LUIZ EUGÊNIO NIGRO MAZZILLI

**URGÊNCIA ODONTOLÓGICA E PREVALÊNCIA DA
AUTOMEDICAÇÃO NA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA DE
UMA MICRO-ÁREA DA CIDADE DE SÃO PAULO**

São Paulo
2008

Luiz Eugênio Nigro Mazzilli

**Urgência odontológica e prevalência da automedicação na
população economicamente ativa de uma micro-área
da cidade de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da
Universidade de São Paulo, para obter o título de
Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Moacyr da Silva

São Paulo
2008

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Mazzilli, Luiz Eugênio Nigro

Urgência odontológica e prevalência da automedicação na população economicamente ativa de uma micro-área da cidade de São Paulo / Luiz Eugênio Nigro Mazzilli; orientador Moacyr da Silva. -- São Paulo, 2008

143p. : fig., tab.; 30 cm.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social) -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

1. Emergências Odontológicas – Automedicação – São Paulo (SP) 2. Odontologia Social

CDD 614.1
BLACK D585

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E COMUNICADA AO AUTOR A REFERÊNCIA DA CITAÇÃO.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura:

E-mail:

ERRATA

Resumo: linha 19: supressão do item “b)”

Abstract: linha 15: supressão do item “b)”

p. 62: - 4ª linha: onde se lê “3.260 atendimentos de urgência”,

leia-se: “32.600 atendimentos de urgência”

P. 95: - 13ª linha: suprimir do texto “interferência do problema nas ocupações diárias”

P. 118: - 11ª linha (item c): onde se lê: “dentre as dezesseis variáveis estudadas, cinco mostraram-se preditoras”,

leia-se: “dentre as doze variáveis estudadas, quatro mostraram-se preditoras”

P. 118: - 12ª linha: onde se lê “Foram elas: c1) idade do participante inferior a 44 anos (RC 2,4; p= 0,004); c2) exercício de atividade remunerada (RC 2,8; p= 0,023); c3) jornada ocupacional de 40 ou mais horas (RC 2,4; p= 0.026) ; c4) maior grau de interferência da condição bucal na prática ocupacional (RC 3,7; p=0,000) e c5) tempo de latência do problema superior a uma semana (OR= 3,4; p =0,000)”,

leia-se: “ Foram elas: c1) idade do participante inferior a 44 anos (RC 2,6; p= 0,003; c2) exercício de atividade remunerada (RC 3,2; p= 0,007); c3) jornada ocupacional de 40 ou mais horas (RC 2,6; p= 0,016) ; c4) tempo de latência do problema superior a uma semana (RC 3,1; p =0,000)”

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mazzilli LEN. Urgência odontológica e prevalência da automedicação na população economicamente ativa de uma micro-área da cidade de São Paulo [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008.

São Paulo, ____/____/ 2008

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof(a). Dr.(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

4) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

5) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, cuja compreensão, suporte e estímulo foram imprescindíveis para sua realização

AGRADECIMENTO

Prezado Professor Doutor Moacyr da Silva

Fto expressar meu agradecimento pela experiente e precisa orientação que recebi ao longo deste trabalho, sei que estou apenas repetindo palavras já escritas por tantos outros orientados seus, que também puderam privar de seus ensinamentos e, assim como eu, de sua amizade. Sou-lhe muito grato por ter me oferecido tal oportunidade.

AGRADECIMENTOS

No decorrer desse trabalho tivemos ao nosso lado incontáveis pessoas que não apenas contribuíram, mas viabilizaram sua concretização. Em especial, desejo expressar minha gratidão, meu respeito e minha homenagem:

Ao Prof. Dr. Moacyr da Silva, Professor Titular da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – Departamento de Odontologia Social, nosso orientador;

Ao Prof. Dr. Rodney Garcia Rocha, Professor Titular da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – Departamento de Estomatologia;

Ao Prof. Dr. Edgard Crosato, Professor Associado da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – Departamento de Odontologia Social;

Ao Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes, Professor Associado da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – Departamento de Odontologia Social;

Ao Prof. Dr. Edgard Michel Crosato, da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – Departamento de Odontologia Social;

Aos docentes e funcionárias do Departamento de Odontologia Social, da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo;

Às docentes, estagiários e funcionárias do SU – FOUSP;

À Dra. Ana Cecília Nigro Mazzilli Xavier de Mendonça e ao Serviço de Documentação Odontológica – SDO da FOUSP, pelo trabalho de revisão e normalização desta tese;

Aos usuários do SU – FOUSP, que ao consentirem participar da presente pesquisa, viabilizaram sua condução;

A todos aqueles que me honraram com sua presença, espera e compreensão, meu eterno agradecimento.

Mazzilli LEN. Urgência odontológica e prevalência da automedicação na população economicamente ativa de uma micro-área da cidade de São Paulo [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008.

RESUMO

O presente estudo propôs-se a pesquisar aspectos relacionados à automedicação que precede o atendimento público de urgência odontológica, na população em idade economicamente ativa de uma micro-área urbana da Cidade de São Paulo - SP. Foram analisados dados primários obtidos através de entrevista assistida junto aos usuários do Serviço de Urgências Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo entre setembro de 2007 e março de 2008. O protocolo de pesquisa deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e foi aprovado pelo parecer 75/2007. Buscou-se investigar as medidas de associação existentes entre determinantes sociodemográficos, ocupacionais e comportamentais (enquanto variáveis independentes) e o uso de automedicação (variável dependente). Os dados foram tratados estatisticamente pelo programa SPSS 13, negando-se as hipóteses experimentais para valores de p maiores que 0,05 (NC 95%). Os resultados indicaram que 85,6% dos participantes haviam feito uso preliminar de medicamentos. Dentre os que os utilizaram, 73,6% praticaram automedicação. Observou-se maior prevalência não só na faixa etária compreendida entre 17 e 44 anos, como também entre os participantes com atividade remunerada. Foram observadas associações positivas quando houve: a) maior lapso de tempo entre a percepção do problema e a procura pelo cuidado profissional; b) maior grau de interferência da condição bucal nas ocupações diárias; c) jornada de trabalho igual

ou superior a 40 horas semanais. Tais resultados indicam que é significativa a influência de determinantes ocupacionais na prática da automedicação que precede o atendimento de urgências odontológicas. Além disso, essa pesquisa reforça a importância de sensíveis melhorias nas políticas e práticas de educação, monitoramento e promoção de saúde bucal. Entendemos que tais medidas lograrão melhor êxito se implementadas em conjunto com políticas e práticas sustentáveis em saúde e segurança ocupacional, as quais não podem prescindir de adequada abordagem odontológica.

Palavras-Chave: automedicação; socorro de urgência; saúde bucal; saúde ocupacional; epidemiologia

Mazzilli LEN. Urgent dental care and self medication in the economic active population of a delimited urban area of São Paulo [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2008.

ABSTRACT

This work aims at studying the issue of self medication that precedes the public dental urgent care, within the economically active population of a metropolitan micro-area of São Paulo. The primary data were obtained through assisted interview with users of the Urgent Care Section of the University of São Paulo Faculty of Dentistry, between September 2007 and March 2008. The study, approved by the Ethics Committee of the University of São Paulo Faculty of Dentistry — report 75/2007, focused on the connection between demographic, occupational and behavioural factors (as independent variables) and self medication (dependent variable). The data were processed with the SPSS 13 software, assuming the null hypothesis for p values higher than 0.05 (CI 95%). The results indicated that 85.6% of the participants had previously used medicines — 73.6% of them by self medication (65.6% of the whole sample). A larger prevalence of self medication was observed within the group between 17 and 44 years of age, and those with some kind of paid activity. Positive associations were observed when it happened: a) a larger time period between the perception of the problem and the search for professional care; b) a larger degree of interference of the oral condition onto the occupational practice; c) weekly labour journey equal or higher than 40 hours. Such results indicate that occupational factors do significantly influence on self-medication preceding urgent dental care. Moreover, this research emphasises the importance of improvements in educational practices, monitoring and oral health promotion. It is believed that such measures will

be more effective if introduced together with sustainable policies in health and occupational safety, which cannot preclude the dentistry approach.

Keywords: self-medication; emergency relief; oral health; occupational health; epidemiology

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 -	Prevalência de atendimentos de urgência odontológica em algumas localidades que compõem a rede do Sistema Único de Saúde SUS	28
Tabela 2.2 -	Medicamentos isentos de prescrição: Grupo de Indicações Terapêuticas Especificadas (GITE)	35
Tabela 2.3 -	Distribuição dos motivos da procura ou procedimento em saúde realizado, segundo o agente financiador	48
Tabela 2.4 -	Distribuição dos motivos da procura ou procedimento em saúde financiados pelo SUS, segundo a escolaridade do usuário	49
Tabela 5.1 -	Distribuição dos participantes segundo o gênero e a faixa etária	69
Tabela 5.2 -	Etnia auto referida	70
Tabela 5.3 -	Nível de escolaridade	70
Tabela 5.4 -	Renda Pessoal	70
Tabela 5.5 -	Renda Familiar	70
Tabela 5.6 -	Procedência segundo o código de endereçamento postal do domicílio	72
Tabela 5.7 -	Natureza da relação trabalhista	72
Tabela 5.8 -	Natureza da atividade segundo a Classificação Social das Ocupações	73

Tabela 5.9 - Distribuição da jornada semanal de trabalho	74
Tabela 5.10 - Meio de deslocamento relacionado ao trabalho remunerado	74
Tabela 5.11 - Motivo da perda ou da restrição de dias de atividade	76
Tabela 5.12 - Justificativa e abono de períodos não trabalhados por motivo de saúde	77
Tabela 5.13 - Circunstância na qual o participante procura cuidado odontológico	78
Tabela 5.14 - Motivo para a não regularidade no cuidado odontológico	79
Tabela 5.15 - Queixa principal segundo os sete motivos mais prevalentes	81
Tabela 5.16 - Tempo demandado entre a percepção do problema e o atendimento atual	82
Tabela 5.17 - Participantes que tiveram atendimento anterior para o problema: local procurado	82
Tabela 5.18 - Condição clínica que determinou o atendimento de urgência segundo grupos nosológicos da CID 10 (OMS,1994)	83
Tabela 5.19 - Principal procedimento realizado	84
Tabela 5.20 - Utilização de medicamentos de uso interno para o problema, segundo o gênero	84
Tabela 5.21 - Principal ação do medicamento utilizado	85
Tabela 5.22 - Medicamentos ou substâncias aplicadas topicamente na área ou no dente álgico	86

Tabela 5.23 - Medicamentos ou substâncias utilizados para bochechos ou como enxaguatórios	86
Tabela 5.24 - Efeitos dos medicamentos utilizados	87
Tabela 5.25 - Efeitos indesejados	87
Tabela 5.26 - Descrição dos efeitos indesejados	88
Tabela 5.27 - Principal ação do medicamento utilizado na automedicação	88
Tabela 5.28 - Natureza da dispensação dos medicamentos consumidos sob automedicação	89
Tabela 5.29 - Automedicação: quem orientou o uso segundo o gênero do participante	89
Tabela 5.30 - Automedicação segundo a principal opção terapêutica utilizada e a renda pessoal na amostra	90
Tabela 5.31 - Automedicação segundo a principal opção terapêutica utilizada e a renda familiar dos participantes	90
Tabela 5.32 - Frequências da automedicação segundo as variáveis independentes	91
Tabela 5.33 - Análise univariada da associação entre automedicação e as variáveis independentes	93
Tabela 5.34 - Análise da associação entre automedicação e as variáveis selecionadas para estudo, segundo o modelo de regressão logística não condicional	94

Classificação Social das Ocupações: tabulação comparativa entre a amostra e a PNAD- RMSP- 2006	133
Natureza da relação de trabalho: tabulação comparativa entre a amostra e a PNAD- RMSP- 2005	133
Rendimento mensal médio da PEA: tabulação comparativa entre a amostra e a PNAD- RMSP- 2006	133
Intensidade de dor: correspondência entre a referência descritiva e a referência numérica	134
Intensidade de dor: correspondência entre a referência descritiva – nível de interferência nas atividades do dia-a-dia e a referência numérica	134
Ingestão de medicamentos: tabulação segundo exercício ou não de atividade remunerada	134
Características gerais da RMSP	138
Características gerais do Município de São Paulo	138
População residente, por cor ou raça, segundo o gênero RMSP	138
Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por sexo, segundo os anos de estudo: RMSP	139
Pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência e com rendimento no trabalho principal: RMSP	140
Pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência e com rendimento no trabalho principal: RMSP	141
Situação de atividade ocupacional na RMSP	142
Ocupados: Setor de atividade na RMSP	142

Grupos ocupacionais - População Economicamente Ativa - PEA / RMSP	142
Situação Ocupacional - RMSP	143
Percentual de horas trabalhadas por semana na atividade principal - RMSP	143
Mobilidade e Deslocamento: motivo do deslocamento urbano	143
Mobilidade e Deslocamento: forma de deslocamento urbano	143

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 4.1 -	Contornos catográficos da área de estudo	56
Figura 4.2 -	Cálculo do tamanho de amostra	58
Figura 4.3 -	Estrutura do British Registrar General 's Social Class	63
Figura 4.4 -	Exemplo de aplicação da classificação ATC para dois medicamentos	64
Gráfico 5.1 -	Número de consultas anteriores no SU-FOUSP	80
Gráfico 5.2 -	Intensidade da dor segundo escala numérica	81

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

χ^2	valor do teste qui-quadrado
AINES	antiinflamatórios não esteróides
art.	artigo
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
CDC	Center for Disease Control
CEP	Código de endereçamento postal
CEP/FOUSP	Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DP	Desvio padrão
DRH	Departamento de Recursos Humanos
et al.	et alii (e outros)
EUA	Estados Unidos da América

FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; Campus São Paulo
GITE	Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
Km ²	Quilômetros quadrados
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Trabalho
NC	Nível de confiança
NCHS	National Center for Health Statistics
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
p	Probabilidade de inexistência de associação estatística
PB	Paraíba
PEA	População Economicamente Ativa
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PROF	professor
RC	Razão de Chance
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
RS	Rio Grande do Sul
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SM	Salário-Mínimo
SMN	Salário-Mínimo Nacional
SP	São Paulo
SU - FOUSP	Serviço de Urgências Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; Campus São Paulo.
SUS	Sistema Único de Saúde
U\$	Dólares norte americanos
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USA	United States of America
USP	Universidade de São Paulo
VR	Valor-Referência

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	21
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 Urgência Odontológica	23
2.2 Medicamentos: conceito e aspectos relativos à produção, veiculação e consumo	29
2.3 Determinantes sociodemográficos, ocupacionais e comportamentais que podem influenciar a prática da automedicação e a demanda de urgências odontológicas	46
3 PROPOSIÇÃO	54
4 MATERIAL E MÉTODOS	55
4.1 Localização e características da área de estudo	55
4.2 Desenho do estudo e desenvolvimento do trabalho de campo	56
5 RESULTADOS	68
5.1 Perfil da amostra	69
5.2 Aspectos relacionados ao motivo do atendimento de urgência	80
5.3 Relação entre as variáveis socioeconômicas, ocupacionais e comportamentais e a automedicação	91
6 DISCUSSÃO	96
6.1 Aspectos sociodemográficos, ocupacionais e comportamentais dos participantes	96

6.2	Aspectos vinculados ao motivo do atendimento de urgência	103
6.3	Automedicação	108
7	CONCLUSÕES	118
	REFERÊNCIAS	120
	APÊNDICES	130
	ANEXOS	136

1 INTRODUÇÃO

O atendimento de urgências odontológicas é apontado na literatura como responsável por uma demanda variável entre 5% e 39% do total de atendimentos clínico-assistenciais por período trabalhado. Estes casos tipificam-se por condições ou estados que requerem a imediata intervenção do cirurgião-dentista (como, por exemplo, na presença de traumatismos, dor ou infecção) o qual deverá efetuar prontamente os procedimentos preliminares indicados até que se viabilize o atendimento complementar adequado (RILEY; GILBERT; HEFT, 2006; TORTAMANO et al., 2007).

Não obstante uma urgência odontológica poder surgir no curso de um tratamento ou após seu mediato término, mais freqüentemente ocorre nos casos onde aquele que demanda atendimento carece de acompanhamento profissional regular. Nessa situação de urgência prevalecem, enquanto condições clínicas, os quadros álgicos em associação com processos inflamatórios ou infecciosos.

No que se refere à dor, esta condição, indicam os estudos, constitui a principal queixa – e de certa forma, o principal motivo de demanda por cuidados odontológicos (COHEN et al., 2007). Há que se observar, entretanto, que nem sempre a procura por cuidados profissionais ocorre em período próximo ao início dos sintomas (BAÑOS; BOSCH; TORANZO, 1991; COHEN et al., 2007). A esse retardo – intimamente vinculado a aspectos comportamentais e de acesso a cuidados em saúde – não raro se associa, quer por iniciativa própria, quer por orientação de terceiros, o uso das mais diversificadas práticas para contorno do quadro sintomático (como as supersticiosas “simpatias” ou o consumo de

preparados caseiros ou medicamentosos), antes de se tornar inevitável recorrer ao cuidado profissional.

Os estudos mais recentes, voltados à análise do padrão populacional de consumo de medicamentos, apontam aspectos preocupantes da automedicação. Ao uso incorreto e não seguro dos medicamentos – que, não raro, favorece o agravamento do problema e o surgimento de graves efeitos colaterais –, soma-se o fato de que parte destes somente deveria ser dispensada e consumida mediante prescrição e acompanhamento profissional (OMS, 2005).

Por outro lado, a automedicação pode estar sendo influenciada, dentre outras causas, pelas limitações de acesso a serviços de prevenção e assistência à saúde bucal, impostas a boa parte da população em idade economicamente ativa, em razão de fatores ligados às suas próprias ocupações, em especial, quando dependem de atendimento público em grandes centros urbanos.

Inexistem, entretanto, publicações que tenham se voltado ao estudo das possíveis associações existentes entre determinantes ocupacionais e a automedicação decorrente de problemas odontológicos.

Diante disso, o presente estudo propôs-se a pesquisar – na população em idade economicamente ativa de uma micro-área urbana da Cidade de São Paulo - SP, e que demanda atendimento público de urgência odontológica – em qual medida as desigualdades ocupacionais influenciam o desfecho da automedicação precedente.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Urgência Odontológica

Em sua quase totalidade, as publicações que analisam as características populacionais da demanda de urgências odontológicas dizem respeito a estudos conduzidos em centros públicos e especializados nesse tipo de atendimento, sendo, portanto, escassos os dados acerca da prevalência e das características dos atendimentos de urgência odontológica na população que demanda atendimento na clínica privada.

2.1.1 Aspectos epidemiológicos dos usuários de serviços de urgência odontológica

Berger e Mock (1980), analisando atendimentos de urgência odontológica por um período de seis meses no Hospital de Ensino “Mount-Sinai” (Toronto – Canadá), observaram similaridade na demanda segundo o gênero, com predomínio da faixa etária entre 20 e 39 anos¹ (54,8%). Verificaram que, na grande maioria dos casos, os pacientes não estavam sob tratamento odontológico regular, sendo que 15% dos demandantes não haviam procurado por cuidados odontológicos por pelo menos cinco anos. As principais queixas segundo a frequência observada foram:

¹ Destacando-se que a frequência entre 20 e 29 anos foi de 37,7%

dor, infecção e edema. Quadros infecciosos estavam presentes em 55,4% dos casos e em 44,6% deles havia evidências clínicas ou radiográficas de abscessos². Quanto ao período entre o surgimento da dor e a procura pelo atendimento, 52,4% dos pacientes encontravam-se em intervalo inferior a dois dias, enquanto 2% deles declaravam estar convivendo com os sintomas por mais de um ano. Constataram, todavia, que 31% dos atendimentos ocorreram nos finais de semana, fato que, segundo os autores, guarda direta correlação com a menor disponibilidade de tempo que a população ocupada tem nos dias de semana.

Brennan e Spencer (2002), em pesquisa relativa ao atendimento odontológico privado na Austrália entre 1997 e 1998, constataram que as consultas de urgência (21,8% do total de atendimentos) evidenciaram forte associação negativa para as variáveis: cuidados preventivos, coroas e pontes (próteses - fixas) e forte associação positiva para cuidados exodônticos e endodônticos. Em outras palavras, no contexto estudado, existiam maiores chances de que os pacientes que demandavam atendimentos privados de urgência tinham padrão irregular de visitas odontológicas assim como apresentavam maior número de elementos dentários extraídos ou que tinham tido envolvimento endodôntico, em oposição a cuidados regulares de prevenção e presença de trabalhos mais elaborados de reabilitação bucal.

Ferreira (1997), em estudo retrospectivo³ realizado junto ao Serviço de Urgências Odontológicas da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, observou que 50,2% dos pacientes tinham entre 10 e 29 anos, e

² Sendo deles: 78,5% de natureza periapical, 14,1% de natureza periodontal e 7,4% pericoronários

³ Entre 1987 e 1995

houve predominância do gênero feminino (58,97%). As principais causas de atendimentos foram: pulpite, abscesso dento-alveolar agudo, cárie, pericementite, traumatismos, doença periodontal, pericoronarite, raiz residual e abscesso dento-alveolar crônico. Os tratamentos mais realizados foram: abertura coronária, exodontia, medicação, restauração provisória, controle, tratamento expectante, tratamento de pericoronarite, restauração "definitiva", drenagem de abscesso e esplintagem.

Brito Jr (2000), estudando retrospectivamente (1989 a 1997) pacientes que demandaram por atendimento no Serviço de Urgências Odontológicas da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, observou, no momento da entrevista, (1998) média etária⁴, de 32,7 anos (DP de 17,2) e maior frequência do gênero feminino (66,4%). Prevaleram leucodermas (75,6%) e participantes com o ensino fundamental incompleto (60,5%). Em 91% dos casos a dor foi referida como principal motivo de procura pelo serviço (do total, as odontalgias representaram 66,8%). O tempo decorrido entre a percepção do problema e o atendimento foi inferior a dois dias em 20,6% dos casos. Entre dois e sete dias a frequência foi de 26,5%. Mais que sete e menos de trinta dias, 18% e acima de trinta dias, 23,4%. Valendo-se ainda da memória referida, 37,5% dos pacientes relataram terem ficado sem dormir por conta da condição que apresentavam à época (9,8% não se lembravam...). Da mesma forma, 10,8 % dos pacientes referiram ter perdido até dois dias de trabalho e 10,2% não se lembravam.

⁴ Ocorre, entretanto, que a metodologia utiliza como parâmetro etário a data da entrevista e não a do atendimento e como se trata de estudo retrospectivo em lapso de 8 anos, observamos melhor desconsiderar essa distribuição etária

Abbud et al. (2002), analisando dados secundários de pacientes acima de 12 anos de idade que procuraram o Serviço de Urgências Odontológicas da Faculdade de Odontologia de Araraquara – SP no período compreendido 1990 e 1999, observaram maior prevalência do gênero feminino (59%). De acordo com o gráfico apresentado pelos autores, a faixa etária mais prevalente foi a de 20 a 29 anos. Quanto aos procedimentos realizados, prevaleceram pela ordem decrescente: Endodônticos – 27%; Dentística – 15%; Radiologia – 14%; cirurgia – 11%; Diagnóstico bucal – 11%; Anestesiologia – 10%; Periodontia – 4%; terapêutica medicamentosa – 4%; outros 3%; prótese – 1% e traumatologia.

Leopoldino (2004) e Tortamano et al. (2007), em estudos conduzidos junto ao Serviço de Urgências Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – São Paulo, SP (SU-FOUSP), observaram em suas amostras que houve predominância do gênero feminino (64,60%; $p < 0,05$). A faixa etária mais prevalente, em ambos os gêneros, foi a de 20 a 29 anos (24,5%). O atendimento a crianças, para ambos os gêneros (faixa etária de dois a doze anos) totalizou 11,40%. Indivíduos leucodermas apresentaram frequência de 55,40%; feodermas, 21,9%; melanodermas, 19,6% e xantodermas, 3,1%. Quanto à escolaridade (investigada em indivíduos acima de 20 anos), verificaram que 6,8% possuíam nível de ensino superior; 34,2% apresentavam ensino médio completo e 27,3%, o fundamental completo. Ainda quanto à escolaridade, observaram que 31,4% dos pacientes da amostra não haviam completado o ensino fundamental. Quanto à renda pessoal, os autores observaram que 47,8% dos indivíduos não possuíam rendimento (dentro deste contingente encontravam-se crianças de dois a quatorze anos – 13,2%). Dos que possuíam rendimento, 41,2% deles recebiam até três salários mínimos (SM). Quanto à renda familiar, observou-se que 6,9% dos

entrevistados não a possuíam. Entre as famílias com rendimento, predominou a faixa salarial entre um a dois SM (26,2%), seguida pela faixa de dois a três SM (21,1%) e pela faixa de três a cinco SM (18,5%). A faixa compreendida até um SM correspondeu a 9,2%. No tocante aos procedimentos realizados e tomando-se por base a média observada ao longo de 16 anos de atendimento (média anual de 13.130 atendimentos), registrou-se dentre os sete procedimentos mais prevalentes, a seguinte freqüência: radiografias, 16,2%; selamento provisório, 13,8%; orientação terapêutica, 11,7%; penetração desinfetante, 11,3%; outros procedimentos, 9,9%; pulpectomia, 9,7% e drenagem intra-oral, 7,4%. As exodontias (9ª posição em freqüência) representaram 4,6% dos procedimentos. Analisada a queixa do usuário relativamente à demanda pelo atendimento, a presença de dor foi referida por 87,9% do total de entrevistados. Quanto à freqüência de procura pelo SU-FOUSP, em 61,2% dos casos, estava ocorrendo pela primeira vez. Dos pacientes que procuraram o serviço por mais de uma vez, 6,7% já o tinham feito por pelo menos quatro vezes sendo que, em sua maioria, por motivos diferentes. O retorno ao setor, pelo mesmo motivo prevaleceu em 16,1%. Nesses casos, os autores destacaram que, na maioria das vezes, os pacientes haviam sido orientados para tal, devido à necessidade de acompanhamento.

