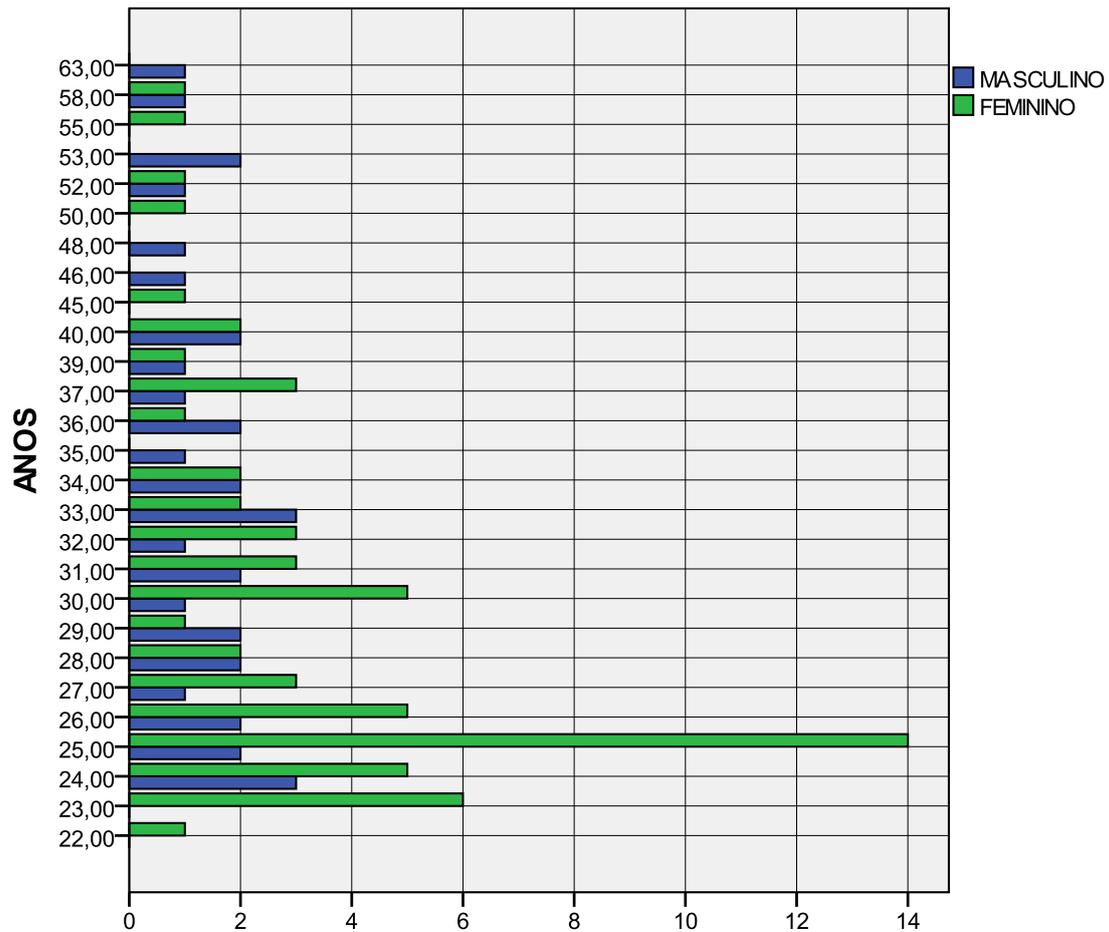


GRÁFICO 01 – AMOSTRA DO ESTUDO

Na tabela 01 podemos observar a amostra estudada. Essa foi constituída por 64% de mulheres (o que equivaliu a 64 dentistas). A idade mínima dos entrevistados foi de 22 anos e a máxima de 63 anos, sendo o grupo de faixa etária entre 21 e 30 anos o maior (com 56% dos entrevistados). A idade média foi de 32 anos, com desvio padrão de 9,7 (Gráfico 2). Um dos entrevistados informou ter errado sua data de nascimento e, por isso, não foi considerado na amostra.

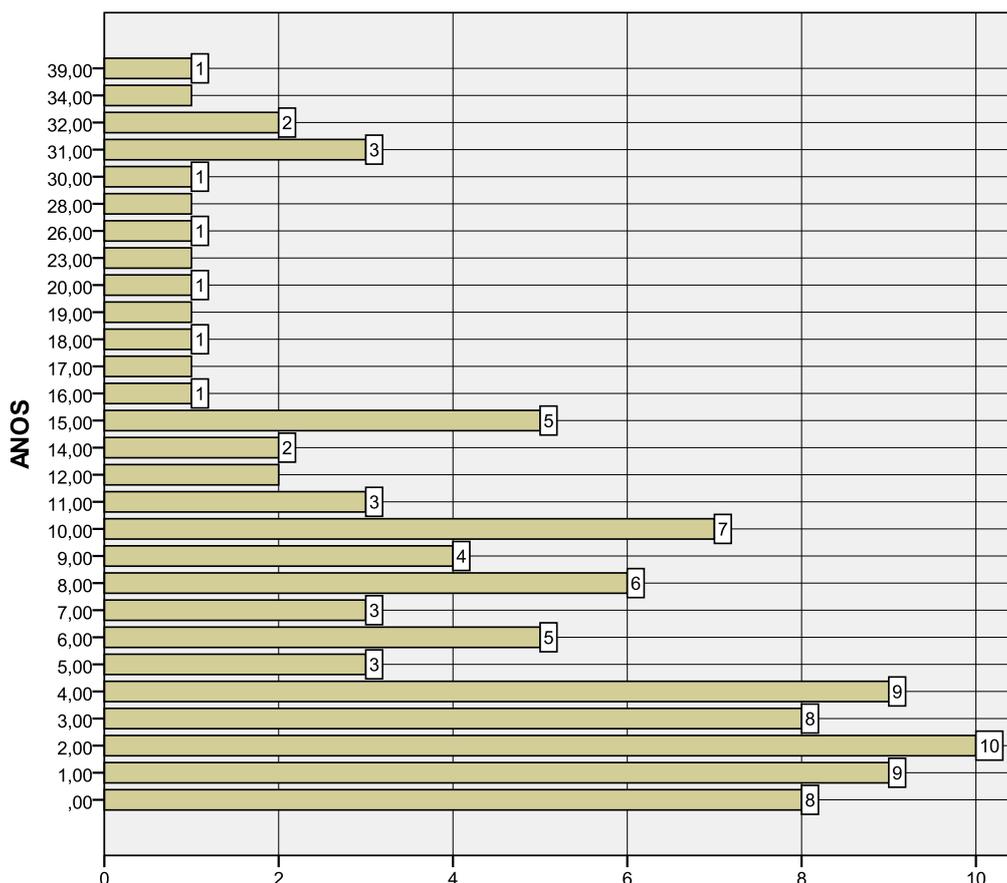
TABELA 02 - DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

AMOSTRA TOTAL	GÊNERO	IDADE	TÍTULOÇÃO	ATUAÇÃO PROFISSIONAL	PÓS-GRADUAÇÃO
101 QUESTIONÁRIOS	64 MULHERES	MÉDIA DE 32 ANOS	ESPECIALISTA 37%	OUTRAS ATIVIDADES 27%	ESPECIALIZAÇÃO 42%
	37 HOMENS		MESTRADO 36%	CLÍNICA ODONTOLÓGICA 72%	MESTRADO 32%
			DOUTORADO 34%		DOUTORADO 17%



**GRÁFICO 02 - DISTRIBUIÇÃO DAS IDADES DOS  
PROFISSIONAIS POR GÊNERO**

O grupo que se formou no Curso de Graduação há quatro anos ou menos foi o maior e englobou 44% dos dentistas entrevistados (Gráfico 3). Um dos entrevistados não respondeu à pergunta e, por isso, não foi considerado na amostra.



**GRÁFICO 03 - TEMPO EM ANOS DESDE A GRADUAÇÃO**

Entre os entrevistados, 37 possuíam título de especialista. Dentre as áreas de especialização citadas, as mais frequentes foram periodontia e saúde coletiva, cada uma com 6 entrevistados. A seguir, as áreas mais frequentes foram endodontia e cirurgia bucomaxilofacial, cada uma com cinco entrevistados. Sendo assim, 37% possuíam título de especialista.

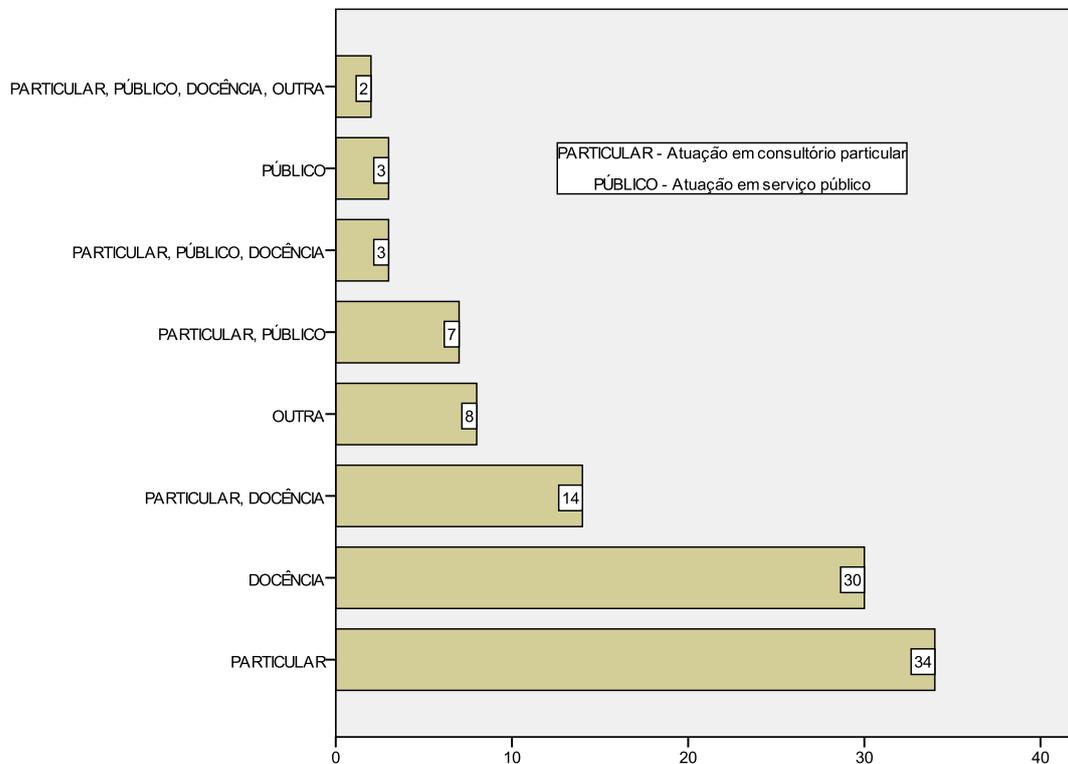
Na amostra total, 36 possuíam título de Mestre. Dentre as áreas de Mestrado, as mais frequentemente citadas foram endodontia, periodontia e cirurgia bucomaxilofacial, cada uma possuindo cinco entrevistados.

Entre os entrevistados, 34 possuíam título de Doutor. Dentre as áreas de Doutorado, a mais comum foi clínica odontológica, com cinco entrevistados.

Sendo assim, 36% e 34% tinham como maior titulação Mestrado e Doutorado, respectivamente.

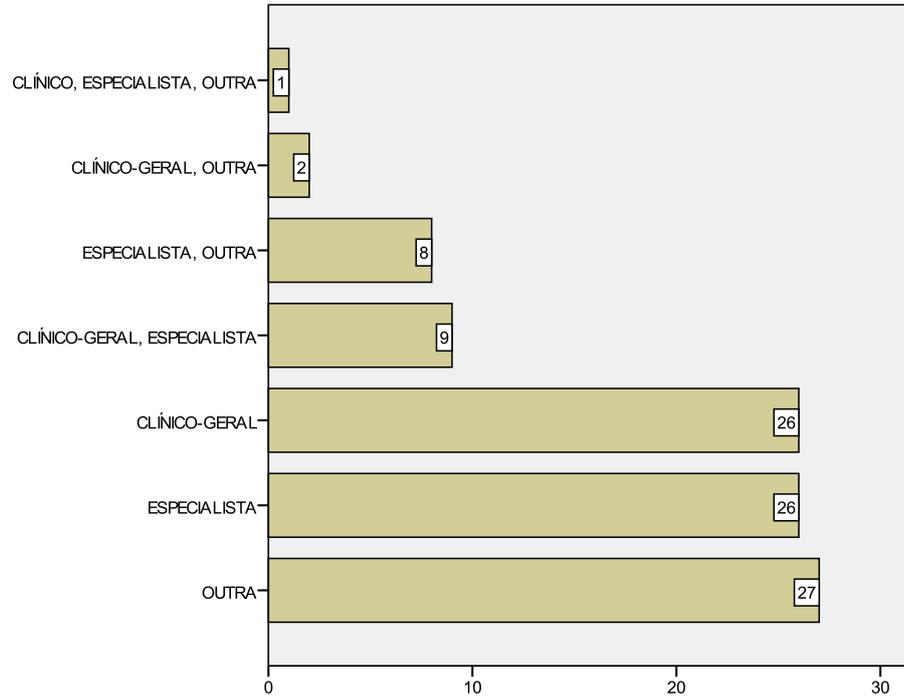
Como se observa no gráfico 4, na amostra estudada, 34% dos profissionais atuava somente em consultório odontológico particular; 30% somente como professores em curso de graduação/pós-graduação/especialização ligados à Odontologia; 14% em consultório

odontológico particular e na docência; 7% em consultório particular e serviço público; 3% somente em serviço público; 3% em consultório particular, serviço público e docência; 8% em outra área; 2% em consultório particular, serviço público, docência e outra área.



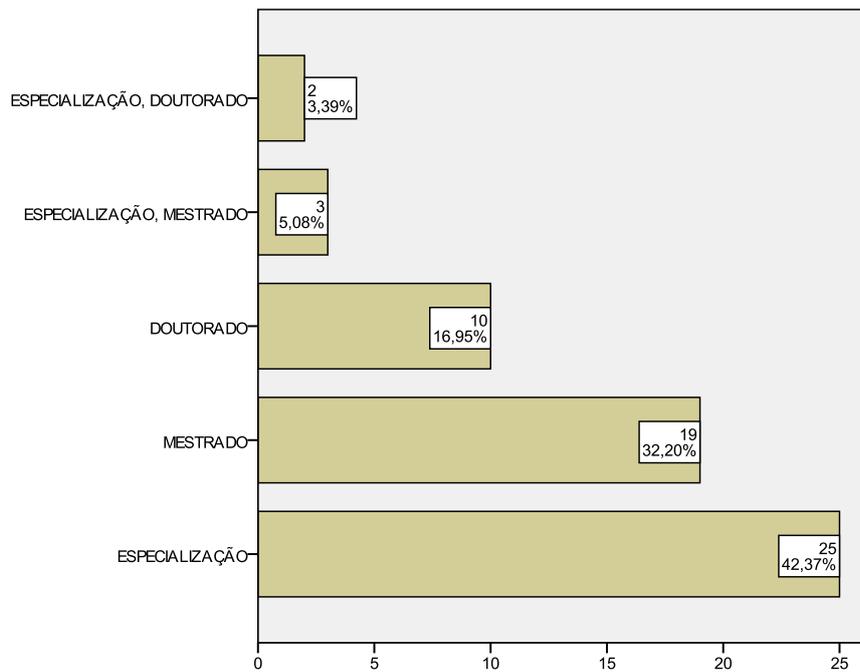
**GRÁFICO 04 - LOCAIS DE TRABALHO ONDE ATUA**

Observa-se, no gráfico 5, que 27% dos dentistas relataram atuar em seu local de trabalho em outras atividades (como cargos administrativos ou apenas docência); 26% atuavam como clínicos gerais; 26% atuavam como especialistas; 9% como clínico geral e especialista; 8% como especialistas e outra atividade; 2% como clínicos gerais e outra atividade; 1% como clínico geral, especialista e outra atividade.



**GRÁFICO 05 - TIPOS DE ATIVIDADE QUE EXERCE NO(S) LOCAL(IS) DE TRABALHO**

Entre os dentistas entrevistados, 57% eram alunos de algum curso de pós-graduação. Destes, 42% estavam vinculados a um curso de Especialização; 32% a um curso de Mestrado; 17% a um curso de Doutorado (Gráfico 6).



**GRÁFICO 06- DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS ENTRE OS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Periodontia foi a área de pós-graduação com maior número de alunos entrevistados (24%), seguida da Odontopediatria, com oito dentistas (14%), e da endodontia, cariologia e prótese, cada uma com cinco dentistas a elas vinculados (8%) (Gráfico 7).

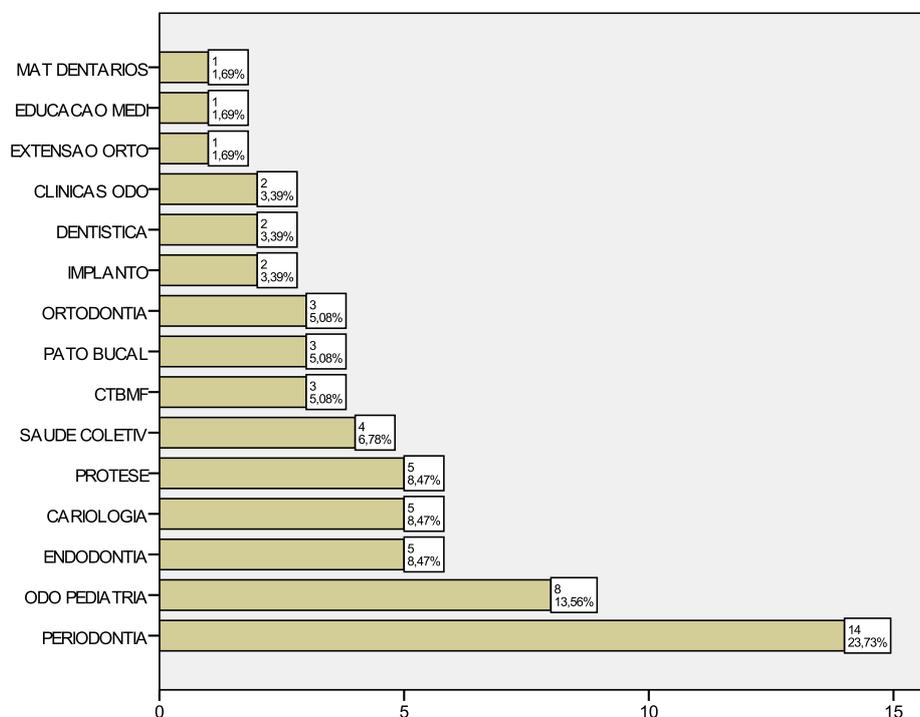


GRÁFICO 07 - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS ENTRE AS ÁREAS DE PÓS-GRADUAÇÃO

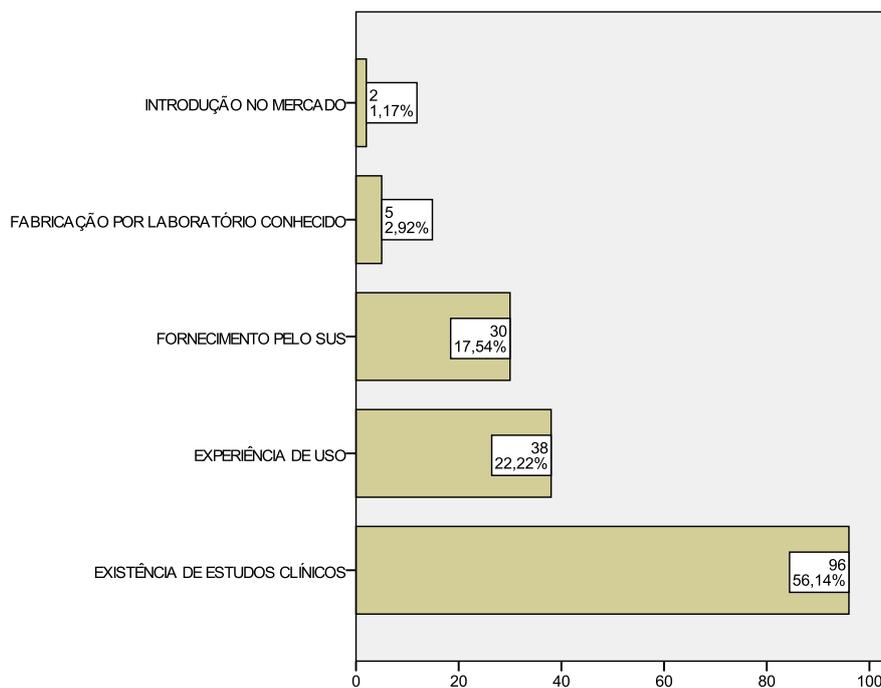
## 2. Embasamento para a prescrição de medicamentos em Odontologia

Foram feitos questionamentos a respeito de parâmetros que pudessem embasar a prescrição.

No gráfico 8, pode-se observar que 96 profissionais consideraram como parâmetro mais importante para a prescrição racional de medicamento a existência de estudos clínicos sobre eficácia e segurança. Essas 96 respostas representaram 56% da amostra total.

A seguir, os parâmetros mais citados foram experiência de uso, relatada por professores ou renomados especialistas da área (n=38), e o fornecimento do medicamento pelo sistema único de saúde (n=30). O parâmetro “fabricação por laboratório farmacêutico conhecido” foi citado por cinco profissionais e “introdução recente do medicamento no mercado” foi considerado por duas vezes.

Entre outros parâmetros considerados importantes foram citados: estudos mostrando eficácia dos elementos dos medicamentos; experiência de uso próprio; experiência prévia do paciente; facilidade de administração.



**GRÁFICO 08 -PARÂMETROS IMPORTANTES PARA A PRESCRIÇÃO RACIONAL**

Foi pedido aos profissionais que selecionassem, por ordem de prioridade, as fontes de informações que exercem influência em sua prescrição habitual.

Os entrevistados consideraram os artigos de revistas científicas como fonte de informação que exerce maior influência sobre a prescrição de medicamentos (51%). A seguir, as fontes mais citadas foram informações obtidas em cursos de especialização e/ou pós-graduação (21%) e livros-texto (12%) (Gráfico 9).

Os entrevistados consideraram como a fonte de informação que exerce a segunda maior influência sobre a prescrição (n=19) informações obtidas em cursos de especialização e/ou pós-graduação, e, a seguir, os livros-texto (n=14). Após, foram referidas as informações obtidas em eventos científicos, como simpósios, jornadas e congressos (n=13) (Gráfico 10).

Os entrevistados consideraram como a fonte de informação que exerce a terceira maior influência na prescrição (n=19) as informações obtidas em eventos científicos, como simpósios, jornadas e congressos. A seguir, apareceram as informações obtidas em cursos de especialização e/ou pós-graduação (n=13). Após, foram lembrados os contatos com outros colegas (n=12) (Gráfico 11).

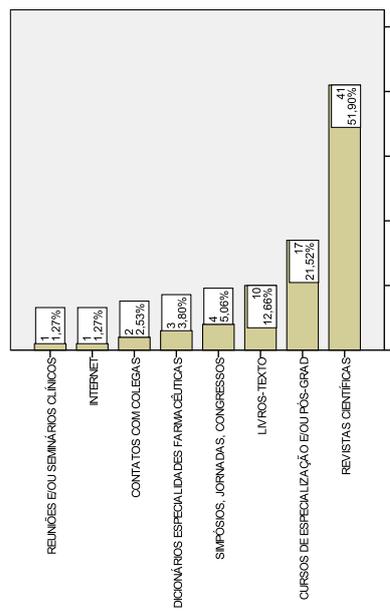


GRÁFICO 09 - FONTE DE INFORMAÇÃO QUE EXERCE INFLUÊNCIA PRINCIPAL NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

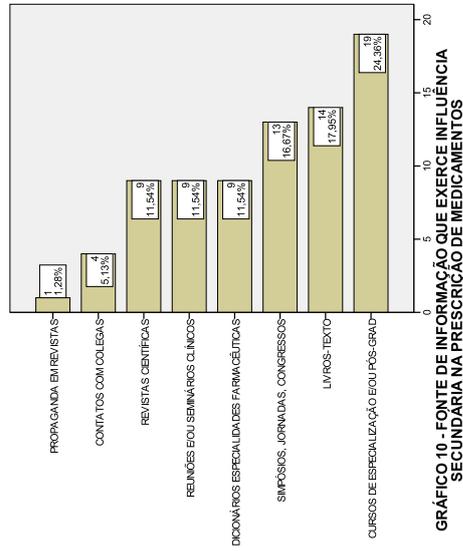


GRÁFICO 10 - FONTE DE INFORMAÇÃO QUE EXERCE INFLUÊNCIA SECUNDÁRIA NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

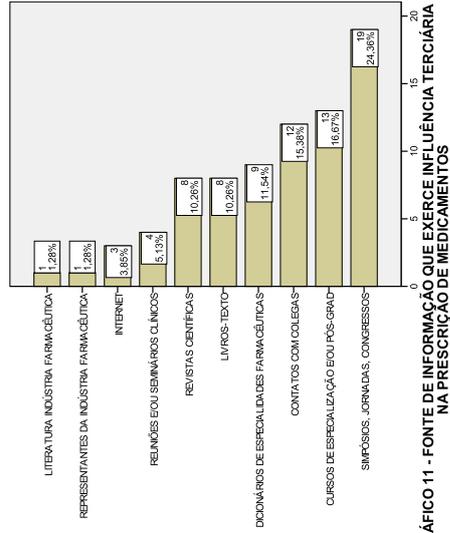


GRÁFICO 11 - FONTE DE INFORMAÇÃO QUE EXERCE INFLUÊNCIA TERCIÁRIA NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Considerando todos os itens, sem ordem de prioridade, artigo em revistas científicas foi o mais citado (25%), seguido pelas informações obtidas em cursos de especialização e/ou pós-graduação (19%) e pelas informações obtidas em eventos científicos, como simpósios, jornadas e congressos (15%) (Gráfico 12).