2.1.2 Demanda por atendimentos de urgência: prevalência no serviço público

O relatório da Secretaria Municipal da cidade de Amparo (SP), relativo ao ano de 2005, apontou que das 22.335 consultas odontológicas atendidas pelas

equipes de saúde bucal nas Unidades de Saúde da Família, 34,3% dos atendimentos caracterizaram-se de urgência (AMPARO, 2005).

Ainda em 2005, a Prefeitura do Município de Dourados – MS, noticiou que a rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) realizava, em média, 2500 novas consultas odontológicas mensais, sendo 400 delas (6%), relacionadas a tratamentos de urgência (DOURADOS, 2005). Em 2006, dados divulgados pela Prefeitura Municipal de Montes Claros – MG apontaram que à época eram realizados, em média, 40 mil procedimentos odontológicos por mês, dos quais 2.420 associados a atendimentos de urgência (MONTES CLAROS, 2006). Ainda em 2006, a Prefeitura Municipal de Aracajú – SE apontou que dos 11.644 atendimentos realizados pelo Programa de Saúde Bucal, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde no mês de agosto daquele ano, 1440 (12,4%) caracterizaram-se de urgência (ARACAJÚ, 2006).

As variações de frequência acima descritas podem ser mais bem visualizadas na tabela 2.1.

Tabela 2.1 - Prevalência de atendimentos de urgência odontológica em algumas localidades que compõem a rede do Sistema Único de Saúde SUS

Fonte	Local	Ano	Prevalência (%)
Secretaria Municipal de Saúde	Amparo -SP (SUS- PSF)	2005	34,3
Secretaria Municipal de Saúde	Dourados – MS (SUS)	2005	6,0
Secretaria Municipal de Saúde	Aracajú – SE (SUS)	2006	12,4
Secretaria Municipal de Saúde	Montes Claros - MG (SUS)	2006	6,1

Na cidade de São Paulo dados do SIA – SUS disponibilizados no sistema eletrônico TAB-NET totalizaram⁵, no ano de 2006, 3.247.679 procedimentos odontológicos em clínicas básicas, dentre os quais se incluem os realizados em 227.699 atendimentos de urgência. Mais especificamente para a área de interesse desse trabalho, os dados apontaram 18.444 atendimentos de urgência (SÃO PAULO, 2006).

2.2 Medicamentos: conceito e aspectos relativos à produção, veiculação e consumo

Droga, fármaco, medicamento ou remédio são sinônimos? Sob esse título, Resende (2004) discorre sobre a etimologia, o sentido e o uso (laico e técnico) desses termos. Esclarece que droga designava primitivamente toda substância orgânica ou inorgânica empregada como ingrediente de tinturaria, química ou farmácia, sendo que as usadas em medicina – em sua grande maioria de origem vegetal – eram chamadas drogas medicinais. O uso desse termo, segundo o autor, iniciou-se na Idade Média, quer por etimologia procedente do baixo alemão (*droghe vate*), quer do neerlandês (*droog*, que quer dizer seco), quer do céltico, neste caso, com a acepção de má qualidade. Considera, entretanto, que qualquer que tenha sido seu étimo, o termo droga, de acordo com a maioria dos léxicos, designa a substância ou matéria da qual se extrai ou com a qual se prepara determinado medicamento. Continuando, esclarece-nos que o termo fármaco é a tradução do

⁵ Dados filtrados para procedimentos da atenção básica. Estão excluídos dessa totalização as ações coletivas, os procedimentos especializados ou próprios da atenção secundária e exames radiográficos, ainda que realizados na atenção básica.

grego *phármakon*, que tanto serve a designar medicamento quanto veneno, e comenta que este duplo sentido já demonstrava a sábia percepção dos gregos quanto aos efeitos dessas substâncias. Considera, contudo, que fármaco, como sinônimo de medicamento, é pouco empregado em linguagem laica. Em linguagem médica, tem sido utilizado, de preferência, em sentido estrito para designar uma substância única (orgânica ou inorgânica) e de composição conhecida. Nesta acepção, observa que não pode ser considerado sinônimo de medicamento. Quanto a este último termo, destaca que medicamento provém do latim *medicamentum* e é vocábulo que forma as palavras – médico e medicina, assim como o verbo medicar (*medeor*, que significa cuidar de, proteger, tratar etc.). Lembra, ainda, que *medicamentum*, em latim, tinha também o sentido de bebida mágica, bruxaria ou feitiço. Por fim, esclarece que remédio provém do latim *remedium* – aquilo que cura. Entende, com base nas referências que consultou que remédio e medicamento também não são sinônimos perfeitos, tendo o primeiro sentido muito mais amplo e genérico que o segundo (remédio compreende tudo que é empregado para a cura de uma doença). Ao terminar suas considerações conclui que cada um dos termos analisados possui significado próprio, muito embora seja possível perceber, especialmente nos textos médicos atuais, uma clara tendência de conferir à palavra droga o mesmo significado de fármaco, sobretudo quando se trata de substância química sintetizada pela indústria farmacêutica.

Um conceito contemporâneo do termo **medicamento** foi dado pela legislação portuguesa através do Decreto-Lei 176/2006, em seu Artigo 3º; alínea ee (PORTUGAL, 2006) que assim o entende:

"Medicamento é toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser

utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas".

2.2.1 O homem contemporâneo e o consumo de medicamentos

Em 1980 o Jornal do Brasil⁶ publicou crônica do ilustre escritor Carlos Drummond de Andrade, intitulada "O Homem e o Remédio: Qual o problema?" Esse texto que entendemos aplicável ao tempo presente, assim como próprio para retratar a relação entre o homem contemporâneo e o medicamento, está abaixo transcrito.

"Ultimamente venho sendo consumidor forçado de drágeas, comprimidos, cápsulas e pomadas que me levaram a meditar na misteriosa relação entre a doença e o remédio. Não cheguei ainda a conclusões dignas de publicidade, e talvez não chegue nunca a elaborá-las, porque se o número de doenças é enorme, o de medicamentos destinados a combatê-las é infinito, e a gente sabe o mal que habita em nosso organismo, porém fica perplexo diante dos inúmeros agentes terapêuticos que se oferecem para extingui-lo. E de experiência em experiência, de tentativa em tentativa, em vez de acertar com o remédio salvador, esbarramos é com uma nova moléstia causada ou incrementada por ele, e para debelar a qual se apresenta, novo pelotão de remédios, por sua vez. De modo geral, quer me parecer que o homem contemporâneo está mais escravizado aos remédios do que às enfermidades. Ninguém sai de uma farmácia sem ter comprado, no mínimo, cinco medicamentos prescritos pelo médico ou pelo vizinho ou por ele mesmo, cliente. Ir à farmácia substitui hoje o saudoso hábito de ir ao cinema ou ao Jardim Botânico. Antes do trabalho, você tem de passar obrigatoriamente numa farmácia, e depois do trabalho não se esqueça de voltar lá. Pode faltar-lhe justamente a droga para fazê-lo dormir, que é a mais preciosa de todas. A conseqüente noite de insônia será consumida no pensamento de que o uso incessante de remédios vai produzindo o esquecimento de comprá-los, de modo que a solução seria talvez montar o nosso próprio laboratório doméstico, para ter à mão, a tempo e hora, todos os recursos farmacêuticos de que pode necessitar um homem, doente ou

⁶ Jornal do Brasil, 26/7/1980

sadio, pouco importa, pois todo sadio é um doente em potencial, ou melhor, todo ser humano é carente de remédio. Principalmente, de remédio novo, com embalagem nova, propriedades novas e novíssima eficácia, ou seja, que se não curar este mal, conhecido, irá curar outro, de que somos portadores sem sabê-lo. Em que ficamos: o remédio gera a doença, ou a doença repele o remédio, que é absorvido por artes do nosso fascínio pela droga, materialização do sonho da saúde perfeita, que a publicidade nos impinge? [...] Há laboratórios geradores de infecções novas ou agravadoras das existentes, para atender ao fabrico de drogas destinadas a debelá-las? A humanidade vive à procura de novos males, não se contentando com os que já tem, ou desejando substituí-los por outros mais requintados? Se o desenvolvimento científico logrou encontrar a cura de males tradicionais, fazendo aumentar a duração média da vida humana, por que se multiplicam os remédios, em vez de se lhe reduzirem as variedades? Se o homem de hoje tem mais resistência física, usufrui tantas modalidades de conforto e bem-estar, por que não parar de ir à farmácia e a farmácia não pára de oferecer-lhe rótulos novos para satisfazer carências de saúde que ele não deve ter? Estou confuso e difuso, e não sei se jogo pela janela os remédios que médicos, balconistas de farmácia e amigos dedicados me receitaram, ou se aumento o sortimento deles com a aquisição de outras fórmulas que forem aparecendo, enquanto o Ministério da Saúde não as desaconselhar, E não sei, já agora, se deve proibir os remédios ou proibir o homem. “Este planeta está meio inviável.” (Carlos Drummond de Andrade, O Homem e o Remédio: Qual o problema? Jornal do Brasil, 26/7/1980).

2.2.2 O mercado de produtos farmacêuticos

Perdendo apenas para a indústria do petróleo, o faturamento mundial da indústria farmacêutica em 2002 situou-se na casa dos 406 bilhões de dólares (PANZETTI, 2006).

Segundo dados da Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica, no ano de 2005 o mercado brasileiro de produtos farmacêuticos manteve-se estável em relação ao ano anterior. Em 2005, foram vendidas 1,60 bilhão de unidades (caixas) de medicamentos ante as 1,65 bilhão, vendidas em 2004. O faturamento alcançado foi de R\$ 22,2 bilhões, com crescimento de 11,1% em relação ao ano anterior (FEBRAFARMA, 2006). De acordo com essa mesma fonte, na ocasião, a expectativa de investimento total para o ano de 2006 era de R\$ 2,25 bilhões. Desse montante R\$ 302,5 milhões destinar-se-iam a projetos de pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos, R\$ 716,4 milhões à modernização e ampliação de fábricas, R\$ 181,5 milhões para o lançamento de novos produtos e R\$ 979,0 milhões para as ações de publicidade e marketing.

Frente a essa distribuição de investimentos (ou expectativa de), observa-se que publicidade e marketing representaram aproximadamente 50% do orçamento total anunciado. Na visão de Panzetti (2006) a indústria farmacêutica não mede esforços, tão pouco investimentos, naquilo que mais diretamente diz respeito à sensibilização, tanto dos profissionais da saúde quanto da população em geral, para garantir o consumo de seus produtos. O autor – que considera essencial o papel da propaganda e do marketing para a obtenção desses resultados – pondera, entretanto, que as estratégias e a própria linguagem utilizada, incorporam ao objeto certas percepções (tais como o melhor dentre os produtos disponíveis, a mais alta tecnologia) e desejos inerentes ao ser humano (saúde, qualidade de vida, boa aparência etc.) transferindo para o consumo a falsa impressão de sua realização.

Heineck et al.(1998), ao analisarem as propagandas de medicamentos⁷ veiculadas nas principais rádios do Rio Grande do Sul – Brasil, observaram que a grande maioria delas (> 80%) infringia a legislação então vigente no país, por omitir informações quanto ao nome genérico, composição, posologia e o fabricante do produto. Além disso, um número significativo das peças publicitárias (39%) enfatizava a ausência de quaisquer riscos de consumo, mediante declarações como “não tem contra-indicações”, Induzindo, segundo os autores, seu uso indiscriminado.

2.2.3 Dispensação de medicamentos

As normas legais e técnicas, ora vigentes no Brasil, para venda de medicamentos sem prescrição médica ou odontológica foram definidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2003), através da Resolução - RDC nº 138, de 29 de maio de 2003. Tais medicamentos restringem-se àqueles cujos grupos terapêuticos e indicações terapêuticas estão especificados⁸ na lista dos **Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas (GITE)** – lista essa que integra a própria resolução 138/ 2003 e que está abaixo apresentada na Tabela 2.2.

Cabe destacar que mesmo os medicamentos lá descritos, quando administrados por via parenteral, exigem prescrição. No caso de associações medicamentosas ou de duas ou mais apresentações em uma mesma embalagem para uso concomitante ou seqüencial, cujo grupo terapêutico e indicação terapêutica

⁷ Foram documentadas 250 peças publicitárias referentes a 28 produtos no período de agosto de 1995 a janeiro de 1996

⁸ Respeitadas, ainda, as restrições textuais e de outras normas legais e regulamentares pertinentes

de pelo menos um de seus princípios ativos não se encontrar especificada no GITE, obriga-se a venda sob prescrição (art. 3º da RDC 138/2003). Importante enfatizar que no caso do Brasil, a prerrogativa para prescrição de medicamentos é exclusiva de médicos e de cirurgiões-dentistas (conforme a Lei nº 5.991/73 e o Decreto 74.170/74).

Tabela 2.2 - Medicamentos isentos de prescrição: Grupo de Indicações Terapêuticas Especificadas (GITE)

GRUPOS TERAPÊUTICOS	INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS	RESTRIÇÕES
Antiacnéicos tópicos e adstringentes	Acne, acne vulgar, rosácea, espinhas	Retinóides
Antiácidos, Antieméticos	Acidez estomacal, azia, desconforto estomacal, dor de estômago, dispepsia	metoclopramida, bromoprida, mebeverina, inibidor da bomba de próton
Eupépticos,	enjôo, náusea, vômito, epigastria, má digestão, queimação	Inexiste
Enzimas digestivas		Inexiste
Antibacterianos tópicos	Infecções bacterianas da pele	permitidos: bacitracina e neomicina
Antidiarréicos	Diarréia, disenteria	loperamida infantil, opiáceos
Antiespasmódicos	Cólica, cólica menstrual, dismenoréia, desconforto pré-menstrual, cólica biliar/renal/intestinal	Mebeverina
Anti-histamínicos	Alergia, coceira / prurido, coriza, rinite alérgica, urticária, picada de inseto, ardência, ardor, conjuntivite alérgica, prurido senil, prurido ocular alérgico, febre do feno, dermatite atópica, eczemas	adrenérgicos, corticóides que não a hidrocortisona de uso tópico
Anti-seborréicos	Caspa, dermatite seborréica, seborréia, oleosidade	Inexiste
Anti-sépticos orais, anti-sépticos buco-faríngeos	Aftas, dor de garganta, profilaxia das cáries	Inexiste
Anti-sépticos nasais, fluidificantes nasais, umectantes nasais	anti-sépticos nasais, fluidificantes nasais, umectantes nasais	Inexiste
Anti-sépticos oculares	-	restrições: adrenérgicos, (exceto nafazolina com concentração < 0,1%), corticóides
Anti-sépticos da pele e mucosas	Assaduras, dermatite de fraldas, dermatite de contato, dermatite amoniacal, intertrigo	Inexiste
Anti-sépticos urinários	Disúria, dor / ardor / desconforto para urinar	Inexiste
Anti-sépticos vaginais tópicos	Higiene íntima, desodorizante	Inexiste
Antiinflamatórios	Lombalgia, mialgia, torcicolo, dor articular, artralgia, inflamação da garganta, dor muscular, dor na perna, dor varicosa, contusão, hematomas, entorses	permitidos: naproxeno, ibuprofeno, cetoprofeno continua

continuação

GRUPOS TERAPÊUTICOS	INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS	RESTRIÇÕES
Antiflebites	Dor nas pernas, dor varicosa, sintomas de varizes, dores nas pernas relacionadas a varizes, dores após escleroterapia venosa	Inexiste
Antifiséticos, antiflatulentos, carminativos	Eructação, flatulência, empachamento, estufamento, aerofagia pós-operatória, gases, meteorismo	Inexiste
Antifúngicos, antimicóticos	Micoses de pele, frieira, micoses de unha, pano branco, infecções fúngicas das unhas, onicomicoses, dermatomicoses, pitíriase versicolor, tinea das mãos, tinea dos pés, pé de atleta, tinea do corpo, micose de praia, tinea da virilha; candidíase cutânea, monilíase cutânea, dermatite seborréica, dermatomicoses superficiais, vulvovaginites, dermatite	Permitidos: tópicos
Anti-hemorroidários	Sintomas de hemorróidas	Permitidos: tópicos
Antiparasitários Orais, anti-helmínticos	Vermínoses	Permitidos: mebendazol, levamisol.
Antiparasitários Tópicos, escabícidas, ectoparasitícidas	Piolhos, sarna, escabiose, carrapatos, pediculose, lêndeas	Inexiste
Antitabágicos	Alívio dos sintomas decorrentes do abandono do hábito de fumar, alívio dos sintomas da síndrome de abstinência	Bupropiona
Analgésicos, Antitérmicos, Antipiréticos	Dor, dor de dente, dor de cabeça, dor abdominal e pélvica, enxaqueca, sintomas da gripe, sintomas dos resfriados, febre, cefaléia, dores reumáticas, nevralgias; lombalgia, mialgia, torcicolo, dor articular, artralgia, inflamação da garganta, dor muscular, contusão; hematomas, entorses, tendinites, cotovelo de tenista, lumbago, dor pós-traumática, dor ciática, bursite, distensões	Permitidos: analgésicos (exceto narcóticos)
Ceratolíticos	Descamação, esfoliação da pele, calos, verrugas, verruga plantar, verruga vulgar	Inexiste
Cicatrizantes	Feridas, escaras, fissuras de pele e mucosas, rachaduras	Inexiste
Colagogos, Coleréticos	Distúrbios digestivos, distúrbios hepáticos	Inexiste
Descongestionantes nasais tópicos	Congestão nasal, obstrução nasal, nariz entupido	Vasoconstritores
Descongestionantes nasais sistêmicos	Congestão nasal, obstrução nasal, nariz entupido	Permitido: fenilefrina

Anexo da Resolução ANVISA 138/2003

2.2.4 Automedicação e autoprescrição

Parte da literatura trata automedicação e autoprescrição como situações distintas. Nesse caso, entendem que a automedicação se caracteriza quando um indivíduo decide fazer, por conta própria, uso de medicamentos livres de prescrição⁹. No caso da autoprescrição, o indivíduo age da mesma forma, mas o medicamento utilizado não se enquadra na categoria livre de prescrição. Essa distinção entre os termos é mais comumente observada nas publicações procedentes de entidades e organizações que congregam ou representam os seguimentos farmacêuticos de produtos não prescritíveis e serve, em geral, ao propósito de apoiar a automedicação enquanto prática consciente e responsável, para controle sintomático de quadros clínicos notadamente transitórios onde, a priori, pode-se dispensar prévia e específica avaliação médica ou odontológica (ABIMIP, 2004¹⁰; WSMI, 2007).

A maioria da literatura, entretanto, não faz essa distinção. Para a Organização Mundial da Saúde - OMS, a automedicação é conceituada como a prática de ingerir substâncias de ação medicamentosa sem o aconselhamento ou acompanhamento de um profissional de saúde qualificado para tal (OMS, 2005). Esse entendimento, por sua vez mais hegemônico, engloba um conceito lato que inclui o oferecimento e a prescrição (ou orientação para consumo) de medicamentos por pessoas não habilitadas (como pais, responsáveis, amigos, familiares,

⁹ Medicamentos também denominados “de prateleira” (na língua inglesa – “over the counter” - OTC), em alusão ao fato de sua livre disponibilização nas prateleiras ou gôndolas de farmácias ou lojas de conveniência

¹⁰ Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição

farmacêuticos ou balconistas da farmácia); o consumo de sobras de prescrições anteriores ou ainda, a alteração da prescrição profissional (PAULO; ZANINE 1988¹¹ apud VILARINO et al., 1998; PEREIRA et al., 2007). Por este motivo, nesta pesquisa adotamos unicamente o termo automedicação.

A Organização Mundial de Saúde entende que certo nível de automedicação é aceitável, desde que ocorra com responsabilidade. Neste nível, sustenta que essa prática pode ser benéfica para o sistema público de saúde, evitando que este entre em colapso pelo atendimento de casos transitórios (como dores de cabeça, muitas vezes, resultantes de situação de estresse, cólicas abdominais ou menstruais etc.) em detrimento de outros de maior gravidade (OMS, 2005).

Haak (1989) entende, entretanto, que pequena parte da população está efetivamente preparada para adotar, com critério e segurança, a automedicação uma vez que esta prática pressupõe existir, da parte do usuário ou do responsável pela indicação, suficiente preparo para interpretar corretamente os sinais e sintomas, assim como suficiente conhecimento do medicamento e de suas indicações e contra-indicações.

O uso continuado, a sobredosagem e a associação de medicamentos, têm sido objeto de diversas publicações que evidenciam o uso impróprio e exagerado de produtos farmacêuticos (ABBOTT; MARY; FRASER, 1998; CAVALLINI; BISSON, 2002; GOLDMAN, 2000). Em razão disso, tem se recomendado maior cautela e critério de consumo, uma vez que o uso indiscriminado pode comprometer,

¹¹ PAULO LG e ZANINE, AC. Automedicação no Brasil. Rev Assoc Med Bras 1988; 34:69-75

posteriormente, o tratamento adequado de determinadas patologias por mascarar os verdadeiros sintomas, ou ainda, frente à dosagem utilizada e tempo de uso, provocar o aumento do erro nos diagnósticos e o aparecimento de efeitos indesejáveis, muitas vezes graves. (ABBOTT; MARY; FRASER, 1998; CAVALLINI; BISSON, 2002; GOLDMAN, 2000; LIMA, 1995; OMS, 2005; STIMMEL, 1983).

2.2.5 Consumo de medicamentos

Em termos globais, têm-se verificado que analgésicos e antiinflamatórios são os medicamentos mais vendidos e consumidos pelas populações (LOYOLA FILHO et al., 2002; PELICIONI, 2005; SANS et al., 2002). Relativamente ao Brasil, onde se observa igual padrão de venda e de consumo (ANVISA, 2005), lista elaborada em 2002 (FARMÁCIA CENTRAL, 2002), apresentando os 300 medicamentos mais vendidos em farmácias brasileiras segundo as suas marcas comerciais (não genéricos), apontou como líder, o medicamento Cataflam® (diclofenaco potássico). O segundo medicamento da lista foi a Neosaldina® (associação de dipirona sódica, cafeína anidra e cloridrato de isometepteno) e o terceiro a Novalgina® (dipirona sódica). Relativamente ao medicamento Cataflam®, matéria veiculada pelo jornal eletrônico Correio Brasiliense (CAMPBELL, 2002), destaca que das 23,8 milhões de unidades comercializadas em todo país no ano de 2000, apenas 7,6 milhões (31,9%) haviam sido efetivamente prescritas.

2.2.5.1 perfis gerais de consumo

Estudo conduzido na Catalunha – Espanha por Sans et al. (2002) apontou uma prevalência no uso de medicamentos de 68% (uso ou não uso), com predomínio em todas as faixas etárias para as mulheres (excluídos os contraceptivos orais). Observou-se, todavia que a prática da automedicação foi mais freqüente entre os homens (34%) do que entre as mulheres (25%). Neste estudo, foram os analgésicos, os medicamentos para o aparelho respiratório, os medicamentos para o aparelho digestório e os antimicrobianos, pela ordem, os mais prevalentes.

Simões e Farache Filho (1988), por sua vez, analisaram na área urbana de Araraquara, SP, Brasil¹² as características da população que consumiu pelo menos um medicamento nos quinze dias que antecederam a data da entrevista. Verificaram que 42,1% dos medicamentos utilizados foram adquiridos sem prescrição médica. Maior consumo quer dos prescritos, quer dos não prescritos foi observado no gênero feminino, em especial no grupo etário de 20 a 49 anos.

Haak (1989), analisando o consumo de medicamentos em dois povoados brasileiros do Estado da Bahia, através de pesquisa domiciliar de seguimento (duas semanas) encontrou prevalência de 74% de automedicação, verificando como principais grupos farmacológicos consumidos os analgésicos, os antiinflamatórios e os antibióticos. Destaca o autor que “Ficou evidente que 60% das automedicações, do ponto de vista biomédico, devem ser consideradas como irracionais. Muitas

¹² Inquérito domiciliar em amostragem por conglomerado

destas envolviam antibióticos – notadamente as tetraciclinas em doses subclínicas” (HAAK, 1989; p. 147).

Vilarino et al. (1998), em pesquisa realizada no Município brasileiro de Santa Maria (RS), observou prevalência de uso de medicamentos em 69,9% dos participantes. Dentre os que os utilizaram, 76,1% (53,3% do total) o fizeram através de automedicação.