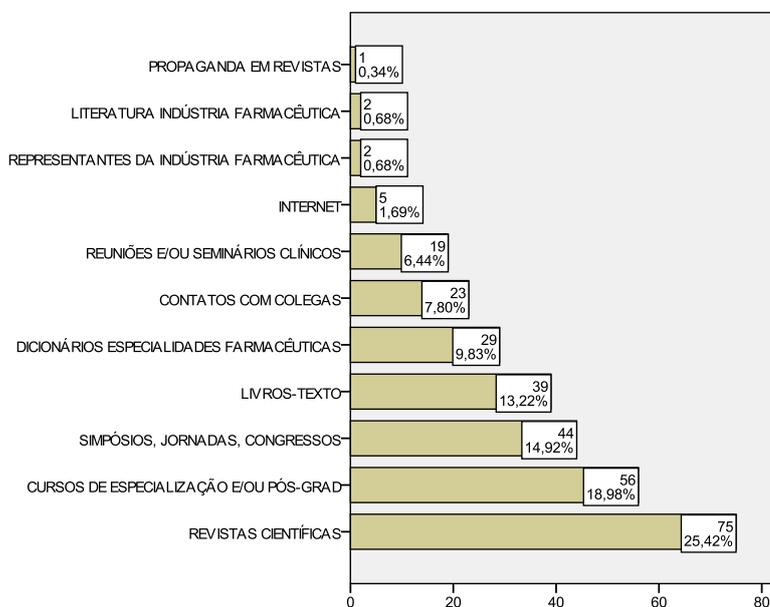


GRÁFICO 12 - FONTES DE INFORMAÇÃO QUE EXERCEM INFLUÊNCIA NA PRESCRIÇÃO

Foi pedido aos profissionais que selecionassem, por ordem de prioridade, as fontes de informações consideradas principais para embasar a prescrição de medicamentos.

A maioria dos entrevistados (26%) considerou o contato com outros colegas como a primeira fonte de informação para embasar a prescrição de medicamentos. A seguir, as fontes mais citadas foram as informações obtidas em cursos de especialização e/ou pós-graduação (22%) e os livros-texto (12%) (Gráfico 13).

Os entrevistados consideraram como a segunda fonte de informação que embasa a prescrição de medicamentos as informações obtidas em eventos científicos, como simpósios, jornadas e congressos (22%) e, a seguir, o contato com outros colegas (18%). Após, foi referido, com 10% cada, o uso de livros-texto e do Dicionário de Especialidades Farmacológicas (Gráfico 14).

Os entrevistados consideraram como a terceira fonte de informação que embasa a prescrição de medicamentos o contato com outros colegas (24%). A seguir, apareceram as informações obtidas em eventos científicos, como simpósios, jornadas e congressos (17%). Após, foram lembradas as informações obtidas em cursos de especialização e/ou pós-graduação (12%) (Gráfico 15).

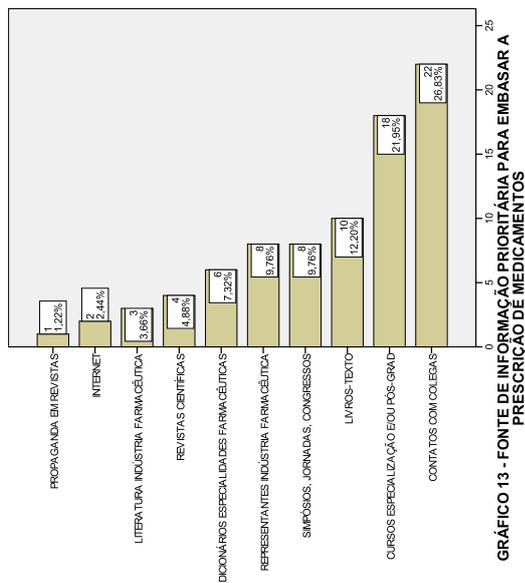


GRÁFICO 13 - FONTE DE INFORMAÇÃO PRIORITÁRIA PARA EMBASAR A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

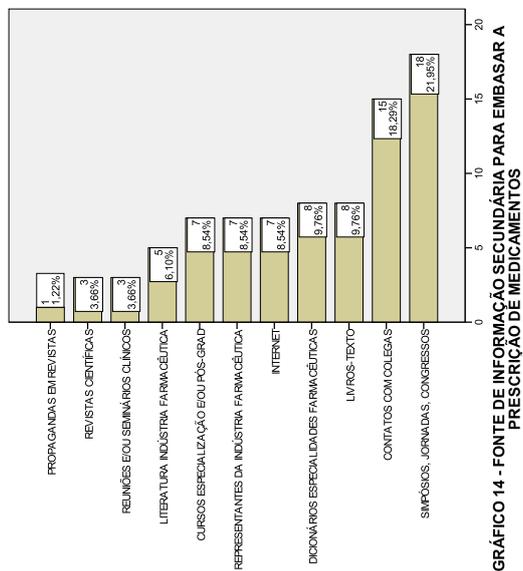


GRÁFICO 14 - FONTE DE INFORMAÇÃO SECUNDÁRIA PARA EMBASAR A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

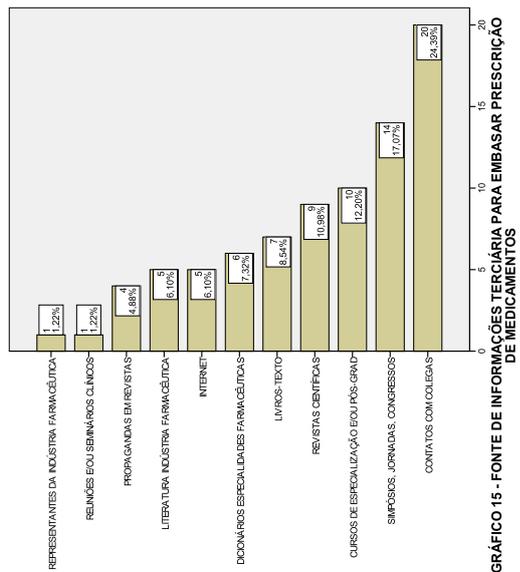


GRÁFICO 15 - FONTE DE INFORMAÇÃO TERCIÁRIA PARA EMBASAR PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Considerando todos os itens, sem uma ordem de prioridade, os contatos com colegas foi o mais citado (24%), seguido das informações obtidas em eventos científicos, como simpósios, jornadas e congressos (15%). Após, as informações obtidas em cursos de especialização e/ou pós-graduação (14%), as revistas científicas (10%) e dicionários de especialidades farmacêuticas (8%) (Gráfico 16).

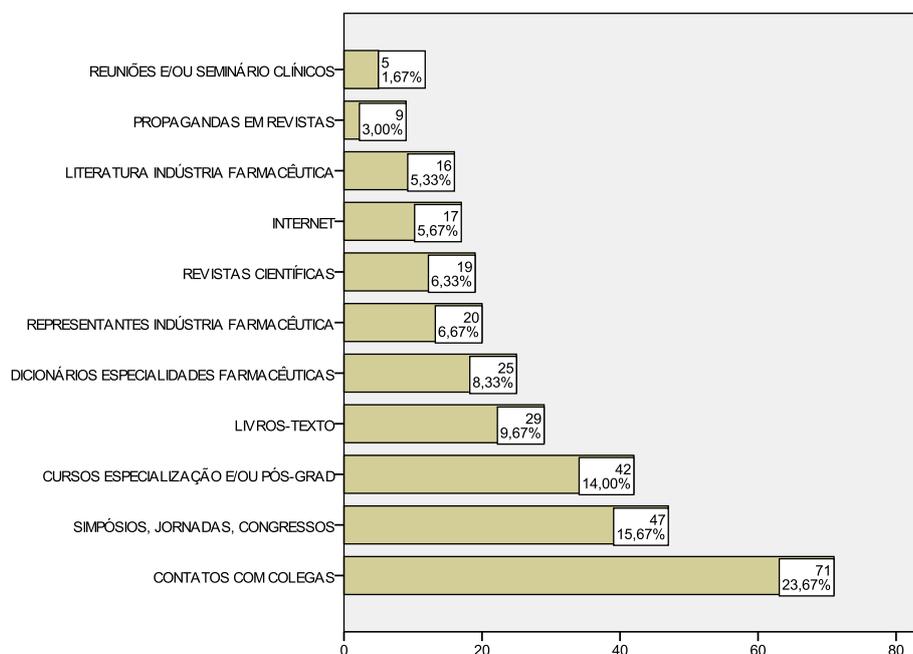


TABELA 16 - FONTES DE INFORMAÇÕES UTILIZADAS PARA EMBASAR A PRESCRIÇÃO

Foi pedido aos profissionais que selecionassem as fontes de informações que exercem influência e que embasam a prescrição de medicamentos para o tratamento da dor. As principais fontes de informações foram destacadas na tabela 03.

TABELA 03 - FONTES DE INFORMAÇÕES PRINCIPAIS

QUE INFLUENCIAM A PRESCRIÇÃO		QUE EMBASAM A PRESCRIÇÃO
ARTIGOS EM REVISTA CIENTÍFICAS	1ª	CONTATO COM COLEGAS
ESPECIALIZAÇÃO E/OU PÓS-GRADUAÇÃO	2ª	EVENTOS, SIMPÓSIOS, JORNADAS, CONGRESSOS
EVENTOS, SIMPÓSIOS, JORNADAS, CONGRESSOS	3ª	ESPECIALIZAÇÃO E/OU PÓS-GRADUAÇÃO

Entre os 101 entrevistados, 41 relatam usar algum guia terapêutico, sendo o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF) o mais usado (90%) (Gráfico 17).

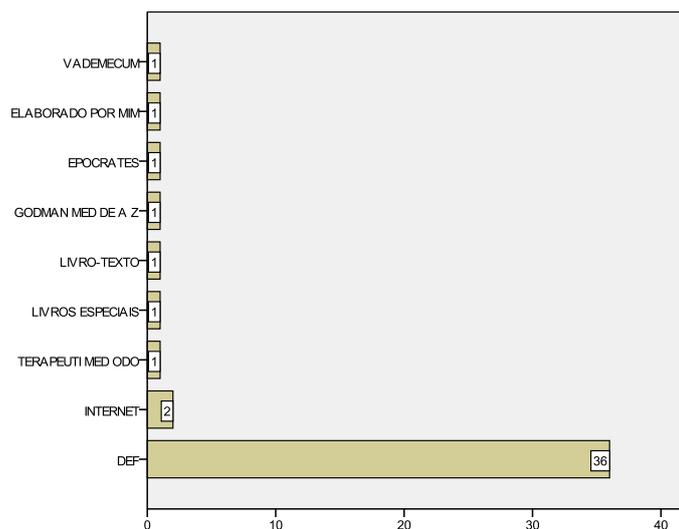


GRÁFICO 17 - GUIAS TERAPÊUTICOS

Os entrevistados foram questionados sobre as fontes de seus conhecimentos sobre a prescrição de medicamentos. A maioria apontou os conteúdos de disciplinas de graduação e/ou pós-graduação (47%). Foi apontado, ainda, o estudo por interesse próprio (26%), as rotinas dos serviços em que atuou ou atua (15%) e os cursos extracurriculares sobre o tema (10%).

Como outras fontes de conhecimento, foram citados artigos científicos, experiência de outros colegas, informação de *experts* do assunto e livros de farmacologia aplicada (Gráfico 18).

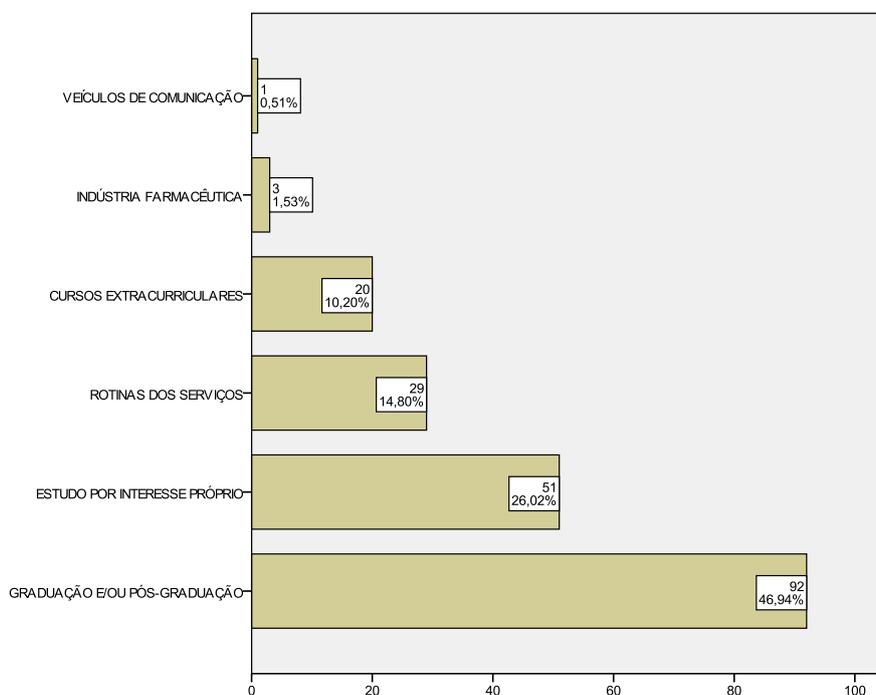
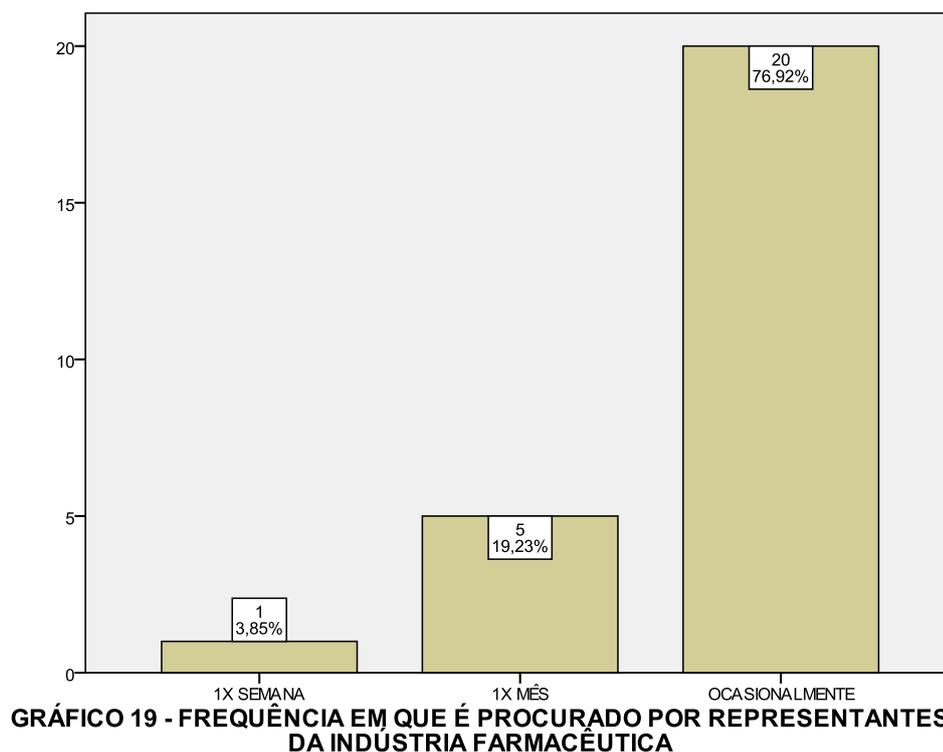