Loyola Filho et al. (2002), em pesquisa conduzida na cidade brasileira de Bambuí (MG) encontram uma prevalência de consumo de medicamentos de 65,2%. Dentre os participantes que consumiram, observaram que o uso exclusivo de medicamentos prescritos representou 54,0%; o uso de medicamentos prescritos e não prescritos 17,2% e uso exclusivo de medicamentos não prescritos 28,8%. Analisada a automedicação, esta foi mais prevalente no gênero masculino, na faixa etária entre 18 e 39 anos, dentre os que não freqüentaram profissionais da saúde e dentre famílias com cinco ou mais membros (uso compartilhado, sobras etc..).

Pelicioni (2005), analisando o padrão de consumo de medicamentos¹³ em duas áreas da região metropolitana de São Paulo nos anos de 2001 e 2002, encontrou uma prevalência de uso de 33,9%, dos quais, mais de um terço na forma de automedicação. Em termos gerais o consumo mostrou-se maior entre: os grupos de maior faixa etária; o gênero feminino; as famílias cujo chefe apresentava maior escolaridade; aqueles que se declararam etnicamente brancos e os que relataram maior renda familiar. Os analgésicos constituíram o grupo farmacológico mais prevalente a partir da idade de um ano completo (ambos os gêneros) até a faixa

¹³ Dados secundários de Inquérito domiciliar; período recordatório de 3 dias

etária de 40 a 49 anos. No grupo etário de 20 a 39 anos, correspondeu a 37,8% nos homens enquanto representou 33,6% nas mulheres. Antiinflamatórios e anti-reumáticos encontram-se entre os cinco principais grupos terapêuticos mais prevalentes na faixa etária compreendida entre 12 anos e 39 anos em ambos os gêneros. A automedicação foi declarada em 11,4% da amostra e prevaleceu em 35% dos que fizeram uso de medicamentos. Nas três faixas etárias 12-19, 20 a 39 e 40 – 59 demonstrou-se maior nos homens. No caso da automedicação, a maior prevalência foi de analgésicos / antipiréticos com 54% (dipirona 17,8%; AAS 12,1%; AAS em associação 8%; paracetamol 5,3%; outros 10,8%), seguida pelos antiinflamatórios com 7,3%.

2.2.6 Automedicação em odontologia

Baños, Bosch e Toranzo (1991) conduziram estudo junto à Universidade Autônoma de Barcelona em pacientes ambulatoriais com o objetivo de avaliar a automedicação relacionada às odontalgias. A presença de dor foi referida por 59% dos pacientes com duração média pregressa de 20 dias. A intensidade da dor prevaleceu entre moderada e severa, porém um terço da amostra a descreveu como muito severa (excruciante). Aproximadamente 70% dos pacientes com queixa de dor estavam sob efeito de automedicação analgésica; 55% deles fazendo uso de um único medicamento, 36% utilizando dois e 8% deles utilizando três medicamentos. Os autores observaram associação positiva entre maior intensidade de dor e maior número de medicamentos utilizados em associação. As substâncias mais

prevalentes foram paracetamol (39%), AAS (24%) e dipirona sódica¹⁴ (17%). A maioria dos participantes escolheu por conta própria o(s) medicamento(s) e em poucos casos a recomendação foi obtida na farmácia ou por pessoas leigas. Os autores concluíram ser, na população em estudo, elevada a prevalência de automedicação no caso de odontalgias.

Souza (1996) estudando usuários de um serviço odontológico público em Ibirité, interior do Estado de Minas Gerais, observou que 40% dos participantes de sua amostra já tinham se utilizado de produtos farmacêuticos (analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos) e que 32% já haviam recorrido a alternativas caseiras (chás, ervas ou “simpatias”) para alívio de odontalgias. Descreveu que 46% da amostra tinham idade compreendida entre 21 e 40 anos, em sua maioria (66%), com ensino fundamental incompleto e com faixa de renda entre um (34%) e três salários mínimos (44%).

Stelter et al. (1997), em estudo similar, realizado no serviço de pronto atendimento odontológico do Hospital Cajuru da Universidade Estadual do Paraná (Curitiba – PR) no ano de 1996, observaram dentre os pacientes adultos, prevalência de 78% de automedicação. Quanto ao consumo geral (prescritos e automedicação) observaram, em freqüências absolutas, que 59% pertenciam ao gênero feminino, tendo prevalecido na amostra, para ambos os gêneros, maior freqüência na faixa etária compreendida entre 21 e 35 anos. Os medicamentos mais consumidos foram os analgésicos seguidos dos antiinflamatórios e antibióticos – nas seguintes e respectivas freqüências absolutas segundo o gênero: Mulheres (95%; 20% e 5%); Homens: (75,6%, 26,8% e 4,9%). A aplicação de produtos ou

¹⁴ Metamizol

medicamentos tópicos (predominantemente xilocaína e dipirona aplicadas diretamente no dente álgico) ocorreu, no gênero feminino, em 23,3% e no masculino, em 21,8% (nestes predominantemente a xilocaína). As autoras concluem, quanto à posologia, que grande parte dos participantes procedeu de forma incorreta.

Penha et al. (2000) analisando uma amostra de pacientes que procuraram o SU-FOUSP no ano de 2000, investigaram o padrão de consumo de medicamentos com vistas ao estudo da automedicação e concluíram pela sua elevada prevalência (64,0%) dentre o total de participantes. Verificaram que a queixa de odontalgia prevaleceu em 70,1% da população estudada, praticamente a mesma frequência de participantes que fizeram uso de medicamentos (70,3%). A medicação local — associada ou não a bochechos — representou frequência de 20,8%. Quanto aos participantes que fizeram uso de medicação sistêmica (55% do total da amostra), 69,2% deles consumiram analgésicos, 27,9% consumiram antiinflamatórios e 12,5%, antibióticos.

Linčir, Rošin-Grget e Šutej (2003) – membros do Departamento de Farmacologia da Escola de Medicina Dentária da Universidade de Zagreb, Croácia – conduziram estudo em uma amostra de 32 pacientes que demandaram atendimento em razão de odontalgia, buscando através de entrevista, registrar a intensidade de dor pré-tratamento e o uso de medicação. Os resultados indicaram que 68% dos participantes consideraram a dor severa, 21,9% moderada e 10,1% como uma sensação desagradável. O estudo indicou que 99,6% da amostra realizaram automedicação para alívio da dor. Segundo a frequência prevaleceram formulações

combinadas de paracetamol (33%); diclofenacos (29,1%), dipirona sódica¹⁵ (21,8%), AAS (13%) e ibuprofeno (3,1%). Em 56% dos casos as drogas foram dispensadas em farmácias e em 44% deles foram consumidas do estoque doméstico (familiar). Os autores consideraram que 87,5% dos pacientes estavam bem informados quanto aos possíveis efeitos colaterais dos AINES. Em termos gerais, efeitos adversos ou colaterais foram referidos por 21,8% dos pacientes, predominando os sintomas gastrointestinais como náusea e dores abdominais.

Leite et al. (2005), em estudo conduzido junto às pacientes da clínica de cirurgia da FOUSP, verificaram que 90,7% dos participantes se automedicavam, na maioria das vezes com analgésicos e antiinflamatórios, e que 71,9% deles nunca receberam orientações sobre automedicação. Neste estudo a relação da automedicação com a escolaridade, renda familiar e a faixa etária não foram significantes.

¹⁵ Metamizol

2.3 Determinantes sociodemográficos, ocupacionais e comportamentais que podem influenciar a prática da automedicação e a demanda de urgências odontológicas

2.3.1 Acesso a serviços de saúde

Conforme os resultados de Brennan e Spencer (2002), o padrão irregular de visitas ao cirurgião-dentista associa-se positivamente à demanda atendimentos de urgência odontológica. Consoante o fato que tal irregularidade, resulta da interação de diversos fatores – dentre os quais se pode citar a própria falta de acesso a serviços de saúde bucal – cabe preliminarmente examinar as condições de acesso que a população, objeto de análise, tem ao cuidado odontológico.

Sob a ótica da saúde humana, entende-se por acesso ao seu cuidado, a efetiva capacidade de sua obtenção, quando necessário (ACURCIO; GUIMARÃES 1996). Ao discutir aspectos levantados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Adami (1993) salienta que do ponto de vista funcional o acesso à saúde pública só pode ser alcançado se os serviços disponibilizados forem oportunos, contínuos, puderem atender à demanda real e tiverem a capacidade de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema. Para o autor, diversos fatores são considerados obstáculos à utilização dos serviços, dos quais destaca: custo associado, localização e mobilidade, forma de organização, demora para obtenção do atendimento.

Quartaroli, Campino e Diaz (2003) ao analisarem as condições de acesso a serviços de saúde, sob o aspecto da equidade, no interior do Estado de São Paulo e Região Metropolitana de São Paulo, observam que nesta última ocorreu a maior desigualdade entre a procura pelo serviço e a obtenção do atendimento. Procurar e não obter atendimento foi condição mais prevalente (à exceção da faixa etária compreendida entre cinco e dez anos), para os moradores da região metropolitana em comparação ao interior do Estado. Adiante, quando os autores analisam os percentuais de não atendimentos frente à procura segundo a renda, observam para as duas faixas inferiores (de menor renda) maiores percentuais de não atendidos na região metropolitana. Enfatizam, com base no comportamento geral destes indicadores, o quanto os fatores econômicos e financeiros determinam a iniquidade: *“O poder aquisitivo das pessoas acaba influenciando a existência do setor privado, e isso determina que indivíduos de poder aquisitivo mais elevado, apresentam maiores chances de acesso, inclusive aos serviços públicos.”* (QUARTAROLI; CAMPINO; DIAZ, 2003; p. 6)

De fato, pôde-se observar em pesquisa¹⁶ conduzida no município de São Paulo em 2003, ter ocorrido para determinados procedimentos assistenciais, utilização do SUS por detentores de Planos de Saúde (SÃO PAULO, 2005). O estudo considerou a esse respeito, enquanto possíveis variáveis explicativas, as seguintes: 1- falta de cobertura do plano ou do convênio para alguns procedimentos; 2- carências e outras restrições contratuais de uso do plano ou convênio; 3- desistência, por parte do segurado do plano em razão de reajustes de seu valor e 4- usuário realizando seguimento de cuidado iniciado no SUS.

¹⁶ A pesquisa teve por escopo analisar o uso de serviços de saúde segundo o motivo de procura e procedimento realizado, fonte de financiamento e grau de escolaridade

Por outro lado, no que tange à assistência odontológica no âmbito do SUS, a mesma pesquisa (SÃO PAULO, 2005), apontou maior demanda de atendimentos na população de menor escolaridade, o que sob certo sentido, conduz ao entendimento de que se trata de população com menor remuneração ou renda média. De toda forma esse inquérito que compreendeu 3.337 munícipes apontou, enquanto demanda odontológica nos 12 meses pregressos à entrevista, 1.200 consultas realizadas entre o sistema único de saúde e a saúde complementar. Neste particular as distribuições de freqüência segundo quem as atendeu foram as seguintes: SUS (11,9%); Previdência governamental (1,1%); setor privado ou particular (82,1%); Sindicato (3,6%); Serviço próprio de empresa (0,9%) e outros (0,5%).

Esses dados segundo a própria Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo da Prefeitura paulistana refletem a baixa oferta de vagas do SUS para consulta odontológica individual. As tabelas 2.3. e 2.4. complementam as informações referentes ao financiamento destes atendimentos:

Tabela 2.3 - Distribuição dos motivos da procura ou procedimento em saúde realizado, segundo o agente financiador

Motivo da procura / procedimento realizado	SUS	Convênio Empresa	Plano de Saúde	Previdência Governamental	Sindicato	Próprio	Outros
Pré-Natal	63,5	12,1	17,7	0,9	0,6	4,5	0,8
Parto	67,1	12,9	17,1	1,8	0,4	0,3	0,3
Puericultura	71,1	9,1	13,8	0,2	1,0	3,6	1,2
Morbidade 15 dias	56,4	17,5	19,2	0,2	1,4	3,2	2,2
Internação	44,5	16,1	30,3	3,4	1,2	0,1	4,3
Consulta odontológica	12,7	6,9	4,2	0,8	3,8	57,8	13,7
Mamografia	37,9	15,0	34,5	5,4	1,9	4,2	1,3
Prevenção do Ca. Próstata	25,8	18,5	38,4	3,6	1,3	10,3	2,2

Fonte: SÃO PAULO (2005)

Tabela 2.4 - Distribuição dos motivos da procura ou procedimento em saúde financiados pelo SUS, segundo a escolaridade do usuário

Motivo da procura / procedimento realizado	Escolaridade (anos de estudo)			
	0 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos e mais
Pré-Natal	85,8	79,1	51,5	12,0
Parto	89,3	86,6	52,7	12,9
Puericultura	93,1	85,1	63,8	14,8
Morbidade 15 dias	81,0	63,4	51,5	8,1
Internação	67,5	54,6	39,1	11,9
Consulta odontológica	30,6	18,1	9,5	0,9
Mamografia	64,5	43,0	32,6	8,6
Prevenção Ca. de Próstata	60,6	24,8	36,2	4,2

Fonte: SÃO PAULO (2005)

2.3.2 Aspectos comportamentais

Outro importante aspecto discutido na literatura que pode atuar dificultando o provimento do adequado cuidado preventivo e assistencial programático em saúde é o próprio comportamento humano.

Uchôa e Vidal (1994) sustentam que a maneira pela qual um indivíduo age diante de um problema de saúde que se apresenta, depende em grande parte dos seus valores, percepções e dos próprios sentimentos que tem a esse respeito.

No caso dos problemas odontológicos, parte da população protela ao máximo o cuidado odontológico enfrentando, por conta própria, tal condição até o momento do inevitável atendimento porque tem medo, ansiedade ou por qualquer outro sentimento negativo relacionado ao cuidado profissional (ROSA; FERREIRA 1997).

Freeman (1999), em publicação que discute fatores que podem atuar em prejuízo do cuidado odontológico regular, destaca como principais barreiras a falta de tempo, a ansiedade, os custos financeiros e a não percepção da necessidade. Aponta que estes elementos atuam em estreita associação ou sinergismo. Enfatiza que para aqueles que têm um estilo de vida atribulado pode haver tendência de uso de serviços de urgência ou ainda significativo retardo na procura por tratamentos regulares. O autor ilustra a primeira situação apresentando o seguinte caso:

“A falta de tempo foi o principal motivo alegado pelo Sr “J” para buscar atendimento de urgência em uma clínica. Motorista de caminhão de transporte de carga cobrindo grandes percursos, muito embora preferisse realizar tratamentos regulares, via-se impedido em razão de seu trabalho. O Sr. “J” entende que seria errado agendar e não comparecer às consultas por ocasião dos inúmeros fretes contratados de última hora, restando-lhe pois, essa única opção. *“Você vem aqui quando sobra um tempo..., tem que aguardar um pouco, mas tudo bem. Ajusta-se melhor ao meu trabalho!... Eles vão remover o dente, ou talvez restaurá-lo e pronto! Retorno em seguida para meu trabalho...”* (FREEMAN, 1999; p.143).

Continuando, Freeman (idem) comenta que a falta de tempo – como barreira ao cuidado regular – nem sempre atua de forma isolada, agindo interativamente com diversos outros fatores psicossociais, tais como a ansiedade. Entende que a ansiedade é condição suficiente para que o paciente venha a protelar, ao máximo, o tratamento definitivo e ilustra tal situação relatando o seguinte caso clínico, onde a falta de tempo foi o motivo alegado para a demora na conclusão de um tratamento.

“A Sra. “S”, uma advogada, por ocasião da fratura de um molar, procurou cuidados odontológicos. No primeiro atendimento (de urgência), a cavidade foi selada provisoriamente e foram agendados os horários para o tratamento definitivo. Muito tempo depois e após um considerável número de consultas que cancelou (de última hora), a Sra. “S” retornou ao consultório e admitiu

que a alegação que fez para cancelar os horários (falta de tempo), foi na verdade, uma grande desculpa para justificar o real motivo - sua grande ansiedade em lidar com tratamentos odontológicos [...]” (*FREEMAN, 1999*; p. 143).

Há que se pesar, entretanto, até que ponto a falta de tempo constitui-se mera desculpa ou, pelo contrário, fato real, imposto à pessoa em razão de suas ocupações diárias, situação em que as variáveis ocupacionais passam a influenciar e definir o próprio comportamento de efetivamente buscar os cuidados profissionais.

2.3.3 Aspectos ocupacionais

Distâncias a serem percorridas no atendimento de compromissos, custo envolvido, tempo de deslocamento e tempo disponível, são exemplos de algumas características comuns a grandes centros urbanos que exercem enorme influência na forma de viver das pessoas. Compatibilizar compromissos, afazeres e necessidades, constitui o dia-a-dia da população metropolitana. Como nem sempre isso é possível, não raro acabam prevalecendo as atividades normais do trabalho ou estudo, por exemplo, em detrimento ao próprio cuidado à saúde.

No caso da população economicamente ativa e ocupada, a extensão e o grau de flexibilidade da jornada diária de trabalho (potencial de ajustes para o horário de entrada ou de saída, por exemplo), podem atuar como fatores que limitam, dentre outras necessidades, o acesso a serviços de saúde.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2006 (IBGE, 2007), 79% da população economicamente ativa e ocupada da Região Metropolitana de São Paulo apresentavam, à época, jornada de trabalho superior a 40 horas semanais. Isso significa que aproximadamente 7.000.000 de pessoas, despendiam ao menos oito horas diárias no trabalho, fora o tempo envolvido com o deslocamento (ida e volta ao seu domicílio). Neste sentido cabe destacar que a pesquisa Origem - Destino (Companhia do Metropolitano de São Paulo, 2008) estimou, em sua aferição de 2002, um tempo médio de deslocamento por viagem em transporte coletivo, de 63 minutos e em transporte particular, de 27 minutos. Considerado apenas o tempo médio de deslocamento e a jornada de trabalho¹⁷, afere-se que, para um expressivo contingente populacional, o trabalho ou a ocupação consome entre nove e dez horas diárias, restando muito pouco tempo útil para outras providências e cuidados pessoais.

O oferecimento de planos de assistência à saúde para colaboradores e dependentes por parte de empresas, constitui-se, a princípio, um facilitador – quer para o cuidado preventivo, quer para o cuidado assistencial programático. Segundo dados do inquérito de saúde realizado em 2003 na RMSP (SÃO PAULO, 2005), os convênios patrocinados por empresas, responderam por aproximadamente 15% da demanda total dos atendimentos em saúde (7% em odontologia).

Há, todavia, que se ponderar quem efetivamente utilizou esse benefício — o trabalhador ou seus dependentes. Isto porque um dos aspectos que devem ser considerados quanto ao efetivo acesso que assalariados têm a serviços de promoção e assistência à saúde, diz respeito ao controle do absenteísmo exercido

¹⁷ Portanto não considerado o tempo vinculado a pausas e intervalos para descanso ou alimentação

pelo empregador. Com o objetivo geral de reprimir a falta de comparecimento dos empregados em seus postos de trabalho, muitas empresas pactuam normas (quer no contrato de trabalho, quer nos acordos coletivos ou dissídios) que regulamentam faltas, atrasos e saídas antecipadas. Esses acordos, que fazem parte da própria política corporativa, prevêm por um lado a perda de remuneração (ou outras penalidades) e por outro, gratificações ou outros benefícios para os não faltosos (SOUZA, 2002). Por essa razão compreende-se, em parte, porque muitos trabalhadores evitam, ao máximo, ausentar-se de seu posto de trabalho, ainda que reconheçam sua necessidade de realizar tratamento de saúde (GRAÇA, 1999, 2002).

Cabe destacar, no tocante ao assunto revisto neste subtítulo, que constam do anexo B, aspectos e indicadores sociodemográficos e ocupacionais relativos à RMSP que são de interesse para esta pesquisa.

3 PROPOSIÇÃO

Considerando a exposição até aqui realizada, a hipótese experimental em análise parte do pressuposto teórico de que a automedicação – que precede o atendimento público da urgência odontológica na população metropolitana de um grande centro urbano – tende a ser mais prevalente dentre os economicamente ativos e ocupados, e que isto se dá pela interação entre fatores estruturais sociodemográficos, comportamentais e ocupacionais mediante forte influência destes últimos

Em razão disso, o presente estudo, propôs-se a:

- a) investigar se há maiores razões de chance da população economicamente ativa e ocupada automedicação-se;
- b) investigar se as variáveis ocupacionais estudadas associam-se com a prática da automedicação e, em caso positivo, quais são elas;
- c) analisar a relação entre as variáveis ocupacionais, socioeconômicas e comportamentais através da construção de um modelo estatístico-matemático e verificar em qual medida interagem como preditoras do desfecho em estudo.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Localização e características da área de estudo

A área de estudo encontra-se, do ponto de vista administrativo do município de São Paulo, inserida na abrangência da Secretaria de Saúde Centro-Oeste incluindo áreas das Supervisões de Saúde do Butantã e da Lapa (Butantã; Morumbi; Raposo Tavares; Rio Pequeno; Vila Sônia; Jaguara e Jaguaré). Totaliza aproximadamente 67,3 Km² e teve população estimada¹ no ano de 2005 em 468.000 habitantes (SÃO PAULO, 2008). Caracteriza-se como uma região de intensa atividade econômica (comércio, indústria e distribuição), com bolsões residenciais diversificados e corredores viários de grande porte (ÂNTICO, 2003). Nesta área encontra-se o Campus da Universidade de São Paulo – Armando Salles de Oliveira –, que ocupa aproximadamente quatro Km². Na Cidade Universitária – onde está localizada a estrutura administrativa central da USP, várias unidades de ensino, afora o conjunto residencial e o centro de práticas esportivas – estima-se uma circulação diária de cerca de 100.000 pessoas, entre alunos, professores e visitantes (PIVOTTO, 2007). Seus contornos cartográficos estão apresentados na Figura 4.1

¹ SIA-SUS dados relativos a 2005

Figura 4.1 - Contornos catográficos da área de estudo

4.2 Desenho do estudo e desenvolvimento do trabalho de campo

Relativamente ao seu desenho e desenvolvimento, esta pesquisa levou em consideração os recursos materiais e humanos disponíveis. Cabe preliminarmente referir que, em função disso, ela se restringe à população da área de interesse que demanda atendimento público de urgência odontológica. Consideradas as diferentes abordagens possíveis, assim como as limitações que se apresentavam para a produção de amostras estatisticamente representativas em cada uma das unidades² da rede SUS, optamos desenvolver a pesquisa em um local que se caracterizasse pólo centralizador de demanda. Consoante os dados revistos, esse local foi o SU - FOU SP.

² Unidades pertencentes à área de estudo que mantinham atendimento odontológico

4.2.1 Natureza do Estudo de campo:

Trata-se de estudo de corte transversal na população de idade igual ou superior a 14 anos, que demanda atendimento no SU - FOUSP – serviço que compõe, para essa finalidade específica, a rede do SUS. Neste estudo foram elegíveis usuários que consentiram participar, após exposto entendimento e concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

4.2.2 Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa para a realização da presente investigação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (CEP/FOUSP), e aprovado pelo Parecer nº 75/07 (Anexo A).

4.2.3 Métodos

4.2.3.1 tamanho da amostra:

Foram definidos como parâmetros amostrais precisão de 90% e nível de confiança de 95%. Consoante o fato da automedicação constituir a variável

dependente de interesse e mediante a revista da literatura³, sua expectativa de frequência foi fixada em 64%. O cálculo preliminar foi efetuado com o auxílio da ferramenta “Epi-able” (Epi-info 6.0d – CDC-USA), tal como ilustra a Figura 4.2

Figura 4.2 - Cálculo do tamanho de amostra

Prevendo uma possível perda de dados⁴ e visando garantir, ao menos, o tamanho de amostra preconizado, o pesquisador optou pelo incremento de 30% do valor inicialmente calculado. Em razão disso foram conduzidas, ao todo, 353 entrevistas.

³ Em especial foi considerado o estudo de Penha et al. (2000), que foi conduzido no mesmo local

⁴ Quer de demandantes cujo atendimento não viesse a ser tipificado como de urgência, quer pela falha no processo de registro de algum dado essencial

4.2.3.2 dinâmica empreendida

De forma aleatória, durante o período compreendido entre outubro de 2007 e abril de 2008, dois entrevistadores⁵ visitaram o Serviço de Urgências Odontológicas da Faculdade de Odontologia da USP, cobrindo todos os dias da semana (5) e turnos de atendimento (3) em que este, à época, operava. Os usuários do referido serviço, então elegíveis, eram convidados a participar da pesquisa, após os devidos esclarecimentos acerca dos propósitos e dos meios utilizados, em conformidade com o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), cuja aquiescência formal, precedeu cada entrevista. Os dados foram colhidos preferentemente antes do atendimento clínico. No curso da entrevista, sempre que o usuário era chamado para atendimento, essa era interrompida, sendo retomada após o término dos procedimentos assistenciais. Entrevistas que não foram concluídas face às eventuais limitações clínicas do participante no pós-atendimento, foram excluídas da base de dados.

Os entrevistadores participaram do processo de coleta de dados na razão de 95,2% (336) para o entrevistador “um” e de 4,8% (17) para o entrevistador “dois”. A concordância entre eles (89,5%) foi estabelecida durante o teste piloto e foi aferida no curso das primeiras entrevistas, quando então, aumentou para 92,7%. O padrão ouro foi o entrevistador “um”.

⁵ Entrevistador “um”: Luiz Eugênio Nigro Mazzilli e entrevistador “dois”: Rafael Aiello Bomfim; ambos cirurgiões-dentistas e alunos regulares do Programa de Pós- Graduação em Ciências Odontológicas - área de concentração em Odontologia Social da FOU SP

4.2.3.3 instrumento de coleta de dados:

O instrumento de coleta de dados – apresentando 116 quesitos (51 abertos e 65 fechados) – foi delineado em seis módulos, a saber: a) dados pessoais e demográficos (observando-se que a etnia foi sempre objeto de auto-declaração do participante); b) dados ocupacionais; c) autopercepção da saúde bucal e comportamento frente a cuidados de prevenção e assistência; d) situação do problema em curso; e) uso de medicamentos para o problema; f) dados pós-atendimento (Apêndice B).

O questionário foi lido em voz alta e de forma reservada para cada participante, seguindo-se à resposta, o registro pelos entrevistadores no respectivo questionário. Quesitos que não se aplicavam ao sujeito de pesquisa tiveram a notação “NA” (não se aplica) e aqueles em que o participante não pôde, ou não quis responder, tiveram a anotação “P” (prejudicado). Despendeu-se, em média, 12 minutos para cada entrevista.

4.2.3.4 base de dados e análise estatística

Os registros constantes no instrumento de coleta de dados foram lançados no programa Microsoft Access 2003, através de formulários específicos, gerando a base primária de dados. Esta base foi exportada para o programa Microsoft Excel 2003 para finalidade de normalização de nomenclatura e cálculos preliminares. Para a análise de dados foram utilizados os programas “Statistical Package for the Social

Sciences” – SPSS - 13 e Epi-Info - 6.0 (CDC-USA). Os testes estatísticos foram aplicados com nível de confiança (NC) ajustado em 95%.

4.2.4 Características e referências em Saúde Pública da região de estudo

4.2.4.1 rede que compõe o SUS, na área de interesse:

De acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo apresentados na Oficina de Trabalho do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (SÃO PAULO, 2006), cumpria-lhe diretamente gerir nessa área, 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dois ambulatorios de especialidades (AE), cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST). Relativamente a outros serviços de saúde que mantém vínculos com o SUS, cabe particularmente destacar, o Serviço de Urgência Odontológica da FOU SP (disciplina de Clínica Integrada; Departamento de Estomatologia) que tem participação no convênio SUS/FOUSP firmado em fevereiro de 1991.

Tomando-se por referência os mesmos dados apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo na Oficina de Trabalho do CONASS (anteriormente citada), pôde-se estimar⁶ que na área de interesse da pesquisa, cerca de 185.000 residentes dependem do SUS para o provimento dos cuidados em saúde.

⁶ Considerando uma distribuição normal na frequência de moradores SUS - dependentes dentre a população total da região centro oeste, (39%) – Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Assessoria Técnica de Tecnologia da Informação - Oficina de Trabalho do CONASS -2007

4.2.4.2 prevalência dos atendimentos de urgência odontológica na área de interesse

No período compreendido entre janeiro e dezembro de 2006, foram totalizados 3.260 atendimentos de urgência, relativamente à área de estudo⁷, dos quais 33,3%, atendidos pelo SU – FOUSP (FOUSP, 2006; São Paulo, 2007).

4.2.5 Classificações, codificações e critérios utilizados

4.2.5.1 classificação ocupacional

Considerados os propósitos do presente estudo assim como sua metodologia analítica, optou-se categorizar as ocupações dos participantes segundo o *British Registrar General 's Social Class* (British National Office for Statistics, 2008) em especial pela sua estreita compatibilidade com a categorização de dados utilizada nas pesquisas demográficas brasileiras (PNAD – IBGE). Cabe destacar que este instrumento foi amplamente utilizado em pesquisas de base epidemiológica no Reino Unido até o ano de 2000 e classifica as atividades ocupacionais pela sua similaridade segundo habilidades e qualificações exigidas para o trabalho⁸. A escala

⁷ Estes dados referem-se à área de competência do município de São Paulo

⁸ A nova classificação socioeconômica e ocupacional em uso no Reino Unido a partir de 2001, conhecida como “The National Statistics Socio-economic Classification” (NS-SEC), é mais sensível, que sua antecessora (afora as qualificações, não se baseia nas habilidades e sim nas relações ocupacionais), porém, não corresponde às categorizações ora disponibilizadas nas pesquisas de base populacional no Brasil (PNAD- IBGE)

hierárquica é composta por cinco grupos (I a V), sendo um deles subdividido (III-N; III – M). O primeiro nível (I) – que é o de maior qualificação – inclui ocupações que exigem formação universitária; o segundo (II), ocupações administrativas e técnicas que não exigem graduação superior; o terceiro é formado por profissionais especializados que exercem atividades eminentemente não manuais (IIIN) assim como por profissionais especializados que exercem atividades eminentemente manuais (III M); o quarto nível reúne profissionais semi-especializados e o quinto, profissionais não especializados. A Figura 4.3 ilustra sua estrutura.

Classe	Natureza	Descrição	Exemplos
I	Profissional	Trabalho especializado; Formação universitária.	Médico, engenheiro, cirurgião-dentista, advogado.
II	Gerencial	Ocupações administrativas e técnicas	Gerente, administrador de loja, técnico de radiologia.
IIIN	Especializados (Não-manual)	Trabalho especializado, não-manual, sem formação universitária.	Representante de vendas, operador de equipamentos audiovisuais, agente de viagem.
III M	Especializados (Manual)	Trabalho especializado, atividade manual.	Pedreiro, mecânico, encanador.
IV	Semi especializados	Trabalho semi especializado, atividade manual.	Porteiro, vigilante, garçom.
V	Não especializados	Trabalho não especializado, atividade manual.	Gari, faxineiro, ajudante geral.

Figura 4.3 - Estrutura do British Registrar General's Social Class (SZERETER, 1984)

4.2.5.2 classificação anatomo-terapêutica para medicamentos

Em 1982 foi fundado pelo governo Norueguês, junto ao seu Instituto de Saúde Pública, o centro colaborador da OMS voltado ao desenvolvimento metodológico para análise estatística de medicamentos. Este centro propôs uma classificação anatomo-terapêutica para os medicamentos, então denominada classificação **ATC** (*Anatomical Therapeutic Chemical*). Essa classificação passou a

ser referência para estudos na área. (INSTITUTO NORUEGUÊS DE SAÚDE PÚBLICA, 2008).

Na ATC os medicamentos são distribuídos em grupos de acordo com os órgãos ou sistemas nos quais atuam assim como em conformidade com suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas. Foram definidos cinco níveis sendo que no primeiro, os medicamentos são distribuídos em 14 grupos anatômicos ou sistemas principais⁹ (por exemplo, sistema nervoso, sistema respiratório etc.). No segundo nível estão distribuídos segundo suas características farmacológicas e terapêuticas (por exemplo, analgésicos). No terceiro e quarto níveis, segundo suas características químicas, farmacológicas e terapêuticas (por exemplo, anilida) e finalmente no quinto nível, segundo a substância química ou princípio ativo (por exemplo, paracetamol). A Figura 4.4 exemplifica o uso da codificação, considerados os medicamentos paracetamol e estearato de eritromicina.

Níveis ATC	Medicamento "paracetamol"	Medicamento "estearato de eritromicina - comprimidos"
1º nível (grupo ou sistema anatômico / indicação primária)	"N" Sistema nervoso	"J" anti-infecciosos de uso sistêmico
2º nível (subgrupo terapêutico)	"N02" analgésicos	"J01" antibacterianos de uso sistêmico
3º nível (subgrupo farmacológico)	"N02B" outros analgésicos e antipiréticos	"J01F" macrolídeos, lincosamidas e streptograminas
4º nível (subgrupo químico)	"N02BE" anilida	"J01FA" macrolídeos
5º nível (substância química)	"N02BE01" paracetamol	"J01FA01" eritromicina.

Figura 4.4 - Exemplo de aplicação da classificação ATC para dois medicamentos

⁹ A= Trato alimentar e metabolismo; B= Sangue e seus órgãos formadores; C= Sistema cardiovascular; D= Dermatologia; G= Sistema geniturinário e hormônios sexuais; H= Preparações hormonais sistêmicas; J= Anti-infecciosos de uso sistêmico; L= Agentes antineoplásicos e imunomoduladores; M= Sistema músculo-esquelético; N= Sistema nervoso; P= Produtos antiparasitários; R= Sistema respiratório; S= Órgãos dos sentidos; V= Vários

No caso específico desta pesquisa, e para os medicamentos de uso interno ou externo, optou-se preferentemente trabalhar com o segundo nível da classificação ATC. Exceção foi feita aos antiinfeciosos de uso sistêmico, que foram classificados pelo primeiro nível, uma vez que o segundo nível os distingue entre antimicrobianos, antifúngicos, antivirais etc. – distinção essa que não se aplica aos propósitos da presente pesquisa.

4.2.5.3 critérios utilizados na pesquisa para a caracterização da automedicação

Para os objetivos do presente estudo os seguintes critérios foram utilizados, relativamente ao problema odontológico em causa¹⁰:

- Uso de fármacos que requerem prescrição e que não foram prescritos por profissional habilitado, independentemente do tempo e forma de administração;
- Consumo não eventual¹¹ e sem prescrição profissional de medicamentos, ainda que livres de prescrição, por período igual ou superior a quatro dias independentemente da dose;

¹⁰ Cabe esclarecer que, no caso de participantes em retorno de atendimento anterior e mediato no SU-FOUSP e que receberam prescrição medicamentosa, considerou-se o histórico anterior ao primeiro atendimento

¹¹ O consumo não eventual caracterizou-se pela administração reiterada ou sequencial de medicamentos, em dado lapso de tempo, com o objetivo de controle do quadro clínico (inclusive controle algico)

- Consumo reiterado de fármacos livres de prescrição, sem prescrição ou acompanhamento profissional ao longo de semanas ou meses com o objetivo de controlar o problema;
- Alteração de prescrições odontológicas;
- Reaproveitamento de prescrições odontológicas anteriores.

Não foi considerado, de forma isolada, como prática da automedicação o uso de enxaguatórios bucais regularmente utilizados pelo participante como complemento à sua higienização bucal (à base de eucaliptol, mentol e salicilatos, por exemplo).

4.2.5.4 método para análise da relação entre as variáveis independentes e a automedicação

Consoante os propósitos da presente pesquisa e mediante a análise do perfil geral da amostra, foram selecionadas para o estudo da relação entre as variáveis socioeconômicas, ocupacionais e comportamentais e a automedicação, as seguintes:

Variáveis sociodemográficas: gênero, faixa etária, etnia, instrução, renda familiar e renda pessoal;

Variáveis ocupacionais: exercício de atividade remunerada; classificação sócio - ocupacional; natureza do vínculo ocupacional; extensão da jornada semanal de trabalho e comprovação de ausência por problema de saúde;

Variáveis comportamentais: acompanhamento odontológico regular e tempo de latência do problema.

As frequências observadas de automedicação foram investigadas para cada variável independente de interesse, seguindo-se sua dicotomização nos intervalos de classe mais representativos para cada uma delas. Procedeu-se, então a análise de regressão logística (testes univariados), obtendo-se como medidas (brutas) de associação, as razões de chance (RC) e respectivo intervalo de confiança (IC95%). No passo seguinte procedeu-se as suas respectivas entradas no modelo multivariado de análise por regressão logística não condicional. Foram consideradas significantes as associações que neste modelo apresentaram valor de p menor ou igual a 0,05.

5 RESULTADOS

Foram conduzidas 353 entrevistas, mediante prévio consentimento formal livre e esclarecido, das quais 340 foram efetivamente consideradas no presente estudo. As razões de exclusão ocorreram em função de pelo menos um dos seguintes motivos: a) atendimento não caracterizado como de urgência e nenhum procedimento indicado ou realizado nesse âmbito – como, por exemplo, em participantes demandando orientação ou tratamento eletivo de natureza clínica, protética, implantodôntica etc. (4); b) dados incompletos – quer pela interrupção e não continuidade da entrevista (5), quer por falha no registro de algum dado essencial (4). Cabe salientar que cinco entrevistas não foram completadas em razão dos participantes terem sido chamados para atendimento clínico e em decorrência dos procedimentos realizados, ter sido considerada, por parte dos entrevistadores, inoportuna a continuidade da entrevista.

A apresentação dos resultados, que está subdividida em três partes, segue a mesma ordem analítica empreendida pelo pesquisador. A primeira parte descreve o perfil sociodemográfico, ocupacional e comportamental dos participantes. A segunda parte descreve as razões e circunstâncias relacionadas ao atendimento demandado, uso pregresso de medicamentos e procedimentos clínicos realizados. A terceira parte traz os resultados das análises empreendidas para o estudo da relação entre as variáveis socioeconômicas, ocupacionais e comportamentais e a automedicação. A discussão desses resultados processa-se no capítulo seguinte.

5.1 Perfil da amostra

5.1.1 Gênero, faixa etária, etnia, instrução e renda

Observou-se maior frequência absoluta do gênero feminino (59,7%). A média etária da amostra foi de 35,8 anos (DP= 12,9) e apresentou variância similar entre os gêneros (Tabela 5.1), sendo que a faixa etária mais prevalente foi a de 25 a 34 anos (30,3%). Enquanto autodenominação étnica prevaleceu, como frequência absoluta, a branca com 55% (Tabela 5.2). A análise estatística não apontou neste aspecto desigualdade na distribuição entre os gêneros. O nível de escolaridade fundamental, completo ou não, prevaleceu, em termos absolutos (47,4%), seguindo-se o nível médio, ainda que incompleto (40,0%). Dos 340 participantes entrevistados, 93 (27,4%) não apresentaram renda pessoal e 11 (3,2%) optaram não responder ao quesito (quesito prejudicado). Dentre os participantes remunerados, observou-se, segundo o valor referência (VR) utilizado (R\$ 350,00), que 43% deles apresentavam renda entre um e dois VR, valores estes que se ajustam ao atual intervalo entre um e dois salários-mínimos nacionais (SMN).

Tabela 5.1 - Distribuição dos participantes segundo o gênero e a faixa etária

		n	%	Idade			
				Média (a)	DP	Mínimo	Máximo
Gênero	Feminino	203	59,7	35,6	13,0	17	69
	Masculino	137	40,3	36,0	13,0	18	70
	Total	340	100,0	35,8	13,0	17	70

Tabela 5.2 - Etnia auto referida

		Etnia (%)				Total (%)
		Branca	Parda	Negra	Indígena	
Gênero	Feminino	33,2	17,4	8,8	0,3	59,7
	Masculino	21,8	12,1	6,5	0,0	40,3
	Total	55,0	29,5	15,3	0,3	100,0

Tabela 5.3 - Nível de escolaridade

Nível de escolaridade		Etnia				Total
		Branca	Negra	Parda	Indígena	
Sem escolaridade	n	1	1	2	0	4
	% na etnia	0,5%	1,9%	2,0%	0,0%	1,2%
Fundamental	n	90	23	48	0	161
	% na etnia	48,1%	44,2%	48,0%	0,0%	47,4%
Médio	n	65	25	45	1	136
	% na etnia	34,8%	48,1%	45,0%	100,0%	40,0%
Superior	n	31	3	5	0	39
	% na etnia	16,6%	5,8%	5,0%	0,0%	11,5%
Total n		187	52	100	1	340

Tabela 5.4 - Renda Pessoal

	VR*	n	%	% acumulada
Renda Pessoal (participantes com atividade remunerada)	Até 1	56	22,7	22,7
	Até 2	106	42,9	65,6
	De 2 a 5	59	23,9	89,5
	Acima de 5	15	6,1	95,5
	Não informada	11	4,5	100,0
Total		247	100.0	

VR (R\$ 350,00)

Tabela 5.5 - Renda Familiar

	VR	n	%	% acumulada
Renda Familiar (n 340)	sem renda	8	2,4	2,4
	Até 1	24	7,1	9,4
	Até 2	64	18,8	28,2
	De 2 a 5	150	44,1	72,4
	Acima de 5	61	17,9	90,3
	Não informada	33	9,7	100
	Total	340	100.0	

VR (R\$ 350,00)

5.1.2 Características domiciliares

A frequência de participantes residindo em casa própria ou da família (independentemente se quitada ao não) prevaleceu em 66,2%. A locação residencial representou 25% dos casos e 5% dos entrevistados residiam em imóvel cedido. Os demais casos (3%) referem-se a outras formas (por exemplo: caseiro, empregada doméstica residindo no emprego, estudantes ocupando de forma individual ou compartilhada residência tipicamente estudantil). Os dados estavam comprometidos no instrumento de coleta de dados de três participantes (0,9%). O tempo de residência no domicílio citado apresentou média de 10,7 anos e moda três (DP = 10,6 anos).

Assim como ocorre em outros centros ou unidades de ensino em saúde, o SU-FOUSP caracteriza-se pólo centralizador de demanda regional, atendendo a usuários procedentes de áreas que transcendem os limites do próprio município de São Paulo, em especial de áreas vizinhas como é o caso de Osasco, Barueri, Carapicuíba e Embu, dentre outros. Para analisar a relação de proximidade entre o domicílio e o setor de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, os dados foram agrupados segundo o código de endereçamento postal - CEP, e indicaram que 75,6% dos participantes residiam na região centro-oeste de São Paulo, ou municípios vizinhos a esta região. Considerado o município de São Paulo, prevaleceu a região Jaguaré - Leopoldina, seguida da região Butantã - Pinheiros. Participantes de municípios circunvizinhos representaram 9,2% da amostra total (Tabela 5.6).

Tabela 5.6 - Procedência segundo o código de endereçamento postal do domicílio

CEP	n	%
053xx (Jaguaré e Leopoldina)	118	34,7
054xx (Pinheiros)	7	2,1
055xx (Butantã - Raposo)	81	23,8
056xx (Morumbi)	20	5,9
06 (1e2) (OSASCO)	24	7,1
06 (3e4) (CARAPICUÍBA e BARUERI)	7	2,1
Total*	257	75,6

* Total das seis localidades mais prevalentes (75,6%)

5.1.3 Características ocupacionais da amostra

Observou-se na amostra (340) que 65% dos participantes exerciam atividade remunerada. Relativamente aos demais, 15% se dedicavam a ocupações do lar, 9,4% eram estudantes e 3,8% estavam aposentados. Participantes sem atividade regular definida ou à procura de colocação representaram 6,8%.

Dentre os que exerciam atividade remunerada (219) foram observadas quanto à natureza da relação trabalhista as freqüências descritas na Tabela 5.7. Nos casos onde se caracterizaram situações de vínculo de emprego, observou-se ocorrer, em sua maioria, os devidos registros e contribuições trabalhistas (82,4%); condição inversa ao que se observou quanto ao trabalho autônomo (89,8% deles não eram segurados no INSS).

Tabela 5.7 - Natureza da relação trabalhista

Natureza da relação	n	%	% acumulada
Vínculo de emprego	131	59,8	59,8
Autônomo	68	31,1	90,9
Empregada doméstica	16	7,3	98,2
Estagiário	4	1,8	100,0
Total	219	100,0	

5.1.3.1 classificação social das ocupações

Tomando-se por base a classificação social das ocupações¹, as categorias trabalho semi-especializado com atividade manual e trabalho não especializado com atividade manual (categorias IV e V)², representaram 69,4%. O trabalho especializado, não manual e sem formação universitária (III-N)³ representou 15,1%. A freqüência de 9,6% foi observada em ocupações técnicas que não exigem nível superior, enquanto o trabalho especializado de natureza manual (III-M), que como exemplos incluem mecânicos, eletricitas, pedreiros dentre outros, representou 5%. Profissionais que desempenhavam atividades de nível superior representaram menos que 1% da amostra.

Tabela 5.8 - Natureza da atividade segundo a Classificação Social das Ocupações

Classificação	n	%	% acumulada
IV	81	37,0	37,0
V	71	32,4	69,4
III-N	33	15,1	84,5
II	21	9,6	94,1
III-M	11	5,0	99,1
I	2	0,9	100,0
Total	219	100,0	

¹ Classificação das categorias ocupacionais segundo o British Registrar General 's Social Class (vide Material e Métodos; p.63)

² Trabalho semi-especializado, atividade manual – exemplos: Porteiro, vigia; Trabalho não-especializado, atividade manual – exemplos: Auxiliar de serviços gerais, faxineiro

³ Trabalho especializado, não-manual, sem formação universitária – exemplos: representante de vendas, auxiliar de enfermagem, técnico em eletroeletrônica, informática etc

5.1.3.2 jornada semanal de trabalho

A jornada semanal de trabalho foi analisada segundo a natureza do vínculo e apontou as médias apresentadas na Tabela 5.9. A maior jornada semanal média foi observada no emprego doméstico (41,8 horas). Os estagiários apresentaram a menor jornada semanal.

Tabela 5.9 - Distribuição da jornada semanal de trabalho

Natureza da relação de trabalho*	n	Jornada semanal Média (hh,mm)	DP
Empregada doméstica	16	42,81	3,4
Vínculo de emprego	131	41,21	8,8
Autônomo	68	38,69	11,0
Estagiário	4	23,50	4,7
Total	219	40,22	9,5

*ativos e remunerados

5.1.3.3 deslocamento entre a residência e o trabalho

O principal meio de deslocamento relacionado à ocupação utilizado pelos participantes foi o transporte público (63,8%). Veículos motorizados (automóveis e motocicletas) próprios ou não, representaram em conjunto 18,3%. Participantes que só se deslocavam a pé representaram 15,1% (Tabela 5.10).

O tempo médio diário, referido como de deslocamento (ida e volta do trabalho), foi de 101,5 minutos e a moda observada foi de 60 minutos.

Tabela 5.10 - Meio de deslocamento relacionado ao trabalho remunerado

Meio de transporte	n	%	% acumulada
Coletivo público	139	63,5	63,5
A pé	33	15,1	78,5
Automóvel	32	14,6	93,2
Motocicleta	8	3,7	96,8
Bicicleta	5	2,3	99,1
Coletivo da empresa	2	0,9	100,0
Total**	219	100,0	

5.1.3.4 condição de saúde bucal e ocupação

Do total de participantes 86,7% classificaram sua condição bucal como sendo regular ou ruim. Dentre os que assim a classificaram, 76,9% entenderam haver prejuízo na condução de suas atividades diárias. Considerados apenas os participantes que exerciam atividade remunerada, essa frequência representou 79,8%; ao passo que para os que não a exerciam, representou 72%.

5.1.3.4.1 *exames em saúde ocupacional*

Na percepção do participante com vínculo empregatício⁴, a realização de exames médicos em conformidade com a legislação ocupacional ora vigente (portaria 3214 – MT e normas subseqüentes) ocorreu regularmente em 59,5%. Neste aspecto, nenhum dos participantes referiu realização de exames ou avaliações odontológicas.

5.1.3.4.2 *o dia ou período não trabalhado por motivo de saúde*

A variável independente, ter perdido dias completos de atividade regular ou de trabalho em razão de problemas de saúde nos últimos seis meses, prevaleceu em 99 participantes da amostra total (29,1%). Perda parcial ou restrições das

⁴ Exceção feita às empregadas domésticas

atividades regulares foram apontadas por 142 participantes (41,8%). Observados os motivos, as causas odontológicas responderam por 21,5% dos casos; as causas médicas por 18,2% e causas médicas e odontológicas (uma e outra) responderam por 2,1% (Tabela 5.11). A totalização de dias perdidos ou de restrição por motivo de saúde alcançou o valor de 350 dias.

Tabela 5.11 - Motivo da perda ou da restrição de dias de atividade

Motivo	Odontológico	Médico	Médico e odontológico	Não ocorreu	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
População remunerada	53 (24,2)	51 (23,3)	5 (2,3)	110 (50,2)	219 (100,0)
População não remunerada	20 (16,5)	11 (9,1)	2 (1,7)	88 (72,7)	121 (100,0)
Totais	73 (21,5)	62 (18,2)	7 (2,1)	198 (58,2)	340 (100,0)

5.1.3.4.3 dias perdidos e restrições laborais por motivo odontológico

Oitenta participantes referiram problemas odontológicos nos seis meses pregressos resultando perda de dias (53) ou restrição de atividades (27) por esse motivo. A totalização de dias perdidos somou 234 unidades. Destaca-se que um dos participantes permaneceu internado no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo por 48 dias em razão de quadro de osteomielite maxilar, e outros quatro apresentaram, à exceção da internação, quadros bastante próximos em termos de gravidade.

5.1.3.4.4 justificativas para o período não trabalhado

A apresentação de atestados do serviço ou do profissional que realizou o atendimento odontológico (53,9%), ou ainda, a simples comunicação do impedimento laborativo por motivo odontológico (15,1%), foram apontados pelos participantes, como suficientes para não haver prejuízo nos seus vencimentos mensais. Perdem o dia ou o período não trabalhado 28,8% dos entrevistados e em 2,3% dos casos, para se obter o abono da falta, é necessário ser avaliado pelo serviço de saúde da empresa (Tabela 5.12). A resposta perder o dia não trabalhado foi mais prevalente nos trabalhadores autônomos, porém não se restringiu a esses, uma vez que alguns dos participantes com vínculo de emprego (2,8%) apontaram dificuldades⁵ para a obtenção do abono da falta.