GRÁFICO 18 - CONHECIMENTOS SOBRE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

### 3. Influência da indústria farmacêutica na prescrição de medicamentos e produtos

Entre os 101 entrevistados, 26 tinham sido procurados por representantes da indústria farmacêutica. Quanto à frequência dos contatos, 76% tinham sido procurados ocasionalmente, 20% uma vez por mês e 4% tinham sido procurados uma vez por semana (Gráfico 19).

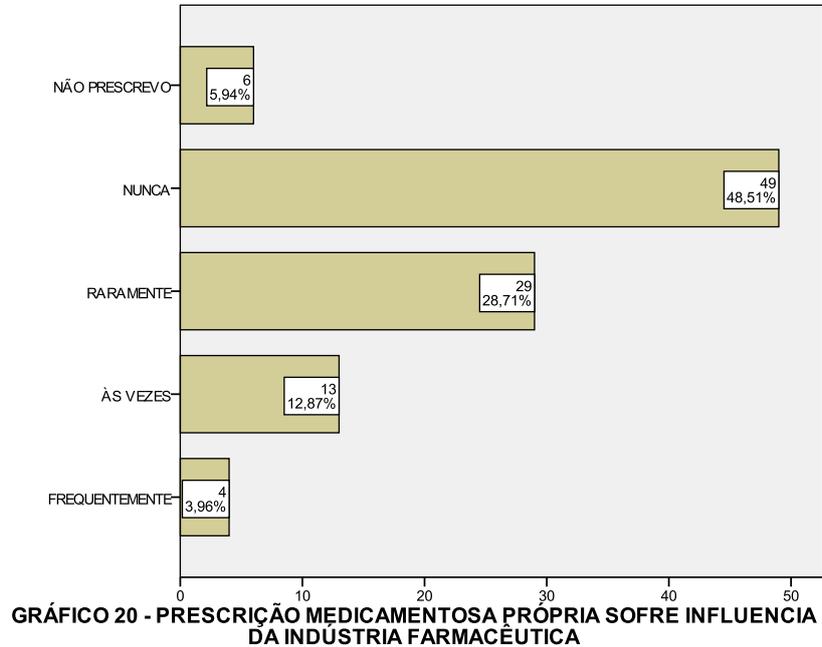


Os produtos sobre os quais, mais frequentemente, os entrevistados receberam informações, material científico ou promocional, nos últimos seis meses, foram: colutórios (Listerine®, Colgate®), dentifrícios (Colgate®, Sensodyne®), escovas, anestésicos e brocas.

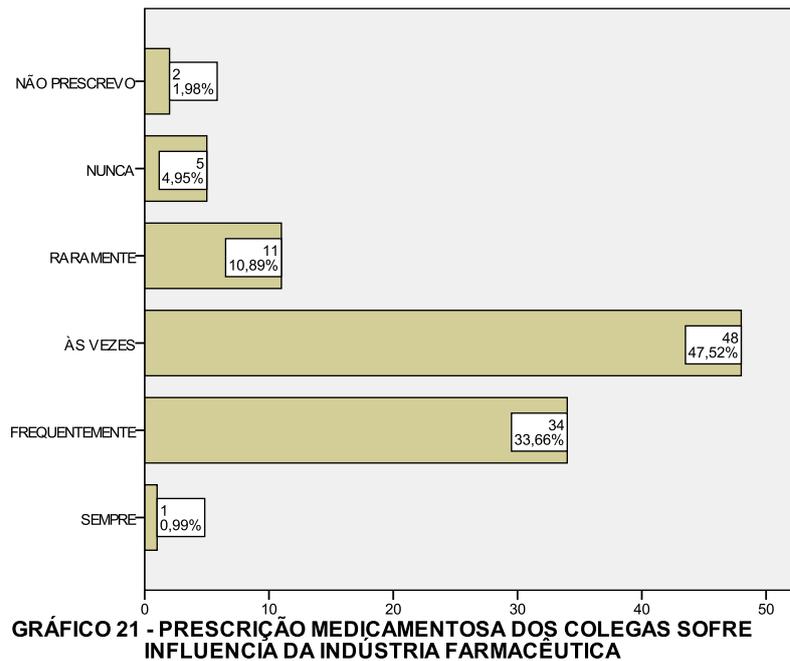
Os medicamentos mais comumente recebidos foram analgésicos e anti-inflamatórios não-esteroides (paracetamol, ibuprofeno, cetorolaco) e antimicrobianos (amoxicilina, metronidazol, azitromicina). Tais medicamentos foram citados nos questionários tanto pelo nome farmacológico como pelo nome comercial.

Entre os 101 dentistas entrevistados, 38 já haviam recebido algum brinde de representantes da indústria farmacêutica. Entre os vários citados, encontram-se: colutórios, dentifrícios, amostras de medicamentos, brocas, canetas, relógios, sacolas, bolsas, entre outros.

Quando perguntados se sua própria prescrição é influenciada pela indústria farmacêutica, 49 (48%) dentistas responderam que nunca são, 29 (28%) que raramente são, 13 (12%) que às vezes isso ocorre e quatro (4%) que frequentemente são influenciados pela indústria (Gráfico 20).



Quando perguntados se consideravam que a prescrição medicamentosa de seus colegas é influenciada pela indústria farmacêutica, 48 (47%) dentistas responderam que às vezes são, 34 (33%) que frequentemente são, 11 (11%) que raramente isso ocorre, cinco (5%) que nunca e um (1%) que sempre são influenciadas pela indústria (Gráfico 21).



#### 4. Existência de protocolos e rotinas de serviço na prescrição de medicamentos

Entre os entrevistados, 48 relataram não haver protocolos ou rotinas de serviço para a prescrição de medicamentos em seus locais de trabalho. Por outro lado, 39 relataram a existência de protocolos ou rotinas. Sete disseram que esse item variava de acordo com o local de trabalho e sete disseram não saber (Gráfico 22).

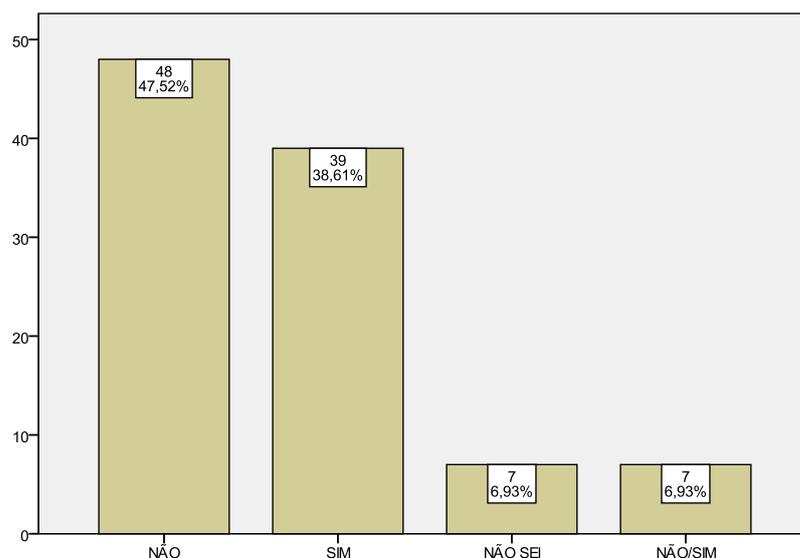


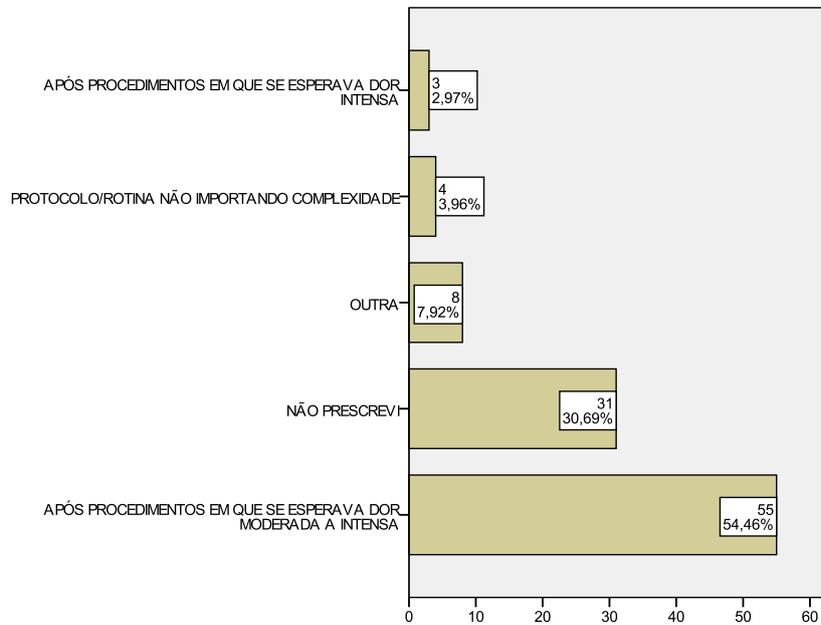
GRÁFICO 22 - PROTOCOLOS OU ROTINAS PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

#### 5. Padrão de prescrição de medicamentos para tratamento da dor

Considerando as situações em que os entrevistados prescreveram medicamentos a seus pacientes, 55 dentistas prescreveram somente após procedimentos em que esperavam a ocorrência de dores moderadas a intensas (Gráfico 23).

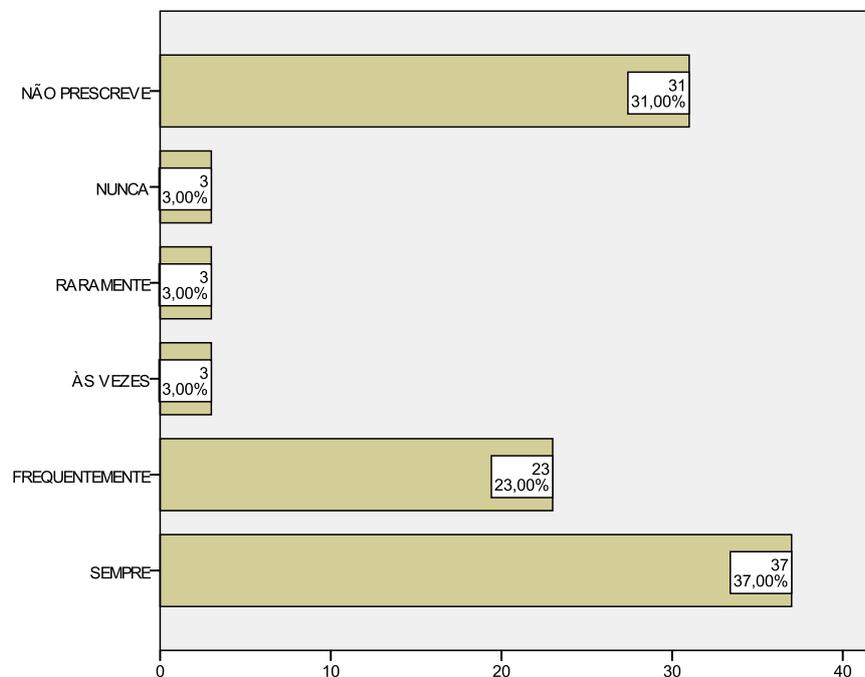
Seis dentistas complementaram a resposta anterior, detalhando que prescreviam após procedimentos em que esperavam a ocorrência de dor, variando de leves a intensas.

Quatro dentistas prescreviam após todos os procedimentos, não importando a sua complexidade. Três dentistas prescreviam somente após procedimentos em que se esperava dor intensa.



**GRÁFICO 23 - SITUAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO ANALGÉSICA**

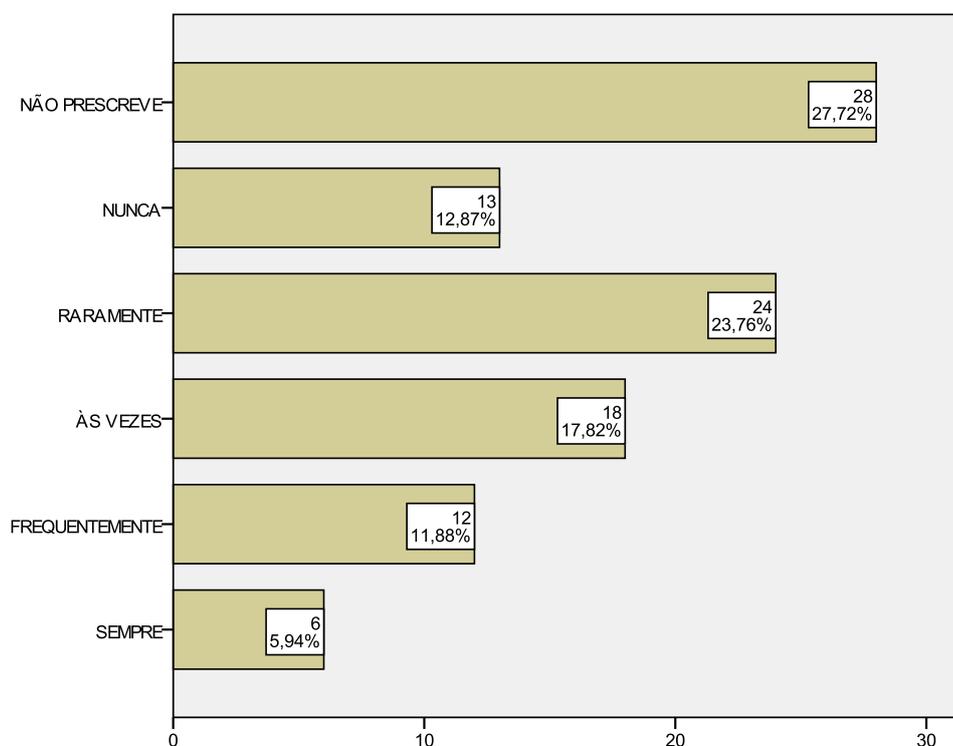
Nos últimos 15 dias, 37 dentistas sempre empregaram e 23 frequentemente usaram nomenclatura genérica em suas prescrições. Entretanto, 3 nunca usaram, 3 o fizeram raramente e 3, às vezes (Gráfico 24).



**GRÁFICO 24 - USO DE NOMECLATURA GENÉRICA**

Nos últimos 15 dias, 24 dentistas raramente prescreveram e 13 nunca prescreveram analgésicos em esquema de demanda (para uso “se necessário” ou “quando tiver dor”).

Entretanto, 18 às vezes prescreveram, 12 o fizeram frequentemente e 8 sempre o fizeram (Gráfico 25).



**GRÁFICO 25 - PRESCREVEU EM ESQUEMA DE DEMANDA**

Nos últimos 15 dias, 71 entrevistados prescreveram medicamentos para dores leves a moderadas a seus pacientes. O medicamento mais citado foi paracetamol, mencionado em 76 respostas. Ibuprofeno foi mencionado por 11 profissionais. Nimesulida e dipirona apareceram em sete respostas, cada uma (tabela 04).

Quanto ao paracetamol, a dosagem mais citada (38 vezes) foi a de 750 mg, com intervalo de administração de seis horas. Aquela dosagem também foi citada como sendo empregada a intervalos de quatro horas (9 vezes) ou oito horas (5 vezes).

Paracetamol também foi citado como sendo prescrito com dosagem de 500 mg, administrados a cada quatro horas (8 vezes), seis horas (6 vezes) ou oito horas (3 vezes). Também foi citado o uso de paracetamol em dose de 1 g, a cada seis horas (4 vezes). Foi citado, ainda, o emprego de solução de paracetamol em gotas, para uso pediátrico (5 vezes,) na dosagem de 200 mg/ml, em intervalos de quatro ou seis horas (2 vezes cada).

O ibuprofeno, o segundo medicamento mais citado para tratamento de dores leves a moderadas, foi prescrito na dosagem de 600 mg (6 vezes), com intervalo de seis, oito ou

doze horas (2 vezes cada); 400 mg (4 vezes), com intervalo de seis ou oito horas (2 vezes cada); 300 mg, com intervalo de oito horas (1 vez).

Nimesulida foi citada em dosagem de 100 mg, com intervalos de administração variando entre 8 horas (1 citação), dozes horas (5 citações) e 24 horas (1 citação).

Dipirona foi citada em dosagem de 500 mg, com intervalos de quatro horas (3 citações) ou seis horas (4 citações).

Nos últimos 15 dias, 46 entrevistados prescreveram medicamentos para dores moderadas a intensas a seus pacientes. O medicamento mais citado foi a associação de codeína e paracetamol (Tylex®), mencionada em 20 respostas. Cetorolaco (Toragesic®) foi mencionado em 14 respostas, paracetamol em 11 e ibuprofeno em 8 respostas (tabela 04).

Quanto ao medicamento contendo a associação de codeína e paracetamol (Tylex®), a dosagem empregada foi de 30 mg (500 mg de paracetamol associados a 30 mg de codeína). O intervalo de administração variou entre quatro horas (duas citações), seis horas (o mais usado, com 16 citações), oito horas (uma citação) e doze horas (uma citação).

Cetorolaco (Toragesic®), segundo medicamento mais prescrito para tratamento de dores moderadas a intensas, foi citado em dosagem de 10 mg. Seus intervalos de administração variaram de seis horas (oito citações), oito horas (quatro citações) a doze horas (duas citação).

Para tratamento de dores moderadas a intensas, paracetamol foi citado em dosagem de 500 mg, a cada quatro horas (uma citação); de 750 mg, em intervalos de quatro horas (uma citação) ou seis horas (cinco citações); de 1 g, a cada oito horas (uma citação). Também foi citado o uso de paracetamol sob a forma de gotas, para uso pediátrico (uma vez). Ibuprofeno foi citado em dosagem de 600 mg, com intervalo de administração de seis horas (quatro citações) ou oito horas (uma resposta).

Nos últimos 15 dias, 26 entrevistados realizaram procedimentos dentários em que se esperava dor e edema, sem que houvesse sido indicado o uso de medicamentos no período pré-operatório. Por outro lado, seis entrevistados utilizaram medicação pré-operatória para procedimentos desse tipo.

O medicamento mais citado para uso pré-operatório foi a dexametasona, mencionado em três respostas. Nimesulida foi mencionada em duas respostas. Bi-Profenid® e Celestone® foram mencionados em uma resposta cada.

Quanto à dexametasona, a dosagem empregada variou entre 4 mg, uma hora antes do procedimento (duas citações), e 8 mg, uma hora antes do procedimento (uma citação).

Nimesulida foi citada com a dosagem de 100 mg, com intervalos de administração uma hora antes ou duas horas antes do procedimento.

Bi-Profenid® foi citado com a dosagem de 150 mg, administrado uma hora antes do procedimento.

Celestone® foi citado com a dosagem de 4 mg, administrado uma hora antes do procedimento.

TABELA 04 - MEDICAMENTOS MAIS PRESCRITOS PARA TRATAMENTO DA DOR

LEVE A MODERADA		MODERADA A INTENSA
PARACETAMOL	1 <sup>a</sup>	ASSOCIAÇÃO PARACETAMOL + CODEÍNA
IBUPROFENO	2 <sup>a</sup>	CETOROLACO***
NIMESULIDA*	3 <sup>a</sup>	PARACETAMOL
DIPIRONA**	4 <sup>a</sup>	IBUPROFENO

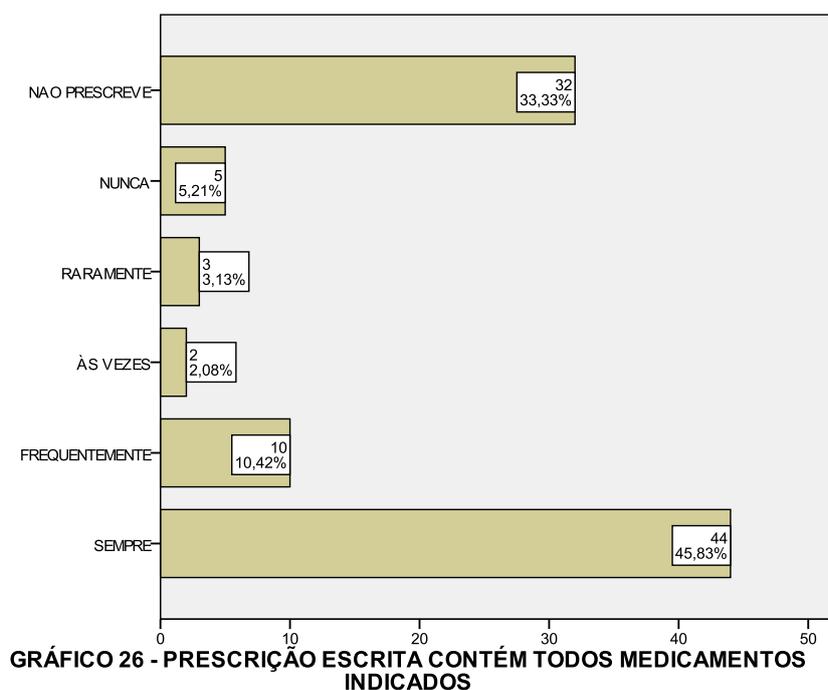
\* Não é comercializada/ registrada nos EUA

\* Não tem registro na maior parte da Europa e América do Norte

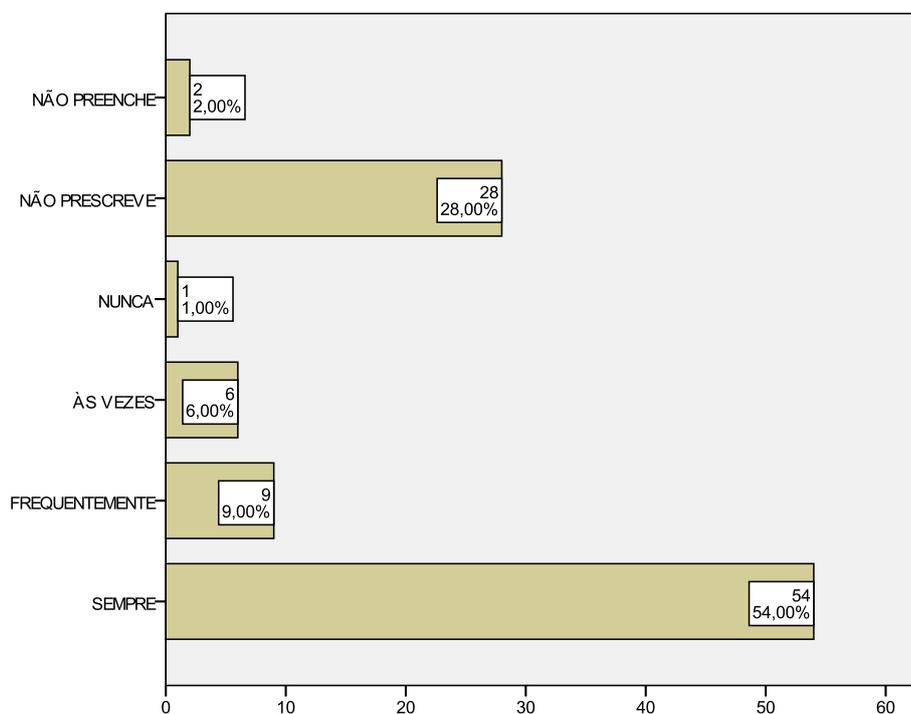
\* Somente por Via Oral

## 6. Registro legal da prescrição

Quando perguntados sobre o fornecimento de prescrições por escrito aos pacientes, contendo todos os medicamentos indicados, 44 dentistas (46%) sempre as forneceram e 10 (10%) frequentemente o fizeram. Entretanto, cinco nunca forneceram (5%), três o fizeram raramente (3%) e dois o fizeram às vezes (2%). Enquanto que 33% dos entrevistados relatou não atuar na clínica odontológica e, portanto, não prescrever medicamentos (Gráfico 26).



Nos últimos 15 dias, 54 dentistas sempre registraram e 9 frequentemente registraram os medicamentos prescritos aos pacientes em seus prontuários ou fichas clínicas. Seis às vezes registraram, um nunca registrou e 2 não preencheram prontuários (Gráfico 27).



**GRÁFICO 27 - REGISTRO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS NOS PRONTUÁRIOS**

## DISCUSSÃO

### 1. Descrição da amostra

Com o objetivo de alcançar o tamanho mínimo de amostra de 110 dentistas, foram convidados a participar da pesquisa 132 cirurgiões-dentistas. Da amostra total, três recusaram-se a participar do estudo (2%) e 28 (21%) não devolveram o questionário a eles enviado. Sendo assim, essa pesquisa utilizou como base os dados provenientes de 101 questionários (77%).

A amostra estudada foi constituída, na sua maioria, por mulheres - 64%, com idade mínima de 22 anos e máxima de 63 anos. A maior parte dos entrevistados (56%) tinha entre 21 e 30 anos, com idade média de 32 anos (desvio padrão de 9,7).

O grupo que se formou no Curso de Graduação há quatro anos ou menos foi o maior e englobou 44% dos dentistas entrevistados. Sendo assim, os dados aqui apresentados refletem o comportamento de profissionais que atuam há menos tempo no mercado.