Tabela 5.12 - Justificativa e abono de períodos não trabalhados por motivo de saúde

Justificativa	n	%	% acumulada
Basta informar	33	15,1	15,1
Prefere levar atestado	4	1,8	16,9
Atestado simples	114	52,1	68,9
Só com atestado de saúde da empresa	5	2,3	71,2
Perde o dia ou o período não trabalhado	63	28,8	100,0
Total*	219	100,0	

* todos os participantes com atividade remunerada

⁵ Tais como pressões ou barreiras impostas de forma direta ou subliminar visando coibir o absenteísmo

5.1.4 Perfil comportamental

5.1.4.1 circunstâncias em que os participantes procuram cuidado odontológico assistencial e perfil de acesso ao SUS

Acompanhamento odontológico regular e programático foi declarado por 11,2% dos participantes. Responderam procurar atendimento somente quando da percepção de problemas bucais (49,1%) e apenas em último caso ou “em urgência”, (39,7%). Considerada toda a amostra (340) a falta de acesso foi declarada como principal razão para a não regularidade (57,9%). Não ter tempo para realizar tratamentos foi o motivo declarado por 8,8% dos participantes. Evitar a consulta odontológica (sem motivo declarado ou por medo) prevaleceu em 7,01% (Tabelas 5.13 e 5.14).

O uso sistemático do SUS, enquanto conduta regular visando cuidados odontológicos preventivos ou tratamentos programáticos (não de urgência), foi confirmado por 11,8% dos participantes. Descreveram não utilizar o SUS por terem preferência por outros serviços 3,2 % dos participantes.

Tabela 5. 13 - Circunstância na qual o participante procura cuidado odontológico

Visitas ao Cirurgião-dentista	n	%	% acumulada
Quando sei que tenho problema	167	49,1	49,1
Só em emergência	135	39,7	88,8
Regularmente	38	11,2	100,0
Total	340	100,0	

Tabela 5.14 - Motivo para a não regularidade no cuidado odontológico

Motivo	n	%	% acumulada
Acesso	197	57,9	57,9
Não acho necessário se estou bem	48	14,1	72,1
Não se aplica (participante refere regularidade)	38	11,2	83,2
Falta tempo	30	8,8	92,1
Evito ir	18	5,3	97,4
Tenho medo de ir	7	2,1	99,4
Prejudicado	2	0,6	100,0
Total	340	100,0	

5.1.4.2 utilização anterior do SU-FOUSP

Dos participantes, 51,5% já haviam procurado o SU – FOUSP (não necessariamente pelo mesmo motivo).

Considerados somente os participantes que alegaram já ter procurado o serviço (175), observou-se, segundo o número de vezes que o fizeram anteriormente, uma média de 3, 1 (DP de 2,2) sendo que, 70,3% deles utilizaram entre uma e três vezes (Gráfico 5.1). Observou-se, todavia, mediante a análise das fichas clínicas pós-atendimento, que este contingente inclui, em 8% dos casos, retornos ao serviço para seguimento e cuidados complementares, por direta orientação (ou solicitação) do profissional responsável pelo atendimento anterior.

Gráfico 5.1 - Número de consultas anteriores no SU-FOUSP

5.2 Aspectos relacionados ao motivo do atendimento de urgência

5.2.1 queixa principal

A odontalgia caracterizou-se a queixa principal em 78,5% dos participantes (Tabela 5.15). A intensidade da dor foi registrada mediante a aplicação de uma escala numérica, onde cada participante atribuiu um escore entre 0 (sem dor) e 10 (maior dor já sentida). Considerados inclusive os participantes que não acusaram dor (escore “0”), observou-se que o escore “8” prevaleceu em 21,5% dos casos; o escore “10” em 20,3% e o escore “7” em 18,5 %. A média para a amostra foi 7,2 (DP 2,6) e o modo oito (Gráfico 5.2).

Tabela 5.15 - Queixa principal segundo os sete motivos* mais prevalentes

Queixa / síntese	n	%	% acumulada
Odontalgia	267	78,5	78,5
Aumento de volume intrabucal	15	4,4	82,9
Problema periodontal	13	3,8	86,8
Fratura material restaurador	12	3,5	90,3
Aumento de volume extrabucal	12	3,5	93,8
Dor após procedimento mediato	5	1,5	95,3
Fratura dentária	5	1,5	96,8
Outros	11	3,2	100,0
Total	340	100,0	

* Estes 7 motivos representam 96,8% das queixas registradas

Gráfico 5.2 - Intensidade da dor segundo escala numérica (0 a 10)

5.2.2 Tempo de latência e procura anterior por cuidados profissionais frente ao problema que é o objeto do atendimento

O tempo de latência do problema (tempo demandado entre a percepção dos primeiros sinais e sintomas até o momento do cuidado de urgência) foi superior a

seis meses em 42,1% dos participantes. A procura por atendimento em prazo igual ou inferior a uma semana prevaleceu em 29,1% da amostra (Tabela 5.16).

Observou-se que 137 (40,3%) participantes procuraram atendimento anterior para o mesmo problema. O SUS respondeu por 78,8% dos atendimentos (39,4% no SU - FOU SP), sendo que os demais (29 atendimentos) ocorreram no âmbito da saúde complementar (Tabela 5.17). Destes últimos, a grande maioria (21), não teve seqüência conclusiva, face à impossibilidade do participante arcar com os custos envolvidos.

Tabela 5.16 - Tempo demandado entre a percepção do problema e o atendimento atual

Tempo de latência	n	%	% acumulada
Menos de 2 dias	31	9,1	9,1
Até 1 semana	68	20,0	29,1
De 1 semana a 1 mês	37	10,9	40,0
De 1 a 6 meses	61	17,9	57,9
Mais de 6 meses	143	42,1	100,0
Total	340	100,0	

Tabela 5.17 - Participantes que tiveram atendimento anterior para o problema: local procurado

Local procurado	n	%	% acumulada
SUS	54	39,4	39,4
SUS (SU-FOUSP)	54	39,4	78,8
Saúde complementar (particular)	26	19,0	97,8
Saúde complementar (convênio)	3	2,2	100,0
Total	137	100,0	

5.2.3 Diagnóstico clínico do problema

Em conformidade com os dados da ficha clínica pós-atendimento, as quatro condições clínicas mais prevalentes dentre os participantes foram: problemas da polpa e do periápice (60 %); dentes com indicação exodôntica (13,8%); dentes

com comprometimento por cárie sem aparente envolvimento endodôntico (11,8%) e problemas periodontais (7,9%). Cabe destacar que essas quatro condições correspondem a 93,5% do total.

Tabela 5.18 - Condição clínica que determinou o atendimento de urgência segundo grupos nosológicos da CID 10 (OMS,1994)

Grupo CID-10	n	%	% acumulada
K04	204	60,0	60,0
K08,1 indicada	47	13,8	73,8
K02,1	40	11,8	85,6
K05	27	7,9	93,5
Z46,3	5	1,5	95,0
Outros	17	5,0	100,0
Total	340	100	

K04 – subgrupo de 3 caracteres (problemas da polpa e do periápice)

K08.1- indicada – elemento dentário com exodontia indicada

K02 – cárie envolvendo dentina

K05 – problemas periodontais (inclui pericoronarites)

Z46.3 –problemas relacionados a próteses dentárias (p. ex recimentação / reparo de provisórios ou ajustes...)

5.2.4 Procedimentos realizados

Considerado o principal procedimento realizado por participante (340), os 10 mais prevalentes (92,4% do total) foram pela ordem: 1 - penetração desinfetante (25,3%); 2 - pulpectomia e selamento provisório (21,5%); 3 - orientações terapêuticas (12,4%); 4 - escariação e selamento provisório (11,5%); 5 - drenagem intra oral (8,2%); 6 - exodontia (5,6%); 7 - drenagem intra canal (2,9%); 8 - desobturação endodôntica (1,8%); 9 - irrigação / lavagem água fenolada (1,8%) e 10 - raspagem periodontal (1,5%). A tabela 5.19 apresenta os resultados.

Tabela 5.19 - Principal procedimento realizado

Natureza do procedimento	n	%	% acumulada
Penetração desinfetante	86	25,3	25,3
Pulpectomia e selamento provisório	73	21,5	46,8
Orientações terapêuticas	42	12,3	59,1
Escariação e selamento provisório	39	11,5	70,5
Drenagem intra-oral	28	8,2	78,7
Exodontia	19	5,6	84,3
Drenagem através dos canais radiculares	10	2,9	87,2
Desobturação endodôntica	6	1,8	89,0
Irrigação e ou lavagem com água fenolada	6	1,8	90,8
Raspagem periodontal	5	1,5	92,3

5.2.5 Uso de medicamentos

5.2.5.1 medicação de uso sistêmico

O consumo de medicamentos *de uso interno* para o problema foi referido por 85,3% da amostra. Nas mulheres prevaleceu na frequência de 87,7% e nos homens, na de 81,8%. Relativamente às faixas etárias, o consumo prevaleceu entre 88,7% e 90% nos participantes entre 17 e 44 anos, e foi de 76,1% nos maiores de 45 anos.

Tabela 5.20 - Utilização de medicamentos de uso interno para o problema, segundo o gênero

		Ingestão de medicamentos para o problema		Total
		Sim	Não	
Gênero	Feminino	178	25	203
	Masculino	112	25	137
Total		290	50	340

Tomando-se por referência o 2º nível de classificação de medicamentos da ATC, e tendo-se por base o total de medicamentos referenciados, os três mais prevalentes (92,2% deles) foram pela ordem: 1- analgésicos e antipiréticos (54,5%); 2- antiinflamatórios (25,8%) e 3 – antiinfeciosos (11,9%).

Tabela 5.21 - Principal ação do medicamento utilizado *

Ação do medicamento - 2º nível ATC	n	%
Analgésica e antitérmica	230	54,5
Antiinflamatória	109	25,8
Antiinfeciosos	50	11,9
Analgésica e miorrelaxante	14	3,3
Desconhecido*	8	1,9
Antiespasmódico	6	1,4
Analgésica e antiespasmódica	3	0,7
Outros	2	0,5
Total	422	100,0

* Base: número de medicamentos referenciados

5.2.5.2 substâncias e medicamentos aplicados diretamente na área do problema

A aplicação de substâncias e medicamentos na área do problema prevaleceu em 57 participantes (16,8%). Nestes, verificou-se desde a aplicação tópica no dente ou na região álgica de analgésicos de uso interno (dipirona gotas, paracetamol gotas etc.), até a aplicação de produtos farmacêuticos anódinos ou anestésicos (tais como “1 minuto”, “passa já”, anestésicos tópicos como: xilocaína, prilocaína e lidocaína). A aplicação de outras substâncias, tais como perfume, álcool e gasolina, também foi observada.

Tabela 5.22 - Medicamentos ou substâncias aplicadas topicamente na área ou no dente alógico

Substância aplicada	n	%	% acumulada
Não aplicou	283	83,2	83,2
Pingou analgésico (dipirona ou outro)	33	9,7	92,9
Passa já, "nenê dent" ou "um segundo" *	7	2,1	95,0
Anestésicos tópicos (<u>xilocaína</u> , prilocaína ou lidocaína)	7	2,1	97,1
Perfume ou álcool	4	1,2	98,2
Outros**	6	1,8	100,0
Total	340	100,0	

* "Nenê dent": Matricaria chamomilla tintura, cloridrato de lidocaína, polidocanol; "um segundo: Eugenol, fenol, mentol, tetracaína

** Outros: gasolina; óleo de cravo; pasta de "dorflex" (triturado com água); pasta de dente

5.2.5.3 substâncias utilizadas na forma de bochechos ou como enxaguatórios

A utilização de substâncias na forma de bochechos ou como enxaguatórios prevaleceu em 90 participantes (26,5%). Nestes os bochechos de água ou vinagre com sal predominaram (65,6%). O uso de enxaguatórios bucais representou 30%.

Tabela 5.23 - Medicamentos ou substâncias utilizados para bochechos ou como enxaguatórios

Substância aplicada	n	%	% acumulada
Não fez uso	250	73,5	73,5
Água ou vinagre com sal	59	17,4	90,9
Anti-séptico bucal	27	7,9	98,8
Outros*	4	1,2	100,0
Total	340	100,0	

* Outros: chá de folha de goiaba; água oxigenada 10 volumes

5.2.6 efeito da medicação

Considerados apenas os participantes que fizeram uso de medicamentos, em 75,5% dos casos, a medicação não permitiu realizar normalmente as ocupações do dia-a-dia (Tabela 5.24).

Tabela 5.24 - Efeitos dos medicamentos utilizados *

O efeito do medicamento permitiu realizar as atividades regulares normalmente?	n	%	% acumulada
Não	219	75,5	75,5
Sim	71	24,5	100,0
Total	290	100,0	

* base considerada: medicamentos prescritos e não prescritos

5.2.6.1 efeitos indesejados

Efeitos indesejados ou adversos foram referidos por 32,4% dos participantes que fizeram uso de medicamentos. Náusea e dor de estômago representaram 68% desses efeitos; sonolência, queda de pressão, e tontura representaram 26,7%. Um dos participantes foi atendido em regime de urgência por apresentar quadro de intoxicação medicamentosa e outro participante atribuiu aos medicamentos autoprescritos, considerado o agravo resultante, a causa de sua necessária internação hospitalar (Tabelas 5.25 e 5.26).

Tabela 5.25 - Efeitos indesejados*

Efeitos indesejados	n	%	% acumulada
Não	196	67,6	67,6
Sim	94	32,4	100,0
Total	290	100,0	

* base considerada: medicamentos prescritos e não prescritos

Tabela 5.26 - Descrição dos efeitos indesejados

Efeitos indesejados (94 participantes)	n Efeitos Referidos	% sobre total de efeitos referidos (146)	% acumulada
Náusea	51	34,9	34,9
Dor de estômago	45	30,8	65,8
Sonolência	26	17,8	83,6
Queda de pressão	7	4,8	94,5
Tontura	6	4,1	98,6
Outros	9	6,2	89,7
Intoxicação com paracetamol / recebeu atendimento no PS	1	0,7	99,3
Participante atribui à automedicação sua internação por osteomielite	1	0,7	100,0

5.2.7 Automedicação

Foram caracterizados 223 participantes fazendo uso de automedicação, o que confere à amostra a prevalência de 65,6%. A totalização de medicamentos usados por esses 223 participantes foi de 344 unidades. Os quatro grupos mais prevalentes (respondendo por 93,9%) foram os analgésicos e antitérmicos (48,8%), os antiinflamatórios (30,2%), os antimicrobianos (11%) e os analgésicos e miorrelantes (3,8%), de acordo com a Tabela 5.27.

Tabela 5.27 - Principal ação do medicamento utilizado na automedicação

Principal ação	n	%	% acumulada
Analgésica e antitérmica	168	48,8	48,8
Antiinflamatória	104	30,2	79,1
Antiinfecioso	38	11,0	90,1
Analgésica e miorrelaxante	13	3,8	93,9
Desconhecido	12	3,5	97,4
Antiespasmódico	4	1,2	98,5
Analgésica e antiespasmódica	4	1,2	99,7
Depressor do SNC	1	0,3	100,0
Total*	344	100,0	

* Base: número de medicamentos referenciados

Sob o aspecto da dispensação, 50,6% dos medicamentos usados eram livres de prescrição. Um dos medicamentos referidos era de dispensação e uso controlados e exigia prescrição especial, e 12 medicamentos (3,5%) não foram identificados (Tabela 5.28).

Tabela 5.28 - Natureza da dispensação dos medicamentos consumidos sob automedicação

Dispensação:	n	%	% acumulada
Livre de prescrição	174	50,6	50,6
Requer prescrição	157	45,6	96,2
Medicamento desconhecido	12	3,5	99,7
Medicamento controlado	1	0,3	100,0
Total*	344	100,0	

* Base: número de medicamentos referenciados

A Tabela 5.29 apresenta, relativamente aos participantes que tiveram caracterizada a prática da automedicação, as frequências de quem lhes orientou o uso dos medicamentos, segundo o gênero. Nos casos onde medicamentos haviam sido prescritos pelo cirurgião-dentista, a automedicação ocorreu em razão de o participante ter alterado ou reaproveitado a prescrição.

Tabela 5.29 - Automedicação: quem orientou o uso segundo o gênero do participante

Gênero	Eu mesmo	Parente ou pessoa próxima	Na farmácia	Médico	Cd	Total
Feminino	75 (59,1%)	9 (7,1%)	19 (15%)	4 (3,1%)	20 (15,7%)	127 (100%)
Masculino	45 (46,9%)	15 (15,6%)	27 (28,1%)	0 (0,0%)	9 (9,4%)	96 (100%)
Total	120 (53,8%)	24 (10,8%)	46 (20,6%)	4 (1,8%)	29 (13,0%)	223 (100%)

As Tabelas 5.30 e 5.31 apresentam as frequências da principal opção terapêutica utilizada mediante automedicação, segundo as classes de renda pessoal e familiar dos participantes.

Tabela 5.30 - Automedicação segundo a principal opção terapêutica utilizada e a renda pessoal na amostra

Renda Pessoal	Analgésica	Antiinflamatóri	Antiinfecçiosa	Outra*	Desconhecida	Total
1SR	15 (36,6%)	16 (39,0%)	4 (9,8%)	5 (12,2%)	1 (2,4%)	41 (100%)
2SR	26 (30,6%)	36 (42,4%)	11 (12,9%)	8 (9,4%)	4 (4,7%)	85 (100%)
2 a 5 SR	16 (38,1%)	14 (33,3%)	9 (21,4%)	2 (4,8%)	1 (2,4%)	42 (100%)
+ de 5 SR	4 (57,1%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (100%)
Prejudicado	4 (44,4%)	3 (33,3%)	2 (22,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (100%)
Sem renda	11 (28,2%)	14 (35,9%)	10 (25,6%)	4 (10,3%)	0 (0,0%)	39 (100%)
Total	76 (34,1%)	85 (38,1%)	37 (16,6%)	19 (8,5%)	6 (2,7%)	223 (100%)

* Outra: antiespasmódica, miorelaxante etc

Tabela 5.31 - Automedicação segundo a principal opção terapêutica utilizada e a renda familiar dos participantes

Renda familiar	Analgésica	Antiinflamatóri	Antiinfecçiosa	Outra	Desconhecida	Total
1SR	7 (41,2%)	6 (35,3%)	2 (11,8%)	2 (11,8%)	0 (0,0%)	17 (100%)
2SR	16 (35,6%)	18 (40,0%)	6 (13,3%)	4 (8,9%)	1 (2,2%)	45 (100%)
2 a 5 SR	30 (29,4%)	40 (39,2%)	18 (17,6%)	10 (9,8%)	4 (3,9%)	102 (100%)
+ de 5 SR	13 (38,2)	13 (38,2%)	5 (14,7%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)	34 (100%)
Prejudicado	9 (45,0%)	6 (30,0%)	5 (25,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	20 (100%)
Sem renda	1 (20,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	5 (100%)
Total	76 (34,1%)	85 (38,1%)	37 (16,6%)	19 (8,5%)	6 (2,7%)	223 (100%)

5.3 Relação entre as variáveis socioeconômicas, ocupacionais e comportamentais e a automedicação

As Tabelas 5.32, 5.33 e 5.34 sumarizam os resultados encontrados mediante o método analítico empreendido⁶ para as variáveis independentes selecionadas para análise.

Tabela 5.32 - Frequências da automedicação segundo as variáveis independentes

Variável	Ocorrência de automedicação		Total
	Sim n (%)	Não n (%)	
Etnia			
Branca	126 (67,4)	61 (32,6)	187
Negra	32 (61,5)	20 (38,5)	52
Parda	65 (65,0)	35 (35,0)	100
Indígena	0 (00,0)	1 (100,0)	1
Total	223 (65,6)	117 (34,4)	340
Gênero			
Feminino	127 (62,6)	76 (37,4)	203
Masculino	96 (70,1)	41 (29,9)	137
Total	223 (65,6)	117 (34,4)	340
Faixa etária (anos)			
17 – 24	54 (68,4)	25 (31,6)	79
25 – 34	71 (68,9)	32 (31,1)	103
35 – 44	52 (74,3)	18 (25,7)	70
45 – 70	46 (52,3)	42 (47,7)	88
Total	223 (65,6)	117 (34,4)	340
Instrução			
sem instrução	2 (50,00)	2 (50,00)	4
nível fundamental	58 (36)	103 (64)	161
nível médio	42 (30,9)	94 (69,1)	136
nível superior	24 (61,5)	15 (38,5)	39
Total	223 (65,6)	117 (34,4)	340
Renda Pessoal			
sem renda	38 (40,9)	55 (59,1)	93
não informada	9 (81,8)	2 (18,2)	11
+ de 5 VR	8 (53,3)	7 (46,7)	15
2 a 5 VR	42 (71,2)	17 (28,8)	59
de 1 a 2 VR	85 (80,2)	21 (19,8)	106
0 a 1 VR	41 (73,2)	15 (26,8)	56
Total	223 (65,6)	117 (34,4)	340

continua...

⁶ Material e métodos, p. 66

continuação Variável	Ocorrência de automedicação		Total
	Sim n (%)	Não n (%)	
Renda familiar			
não informada	20 (60,6)	13 (39,4)	33
0 a 1	22 (68,8)	10 (31,3)	32
de 1 até 2	45 (70,3)	19 (29,7)	64
2 a 5 VR	102 (68,0)	48 (32,0)	150
+ de 5 VR	34 (55,7)	27 (44,3)	61
Total	223 (65,6)	117 (34,4)	340
Atividade remunerada			
Não	48(39,7)	73(60,3)	121
Sim	175(79,9)	44(20,1)	219
Total	223 (65,6)	117 (34,4)	340
Jornada de trabalho			
não tem	46 (39,7)	70 (60,3)	116
até 30h	30 (66,7)	15 (33,3)	45
de 30- 40h	51 (79,7)	13 (20,3)	64
acima de 40h	96 (83,5)	19 (16,5)	115
Total	223 (65,6)	117 (34,4)	340
Classificação Ocupacional*			
AP	4 (30,8)	9 (69,2)	13
ES	15 (48,4)	16 (51,6)	31
LAR	16 (32)	34 (68)	50
NO	10 (43,5)	13 (56,5)	23
I	2 (100)	0 (0)	2
II	18 (85,7)	3 (14,3)	21
III-M	10 (90,9)	1 (9,1)	11
III-N	25 (71,4)	10 (28,6)	35
IV	64 (78)	18 (22)	82
V	59 (81,9)	13 (18,1)	72
Ter que justificar ausência			
Não	67 (48,6)	71(51,4)	138
Sim	156 (77,2)	46 (22,8)	202
Total	223 (65,6)	117 (34,4)	340
Acompanhamento odontológico			
Regular	20 (51,3)	19 (48,7)	39
não regular	203 (67,4)	98 (32,6)	301
Total	223 (65,6)	117 (34,4)	340
Interferência do problema nas ocupações diárias			
não interferente ou sem dor	24 (41,4)	34 (58,6)	58
interferente e muito interferente	199 (70,6)	83 (29,4)	282
Total	223 (65,6)	117 (34,4)	340
Tempo de latência do problema			
menos de 2 dias	5 (16,1)	26 (83,9)	31
até 1 semana	29 (42,6)	39 (57,4)	68
de 1 sem a 1 mês	23 (62,2)	14 (37,8)	37
de 1 a 6 meses	47 (77,0)	14 (23,0)	61
mais de 6 meses	119 (83,2)	24 (16,8)	143

AP: aposentado; ES: estudante; LAR: atividades do lar; NO: não ocupado

I;II; III-N; III-M; IV e V: Classificação social das ocupações – British Registrar (vide material e métodos)

Tabela 5.33 - Análise univariada da associação entre automedicação e as variáveis independentes

Variáveis	Automedicação			RC bruto	(IC 95%)	P
	sim	não	total			
Etnia auto declarada						
Branca	126 (67,4%)	61 (32,6%)	187	1		
Não branca	97 (63,4%)	56 (36,6%)	153	0,839	0,535 – 1,314	0,442
Gênero						
Feminino	127 (62,6%)	76 (37,4%)	203			
Masculino	96 (70,1%)	41 (29,9%)	137	1,401	0,882 – 2,227	0,153
Faixa etária						
45 anos ou +	46 (52,3%)	42 (47,7%)	88			
17 -44 anos	177 (70,2%)	75 (29,8%)	252	2,155	1,31 – 3,545	0,003
Instrução						
Sem ensino ou ensino fundamental	105 (63,6%)	60 (36,4%)	165			
Ensino médio ou superior	118 (67,4%)	57 (32,6%)	175	1,183	0,756 – 1,851	0,462
Renda pessoal (VR)						
De 0 a 2	80 (53%)	71 (47%)	151			
Acima de 2	143 (75,7%)	46 (24,3%)	189	2,759	1,74 – 4,375	0
Renda familiar (VR)						
De 0 a 2	67 (69,8%)	29 (30,2%)	96			
Acima de 2	156 (63,9%)	88 (36,1%)	244	0,767	0,462 – 1,275	0,307
Atividade remunerada						
Não	48 (39,7%)	73 (60,3%)	121	1		
Sim	175 (79,9%)	44 (20,1%)	219	6,049	3,699 – 9,892	0
Jornada ocupacional						
De 0 a 30 horas semanais	76 (47,2)	85 (52,8%)	161			
40 ou + horas semanais	147 (82,1%)	32 (17,9%)	179	5,138	3,142 – 8,402	0
Ter que justificar ausência						
Não	67 (48,6%)	71 (51,4%)	138			
Sim	156 (77,2%)	46 (22,8%)	202	3,594	2,249 – 5,742	0
Procura o Ciurgião-dentista						
Regularmente	20 (51,3%)	19 (48,7%)	39	1		
Irregularmente	203 (67,4%)	98 (32,6%)	301	1,92	1,033 – 3,605	0,042
Problema interfere nas ocupações diárias						
Não interfere	51 (54,3%)	43 (45,7%)	94	1		
Interfere	172 (69,9%)	74 (30,1%)	246	1,96	1,202 – 3,195	0,007
Tempo de latência do problema em semanas						
Menos de 1 semana	104 (52,8%)	93 (47,2%)	197	1		
Mais de 1 semana	119 (83,2%)	24 (16,8%)	143	4,434	2,636 – 7,459	0

Tabela 5.34 - Análise da associação entre automedicação e as variáveis selecionadas para estudo, segundo o modelo de regressão logística não condicional *

Variáveis	RC bruto	RC ajustado	(IC 95%)	P
Etnia auto declarada				
Não branca	0,839	0,776	0,447– 1,347	0,368
Gênero				
Masculino	1,401	0,842	0,464– 1,529	0,572
Faixa etária				
17 -44 anos	2,155	2,56	1,376– 4,764	0,003
Instrução				
Ensino médio ou superior	1,183	0,934	0,614– 1,866	0,81
Renda pessoal (VR)				
Acima de 2	2,759	0,999	0,459– 2,18	1
Renda familiar (VR)				
Acima de 2	0,767	0,671	0,362– 1,243	0,205
Atividade remunerada				
Sim	6,049	3,154	1,377– 7,222	0,007
Jornada ocupacional				
40 ou + horas semanais	5,138	2,597	1,193– 5,654	0,016
Ter que justificar ausência				
Sim	3,594	1,068	0,509 – 2,239	0,862
Procura o Cirurgião-dentista				
Irregularmente	1,92	1,057	0,483– 2,315	0,889
Problema interfere nas ocupações diárias				
Interfere	1,96	1,686	0,934– 3,046	0,083
Tempo de latência do problema em semanas				
Mais de 1 semana	4,434	3,056	1,686– 5,54	0

* interação em passo único

Cumpramos esclarecer que as variáveis independentes, classificação sócio – ocupacional e natureza do vínculo ocupacional, foram removidas da análise de regressão logística, dada a impropriedade de sua dicotomização em classes, quando se tem por base de estudo, toda a amostra.

Mediante a análise multivariada por regressão logística, não se sustentaram significantes as associações com a automedicação, as seguintes variáveis independentes que a ela se associaram na análise univariada: renda pessoal; ter que justificar a ausência por motivo de saúde e irregularidade no cuidado odontológico.

As seguintes variáveis apresentaram associação significativa no modelo de regressão logística multivariado: Faixa etária entre 17 e 44 anos; exercício de atividade remunerada; jornada ocupacional de 40 ou mais horas semanais; interferência do problema nas ocupações diárias e tempo de latência do problema superior a uma semana.

6 DISCUSSÃO

6.1 Aspectos sociodemográficos, ocupacionais e comportamentais dos participantes.

6.1.1 Gênero, faixa etária, etnia instrução e renda

Conforme os resultados obtidos, o perfil sociodemográfico da amostra indicou média etária de 35,8 anos e maior frequência absoluta: do gênero feminino, de autodenominação étnica branca, do nível de escolaridade fundamental (completo ou não) e de participantes que exerciam atividade remunerada (maior frequência de renda entre um e dois salários-mínimos nacionais).

Tomando-se por referência as distribuições sociodemográficas (população em idade economicamente ativa e acima de 14 anos de idade) da RMSP em 2005¹, aferiu-se pelo teste χ^2 :

- Ser significativamente maior a chance para o gênero feminino na amostra;
- Serem significativamente menores as chances na população em estudo para participantes maiores que 50 anos; equivalentes para

¹ Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005 e 2006

participantes entre 40 e 49 anos e maiores para participantes entre 20 e 39 anos ($p < 0,05$);

- Ser na amostra significativamente maior a chance de autodenominação étnica negra²;
- Serem maiores na amostra as chances de renda entre um e dois SMN e, ao inverso, menores para as demais faixas de renda.

Na comparação com os estudos anteriores conduzidos no mesmo local, por Leopoldino (2004) e Tortamano et al. (2007), não foram observadas desigualdades sociodemográficas significantes³.

Quanto ao aspecto etário, é importante destacar que os atuais resultados guardam estreita similaridade com os aqueles encontrados nos diversos serviços de urgência odontológica, então revistos na literatura (ABBUD et al., 2002; BRITO JR, 2000; FERREIRA, 1997; LEOPOLDINO, 2004; TORTAMANO et al., 2007). Em relação à diminuição gradativa do número de pacientes que procuraram o SU-FOUSP a partir de 44 anos, concordamos com Tortamano et al. (2007) que apontam como causa provável a significativa perda dentária que usuários acima de 45 anos passam a acumular, neles resultando menores chances de odontalgia e conseqüente demanda por atendimentos de urgência.

² Relativamente às distribuições étnicas regionais, destacamos que a PNAD 2006 apontou para a RMSP as seguintes: [Branca (60,3%); Parda (30,3%); Negra (7,2%); Indígena (0,4%)]. Em contrapartida, as da população em estudo registraram: [Branca (55,0%); Parda (29,4%); Negra (15,3%) e Indígena (0,3%)]. Considerando haver distribuição étnica na área de estudo similar à encontrada na RMSP, infere-se que a desigualdade entre os participantes e a população da região metropolitana em pauta, reside entre as etnias branca e negra; sendo que esta última, em proporções, apresenta maior razão de prevalência na população participante.

³ Uma vez ajustado o perfil etário entre os estudos

6.1.2 Características ocupacionais

Conforme os resultados obtidos, observou-se na amostra que 65% dos participantes exerciam atividade remunerada, com predomínio de vínculo empregatício (CLT). Não foi observada quanto à natureza da relação trabalhista (com vínculo ou autônomo), variação estatística segundo o gênero⁴ e segundo a etnia. Gênero e etnia também não se associaram ao fato de serem ou não registrados (CLT) e de serem ou não segurados (autônomos).

Não obstante se tenha observado, em frequências absolutas, a maior prevalência do trabalho sob vínculo empregatício, os participantes da amostra quando têm suas frequências comparadas com as da PNAD – 2006 (IBGE, 2007) relativas à RMSP, apresentaram razão de chances inversa, ou seja, duas vezes maiores para o trabalho autônomo ($p < 0,05$).

O exercício de atividade remunerada representou para os participantes uma frequência 5,9% abaixo da PNAD - 2006 para a RMSP (IBGE, 2007), valor esse estatisticamente significativo ($p < 0,05$). Todavia, uma vez analisadas essas frequências segundo o gênero, verificou-se não haver diferença entre a amostra e a PNAD – 2006 (idem) relativamente ao masculino. Este fato indica que a desigualdade é explicada pelo gênero feminino, que apresenta, na amostra, menor frequência de mulheres com atividade remunerada do que na RMSP. Importante destacar, aliás, que a razão de chance na amostra da mulher não trabalhar frente ao

⁴ Exceção feita ao emprego como doméstica – somente mulheres

homem não trabalhar é de 3,2 ($p < 0,05$); ao passo que na PNAD – 2006 (idem) é de 2,7 ($p < 0,05$).

6.1.2.1 classificação social das ocupações

Tomando-se por base a classificação social das ocupações⁵, houve predomínio das categorias trabalho semi-especializado com atividade manual e trabalho não especializado com atividade manual (categorias IV e V)⁶. Profissionais que desempenhavam atividades de nível superior representaram menos que 1% da amostra.

Observadas as distribuições entre os participantes e os resultados da PNAD – 2006 (IBGE, 2007), verifica-se similaridade no que se refere às atividades gerenciais (II) e atividades não especializadas manuais (V). As desigualdades para menor nos participantes são significativas para atividades que exigem nível profissional superior (I) assim como para trabalhos técnicos especializados (III-N e III-M). Por outro lado, são maiores na população estudada para as atividades semi-especializadas manuais (IV). A tabulação destes dados encontra-se no Apêndice C.

⁵ Classificação das categorias ocupacionais segundo o British Registrar General 's Social Class (vide Material e Métodos)

⁶ Trabalho semi-especializado, atividade manual – exemplos: Porteiro, vigia, garçom; Trabalho não-especializado, atividade manual – exemplos: Auxiliar de serviços gerais, faxineiro

6.1.2.2 jornada semanal de trabalho

O valor médio da jornada semanal de trabalho dos participantes foi de 40 horas e vinte e dois minutos. Quando comparada à PNAD – 2006 (IBGE, 2007), segundo seus principais intervalos de classe (15 a 39 h; 40 a 48 h e 49 h ou mais) não foram observadas desigualdades significantes ($p > 0,05$). Nos participantes com atividade remunerada aferiu-se, em proporções, que o homem apresenta razão de chances 2,1 vezes maior que a mulher em desempenhar jornadas superiores a 40 horas semanais ($p < 0,05$).

6.1.2.3 deslocamento entre a residência e o trabalho

O principal meio de deslocamento relacionado à ocupação utilizado pelos participantes foi o transporte público (63,8%) e o tempo médio diário envolvido nesse deslocamento (ida e volta do trabalho) foi de 101,5 minutos, sem associação com a natureza do vínculo de trabalho (CLT ou autônomo). A moda observada foi de 60 minutos.

Tomando-se por referência os dados da Companhia do Metropolitano de São Paulo (2008)⁷, a população da RMSP realizava no ano de 2002 uma média diária de 38.660.000 viagens, das quais 39% em razão do trabalho. O tempo médio das viagens (por percurso, considerada a moda) através de transporte coletivo, foi de 63 minutos; através de transporte individual motorizado, 26 minutos; e através de

⁷ Relativos à aferição da pesquisa Origem – Destino (OD) de 2002

deslocamentos a pé, 16 minutos. Na população em estudo, para os participantes remunerados (219), observou-se a seguinte distribuição modal: transporte coletivo, 30 minutos; transporte individual, motorizado ou não, 30 minutos e deslocamentos a pé, 20 minutos. Analisada a variância das médias, infere-se desigualdade para com os deslocamentos na RMSP em 2002, os realizados em transporte público pelos participantes, uma vez que se demonstraram significativamente menores ($p < 0,05$). Tal característica sugere para estes, deslocamentos menores e dentro da própria região centro oeste.

6.1.2.4 condição de saúde bucal e ocupação

A maioria dos participantes classificou sua condição bucal como sendo regular ou ruim e entendeu haver prejuízo na condução de suas atividades diárias. Embora as desigualdades em foco não tenham exibido significado estatístico para remunerados e não remunerados (79,8% / 72% $p > 0,05$) infere-se para ambas as condições, que é grande a percepção de impacto negativo da falta de saúde bucal nas tarefas do dia-a-dia.

6.1.2.4.1 *exames em saúde ocupacional*

Segundo a percepção do participante com vínculo empregatício⁸, a realização de exames médicos em conformidade com a legislação ocupacional brasileira ora vigente, ocorreu regularmente em frequência próxima a 60%. Neste aspecto, nenhum dos participantes referiu realização de exames ou avaliações odontológicas. Cabe salientar que as atuais normas ainda não prevêm a obrigatoriedade de realização de exames odontológicos ocupacionais, o que a nosso ver constitui grave equívoco, haja vista seu elevado potencial de educação e de promoção de saúde, elementos indispensáveis para a melhoria das atuais condições de saúde bucal da população adulta.

6.1.3 Perfil comportamental

6.1.3.1 circunstâncias em que os participantes procuram cuidado odontológico assistencial e perfil de acesso ao SUS

Indistintamente, participantes com e sem remuneração referiram irregularidade nos cuidados odontológicos. Observados os motivos declarados, foram comuns aos dois grupos em causa – e sem associação estatística entre eles – a falta de acesso, evitação de consultas odontológicas e entendimento da não necessidade do cuidado regular; ao passo que, destacar a falta de tempo para poder

⁸ Exceção feita às empregadas domésticas

procurar por cuidados regulares, associou-se ao fato de desempenhar atividade remunerada⁹ ($p < 0,05$).

6.1.3.2 utilização anterior do SU-FOUSP

Os resultados apontaram que 51,5% dos participantes desta pesquisa já haviam procurado o SU – FOUSP (não necessariamente pelo mesmo motivo). Essa frequência caracterizou-se diversa da encontrada por Leopoldino (2004) e por Tortamano et al. (2007) que verificaram 39,8%. Essa desigualdade, muito provavelmente, se deu em razão do recorte etário da presente pesquisa (participantes acima de 17 anos, onde, como já se viu infere-se ocorrer maior razão de chance para atendimentos de urgência).

6.2 Aspectos vinculados ao motivo do atendimento de urgência

6.2.1 queixa principal

Odontalgia foi queixa principal de 78,5% dos participantes. A dor, em especial a de origem dentária, como motivo referido pelo paciente, constitui na maioria dos estudos aqui revistos (ABBUD et al., 2002; BERGER; MOCK, 1980;

⁹ Este resultado será aprofundado mais adiante (6.2)

BRITO JR, 2000; FERREIRA, 1997; LEOPOLDINO, 2004; TORTAMANO et al., 2007) a principal causa de demanda por serviços de urgência odontológica. A prevalência de odontalgias no presente estudo supera, todavia, a observada por Brito Jr¹⁰ (2000) em quase 10%. Da mesma forma, os registros atuais são maiores que os de Leopoldino (2004) e Tortamano et al. (2007), obtidos junto a pacientes que demandaram atendimento de urgência no SU-FOUSP no ano de 2004 (representaram 95,4% contra 87,9%). Entendemos que tais desigualdades, conforme já apontado anteriormente, justificam-se pelo recorte etário dos atuais participantes¹¹.

6.2.2 Tempo de latência e procura anterior por cuidados profissionais frente ao problema que é o objeto do atendimento

O tempo de latência do problema (Tabela 5.16) foi superior a seis meses em 42,1% dos participantes e a procura por atendimento em prazo igual ou inferior a uma semana prevaleceu em 29,1%. Para Brito Jr (2000) o tempo de latência inferior a uma semana foi de 41,1%. Estas desigualdades, ainda que consideradas as questões etárias anteriormente citadas, chamam a atenção e podem, inclusive, estar indicando uma forte interferência de variáveis estruturais¹², sócio demográficas e ocupacionais que, por sua vez, são influenciadas pelo meio urbano na qual se

¹⁰ Serviço de Urgência da Faculdade de Odontologia de Piracicaba

¹¹ Na presente pesquisa todos os participantes apresentam idade igual ou superior a 17 anos onde, conforme já citado anteriormente, infere-se maior razão de chances de problemas odontológicos e conseqüente dor associada

¹² Organização e capacidade de absorção de demanda assistencial dos serviços públicos por exemplo

inserir as diferentes populações. Sob certo aspecto este resultado condiz com as conclusões de Quartaroli, Campino e Diaz (2003), quanto à maior dificuldade de acesso a serviços de saúde na RMSP relativamente ao interior do Estado.

6.2.3 Diagnóstico clínico do problema e procedimentos realizados

Prevaleceram na amostra, enquanto quadros clínicos, problemas da polpa e do periápice e dentes com indicação exodôntica (Tabela 5.18). Observados os procedimentos descritos¹³ por Leopoldino (2004) e analisadas suas razões de prevalência relativamente ao presente estudo, concluiu-se, exceção feita às orientações terapêuticas (atualmente mais prevalentes), não haver desigualdades significantes¹⁴. Todavia, quando foram agrupados nos dois estudos os procedimentos decorrentes das doenças da polpa e do periápice (penetração desinfetante, pulpectomia e drenagem de abscessos periapicais), aferiu-se maiores razões de chance destes procedimentos na atual população [RC = 1.59 (1.23 - 2.06) $p < 0,000$]. Entendemos que esses resultados, muito provavelmente, se deram em razão do recorte etário e ocupacional desta amostra.

¹³ Penetração desinfetante: 20,4%; Pulpectomia: 17,5%; Escariação + selamento provisório: 11,5%; Drenagem intra-oral de abscesso de origem endodôntica: 8,5%; Exodontias: 7,2%; Drenagem intra-oral de abscesso de origem periodontal: 3,8%; Restauração provisória: 3,4%; Cimentação provisória: 3,1%; Pulpotomia: 1,6%; Tratamento alveolite: 0,4%;

¹⁴ Para diversos procedimentos as desigualdades ficaram bastante próximas de significância estatística, fato que exigiu maior investigação

6.2.4 Uso de medicamentos

6.2.4.1 medicação de uso sistêmico

Conforme se pôde observar, o consumo de medicamentos *de uso interno* para o problema foi referido por 85,3% da amostra. Nas mulheres prevaleceu na frequência de 87,7% e nos homens, na de 81,8%, sem, contudo representar significância estatística entre os gêneros. Relativamente às faixas etárias, o consumo prevaleceu entre 88,7% e 90% nos participantes entre 17 e 44 anos, e foi de 76,1% nos maiores de 45 anos. Esta desigualdade representou significância estatística ($p < 0,05$).

Comparativamente ao estudo de Stelter et al.¹⁵ (1997), verificou-se não terem ocorrido desigualdades quanto ao consumo de medicamentos ($p = 0,065$) e quanto ao perfil etário desse consumo ($p = 0,8$). A falta de significado estatístico¹⁶ quanto ao consumo (85,3% contra 77,7%) pode, entretanto, estar relacionado ao tamanho da amostra da pesquisa realizada em 1977 ($n = 130$).

Verificou-se no presente estudo que o consumo de analgésicos e antipiréticos, antiinflamatórios e antinfeciosos, ocorreu nas frequências de 54,5%, 25,8% e 11,9% respectivamente. Quanto a essas distribuições, verifica-se na literatura semelhança na seqüência dos princípios terapêuticos utilizados em outros

¹⁵ Neste estudo verificou-se, com base nos resultados apresentados pelas autoras, que 77,7% dos participantes haviam consumido medicamentos em razão dos problemas odontológicos que justificavam o pronto atendimento solicitado

¹⁶ Que acaso confirmada, seria maior no atual estudo

estudos (PENHA et al., 2000; SOUZA, 1996; STELTER et al., 1997). Ajustados os dados de Penha et al. (2000) para a mesma base (nº de medicamentos referenciados) e realizados os testes de frequência entre os estudos, verificou-se não haver desigualdades entre eles. Realizado o mesmo procedimento para os dados de Stelter et al. (1997), verificou-se ocorrer desigualdade para menor no consumo de analgésicos e para maior no de antiinfeciosos, no presente estudo ($p < 0,05$). Cabe destacar que a pesquisa de Penha et al. (2000) foi realizada no mesmo local do presente estudo e, conforme já mencionado, a de Stelter et al. (1997), em Curitiba - PR. Nesse sentido, cabe considerar que essas desigualdades tenham sido influenciadas mais em razão dos determinantes estruturais, sócio-econômicos e culturais do que, propriamente, pelas etiologias envolvidas.

6.2.4.2 substâncias e medicamentos aplicados diretamente na área do problema

A aplicação de substâncias e medicamentos na área do problema prevaleceu em 16,8% dos participantes com maior prevalência de analgésicos de uso interno. Esses resultados são similares¹⁷ aos resultados observados por Stelter et al. (1997) e por Penha et al. (2000).

¹⁷ Esses autores não fizeram (como no caso do presente estudo) distinção entre medicamentos de uso tópico e substâncias e ou medicamentos utilizados na forma de bochechos ou como enxaguatórios, analisando-os em conjunto. Ao ajustarmos nossos resultados aos deles observamos estreita semelhança

6.2.4.3 substâncias aplicadas na forma de bochechos ou como enxaguatórios

A aplicação de substâncias na forma de bochechos ou como enxaguatórios prevaleceu 26,5% dos participantes. Nestes os bochechos de água ou vinagre com sal predominaram (65,6%). Estes resultados também são compatíveis com os observados por Stelter et al. (1997) e por Penha et al.(2000).

6.3 Automedicação

6.3.1 Prevalência

A associação entre problemas odontológicos e uso de medicamentos tem sido apontada como relevante por diversos pesquisadores e ocorre predominantemente sob a forma da automedicação (BAÑOS, BOSCH; TORANZO 1991; SOUZA, 1996; STELTER et al., 1997; PENHA et al, 2000; LINČIR; ROŠIN-GRGET; ŠUTEJ, 2003; LEITE et al ., 2005). Em linhas gerais, observou-se que 85,6% dos participantes desta pesquisa haviam feito uso preliminar de medicamentos. Dentre aqueles que os utilizaram em 73,6% foi caracterizada a prática da automedicação (65,6% do total de participantes).

Esses resultados são equivalentes aos obtidos por Penha et al. (2000)¹⁸ e inferiores aos observados por Stelter et al. (1997)¹⁹ e por Linčir, Rošin-Grget e Šutej

¹⁸ Em pesquisa conduzida no SU-FOUSP – mesmo local ora investigado

(2003)²⁰. Isso reforça o entendimento que este desfecho está fortemente vinculado a determinantes sociais, ocupacionais e comportamentais próprios de cada população. É importante considerar, todavia, possíveis diferenças na caracterização da automedicação da pesquisa de Stelter, Kessel e Corrêa (1997)²¹ frente às subseqüentes.

6.3.2 Associações entre automedicação e as variáveis independentes estudadas

No presente estudo, as variações de frequência da automedicação segundo a etnia auto declarada e o gênero do participante não representaram significado estatístico.

Mediante a análise de regressão logística confirmou-se a maior prevalência de automedicação na faixa etária compreendida entre 17 e 44 anos. Tais resultados são similares aos verificados por Souza (1996) e Stelter et al. (1997). Este fato, muito provavelmente está relacionado às menores chances de odontalgia no perfil etário de pacientes que demandam atendimentos de urgência das faixas etárias mais altas (em razão da maior perda acumulada de elementos dentários), conforme aponta Tortamano (2007). Reforça esse entendimento o fato que participantes que tiveram caracterizada a prática da automedicação, tenham

¹⁹ Pesquisa conduzida no serviço de pronto atendimento odontológico do Hospital Cajuru da Universidade Estadual do Paraná (Curitiba – PR)

²⁰ Pesquisa conduzida junto à Escola de Medicina Dentária da Universidade de Zagreb, Croácia

²¹ Na publicação de Stelter, Kessel e Corrêa (1997), não estão suficientemente claros os critérios utilizados para a caracterização da prática da automedicação, mas parecem ter compreendido o uso, de quaisquer substâncias (ainda que não medicamentos) independentemente da natureza, do tempo e forma de administração

apresentado média etária significativamente inferior e com menor variância comparativamente aos que não se automedicaram (34,4 anos / 38,2 anos; $p<0,05$).

No presente estudo, as variações da automedicação segundo o grau de instrução e as classes de renda familiar não foram significantes, concordando, neste aspecto, com os resultados de Leite et al. (2005). A falta de associação observada quanto a estas duas variáveis, difere dos resultados de Pelicioni (2005) relativos à prática geral da automedicação entre residentes da RMSP. Este fato muito provavelmente está relacionado à amplitude etiológica envolvida na prática geral da automedicação, que passa a contemplar interpretações e escolhas mais elaboradas – favorecidas pelo maior grau de instrução – e dispendiosas – favorecidas pelo maior poder aquisitivo –; ao passo que, no caso específico dos problemas odontológicos, a automedicação busca predominantemente enfrentar condições álgicas e flogísticas através do consumo de medicamentos, em geral, mais “comuns” e acessíveis à população, tais como analgésicos e certos antiinflamatórios²².

As associações entre a natureza de quem prescreveu ou orientou o uso dos medicamentos segundo variáveis sociodemográficas foram analisadas e indicaram desigualdades apenas para o gênero do participante. Neste aspecto a desigualdade foi significativa quanto a decidir por conta própria à procurar orientação de terceiros²³ ou na farmácia²⁴. Em outras palavras, verificou-se nesta amostra que o homem tende a orientar-se mais com terceiros ou na farmácia do que a mulher (Tabela 5.29).

²² Considerada nesta pesquisa a automedicação segundo a principal opção terapêutica utilizada, observou-se que analgésicos e antiinflamatórios prevaleceram significativamente aos demais grupos farmacológicos

²³ A razão de chance masculino / feminino foi de 2.78 (1.04 - 7.57) $p=0,04$

²⁴ A razão de chance masculino / feminino foi de 2.37 (1.12 - 5.03) $p=0.02$

A escolha, por conta própria, do medicamento (sem a interferência de terceiros) em razão de odontalgias, verificada por Baños, Bosch e Toranzo (1991) como condição mais prevalente em sua pesquisa, também foi verificada no presente estudo, e parece-nos, por sua vez, ter ocorrido tanto pela clara percepção do efeito pretendido (controle sintomático da dor), quanto pelas experiências e preferências individuais, não raro influenciadas pela mídia. Mediante indiscutível eficiência, a propaganda dissemina na heterogênea base populacional – indistintamente à sua condição de renda e de instrução – todo um arsenal de opções terapêuticas que se incorpora à própria cultura local, transpondo dessa forma certas desigualdades sociodemográficas (grau de instrução e renda, por exemplo).

A interação desses fatores acima discutidos parece-nos também ter influenciado outro resultado que se verificou neste estudo mediante a análise de regressão logística, qual seja a inexistência de associação entre **renda pessoal** e automedicação odontológica.