Entre os entrevistados, 37% possuíam título de especialista, 36% possuíam a titulação de mestrado e 34% possuíam a titulação de Doutorado.

Em torno de 63% da amostra, trabalhava em consultório odontológico, seja no serviço particular, seja no serviço público. Enquanto 27% dos dentistas relataram atuar em seu local de trabalho em outras atividades (como cargos administrativos ou apenas docência), 72% relataram atuar na clínica odontológica, seja como clínico-geral, especialista ou em associação dessas atividades com cargos administrativos

Entre os dentistas entrevistados, 57% eram alunos de algum curso de pós-graduação. Destes, 42% estavam vinculados a um curso de Especialização; 32% a um curso de Mestrado; 17% a um curso de Doutorado.

## **2. Embasamento para a prescrição de medicamentos em odontologia**

As Universidades devem ser a base para a formação de recursos humanos da área de saúde, buscando qualificação para a eficiência e eficácia dos serviços. Supõe-se ser a formação acadêmica a fonte inicial de conhecimentos terapêuticos para a correta prescrição medicamentosa. A prescrição medicamentosa envolve uma infinidade de conhecimentos técnicos, não só do produto a ser prescrito, com suas propriedades farmacológicas, mas também quanto à forma de fazê-la, por toda a responsabilidade que acarreta o ato de receitar (Garbin *et al*, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Uso Racional de Medicamentos (URM) acontece quando o paciente recebe o medicamento adequado à sua condição clínica, em doses apropriadas às suas necessidades individuais, durante intervalo de tempo conveniente e ao menor preço possível para ele e para a comunidade (WHO, 1985 e 2002).

O uso inadequado e o uso excessivo de medicamentos desperdiçam recursos - muitas vezes, fora das possibilidades de pagamento pelos pacientes - e resultam em dano significativo ao paciente, por conta dos resultados insatisfatórios e das reações adversas aos medicamentos. Provavelmente levando esse conceito em consideração, quase todos os entrevistados (97%) consideram como parâmetro mais importante para a prescrição racional de medicamento a existência de estudos clínicos sobre eficácia e segurança.

Outros parâmetros também citados como importantes foram experiência de uso, relatada por professores ou renomados especialistas da área (38%), e o fornecimento do medicamento pelo sistema único de saúde (30%).

É válido lembrar, quando falamos da existência de estudos clínicos, que há um grande volume de literatura que os profissionais da área de saúde têm que assimilar. A partir da disseminação dessas evidências, os profissionais possuem subsídios para prestar o melhor cuidado aos pacientes. E, devido à impossibilidade de leitura de tantos artigos publicados anualmente, é que se devem utilizar as revisões e análises sistemáticas da Odontologia baseada em evidências. (Ismail, 2004).

O presente estudo também avaliou a existência de protocolos ou rotinas de serviço para prescrição de medicamentos em seus locais de trabalho. Quase metade da amostra (48%) diz haver protocolos ou rotinas.

Quanto ao fornecimento de medicamentos pelo sistema único de saúde (SUS) e quanto a existência de protocolos e rotinas, é válido considerar que o conhecimento

farmacológico sobre os medicamentos atualmente utilizados estará obsoleto dentro de cinco anos (OMS, 2001). Por essa razão, o profissional deve-se manter constantemente atualizado e sempre manter uma conduta crítica adequada quanto aos medicamentos que está prescrevendo.

O cirurgião-dentista está em meio a um mercado com informações oriundas de diversas fontes, que apontam para vários sentidos, dentre eles o interesse da indústria e da população. Diante das disputas que existem no interior do campo sanitário, vão ser atribuídos significados mais importantes a umas informações do que outras, de acordo com a formação profissional, ética e humanista. Desta forma, para que o profissional tome decisões fundamentadas e prescreva medicamentos de maneira racional, é preciso receber formação básica e aplicada para o ato da prescrição, estar familiarizado com as propriedades do medicamento, utilizar meios de atualização profissional e ter acesso ao conhecimento técnico-científico na área (Figueiredo, 2009).

Existem diversas fontes de informação sobre medicamentos, algumas são superiores a outras, de acordo com a qualidade da evidência. Os ensaios clínicos randomizados, duplo-cegos, controlados por placebo são superiores à opinião emitida por um único indivíduo (OMS, 2001). A literatura tem qualificado os estudos farmacológico-clínicos em níveis, que variam de I - ensaios clínicos randomizados – a VI – série de casos (Fuchs, 2004).

Foi pedido aos profissionais que selecionassem as fontes de informações que exercem influência em sua prescrição habitual. A maioria dos entrevistados considerou os artigos de revistas científicas como fonte primária de informação (25%). Como fonte secundária, 19% dos entrevistados considerou as informações obtidas em cursos de especialização e/ou pós-graduação e, como fonte terciária, as informações obtidas em eventos científicos, como simpósios, jornadas e congressos (15%).

Também foi pedido aos profissionais que selecionassem as fontes de informações consideradas principais para embasar a prescrição de medicamentos. Grande parte dos entrevistados (24%) considerou o contato com outros colegas como a primeira fonte de informação. Consideraram as informações obtidas em eventos científicos, como simpósios, jornadas e congressos, como fonte secundária (15%) e, após, as informações obtidas em cursos de especialização e/ou pós-graduação como fonte terciária (24%).

Artigos originais, metanálises e revisões sistemáticas, em periódicos científicos nacionais e internacionais, são considerados fontes primárias de informação científica. Muitos estão disponíveis na *internet* e possuem qualidade variada, sendo que as revistas

indexadas e que possuem corpo editorial são mais conceituadas (Wannmacher, 2007). Algumas revistas, porém, não são independentes, bem como podem possuir suplementos patrocinados pela indústria (OMS, 1998).

As fontes de informação sobre medicamentos consistem em serviços de indexação e compilação de sumários (resumos), os quais levam à identificação da literatura primária (Araújo, 2002). Como exemplos, podem ser citados MEDLINE e BIREME.

As fontes terciárias apresentam informação documentada em formato condensado. São livros-texto ou outros tipos de bancos de dados baseados em literatura primária (Araújo, 2002).

Questionaram-se os entrevistados sobre as fontes de seus conhecimentos de prescrição de medicamentos. A maioria apontou os conteúdos de disciplinas de graduação e/ou pós-graduação como fonte principal de seus conhecimentos (47%). Outros apontaram o estudo por interesse próprio (26%), as rotinas dos serviços em que atuou ou atua (15%) e os cursos extracurriculares sobre o tema (10%). Esses achados estão de acordo com o estudo de Figueiredo (2009). No entanto, neste mesmo estudo, os dentistas entrevistados disseram possuir a percepção de que os conhecimentos adquiridos sobre terapia medicamentosa, durante graduação e pós-graduações, de modo geral, são muito limitados.

Entretanto, deve-se lembrar que não é o principal objetivo dos cursos de graduação e pós-graduação ensinarem aos alunos a “receita de bolo” das prescrições medicamentosas. É, sim, formar um profissional que baseia suas condutas clínicas na constante revisão sistemática e crítica dos estudos científicos (Ismail, 2004). Além disso, também é sua função ampliar os conhecimentos dos profissionais, por meio de oportunidades de busca, coleta e análise de informações, nas mais variadas formas de apresentação (OMS, 1998).

### **3. Influência de indústrias farmacêuticas na prescrição de medicamentos e de produtos**

A falta de conhecimentos ou a falta de informações sobre as propriedades dos medicamentos determina decisões erradas no momento da escolha do tratamento. E essas falhas podem ser consequência da intensa publicidade da indústria farmacêutica, que

fornece informações que podem induzir a prescrição, aquisição ou fornecimento de medicamentos (Battellino e Bennun, 1993).

Entre os 101 entrevistados, 26 tinham sido procurados pela indústria farmacêutica, sendo que 76% tinham sido procurados ocasionalmente, 20% uma vez por mês e 4% tinham sido procurados uma vez por semana. Cuidado especial deve ser dispensado sobre a utilidade da informação obtida, devido a deficiências potenciais ou falta de imparcialidade (Araújo, 2002).

As fontes de informação da indústria farmacêutica são consideradas de origem comercial e incluem os manuais e guias terapêuticos, boletins e impressos com propagandas, simpósios patrocinados pelos fabricantes, artigos ditos científicos, encomendados pelas empresas farmacêuticas (Wannmacher, 2007). Muitas vezes, as fontes de informação provenientes da indústria farmacêutica estão facilmente disponíveis, são atraentes e de fácil digestão (OMS, 1998).

Os produtos sobre os quais os entrevistados receberam informações, material científico ou promocional, nos últimos seis meses, foram: colutórios (Listerine®, Colgate®), dentífrícios (Colgate®, Sensodyne®), escovas, anestésicos, brocas, entre outros.

Wannmacher (2007) afirma que, ao se selecionar fontes fidedignas, éticas e isentas se exclui qualquer informação proveniente do produtor de medicamentos. Mesmo artigos e revistas especializadas, consensos, diretrizes nacionais e internacionais podem estar permeados por interesses que não os científicos.

Os medicamentos recebidos foram analgésicos e anti-inflamatórios não-esteroides (paracetamol, ibuprofeno, cetorolaco) e antimicrobianos (amoxicilina, metronidazol, azitromicina). Tais medicamentos foram citados tanto pelo nome farmacológico, como pelo nome comercial.

Entre os 101 dentistas entrevistados, 38 já haviam recebido algum brinde de representantes da indústria farmacêutica. Entre os vários citados, encontram-se: colutórios, dentífrícios, amostras de medicamentos, brocas, canetas, relógios, sacolas, bolsas, entre outros.

Uma dificuldade para o uso racional de medicamentos é a multiplicidade de produtos farmacêuticos existentes, agravada pela introdução agressiva no mercado de novos medicamentos, devido aos avanços da tecnologia (OMS, 2001).

Quando perguntados se sua própria prescrição era influenciada pela indústria farmacêutica, 49 (48%) dentistas responderam que nunca eram, enquanto os outros 52% raramente, às vezes ou frequentemente eram influenciados pela indústria.

Entretanto, quando perguntados se a prescrição medicamentosa de seus colegas era influenciada pela indústria farmacêutica, cinco (5%) dentistas responderam que nunca são. E a grande maioria (95%) respondeu que às vezes, frequentemente, raramente ou sempre seus colegas são influenciadas pela indústria.

Barros (2004) ressalta que a indústria farmacêutica vem se valendo das teses do movimento da prática baseada em evidências, com a valorização dos ensaios clínicos, para incrementar os argumentos publicitários em favor de seus produtos, sendo mais uma estratégia para aceitação do prescritor.

#### **4. Padrão de prescrição de medicamentos para tratamento da dor**

O cirurgião-dentista está habilitado legalmente a receitar o medicamento que julgar mais adequado para curar, diminuir ou estabilizar o mal constatado (Oliveira, 1998).

Considerando as situações em que os entrevistados prescreveram medicamentos a seus pacientes, 55 dentistas prescreveram somente após procedimentos em que se esperavam dores moderadas a intensas. Seis dentistas complementaram, detalhando que prescreviam após procedimentos em que se esperava dor, independentemente da intensidade, variando de leve a intensa.

Somente 37% da amostra sempre empregaram a nomenclatura genérica em suas prescrições medicamentosas, enquanto 32% dos dentistas que prescrevem medicamentos a seus pacientes não usaram sempre a nomenclatura genérica em suas prescrições.

Entretanto, valor diferente foi encontrado ao se analisar as respostas dos profissionais. Quando indagados quanto ao uso de medicamentos para o tratamento analgésico, apenas 2 dos entrevistados descreveram o uso de paracetamol com o nome comercial. Entretanto, na grande maioria das respostas, a associação de paracetamol e codeína foi citada com o nome comercial, assim como o cetorolaco de trometamina.

A importância da denominação genérica do medicamento deve-se à confusão de nomes que pode provocar a nomenclatura comercial, em face da enorme quantidade de

marcas-fantasia disponíveis atualmente no mercado. Dessa forma, pela semelhança ortográfica ou fonética, vários produtos podem ser comumente confundidos, acarretando erros graves, os quais, provavelmente, seriam menos frequentes pela também utilização de nomenclatura genérica. Entretanto, observa-se que permanece o costume de prescrever utilizando-se o nome comercial do medicamento (Garbin, 2007).

Já está bem afirmado pela literatura que o emprego de analgésicos na base de “se necessário” ou “quando tiver dor” (esquema de demanda), em situações de trauma cirúrgico, é inadequada. É mais fácil prevenir a dor ou tratá-la precocemente do que reverter a dor já instalada, situação em que já foram desencadeados mecanismos envolvidos na sensibilidade dolorosa, intensificando o relato de desconforto (Ferreira e Wannmacher, 2007).

Mesmo assim o presente estudo mostrou que só 13% da amostra total nunca prescreveram analgésicos em esquema de demanda (para uso “se necessário” ou “quando tiver dor”). Isso é, quase 60% dos profissionais entrevistados prescreveram raramente, às vezes, frequentemente ou sempre em esquema de demanda.

Nos últimos 15 dias, 71 entrevistados prescreveram medicamentos para dores leves a moderadas para seus pacientes. O medicamento mais citado foi paracetamol, mencionado em 76 respostas. Ibuprofeno foi mencionado por 11 profissionais. Nimesulida e dipirona apareceram em sete respostas, cada uma (tabela 04).