Este resultado, relativo à estrita caracterização dessa prática (ocorreu ou não ocorreu automedicação), também foi confirmado²⁵ segundo as três opções terapêuticas mais prevalentes, quer considerada toda a amostra, quer considerados somente os participantes que exerciam atividade remunerada (Apêndice C).

Neste estudo a inexistência de associação entre a automedicação odontológica e as desigualdades de renda pessoal, assume grande importância quando passamos a interpretar a forte associação positiva encontrada entre **automedicação odontológica e exercício de atividade remunerada**. Isto porque à

²⁵ Ou seja, não apontou associação entre renda pessoal e automedicação

primeira vista²⁶, este resultado poderia estar sendo fortemente influenciado pela própria limitação (ou ausência) de renda pessoal dos que não exercem atividade remunerada e a conseqüente falta acesso a medicamentos para esse fim. Essa possibilidade, embora plausível, não se sustentou, na presente amostra, conforme as análises empreendidas. Refira-se, aliás, que a desigualdade entre participantes que exercem e que não exercem atividade remunerada, não se situa no uso pregresso de medicamentos (onde não foi observada desigualdade), mas sim na forma de consumo que, por sua vez, caracterizou ou não a prática da automedicação.

Entendemos que a associação observada neste estudo entre o exercício de atividade remunerada e a automedicação, possa ser mais bem explicada em razão das desigualdades ocupacionais envolvidas e de sua direta influência no acesso ao cuidado profissional, ainda que de urgência.

Sob certo sentido, é possível considerar que pessoas que não exercem atividade remunerada apresentem maior flexibilidade de tempo (relativamente aos que exercem atividade remunerada) e, em razão disso, possam demandar um atendimento odontológico mais rápido. A diminuição no lapso de tempo entre o surgimento dos sintomas e o devido cuidado profissional, por sua vez, tende a provocar menor consumo de medicamentos e, portanto, menores chances de se caracterizar a prática de automedicação. Corrobora essa consideração, o fato de que menores lapsos de tempo entre o início dos sintomas e a procura pelo cuidado

²⁶ tal como sugeria a análise univariada

odontológico tenham significativamente prevalecido nos participantes que não exercem atividade remunerada²⁷ ($p < 0,05$).

A necessidade de justificar a terceiros as ausências ocupacionais por motivo de saúde associou-se positivamente à automedicação odontológica. Ter que justificar o motivo da ausência no trabalho, na escola, ou em qualquer outro compromisso formal envolve, naturalmente, aspectos que transcendem a mera apresentação de um atestado médico ou odontológico válido. Questões de foro íntimo (não se expor), questões vinculadas a pressões ou potenciais prejuízos no trabalho representam situações bastante comuns, dentre as explicações que o paciente dá ao profissional que o atende, em resposta à pergunta: “por que você demorou todo esse tempo para procurar cuidado profissional?”

Considerados os compromissos laborais, ainda que a exigência de comprovação da impossibilidade de comparecimento ao trabalho através de atestados, não se caracterize uma pesada barreira administrativa imposta para o controle do absenteísmo, evidencia-se claro, que empregadores exercem um controle formal das ausências por motivo de saúde; seja através de atestados externos (77,9%), seja por intermédio de atestados fornecidos por profissionais da empresa ou dela conveniados (3,8%). Este fato denota quão importante é que o profissional da odontologia esteja preparado e saiba lidar adequadamente com essas questões que envolvem a emissão de atestados ou comprovantes de comparecimento.

²⁷ Neste particular cabe destacar que dentre os participantes que demandaram atendimento em período superior a uma semana após a percepção do problema (143), 76,2% deles exerciam atividade remunerada.

Cabe aqui realizar um parêntese. É muito comum observar por parte do profissional que atende a um paciente não regular e sob certo sentido, desconhecido (situação muito comum em serviços públicos de urgência), extrema reserva para a emissão de atestados ou comprovantes de comparecimento para a finalidade trabalhista. De fato, essa conduta que é absolutamente pertinente e necessária para evitar desvios ou fraudes, não deve por outro lado, comprometer nem a saúde, tão pouco a segurança do trabalho que exerce o interessado, uma vez que este, desprovido da necessária orientação e documentação, poderá ser impelido a trabalhar sem ter condições seguras para fazê-lo. Até porque, é bom que se tenha claro, é da competência e responsabilidade do cirurgião-dentista que responde pelo atendimento clínico-terapêutico (ainda que de urgência) avaliar o grau de compatibilidade existente entre a condição clínica do interessado e a atividade ocupacional que este último exerce e proceder, de forma ativa e diligente em consonância a isso. Quanto à elaboração de documentos odonto-legais, ressalta-se, devem ser redigidos com rigor técnico e ético e mediante o consentimento do interessado (SILVA, 1999).

Voltando à discussão dos resultados, observou-se nesta pesquisa que participantes remunerados que se declararam autônomos exibiram, relativamente aos assalariados, prevalências semelhantes de automedicação e do tempo de latência do problema. Enquanto a alegação da falta de acesso tenha sido equivalente aos dois grupos, para 64,5% dos autônomos, as ausências, quando ocorrem, implicam na perda completa de remuneração relativamente à extensão do

período não trabalhado²⁸. Sob certo sentido é possível sustentar diante dos resultados que este fato tende a anular a suposta vantagem que autônomos teriam sobre assalariados para a flexibilização dos horários de trabalho. Nos dois casos evidencia-se patente, a necessidade de se promover, para além da facilitação do acesso ao cuidado, todo um trabalho de educação em saúde – haja vista as incontestáveis vantagens do acompanhamento eletivo (inclusive para a gestão e economia de tempo).

Dentre os diversos elementos revistos na literatura que podem atuar dificultando o acesso eletivo (programático) a serviços de saúde e por conta disso induzir, na vigência de problemas odontológicos, à prática da automedicação, situa-se a indisponibilidade de tempo útil para demandar cuidados profissionais.

A indisponibilidade de tempo para demandar cuidados odontológicos regulares foi apontada por 15% dos participantes remunerados, cujas jornadas semanais foram declaradas como sendo de 40 ou mais horas. Esta frequência, quando considerada frente aos demais motivos que, segundo a percepção dos participantes, explicam o não acompanhamento odontológico regular, a princípio, não indica a indisponibilidade de tempo como uma questão que prevalece às demais causas²⁹. Neste aspecto é importante considerar que a resposta do participante hierarquiza os motivos da falta de cuidados odontológicos, e por conta disso, pode parecer a ele que dispor de recursos econômicos ou de benefícios (convênios, por exemplo) – situação que lhe falta – resolveria, por si só, o problema de acesso ao

²⁸ No caso dos assalariados, a perda de remuneração devida ao mesmo motivo, foi apontada por 3% dos participantes. Para estes, a apresentação de atestado não surte efeito

²⁹ Tais como não dispor de recursos econômicos para buscar atendimento privado, entender desnecessário procurar por cuidados na ausência de sintomas relevantes etc

cuidado. Talvez lhe falte a percepção de que, suprida esta carência, caberia ainda enfrentar outra dificuldade, qual seja a de dispor de tempo hábil para agendar consultas e nelas comparecer. Quando se toma por referência as medidas de tendência central dos participantes, cujas jornadas de trabalho equivalem ou superam 40 horas semanais (eles representam 80,7% dos que exercem atividade remunerada), pode-se estimar que, para a grande maioria deles, remanesce, na prática, pouco ou nenhum tempo hábil para demandar um atendimento programático, em especial, no serviço público. Isto porque, conforme os resultados, participantes que exercem atividade remunerada têm por média, moda e mediana, jornada de 44 horas semanais, o que, a princípio, lhes confere oito horas diárias de trabalho (segunda a sexta-feira), e mais quatro horas aos sábados. Esta condição que é comum à maioria dos participantes que exercem atividade remunerada, parece explicar a forte associação positiva observada entre jornadas de trabalho equivalentes ou superiores a 40 horas semanais e a prática da automedicação odontológica.

Medidas que facilitem o atendimento programático e eletivo, evidentemente tendem a favorecer – mediante pequenos e antecipados ajustes na jornada de trabalho – uma melhor compatibilização entre compromissos ocupacionais e tempo disponível para cuidados à saúde. Há que se considerar, entretanto, que tais medidas não prescindem de outras associadas, tais como a própria educação em saúde. Isto porque somente através da clara percepção da importância do cuidado preventivo, este será efetivamente demandado.

Não se pode subestimar a complexidade das políticas e práticas eficientes em saúde, particularmente quando se trata de uma região metropolitana como a de São Paulo; todavia, torna-se necessária uma sensível e premente modificação no que tange à prevenção, à promoção e ao acesso à saúde bucal. Mantida a atual situação, corre-se o risco de se transformar o cuidado de urgência odontológica num mero paliativo recorrente.

Quanto às ações em saúde bucal que mais diretamente podem favorecer tanto a população ocupada, quanto o próprio Sistema de Saúde, cabe destacar o desenvolvimento de políticas e práticas mais específicas em saúde ocupacional. Revestidas de caráter eminentemente educativo e de monitoramento periódico da saúde, caracterizam-se importante instrumento de prevenção e de promoção de saúde das pessoas. No que tange ao próprio Sistema de Saúde, a antecipação do cuidado odontológico assim como a organização da demanda assistencial obtida através do exame periódico, em muito favorece o atendimento programático e a mínima intervenção operatória.

7 CONCLUSÕES

A análise e a discussão dos resultados obtidos no presente trabalho permitiram as seguintes conclusões:

a) Verificou-se ocorrer maiores razões de chance de automedicação na população ocupada.

b) Verificou-se ocorrer associação positiva entre variáveis ocupacionais e automedicação. Essas variáveis são: b1) exercício de atividade remunerada; b2) extensão da jornada semanal de trabalho igual ou superior a 40 horas.

c) Mediante a construção do modelo de regressão logística, segundo o método de entrada das variáveis independentes em um único bloco, observou-se que, dentre as dezesseis variáveis estudadas, cinco mostraram-se preditoras para a automedicação. Foram elas: c1) idade do participante inferior a 44 anos (RC 2,4; $p=0,004$); c2) exercício de atividade remunerada (RC 2,8; $p=0,023$); c3) jornada ocupacional de 40 ou mais horas (RC 2,4; $p=0,026$); c4) maior grau de interferência da condição bucal na prática ocupacional (RC 3,7; $p=0,000$) e c5) tempo de latência do problema superior a uma semana (OR= 3,4; $p=0,000$).

Considerados os resultados desta pesquisa, confirmou-se, para a população em estudo, o pressuposto de que a automedicação que precede o atendimento público da urgência odontológica é mais prevalente dentre os economicamente ativos e ocupados, e que isto se dá pela interação entre fatores

estruturais, sociodemográficos, comportamentais e ocupacionais, mediante forte influência destes últimos.

São medidas essenciais para o enfrentamento dessas questões a educação em saúde, o acompanhamento periódico, a facilitação e o provimento de acesso aos devidos cuidados odontológicos. Entendemos que tais medidas lograrão melhor êxito se implementadas em conjunto com políticas sustentáveis em saúde e segurança ocupacional. Estes aspectos, evidentemente, exigem uma reformulação social de percepções e de atitudes.

REFERÊNCIAS¹

Abbott FV, Mary I. Fraser MI. Use and abuse of over-the-counter analgesic agents. J Psychiatry Neurosci 1998;23(II):13-34.

Abbud R; Ferreira LA, Campos AG, Zanin KEG. Atendimento clínico de emergência: um estudo dos serviços oferecidos em dez anos. Rev Assoc Paul Cir Dent 2002;56(4):271-5.

ABIMIP - Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição. Código de ética e auto-regulamentação publicitária para medicamentos isentos de prescrição. [on line] 2004. Disponível em: URL: www.abimip.org.br/codigo.htm - [2007 out 22].

Acurcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão de literatura. Cad Saúde Púb 1996;(12):233-42.

Adami, NP. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde-escola sob o modo de ver dos hansenianos. Rev Paul Enferm 1993;12(2): 82-6.

Amparo - SP (município). Secretaria Municipal da Saúde. Relatório de Gestão, 2005. Disponível em: URL: http://www.amparo.sp.gov.br/saiba_mais/saude/relatorio_de_gestao_sms_2005.doc. [2007 mar 2]

Ântico C. Onde morar e onde trabalhar: espaço e deslocamentos pendulares na região metropolitana de São Paulo. [Tese de Doutorado] Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

¹ De acordo com o estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo a base de dados Medline.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Notícia : Mercado já cobiça espólio da Novalgina [on line] 2005. Disponível em: URL:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/noticias/2001/220501.htm> [2007 nov 13].

ANVISA. Resolução - RDC nº 138, de 29 de maio de 2003. Medicamentos isentos de prescrição. 2003. Disponível em: URL:

<http://www.anvisa.gov.br/profissional/medicamentos/venda.htm>. [2007 nov 13].

Aracajú – SE (município). Prefeitura Municipal. Informe Público - 19/09/2006 [on line] 2006. Disponível em: URL

<http://www.aracaju.se.gov.br/sysprefeitura/publico/enviaramigo.asp?id=19774> [2007 mar 3].

Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. Rev Saúde Pública 1997;31(1):71-7.

Baños JE, Bosch F, Toranzo I. Self-medication with analgesics. A study on odontalgia. Med Clin 1991;96(7):248-51.

Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Rev C S Col 2002; 7(4): 709-17.

Berger JL, Mock DJ. Evaluation of a hospital dental emergency service. Hosp Dent Pract 1980;14(3):100-4.

Brennan DS, Spencer AJ. Influence of patient, visit, and oral health factors on dental service provision. J Public Health Dent 2002;62(3):148-57.

British National Office for Statistics. SC - Social Class based on occupation, formerly Registrar General's Social Class: Disponível em: URL

http://www.statistics.gov.uk/methods_quality/ns_sec/glossary.asp#sc [2008 maio 5]

Brito Jr RB. Avaliação retrospectiva dos pacientes atendidos e do tratamento oferecido no serviço de emergências da FOP/UNICAMP entre os anos de 1989 e 1997 [Dissertação de Mestrado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP; 2000.

Campbell U. Tema do dia – automedicação: remédios demais, receitas de menos. In Correio Brasiliense [on line] 2002. Disponível em http://www2.correioweb.com.br/cw/2002-02-03/mat_31164.htm. [2007 set 18]

Cavallini ME; Bisson MP. Farmácia Hospitalar – um enfoque em sistemas de saúde. 1ª ed. Manole; 2002.

Cohen LA, Harris SL, Bonito AJ, Manski RJ, Macek MD, Edwards RR et al. Coping with toothache pain: a qualitative study of low-income persons and minorities. J Public Health Dent 2007;67(1):28-35.

Companhia do Metropolitano de São Paulo – Pesquisa Origem-Destino: OD/97 e Aferição da OD/2002 [on line] 2008. Disponível em: URL: <http://www.metro.sp.gov.br/empresa/pesquisas/origem/teorigem.shtml> [2008 mar 3].

Dourados – MS. Prefeitura Municipal. Notícias - Terça-feira, 14 de junho de 2005. [on line] 2005. Disponível em: URL: http://www.dourados.ms.gov.br/comunicacao/not-view.php?not_id=4855. [2007 mar 3].

Farmácia Central. Os 300 medicamentos mais vendidos por unidade [on line] 2002. Disponível em: URL: http://www.farmaciacentral.net/300_mais_ved_por_unidade.xls. [2008 mar 15].

Febrafarma. Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica. Indústria farmacêutica - previsão de investimentos para 2006 [on line] 2006. Disponível em: URL: <http://www.febrafarma.org.br/divisoas.php?area=co&secao=visualiza&modulo=clipping&id=6199> [2008 mar 13].

Ferreira OJ. Contribuição social do Serviço de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia de Bauru: sua participação no convênio com o Sistema Único de Saúde – [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo, 1997.

Freeman R. Barriers to accessing dental care: patient factors. Br Dent J. 1999;187: 141-4.

Goldman GM. Over the counter self-medication. Mo Med 2000;97:435-6.

Graça L. A saúde dos trabalhadores portugueses [Textos]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2002.

Graça L. O processo de adoecer, faltar e voltar ao trabalho [on line] 1999. Disponível em: URL: <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos11.html> [2003 jul 16]

Haak H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia – Brasil. Rev Saúde Pública 1989;(23):143-51.

Heineck I, Gallina SM, Silva T, Dal Pizzol F e Schenkel EP. Análise da publicidade de medicamentos veiculada em emissoras de rádio do Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 1998;14(1):193-8.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [on line] 2007. Disponível em: URL: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2006/Volume_Brasil/Regioes_Metropolitanas/Sao_Paulo/ [2007 mar 12].

Instituto Norueguês de Saúde Pública. Anatomical Therapeutic Chemical Classification [on line] [2008. Disponível em: URL: <http://www.whocc.no/atcddd/>. [2008 mar 13].

Leite PSA, Deboni MCZ, Romano-Lieber NS, Traina AA. Automedicação na clínica de cirurgia da FOU SP. In: XII Reunião de Pesquisa, X Seminário de Iniciação Científica da Faculdade de Odontologia da FOU SP; 2005.

Leopoldino VD. Perfil dos pacientes que demandam por tratamento no Setor de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2004.

Lima ABD. Interações Medicamentosas. São Paulo: SENAC /SP; 1995.

Linčir I, Rošin-Grget K, Šutej I. Auto-Medication of Analgesics by Dental Patients. Acta Stomatol Croat 2003;(37):356-7.

Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Costa MFL. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. Rev Saúde Pública 2002;36(1):55-62.

Montes Claros – MG. Prefeitura Municipal [on line] 2006. Disponível em: URL: <http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectosgerais/saude.htm> [2007 mar 3].

Organização Mundial da Saúde. CID-10: classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP; 1994

Organização Mundial de Saúde - (OMS). Department of Essential Drugs and other Medicines. The role of Pharmacist in self care-medication [on line] 2005. Disponível em: http://www.who.int/medicines/library/docseng_from_a_to_z.shtml [2008 mar 13].

Panzetti, VI. Com licença, doutor - a publicidade da indústria farmacêutica. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade Cásper Líbero; 2006.

Pelicioni AF. Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da região metropolitana de São Paulo, 2001-2002 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

Penha SS, Sales LP, Koga LY, Vianna BS, Borsatti MA, Rocha RG. Perfil da automedicação de pacientes do Serviço de Urgência da FOUSP. RPG Rev Pós Grad 2000; 7 (supl.): 12.

Pereira FSVT, Bucarechi F, Stephan C, Cordeiro R. Self-medication in children and adolescents. J Pediatr 2007; 83(5): 453-8.

Pivotto D. In Editora Abril – Revista VEJA. O Butantã está com tudo [on line] 2007. Disponível em: URL: <http://vejasaopaulo.abril.com.br/revista/vejaspedicoes/2034a/m0142831.html>

Portugal. Decreto lei- 176/2006. Estatuto do Medicamento. [on line] 2006. Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/legislacao/legislacao_farmaceutica_compilada/titulo_iii/titulo_iii_capitulo_i/035-e_dl_176_2006_vf.pdf. [2008 jun 07]

Quartaroli C, Campino ACC, Diaz MDM. Condições de acesso a serviços de saúde, sob o aspecto da equidade, no interior do Estado de São Paulo e Região Metropolitana. [on line] 2003. Disponível em: URL: <http://www.abres.cict.fiocruz.br/docs/16.pdf>. [2008 mar 15]

Resende JM. Linguagem Médica. [on line] 2004. Disponível em: URL: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/droga.htm>. [2007 out 07].

Riley JL, Gilbert GH, Heft MW. Dental attitudes: proximal basis for oral health disparities in adults. Community Dent Oral Epidemiol 2006; 34: 289–98.

Rosa AL, Ferreira CM. Ansiedade odontológica: nível de ansiedade, prevalência e comportamento dos indivíduos ansiosos. RBO 1997;54:171-4.

Sans S, Paluzie G, Puig T, Balaña L, Belaguer-Vintró I. Prevalência Del consumo de medicamentos em la población adulta de Cataluña. Gac Sanit 2002: 121-3.

São Paulo (Estado). Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – Seade, em colaboração com o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - Dieese. Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED-RMSP. [on line] 2008. Disponível em: URL <http://www.dieese.org.br/ped/sp/pedrmsp0408.pdf> [mar 13 2008].

São Paulo (município). Inquérito de saúde da cidade de São Paulo. Boletim CEInfo ISA-Capital nº 1 – Julho / 2005. [on line] 2005. Disponível em: URL: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/morbidade/0018/boletim_isa_capital_01.pdf [2008 mar 13].

São Paulo (município). Secretaria Municipal de Saúde - Sistemas de Informação para Regulação de Acesso - Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. – Oficina de Trabalho do CONASS. Brasília 2006. Disponível em: URL: http://www.conass.org.br/admin/arquivos/SMS_SP.pdf - [2008 mar 8].

São Paulo (município). TABNET. Procedimentos ambulatoriais SUS - estabelecimentos de saúde próprios e conveniados com a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. [on line] 2007. Disponível em: URL: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//cgi/deftohtm.exe?secretarias/saude/TABNET/SIA/prdsia.def> [2007 jan 12]

Silva M. Documentação em Odontologia e sua Importância Jurídica. Odontol Socied 1999;1(1/2):1-3.

Simões M.J.S, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1985. Rev. Saúde Públic São Paulo 1988;22:494-9.

Souza HA. Levantamento epidemiológico dos atendimentos do Serviço de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia de Bauru [Dissertação de Mestrado]. Bauru: Faculdade de Odontologia da USP; 1996.

Souza SROS. Fatores que contribuem para o absenteísmo da enfermagem na unidade de doenças infecto – parasitárias [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto UNI–RIO; 2002.

Stelter CM, Kessel MN, Corrêa DL, Muñoz EMA. Automedicação em odontologia. JBC - J Bras odontol Clín 1997;1(5):13-8.

Stimmel GL. Political and legal aspects of pharmacist prescribing. Am J Hosp Pharm 1983; 40:1343-4.

Szereter SRS. The genesis of of the Registrar General 's Social Classification of Occupations. Br J Sociol 1984; 35(4): 522-46

Tortamano IP, Leopoldino VD, Borsatti MA, Sarti Penha S, Buscariolo IA, Costa CG et al. Aspectos epidemiológicos e sociodemográficos do Setor de Urgência da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. RPG- Rev Pós Grad 2007;13(4):299-306

Uchôa E , Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Cad Saúde Pública 1994;10 (4): 497-504

Vilarino JF, Soares IC, da Silveira CM, Rödel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 1988; 32(1):43-9

WSMI - World Self Medication Industry. Automedicação: perguntas freqüentes. [online] 2007. Disponível em: URL: <http://www.wsmi.org/faqs.htm#q1> . [2007 out 22].

Finalidade

Você está sendo convidado a participar de um estudo de pesquisa para coleta de dados epidemiológicos, junto ao Serviço de Urgências Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. O título da pesquisa é: *"Urgência odontológica e prevalência da automedicação na população economicamente ativa de uma micro-área da cidade de São Paulo"*. Este trabalho está sendo conduzido pelo Cirurgião-dentista Luiz Eugênio Nigro Mazzilli, aluno regular do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da FOU SP em nível de doutorado.

Benefícios:

A participação nessa pesquisa não lhe trará nenhum benefício imediato e pessoal. Por outro lado, os resultados desse estudo poderão permitir uma melhor compreensão dos fatores que se relacionam com o uso de medicamentos e com a necessidade de atendimento de urgência, contribuindo, assim, para que se possa aprimorar, para você e para a população em geral, as ações preventivas que devem ser utilizadas para reduzir a ocorrência de problemas similares a esse que você está enfrentando nesse momento.

Descrição do estudo

Aproximadamente 600 pessoas farão parte deste estudo. Qualquer pessoa que goze de autonomia legal, ou ainda que menor (idade mínima 14 anos), devidamente acompanhada de responsável legal, que procure o Serviço de Urgência da FOU SP, poderá participar. Não será executado nenhum procedimento operatório tão pouco a utilização de qualquer produto químico ou medicamentoso. O participante simplesmente responderá, uma única vez, a um questionário previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da FOU SP, sem que isso implique em qualquer retardo ou prejuízo no atendimento demandado.

Risco Potencial:

Sua participação na pesquisa não envolve nenhum tipo de risco, mas, se acaso você venha a se sentir constrangido em responder a qualquer das perguntas desse questionário, fica garantido seu direito, inclusive no curso da entrevista, de declinar da condição de participante da pesquisa. Declinar da pesquisa em nada irá prejudicar seu normal atendimento no Serviço de Urgências.

Confidencialidade dos Registros:

Os registros de sua participação neste estudo são confidenciais, e permanecerão sob a guarda do pesquisador responsável e à disposição do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da FOU SP. Não se fará, no curso do estudo ou depois deste e em qualquer tipo de apresentação ou publicação científica, uso de informação que possa identificá-lo ou comprometê-lo. Você poderá, entretanto, vir a ser solicitado a confirmar por escrito que participou desse estudo.

Dúvidas e esclarecimentos

Caso tenha alguma dúvida, você poderá perguntar direta e pessoalmente ao pesquisador, ou ainda através dos telefones (11) 5575-7248 e (11) 8121-6381.

Consentimento pós informação:

Plenamente esclarecido acerca da natureza, dos meios, da duração e da finalidade deste estudo, e por meio desse documento que guardo cópia, voluntariamente consinto em participar da pesquisa supra mencionada.

São Paulo, de de 200__

Nome do participante _____

Endereço do Participante _____

_____ cep _____ telefone _____

Assinatura do participante ou de seu responsável legal _____

Nome do responsável _____ RG _____

Endereço _____

Nome da testemunha _____ RG _____

Endereço/Telefone _____

Assinatura da testemunha _____

Ficha n
Data ____/____/____
Hora início ____
Hora fim ____
Pesquisador ____

I-Dados pessoais e demográficos

Nome _____

Gênero Masculino ☐ Feminino ☐ data de nascimento ____/____/____

Local de nascimento _____ UF _____

Estado Civil solteiro ☐ casado ☐ comunhão estável ☐ separado ☐ divorciado ☐

Etnia auto atribuída. branca ☐ negra ☐ parda ☐ amarela ☐ indígena ☐

RG _____ Órgão de expedição _____

Instrução e renda

Instrução _____ Renda Pessoal _____ Renda Familiar _____

Como Você caracteriza a sua participação no orçamento familiar _____

Receita principal ☐ Receita complementar ☐ (x)

Número de pessoas que compõe a família ☐ (n)

Menores de 14 anos* ☐ (n)

Dependentes com renda ☐ (n)

Dependentes sem renda ☐ (n)

Domicílio _____

Local de residência:

Rua _____ cep _____ tel _____

Tempo de residência _____ (meses, anos) Condição ☐ Natureza ☐ Tipificação ☐

Condição (1= temporária; 2= regular)

Natureza da moradia (1= própria; 2= cedida; 3= locação mensal; 4= locação diária; 5= estudantil; 6= outra)

Tipificação (1= unifamiliar; 2= plurifamiliar; 3= pensão ou hotel; 4= outro)

Instrução:	Renda
0- Nenhuma	A- sem renda
1- Fundamental completo	B- até 1 VR ;
2- Médio completo	C- até 2 SR;
3- Superior completo	D- de 2 a 5 SR
4- Fundamental incompleto	E- de 5 a 10 SR
5- Médio incompleto	F- Acima de 10 SR
6- Superior incompleto	
7- Pós- graduação	SR =R\$ 350,00

II - dados ocupacionais

Ocupação: (x)

Estuda sim ☐ não ☐

Trabalha sim ☐ não ☐

Buscando colocação ☐

Afastado do trabalho por motivo de saúde ☐ tempo de afastamento _____ (dd/mm)

Aposentado por: tempo de serviço ☐ motivo de saúde ☐ motivo _____ data _____

No caso de atividade remunerada, em qual categoria você se enquadra

Vínculo de emprego -> registrado ☐ não registrado ☐ Estatutário ☐

Autônomo -> segurado ☐ não segurado ☐

Estagiário -> formal ☐ informal ☐

Local de trabalho

Fixo ☐ * localização geográfica _____

Móvel ☐ P. Referência _____

1- CENTRO

2- NORTE

3- SUL

4- LESTE

5- OESTE

Área de qualificação profissional (experiência ou formação técnica) _____

Descrição da atividade principal (atual) _____

Há quanto tempo atua nessa atividade: _____

Usa algum tipo de equipamento de proteção (Luvas, capacete, óculos, máscara, etc.) _____

Descreva quais _____

Você teve algum acidente ou quase-acidente relacionado a sua atividade Sim ☐ Não ☐ qual _____

Você considera que essa atividade oferece risco para sua saúde

Sim ☐ Não ☐ quais? _____

Caso positivo, quais medidas você indicaria para eliminar ou reduzir o risco. _____

Atividades Pregressas (descrição / tempo- riscos/ acidentes) _____

Do regime de trabalho:

Diarista Sim ☐ Não ☐ Jornada Semanal (horas) _____
 Horário de trabalho: Das ____ às ____h N de intervalos _____ tempo do maior intervalo _____
 Faz horas extras com regularidade? Sim ☐ Não ☐
 Deslocamento entre a residência e sua ocupação
 tempo de deslocamento ida _____ volta _____ (horas/ minutos)
 Meio de transporte
 A pé ☐ Automóvel ☐ Coletivo público ☐ coletivo da empresa ☐ outro _____
 Benefícios oferecidos pelo empregador na área de saúde (como empregado ou como dependente)
 Nenhum ☐ Plano médico ☐ Plano odontológico ☐
 Em caso positivo, quais procedimentos são cobertos
 Todos ☐ os básicos ☐ só urgências ☐ não sei ☐
 Você se utiliza destes benefícios?
 Plano médico → regularmente ☐ eventualmente ☐ nunca ☐
 Plano Odontológico → regularmente ☐ eventualmente ☐ nunca ☐
 Se você tem o benefício, mas não o usa, porque não o faz _____

Exames de saúde

A empresa o faz realizar exames de saúde regulares (admissionais, periódicos,)

Sim ☐ Não ☐
 Esse exame inclui avaliação e orientação odontológica Sim ☐ Não ☐
 Nesse caso quem a faz: Médico ☐ Cirurgião-dentista ☐ não faço distinção ☐

Normas estabelecidas para justificativa de faltas ou saídas para tratamento de saúde

Para justificar atrasos no horário de início do trabalho, saídas antecipadas ou dias perdidos de trabalho, por motivo de saúde:

Basta informar o motivo ☐
 Exige-se a apresentação de atestado e se aceita atestado particular ☐
 Aceitam-se somente atestados fornecidos por profissional da empresa ou da rede pública ☐
 Outras normas: especificar _____
 Nos últimos 6 meses, você teve, por motivo de saúde, que faltar ao trabalho ☐ ou atrasar / sair mais cedo ☐
 Sim ☐ não ☐ (qual motivo, quantas vezes e por quanto tempo) _____

Em razão do seu estado de saúde bucal, você considera que está havendo prejuízo na sua qualidade e na sua capacidade de trabalho Sim ☐ Não ☐

III - Percepção de necessidade de tratamento e Comportamento

Como você considera sua saúde bucal Excelente ☐ Boa ☐ Regular ☐ Ruim ☐

Frequência de visitas ao Cirurgião - Dentista

Você procura atendimento: regularmente ☐ só quando sabe que tem problema ☐ só em emergência ☐ 1ª vez ☐

No caso de não o fazer com regularidade, quais motivos justificam seu comportamento?

(Nunca fui anteriormente)

Se eu não estou sentindo nada, entendo que não preciso ir ☐ Simplesmente evito ir ao dentista ☐
 Não vou porque tenho medo de ir ao dentista ☐ Não tenho tempo para ir ao dentista ☐
 Não tenho acesso ao dentista ☐

Utilização do serviço odontológico da rede básica de saúde (SUS),

Quanto a ser atendido regularmente no serviço odontológico da rede básica de saúde (SUS), você:

Já faço isso ☐ Já procurei, mas não consegui vaga ☐ Nunca procurei ☐
 Nunca procurei, porque sei que não vou conseguir vaga ☐ Estou ocupado o dia todo e não tenho como ir ☐ refiro não ir ☐

O serviço de urgência da FOU SP

Este serviço fica mais próximo

Do lugar que trabalho ☐ do lugar que resido / estudo ☐ longe dos dois ☐

Como Você ficou sabendo da existência desse serviço

Amigos, vizinhos colegas de trabalho ☐ Sou ou já fui paciente desta Faculdade ☐
 Através de CD particular ☐ Através de uma unidade pública de saúde ☐

Do problema:

Latência:

Há quanto tempo Você percebeu esse problema?

mais de 12 meses ☐ mais de 6 meses ☐ mais de 1 mês ☐mais que 15 dias ☐ de 1 a 2 semanas ☐ menos que 2 dias ☐

Você já procurou atendimento por esse mesmo motivo

Sim ☐Não ☐

Há quanto tempo foi isso?:

Onde ☐ serviço particular ☐ Convênio ☐ serviço público ☐ aqui mesmo ☐☐ outra unidade de ensino☐ outro serviçoQual foi a orientação que recebeu para resolver o problemanenhuma ☐ retornar ao serviço de urgência ☐inscrever-se para tratamento regular (no mesmo local) ☐procurar outro serviço para completar o tratamento ☐procurar outro serviço para fazer o tratamento ☐**Queixa principal:**Odontalgia (Sem Outra Especificação) ☐ problema periodontal ☐aumento de volume fora da boca ☐ aumento de volume dentro da boca ☐trauma externo ☐ lesão em tecido mole ☐trauma intra oral (por prótese, restauração fraturada, perda da restauração etc.) ☐dor após procedimento odontológico mediato (endodontia exodontia etc.) ☐outros **Presença de Dor e suas características:**Sem dor ☐Dor que pode ser ignorada ☐Dor que não pode ser ignorada mas que não interfere nas atividades diárias ☐Dor que não pode ser ignorada e que interfere nas atividades diárias ☐Dor que não pode ser ignorada e que interfere muito, ou até mesmo impede, exercer as atividades diárias ☐**Níveis da dor¹**Sem dor ☐Leve ☐Desconfortável ☐Intensa ☐

(muito desconfortável)

Horível ☐Excruciante ☐

(insuportável)

escala numérica

-0

-10

¹ Jensen MP Karoly P, Bravers. The measurement of clinical pain intensity. A comparison of six methods. Pain 1996; 27(1): 117-26

Medicação

Ingeriu medicamentos para queixa principal?

Sim ☐ Quais? _____

Sim, mas não sei dizer qual foi ☐

seguir uma posologia? (dose /tempo)

Sim

Não

☐
☐

Qual posologia _____

Não ☐

Quem indicou?

eu mesmo ☐

parente, vizinho ☐

no trabalho ☐

Na farmácia ☐

Médico ☐

C. Dentista ☐

outro _____

Há quanto tempo está ingerindo este medicamento? _____

Aplicou alguma substância ou medicamento na região da queixa principal?

Sim ☐ Qual? _____

Sim, mas não sei dizer qual foi ☐

Não ☐

Quem indicou?

eu mesmo ☐

Parente, Vizinho ☐

no trabalho ☐

Na farmácia ☐

Médico ☐

C. Dentista ☐

outro _____

Há quanto tempo e por quantas vezes aplicou essa substância ou medicamento? _____

Realizou algum tipo de bochecho?

Sim ☐ Qual? _____

Sim, mas não sei dizer qual foi ☐

Não ☐

Quem indicou?

eu mesmo ☐

Parente, Vizinho ☐

no trabalho ☐

Na farmácia ☐

Médico ☐

C. dentista ☐

outro _____

Há quanto tempo está fazendo isso? _____

No seu entendimento, os medicamentos: (registrar uma das 2 opções)

Permitiram que você desenvolvesse suas ocupações normalmente

☐

Não permitiram que você desenvolvesse suas ocupações normalmente

☐

No seu entendimento os medicamentos causaram algum tipo de efeito indesejado

Sim ☐

Não ☐

Quais _____

Diagnóstico clínico provável – dados pós-consulta

HD _____

Procedimentos realizados (inclusive prescrição terapêutica) _____

Trabalho e renda

Classificação Social das Ocupações: tabulação comparativa entre a amostra e a PNAD- RMSP 2006

Classificação Social das Ocupações	Amostra	Amostra %	PNAD (X1000)	PNAD %	RC Bruto IC (95%)	Conclusão
II	21	9,6%	638592	7,1%	1	
I	2	0,9%	921637	10,2%	0,07 (0,01 -0,29*)	Sign
III-N	33	15,1%	2103867	23,3%	0,48 (0,27 -0,86)	Sign
III-M	11	5%	2014350	22,4%	0,17 (0,07 -0,36)	Sign
IV	81	37%	975385	10,8%	2,52 (1,51 -4,25)	Sign
V	71	32,4%	2358274	26,2%	1,09 (0,65 -1,83)	Nsign
Total	219	100%	9012105	100%		

Natureza da relação de trabalho: tabulação comparativa entre a amostra e a PNAD- RMSP 2005

	Amostra	Amostra %	PNAD (X1000)	PNAD %	
Vínculo de emprego	131	59,8	6632323	79,6	
Autônomo	68	31,1	1697305	20,4	2,03 (1,49 – 2,76)
Total*			8329628		

*Não estão considerados os estagiários e o emprego doméstico (em ambos)

Rendimento mensal médio da PEA: tabulação comparativa entre a amostra e a PNAD- RMSP 2006

	amostra	Amostra %	PNAD (x 1000)	PNAD %
Até 1	56	16%	2134	13%
De 1 até 2	106	31%	3610	22%
De 2 a 5	59	17%	3332	20%
Acima de 5	15	4%	1879	11%
Não informada	11	3%	487	3%
Sem renda	93	27%	5284	32%
Totais	340	100%	16726	100%

Características algicas, interferência nas atividades do dia-a-dia e consumo de medicamentos

Intensidade de dor: correspondência entre a referência descritiva e a referência numérica

Descrição da dor (4 classes)	Escala numérica				Total
	Média	Intervalo	DP	Moda	
sem dor	0	0		0	19
Leve	2,4	2-3	0.5	2	10
Desconfortável	5,21	3-7	1,05	6	49
Intensa	7,17	4-10	0,84	7	123
Horível	8,55	8-10	0.63	8	61
Insuportável	9,76	8-10	0.5	10	78
					340

Intensidade de dor: correspondência entre a referência descritiva – nível de interferência nas atividades do dia-a-dia e a referência numérica

Interferência nas atividades	escala numérica				Total
	Média	Intervalo	DP	Moda	
sem dor	0	0		0	19
não interferente	4,65	2-8	1,69	5	39
Interferente	6,89	2-10	1.26	7	131
muito interferente	9,01	6-10	1.04	10	151
					340

Ingestão de medicamentos: tabulação segundo exercício ou não de atividade remunerada

	Ingestão de medicamentos para o problema		Total
	Sim	Não	
Exerce atividade remunerada			
Sim	191 (87,2%)	27 (12,8%)	219
Não	99 (81,8%)	22 (18,2%)	121
Total	290 (85,3%)	49 (14,7%)	340

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PARECER DE APROVAÇÃO
Protocolo 75/07

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa APROVOU o protocolo de pesquisa **"URGÊNCIA ODONTOLÓGICA E PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO NA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA DE UMA MICRO-ÁREA DA CIDADE DE SÃO PAULO"**, de responsabilidade do Pesquisador: **LUIZ EUGÊNIO NIGRO MAZZILLI**, sob orientação do Professor Doutor **MOACYR DA SILVA**.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 10 de setembro de 2007

Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP

Glossário dos principais termos utilizados nas pesquisas: Emprego e Desemprego (PED) e Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)

PIA – População em Idade Ativa: população com 10 anos e mais.

PEA – População Economicamente Ativa: parcela da PIA que está ocupada ou desempregada.

Ocupados: indivíduos que nos sete dias anteriores ao da entrevista:

- a) possuem trabalho remunerado exercido regularmente;
- b) possuem trabalho remunerado exercido de forma irregular, desde que não estejam procurando trabalho diferente do atual;
- c) possuem trabalho não-remunerado de ajuda em negócios de parentes, ou remunerado em espécie/benefício, sem procura de trabalho;
- d) excluem-se as pessoas que de forma bastante excepcional fizeram algum trabalho nesse período.

Desempregados: indivíduos que se encontram em uma das seguintes situações:

- a) Desemprego Aberto: pessoas que procuraram trabalho de maneira efetiva nos 30 dias anteriores ao da entrevista e não exerceram nenhum trabalho nos sete últimos dias;
- b) Desemprego Oculto pelo Trabalho Precário: pessoas que realizam algum trabalho remunerado eventual de auto-ocupação, ou seja, sem

qualquer perspectiva de continuidade e previsibilidade, ou realizam trabalho não-remunerado em ajuda de negócios de parentes e que procuraram mudar de trabalho nos 30 dias anteriores ao da entrevista ou que, não tendo procurado neste período, o fizeram sem êxito até 12 meses atrás;

- c) Desemprego Oculto pelo Desalento e Outros: pessoas que não possuem trabalho e nem procuraram nos últimos 30 dias, por desestímulo do mercado de trabalho ou por circunstâncias fortuitas, mas apresentaram procura efetiva de trabalho nos últimos 12 meses.

Inativos (maiores de 10 anos): parcela da PIA que não está ocupada ou desempregada.

Rendimento do trabalho: rendimento monetário bruto (sem descontos de imposto de renda e previdência social) efetivamente recebido, referente ao trabalho realizado no mês imediatamente anterior ao da pesquisa. Para os assalariados, são considerados descontos por falta etc. ou acréscimos devidos a horas extras, gratificações etc. Não são computados o 13º salário e os benefícios indiretos. Para os empregadores, os autônomos e as demais posições é considerada a retirada mensal, não incluindo os lucros do trabalho, da empresa ou do negócio.

Características gerais da RMSP

Municípios que a compõem	39
População total	19.000.000
Área urbanizada	8000 k ²
Maior centro urbano da América do Sul ¹	
Sexta maior área urbana do mundo ¹	

Características gerais do Município de São Paulo

População ¹	10.000.000
Participação no PIB nacional (IBGE, 2007 ²).	12,3%
Participação na produção de bens e serviços no estado de São Paulo (IBGE, 2007 ²).	36%

População residente, por cor ou raça, segundo o gênero RMSP 2006

Gênero	População residente (n x1000)						
	Total	Etnia					
		Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Sem declaração
Masculino	9 471	5 631	689	2 944	176	30	1
Feminino	10 255	6 265	723	3 029	192	46	-
Total	19 726	11 896	1 412	5 973	368	75	1

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006

¹ Fonte wikipedia- http://pt.wikipedia.org/wiki/Regi%C3%A3o_Metropolitana_de_S%C3%A3o_Paulo

² IBGE (2007) - Produto Interno Bruto dos Municípios 2005. [on line] 2007. Disponível em URL: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1061&id_pagina=1

Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por sexo, segundo os anos de estudo RMSP 2006

Anos de estudo	Pessoas de 10 anos ou mais de idade (n x 1000)				
	Total	Faixas- índice	Faixas- índice	Homen s	Mulheres
			%		
Total	16 726			7 891	8 834
Sem instrução e menos de 1 ano	791	791	4,7	285	506
1 ano	191			93	98
2 anos	389			173	216
3 anos	799			382	418
4 anos	2 055	3 435	20,5	938	1 117
5 anos	916			457	459
6 anos	818			421	397
7 anos	865			462	402
8 anos	1 683			819	864
9 anos	610			278	331
10 anos	667			313	354
11 anos.	4 264	9 822	58,7	2 011	2 252
12 anos	366			168	198
13 anos	285			137	147
14 anos	320			123	197
15 anos ou mais	1 671	2 642	15,8	818	853

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006

Pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência e com rendimento no trabalho principal: RMSP- 2006

	Pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência e com rendimento no trabalho principal (nx1000)			Valor do rendimento médio mensal (R\$)		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Total	8 669 077	4 797 156	3 871 921	1 139	1 338	894
Até 1/2 salário mínimo	394 094	101 208	292 886	102	106	101
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	1 098 109	440 684	657 425	268	273	266
Mais de 1 a 2 salário mínimo	2 958 380	1 534 280	1 424 100	483	493	472
Mais de 2 a 3 salário mínimo	1 417 783	893 841	523 942	764	764	765
Mais de 3 a 5 salário mínimo	1 391 837	874 151	517 686	1 197	1 206	1 182
Mais de 5 a 10 salários mínimos	893 878	587 569	306 309	2 260	2 267	2 247
Mais de 10 a 20 salários mínimos	361 838	240 923	120 915	4 548	4 560	4 523
Mais de 20 salários mínimos	153 158	124 500	28 658	11 085	10 944	11 697
Empregados	5 974 000	3 527 086	2 446 914	1 111	1 185	1 005
Até 1/2 salário mínimo	94 939	55 529	39 410	110	105	117
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	551 751	270 509	281 242	276	277	274
Mais de 1 a 2 salário mínimo	2 194 371	1 210 938	983 433	487	494	478
Mais de 2 a 3 salário mínimo	1 158 944	748 749	410 195	763	763	763
Mais de 3 a 5 salário mínimo	1 051 470	652 019	399 451	1 195	1 201	1 187
Mais de 5 a 10 salários mínimos	604 576	377 977	226 599	2 230	2 228	2 234
Mais de 10 a 20 salários mínimos	232 866	146 880	85 986	4 498	4 524	4 453
Mais de 20 salários mínimos	85 083	64 485	20 598	10 231	9 918	11 210

continua...

	Pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência e com rendimento no trabalho principal (nx1000)			Valor do rendimento médio mensal (R\$)		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Trabalhadores domésticos	727 280	39 404	687 876	388	551	379
Até 1/2 salário mínimo	84 195	1 791	82 404	104	135	104
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	248 099	12 539	235 560	263	277	262
Mais de 1 a 2 salário mínimo	317 962	11 645	306 317	450	425	451
Mais de 2 a 3 salário mínimo	58 218	7 162	51 056	751	710	757
Mais de 3 a 5 salário mínimo	17 015	4 476	12 539	1 061	1 020	1 076
Mais de 5 a 10 salários mínimos	1 791	1 791	-	1 900	1 900	-
Mais de 10 a 20 salários mínimos	-	-	-	-	-	-
Mais de 20 salários mínimos	-	-	-	-	-	-
Conta própria	1 605 949	986 148	619 801	1 078	1 292	737
Até 1/2 salário mínimo	214 065	43 888	170 177	98	107	95
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	291 094	154 054	137 040	258	263	253
Mais de 1 a 2 salário mínimo	409 324	288 411	120 913	487	490	478
Mais de 2 a 3 salário mínimo	178 228	121 808	56 420	774	770	783
Mais de 3 a 5 salário mínimo	240 051	171 077	68 974	1 197	1 217	1 149
Mais de 5 a 10 salários mínimos	180 033	135 252	44 781	2 287	2 302	2 242
Mais de 10 a 20 salários mínimos	68 070	50 157	17 913	4 516	4 491	4 586
Mais de 20 salários mínimos	25 084	21 501	3 583	11 610	11 587	11 748
Empregadores	361 848	244 518	117 330	3 387	3 854	2 414
Até 1/2 salário mínimo	895	-	895	150	-	150
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	7 165	3 582	3 583	300	300	300
Mais de 1 a 2 salário mínimo	36 723	23 286	13 437	506	521	480
Mais de 2 a 3 salário mínimo	22 393	16 122	6 271	767	766	771
Mais de 3 a 5 salário mínimo	83 301	46 579	36 722	1 248	1 268	1 223
Mais de 5 a 10 salários mínimos	107 478	72 549	34 929	2 390	2 416	2 336
Mais de 10 a 20 salários mínimos	60 902	43 886	17 016	4 774	4 757	4 816
Mais de 20 salários mínimos	42 991	38 514	4 477	12 468	12 302	13 901
Sem declaração	-	-	-	-	-	-

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006.

Situação de atividade ocupacional na RMSP*

	n (x1000)			
	Ocupados	Desempregados	Total	%
PEA	8990 (54,85%)	1488 (9,1%)	10478	63,9
Inativos			6083	37,1
População em idade ativa (10 anos ou +)			16398	100,0

* Fonte: Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED, mês 4 / 2008 (São Paulo 2008)

Ocupados: Setor de atividade na RMSP*

Setor de atividade	n (x1000)	%
Indústria	1753	19,5
Comércio	1465	16,3
Serviços	4846	53,9
Outros	926	10,3
Total	8990	100,0

* Fonte: Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED, mês 4 / 2008 (São Paulo 2008)

Grupos ocupacionais PEA / RMSP*

Grupos ocupacionais	%
Dirigentes em geral	7,00
Profissionais das ciências e das artes	10,10
Técnicos de nível médio	9,65
Trabalhadores de serviços administrativos	13,41
Trabalhadores dos serviços	22,08
Vendedores e prestadores de serviço do comércio	10,69
Trabalhadores agrícolas	0,80
Trabalhadores da produção de bens e serviços e de reparação e manutenção	25,85
Membros das forças armadas e auxiliares	0,38
Ocupações mal definidas ou não declaradas	0,03
Total	100,00

* Fonte: PNAD - 2006

Situação Ocupacional RMSP

	setor privado com carteira	setor privado sem carteira	setor público	Total	%
Assalariados	4180 (46,5%)	1187(13,2%)	737(8,2%)	6104	67,9
Autônomos				1694	18,8
Outros				1192	13,3
Total				8990	100,0

* Fonte: PNAD - 2006

Percentual de horas trabalhadas por semana na atividade principal RMSP

Horas trabalhadas					
Até 14	De 15 a 39	De 40 a 44	De 45 a 48	49 ou mais	Sem declaração
3.4	17.5	41.3	18.0	19.6	0.1

* Fonte: PNAD - 2006

Mobilidade e Deslocamento: motivo do deslocamento urbano

		Ano	
		1997(%)	2002 (%)
motivo do deslocamento	Trabalho	40.9	39.4
	Educação	33.9	29.3
	Lazer	6.9	8.8
	Compras	4.5	5.4
	Saúde	3.8	4.2
	Outros	10.1	12.9
		100	100

Fonte: Metrô (2008): pesquisa OD aferição 2002. Tabulação do autor

Mobilidade e Deslocamento: forma de deslocamento urbano

		Ano	
		1997(%)	2002 (%)
Forma de deslocamento	Automóvel	46.7	49.2
	Ônibus	38.5	34.0
	Metrô	8.2	7.4
	Trem	3.1	3.1
	Lotação	1.0	2.6
	Motocicleta	0.7	1.7
	Outros	1.3	1.5
	Táxi	0.5	0.5
	Total	100	100

Fonte: Metrô (2008): pesquisa OD aferição 2002. Tabulação do autor