Quanto ao paracetamol, a dosagem mais citada (38 vezes) foi a de 750 mg, com intervalo de administração de seis horas. Aquela dosagem também foi citada como sendo empregada a intervalos de quatro horas (9 vezes) ou oito horas (5 vezes).

No tratamento analgésico, se possível, deve-se eliminar a dor com agentes específicos e iniciar com agentes menos potentes e com menores efeitos adversos. Por não possuir efeitos irritantes sobre o trato gastrointestinal e não estar relacionado a efeitos adversos graves, a não ser em casos de superdosagens, o uso do paracetamol como agente de primeira escolha é tido como adequado, por ser um medicamento seguro quando se seguem as dosagens recomendadas, por curto período de tempo (Haas, 1999).

Entretanto, o profissional deve ficar atento, já que a alta dosagem de paracetamol pode levar a dano hepático agudo. É fundamental que o prescritor deixe bem claro ao paciente as instruções de uso do medicamento, sua dosagem, intervalo e via de administração. Se for considerada a dosagem mais indicada pelos dentistas entrevistados (750 mg, a cada seis horas), são necessários menos que dois comprimidos para o paciente passar da dose

máxima de quatro gramas de paracetamol recomendada pela OMS, em uso sem prescrição.

O ibuprofeno, o segundo medicamento mais citado para tratamento de dores leves a moderadas, estava sendo prescrito na dosagem de 600 mg, com intervalo de seis, oito ou doze horas.

A grande quantidade de evidências de alta qualidade demonstra que ibuprofeno é um efetivo medicamento analgésico para o tratamento de dores pós-operatórias. Em revisão sistemática Cochrane, foi avaliado, principalmente, o uso de 200 mg e 400 mg de ibuprofeno para o tratamento analgésico e ambas doses mostraram-se eficazes em promover analgesia (Derry, 2009). Considerando essa evidência, talvez seja mais apropriado prescrever doses menores para os pacientes, evitando, assim, possíveis efeitos adversos.

Nos últimos 15 dias, 46 entrevistados prescreveram medicamentos para dores moderadas a intensas, para seus pacientes. O medicamento mais citado foi a associação de codeína e paracetamol, mencionada em 20 respostas. Cetorolaco foi mencionado em 14 respostas, paracetamol em 11 e ibuprofeno em 8 respostas (tabela 04).

Quanto ao medicamento contendo a associação de codeína e paracetamol, a dosagem empregada foi de 30 mg (500 mg de paracetamol associados a 30 mg de codeína) com o intervalo de seis horas. Revisão sistemática Cochrane confirma que a associação de paracetamol com codeína fornece alívio clínico significativo em pacientes com dor pós-operatória moderada a severa (Toms, 2009).

Nos últimos 15 dias, 26 entrevistados realizaram procedimentos dentários em que se esperava dor e edema, sem que houvesse sido indicado o uso de medicamentos no período pré-operatório. Por outro lado, seis entrevistados utilizaram medicação pré-operatória para procedimentos desse tipo.

O medicamento mais citado para uso pré-operatório foi a dexametasona, mencionado em três respostas, com a dosagem mais empregada de 4 mg e com o uso uma hora antes do procedimento.

Estudos mostram que a dosagem pré-operatória empregada para produzir redução significativa da dor pós-operatória é de 8mg, diferindo da dose mais usada pelos profissionais no presente estudo (Numazaki, 2005 e Baxendale, 1993).

## 5. Registro legal da prescrição

Nos últimos 15 dias, 46% dos dentistas entrevistados sempre registraram os medicamentos prescritos aos pacientes em seus prontuários ou fichas clínicas. Entretanto, observou-se que aproximadamente 16% dos profissionais não registraram sempre os medicamentos que prescreveram a seus pacientes em seus respectivos prontuários.

Juridicamente, as formalidades são disciplinadas pela Lei nº 5.991, de 17/12/79, que “dispõe sobre o controle sanitário, do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências”. Esta Lei é regulamentada pelo Decreto nº 793/939, que define as normas para uma prescrição, seja ela médica ou odontológica. Além disso, o artigo 33 do Código de Ética Odontológica (CEO) também dispõe a respeito das formalidades da prescrição e prevê que deverá constar, no papel receituário, o nome do profissional, a profissão e o número de inscrição no Conselho Regional de Odontologia. Desta forma, o profissional estará devidamente identificado. (Garbin, 2007).

O registro não tem como finalidade simplesmente o aspecto legal de identificação do indivíduo em vida ou após a sua morte, caso seja necessário. Este histórico proporciona subsídios para o acompanhamento do paciente, pode detectar precocemente patologias graves e pode auxiliar em diagnósticos mais complexos, caso outro profissional de saúde o requisite.

Talvez o que ocorra seja a desconsideração da farmacologia como parte fundamental do exercício da prática odontológica, como já mostrou estudo de Castilho, em 1999, em que aproximadamente 30% da amostra não considerava a farmacologia muito importante na sua vida profissional.

Estudo de Dar-Odeh (2008) mostrou que a amostra de dentistas pesquisados tem a tendência de negligenciar a documentação de dados clínicos fundamentais.

Quando perguntados sobre o fornecimento de prescrições por escrito, contendo todos os medicamentos indicados, 44 dentistas (46%) sempre forneceram. Por outro lado, 20% não forneceram sempre prescrições por escrito com todos os medicamentos indicados.

Esse resultado é semelhante ao encontrado na literatura consultada. Segundo Chiari (1992), na cidade de Belo Horizonte, MG, é relativamente baixo o percentual de cirurgiões-

dentistas que indica medicação com instruções de uso apenas oralmente, sem documentá-las por escrito (6%). Os estudantes do último semestre, 5% da Faculdade de Odontologia da UFMG (FOUFMG) e 14% do Departamento de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (DOPUC-MG) costumam prescrever dessa forma. Murrah e colaboradores (1987) observaram que cerca de 17% das prescrições eram verbais.

As prescrições não registradas em receituário, bem como aquelas escritas, nas quais faltam instruções para o uso do medicamento, como especificações de dose, intervalo e duração do tratamento, podem levar o paciente a utilizar o medicamento por tempo insuficiente ou por períodos demasiados.

## CONCLUSÕES

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

Os medicamentos citados como mais prescritos para alívio de dores dentárias, no período de 15 dias anteriores à aplicação do questionário, pelos cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário, foram paracetamol, ibuprofeno, associação de paracetamol e codeína e cetorolaco.

O esquema de administração, no período de 15 dias anteriores à aplicação do questionário, pelos cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário, para o paracetamol foi 750 mg a cada seis horas. Para o ibuprofeno foi 600 mg a cada seis, oito ou doze horas. Para a associação de paracetamol e codeína (Tylex®) foi 30 mg a cada seis horas. E, por fim, para o cetorolaco foi 10 mg a cada seis horas.

Verificou-se a existência de protocolos clínicos em 46% dos locais de trabalho e o uso de guias terapêuticos por 41% dos cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário.

Observou-se que 54% dos cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário registraram sempre os medicamentos prescritos para alívio de dores dentárias no prontuário dos pacientes, nos últimos 15 dias.

Observou-se que 46% dos cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário sempre forneceram prescrição medicamentosa por escrito aos pacientes.

Os parâmetros mais frequentemente citados como importantes para o uso racional de medicamentos foram a existência de estudos clínicos sobre eficácia e segurança, experiência de uso e fornecimento do medicamento pelo SUS.

Observou-se que 51% e 26% dos cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário citaram os artigos de revistas científicas e o contato com outros colegas, respectivamente, como as principais fontes de informação por cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário, visando a seleção e a prescrição de medicamentos para alívio de dores dentárias.

Observou-se que 60% dos cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário usaram sempre ou frequentemente a denominação genérica nas prescrições de

medicamentos prescritos para alívio de dores dentárias, no período de 15 dias anteriores à aplicação do questionário.

Observou-se que 26% dos cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário foram visitados sempre ou frequentemente por representantes da indústria farmacêutica.

Observou-se que 38% dos cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário relataram ter recebido brindes de representantes da indústria farmacêutica.

Observou-se que 78% dos cirurgiões-dentistas vinculados a um serviço universitário relataram não ser ou ser raramente influenciados pela indústria farmacêutica, e, por outro lado, consideraram que 35% de seus colegas dentistas são sempre ou frequentemente influenciados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldous, JA; Engar, RC. Analgesic prescribing patterns in a group of dentists. *Gen Dent* 2000; 48(5): 586-90.
2. Al-Haroni, M; Skaug, N. Incidence of antibiotic prescribing in dental practice in Norway and its contribution to national consumption. *J Antimicrob Chemother* 2007; 59: 1.161-1.166.
3. Araújo, RC. Fontes de informações sobre medicamentos. In: Silva, P. *Farmacologia*. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2002. P. 1293-1297.
4. Arvon, J. *et al*. Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians. *Amer J Med* 1982; 73(1): 4-8.
5. Barros, JAC. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (4): 891-898, 2002.
6. Battellino, L.J.; Bennun, F.R. Nivel de información y conducta farmacoterapéutica de los odontólogos. *Rev Saúde Pública* 1993; 27: 291-299.
7. Baxendale, BR, Vater M, Lavery KM. Dexamethasone reduces pain and swelling following extraction of third molar teeth. *Anaesthesia* 1993; 48(11): 961-4.
8. Biarnason, I. Ibuprofen and gastrointestinal safety: a dose-duration-dependent phenomenon. *J R Soc Med* 2007; 100(Suppl 48): 11-14.
9. Brundtland, GH. Global partnerships for health. *WHO Drug Information* 1999; 13(2): 61-64.
10. Burke, A; Smyth, E; FitzGerald, GA. Analgesic-antipyretic agents; pharmacotherapy of gout. In: Brunton, LL; Lazo, JS; Parker, KL, eds. *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 11 ed. New York: McGraw-Hill; 2006: 671-715.
11. Capehart, KL. Prescription medications: effect on healthcare costs and dentistry. *Dent Today* 2005; 24(4):12-14.
12. Castilho, LS; Paixão, HH; Perini, E. Prescrição de medicamentos de uso sistêmico por cirurgiões-dentistas, clínicos gerais. *Rev. Saúde Pública* 1999; 33(3): 287-294.
13. Castro, CGSO. *Estudos de Utilização de Medicamentos: Noções Básicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000: 25, 27.

14. Chiari, APG; Prescrição de medicamentos em odontologia: fontes de informação. *Monografia de especialização*. Faculdade de Farmácia da UFMG; Belo Horizonte; 1992
15. Dar-Odeh N; Ryalat S; Shayyab M; Abu-Hammad O. Analysis of clinical records of dental patients attending Jordan University Hospital: Documentation of drug prescriptions and local anesthetic injections. *Ther Clin Risk Manag* 2008; 4(5): 1.111-1.117.
16. Derry C, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Single dose oral ibuprofen for acute postoperative pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 10, Art., 2009.
17. Figueiredo, RR. *Uso Racional de Medicamentos: Conhecimentos, Percepções e Práticas*. Salvador: Bahia, 2009. Dissertação (Mestrado Profissionalizante). Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
18. Fuchs, FF; Wannmacher, L; Ferreira, MBC (Eds). *Farmacologia Clínica: Fundamentos da terapêutica racional*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
19. Furst, DE; Ulrich, RW. Fármacos antiinflamatórios não-esteróides, fármacos anti-reumáticos modificadores da doença, analgésicos não-opioides e fármacos usados no tratamento da gota. In: Katzung, BG; ed. *Farmacologia Básica e Clínica*. 10 ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2007: 515-538.
20. Garbin, CAS; Garbin, AJI; Rovida, TAS *et al*. Conhecimento sobre prescrição medicamentosa entre alunos de odontologia: o que sabem os futuros profissionais? *Rev Odontol UNESP* 2007; 36(4): 323-329.
21. Heard, KJ; Ries, NL; Dart, RC *et al*. Overuse of non-prescription analgesics by dental clinic patients. *BMC Oral Health* 2008; 8: 33.
22. Ismail, MA; Bader, JD. Evidence-based dentistry in clinical practice. *J Am Dent Assoc* 2004; 135; 78-83.
23. Lacy, CF; Armstrong, LL; Goldman, MP ; Lance, LL. *Drug Information Handbook 2007-2008*. 15 ed. Hudson: Lexi-Comp, American Pharmaceutical Association; 2007.
24. Ministério da Saúde do Brasil. *Normas Relativas à Prescrição de Medicamentos e aos Locais de Prescrição, Farmácias e Administrações Regionais de Saúde*. Rev. 01 de Junho de 2003.

25. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria n.º 344 de 12 de maio de 1998.
26. Murrah V, Merry JW, Little JW, Jaspers MT. Compliance with guidelines for management of dental school patients susceptible to infective endocarditis. *J Dent Educ* 1987; 51:229-32.
27. Numazaki, M; Fujii, Y. Reduction of postoperative emetic episodes and analgesic requirements with dexamethasone in patients scheduled for dental surgery. *Journal of clinical anesthesia* 2005; 17(3): 182-6.
28. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Guia para a Boa Prescrição Médica*. Porto Alegre: Artmed, 1988.
29. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Guia do Instrutor em Práticas da Boa Prescrição Médica*. Trad. NAF/DCB/ENSO/FIOCRUZ. Genebra: Suíça, 2001.
30. Organização Mundial de Saúde (OMS). Perspectivas políticas sobre medicamentos da OMS - Promovendo o uso racional dos medicamentos: principais componentes. *Bol Farmacoter* 2002; Ano VIII(01): 1.
31. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Uso racional de los medicamentos: progressos realizados em la aplicación de La estratégia farmacêutica de la OMS*. Informe de La Secretaria. A60/24, de 22 de marzo de 2007.
32. Oliveira EL. Limites terapêuticos do cirurgião-dentista. *J Odontol*. 1998 (95):9
33. Ong, CKS; Lirk, P; Tan, CH; Seymour, RA. An evidence-based update on nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Clin Med Res* 2007; 5(1): 19-34.
34. Oscier, CD; Milner, QJW. Peri-operative use of paracetamol. *Anaesthesia* 2009; 64: 65-72.
35. Palaian, S; Shankar, PR; Hedge, C; Hedge, M; Ojha, P; Mishra, P. Drug utilization pattern in dental outpatients in tertiary care teaching hospital in western Nepal. *NYDJ* 2008; 1: 63-68.
36. Pivello, VL. Prescrição de medicamentos pelo cirurgião-dentista. *Portal APCD* 2010. Disponível em: [http://www.abcdbrasil.com.br/destaques\\_orientandocd\\_prescmed.html](http://www.abcdbrasil.com.br/destaques_orientandocd_prescmed.html). Acessado em 18/05/2010.

37. Sachs, CJ. Oral analgesics for acute nonspecific pain. *Am Fam Phys* 2005; 71: 913-918.
38. Silberstein, SD; for the US Headache Consortium. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Disponibilizado por American Academy of Neurology [online]. Disponível em <http://www.aan.com/professionals/practice/guideline/index.cfm>. Acessado em: 27/11/2003.
39. Susin, C, Rösing, CK. *Praticando odontologia baseada em evidências*. 1 ed. Canoas: ULBRA, 1999.
40. Thomas, J; von Gunten, CF. Pharmacologic therapies for pain. *In: Von Roenn, JH; Paice, JA; Preodor, ME; eds. Current Diagnosis & Treatment of Pain*. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2006: 21-37.
41. Toms, L; Derry, S; Moore, RA; McQuay, HJ. Single dose oral paracetamol (acetaminophen) with codeine for postoperative pain in adults (Cochrane Review). *In: The Cochrane Library, Issue 2, 2009*. Oxford: Update Software.
42. Trevisol DJ. *Influência da Propaganda da Indústria Farmacêutica na Prescrição de Medicamentos em Escolas de Medicina: A Experiência em Tubarão, Santa Catarina*. Tubarão: Santa Catarina, 2005. Dissertação (Mestrado). Universidade do Sul de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
43. Tzortzopoulou, A; McNicol, ED; Cepeda, MS; *et al*. Single dose propacetamol or IV paracetamol for postoperative pain (Protocol for a Cochrane Review). *In: The Cochrane Library, Issue 4, 2008*. Oxford: Update Software.
44. Wannmacher L; Ferreira MBC. *Farmacologia Clínica para Dentistas*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007: 150-152; 205-206; 255-256.
45. Ziegler, M.G. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representative set. *J Am Med Assoc* 1995; 273(16): 1.296-1.298.

## ANEXO 1

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

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Estudo:** Levantamento Sobre Prescrição de Medicamentos para Tratamento da Dor entre Cirurgiões-Dentistas Vinculados a um Ambiente Universitário, em Porto Alegre, RS.

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

**Pesquisadores:** Prof<sup>a</sup>. Maria Beatriz Cardoso Ferreira – Fones: 3308 3121 / 3308 3183  
Acadêmico Guinther Felix Marmitt – Fones: 8492 9403 / 3377 5784

**Comitê de Ética da UFRGS:** Fone: 3308 4085 / 3308 3629 (Pró-Reitoria de Pesquisa – PROPESQ)

**Nome do entrevistado:** \_\_\_\_\_ Nº entrevista: |\_|\_|\_|

O(A) Sr.(a.) estás sendo convidado(a) a participar de estudo que visa realizar um levantamento sobre a prescrição de medicamentos para tratamento da dor entre os cirurgiões-dentistas vinculados à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Caso concorde, o(a) Sr(a) irá responder perguntas sobre medicamentos que têm prescrito para o tratamento de dores dentárias e sobre seus conhecimentos de Farmacologia e Terapêutica adquiridos ao longo de sua formação e atuação profissional. Os possíveis desconfortos desse estudo estão relacionados à sua disponibilidade de tempo para responder essas perguntas e à necessidade de entrega em local pré-determinado.

A sua participação é voluntária e requer apenas o preenchimento do questionário e a devolução do mesmo. O(a) Sr(a) poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento.

Todas as informações obtidas por esse estudo poderão ser publicadas com

finalidade científica, mas com manutenção do anonimato; portanto, os nomes das pessoas que participaram do estudo não serão divulgados.

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

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

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

.....Assinatura do Profissional

..... Assinatura do Pesquisador

..... Assinatura da Testemunha

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

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



7. Você é aluno de algum curso de pós-graduação/especialização ligado(s) à Odontologia?

(a) Não.

(b) Sim. Se sim:

7.1. A que tipo de Curso de Pós-graduação você está vinculado?

(a) Especialização.

(b) Mestrado.

(c) Doutorado.

7.2. A que área essa atividade de pós-graduação está vinculada? \_\_\_\_\_

8. Que fontes de informação você considera que exercem maior influência na sua prescrição habitual? Selecione, em ordem de prioridade, 3 dentre as alternativas apresentadas abaixo.

( ) Propagandas em revistas especializadas.

( ) Literatura distribuída pela indústria farmacêutica.

( ) Artigos de revistas científicas.

( ) Informações prestadas por representantes da indústria farmacêutica.

( ) Contatos com outros colegas.

( ) Reuniões e(ou) seminários clínicos.

( ) Dicionários de especialidades farmacêuticas.

( ) Internet, por meio de *sites* de busca.

( ) Livros-texto.

( ) Informações obtidas em eventos científicos, como simpósios, jornadas e congressos.

( ) Informações obtidas em cursos de especialização e(ou) pós-graduação.

9. Que parâmetros você considera como os mais importantes para que se faça uma prescrição racional de medicamentos?

(a) Experiência de uso, relatada por professores ou renomados especialistas da área.

(b) Introdução recente do medicamento no mercado.

(c) Existência de estudos clínicos sobre eficácia e segurança.

(d) Fornecimento do medicamento pelo sistema único de saúde.

(e) Fabricação por laboratório farmacêutico conhecido (por meio de visita de representantes ou informações veiculadas na mídia leiga).

(f) Outro(s) parâmetro(s) (especificar): \_\_\_\_\_

10. Seus conhecimentos sobre prescrição de medicamentos podem ser atribuídos:

(a) aos conteúdos de disciplinas de graduação e(ou) pós-graduação;

(b) a cursos extracurriculares sobre o tema;

(c) a estudo por interesse próprio;

(d) a informações apresentadas em veículos de comunicação;

(e) a informações provenientes de tradições populares e familiares;

(f) à literatura distribuída pela indústria farmacêutica;

(g) às rotinas dos serviços em que atuou ou atua;

(h) a outras fontes (especificar): \_\_\_\_\_

11. Você tem sido procurado por representantes de indústrias farmacêuticas?

(a) Não.

(b) Sim. Se sim:

10.1. Com que frequência?

( ) Diariamente

( ) Uma vez por semana

( ) Uma vez por mês

( ) Ocasionalmente

10.2. Cite os medicamentos ou produtos sobre os quais você, como cirurgião-dentista, recebeu informações, material científico ou promocional, nos últimos 6 meses?

- (a) \_\_\_\_\_
- (b) \_\_\_\_\_
- (c) \_\_\_\_\_
- (d) \_\_\_\_\_
- (e) \_\_\_\_\_

10.3. Você já recebeu algum brinde de representantes de indústrias farmacêuticas?

- (a) Não.
- (b) Sim. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

12. Você utiliza, regularmente, algum Guia Terapêutico?

- (a) Não.
- (b) Sim. Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

13. Nos seus locais de trabalho, há protocolo(s) ou rotina(s) de serviço para prescrição de medicamentos?

- (a) Não.
- (b) Sim.
- (c) Não em certo(s) local(is); sim em outro(s) local(is).
- (d) Não sei informar.

14. Na sua opinião, que fontes de informação a maioria dos dentistas utiliza para embasar a prescrição de medicamentos para seus pacientes? Selecione, em ordem de prioridade, 3 alternativas dentre as apresentadas abaixo. ( ) Propagandas em revistas especializadas.

- ( ) Literatura distribuída pela indústria farmacêutica.
- ( ) Artigos de revistas científicas.
- ( ) Informações prestadas pelos representantes da indústria farmacêutica.
- ( ) Contatos com outros colegas.
- ( ) Reuniões e(ou) seminários clínicos.
- ( ) Dicionários de especialidades farmacêuticas.
- ( ) *Internet*, por meio de *sites* de busca.
- ( ) Livros-texto.
- ( ) Informações obtidas em eventos científicos, como simpósios, jornadas e congressos.
- ( ) Informações obtidas em cursos de especialização e(ou) pós-graduação.

15. Nos últimos 15 dias, em que situações você prescreveu medicamentos para as dores de seu paciente?

(a) Como protocolo/rotina após todos os atendimentos, não importando a complexidade do tratamento.

(b) Somente após procedimentos em que se esperava dor moderada a intensa.

(c) Somente após procedimentos em que se esperava dor intensa.

(d) Principalmente quando o paciente solicitou o medicamento.

(e) Não prescrevi medicamentos para os meus pacientes.

(f) Outra opção – especificar: \_\_\_\_\_

16. Qual(is) medicamento(s) você mais frequentemente prescreveu para o tratamento de dores leves a moderadas em

seus pacientes, nos últimos 15 dias?

(a) Não realizei procedimentos que necessitassem desse tipo de tratamento.

(b) Indiquei mais frequentemente o(s) medicamento(s) a seguir:

Medicamento 1: \_\_\_\_\_

Dose e Intervalo: \_\_\_\_\_

Medicamento 2: \_\_\_\_\_

Dose e Intervalo: \_\_\_\_\_

Medicamento 3: \_\_\_\_\_

Dose e Intervalo: \_\_\_\_\_

17. Qual(is) medicamento(s) você mais frequentemente prescreveu para o tratamento de dores moderadas a intensas em seus pacientes, nos últimos 15 dias?

(a) Não realizei procedimentos que necessitassem desse tipo de tratamento.

(b) Indiquei mais frequentemente o(s) medicamento(s) a seguir:

Medicamento 1: \_\_\_\_\_

Dose e Intervalo: \_\_\_\_\_

Medicamento 2: \_\_\_\_\_

Dose e Intervalo: \_\_\_\_\_

Medicamento 3: \_\_\_\_\_

Dose e Intervalo: \_\_\_\_\_

18. Nos últimos 15 dias, você prescreveu medicamentos para seus pacientes usarem previamente a procedimentos dentários, visando a redução pós-operatória de dor e edema?

(a) Não realizei procedimentos desse tipo.

(b) Realizei procedimentos desse tipo, mas não indiquei medicamentos para uso pré-operatório.

(c) Realizei tais procedimentos e indiquei o(s) medicamento(s) a seguir para uso pré-operatório:

Medicamento 1: \_\_\_\_\_

Dose e Intervalo: \_\_\_\_\_

Medicamento 2: \_\_\_\_\_

Dose e Intervalo: \_\_\_\_\_

Medicamento 3: \_\_\_\_\_

Dose e Intervalo: \_\_\_\_\_

19. Nos últimos 15 dias, você prescreveu analgésicos em esquema de demanda (para uso “se necessário” ou “quando tiver dor”)?

(a) Sempre.

(b) Frequentemente.

(c) Às vezes.

(d) Raramente.

(e) Nunca.

(f) Não prescrevi medicamentos para meus pacientes.

20. Nos últimos 15 dias, você forneceu prescrição escrita para seus pacientes contendo todos os medicamentos indicados?

- (a) Sempre.
- (b) Frequentemente.
- (c) Às vezes.
- (d) Raramente.
- (e) Nunca.
- (f) Não prescrevi medicamentos para meus pacientes.

21. Nos últimos 15 dias, você usou o nome genérico dos medicamentos em suas prescrições?

- (a) Sempre.
- (b) Frequentemente.
- (c) Regularmente.
- (d) Raramente.
- (e) Nunca.
- (f) Não prescrevi medicamentos para meus pacientes.

22. Nos últimos 15 dias, você registrou nos prontuários/fichas clínicas dos pacientes os medicamentos a eles prescritos?

- (a) Sempre.
- (b) Frequentemente.
- (c) Às vezes.
- (d) Raramente.
- (e) Nunca.
- (f) Não prescrevi medicamentos para meus pacientes.
- (g) Não preencho prontuários/fichas clínicas para meus pacientes.

23. Você considera que sua prescrição medicamentosa é influenciada pela promoção feita pela indústria farmacêutica?

- (a) Sempre.
- (b) Frequentemente.
- (c) Às vezes.
- (d) Raramente.
- (e) Nunca.
- (f) Não prescrevo medicamentos para meus pacientes.

24. Você considera que a prescrição medicamentosa de seus colegas cirurgiões-dentistas é influenciada pela promoção feita pela indústria farmacêutica?

- (a) Sempre.
- (b) Frequentemente.
- (c) Às vezes.
- (d) Raramente.
- (e) Nunca.
- (f) Não prescrevo medicamentos para meus pacientes.