**AVALIAÇÃO QUALITATIVA DE QUESTIONÁRIOS DE SAÚDE UTILIZADOS
EM CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS DE BAURU E REGIÃO**

VANESSA CRISTINA VELTRINI

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de Diagnóstico Bucal.

**BAURU
1999**

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DE QUESTIONÁRIOS DE SAÚDE UTILIZADOS
EM CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS DE BAURU E REGIÃO

VANESSA CRISTINA VELTRINI

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de Diagnóstico Bucal.

(Edição revista)

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Alvares Capellozza

BAURU
1999

Veltrini, Vanessa Cristina.

V548a Avaliação qualitativa de questionários de saúde utilizados em consultórios odontológicos de Bauru e região. / Vanessa Cristina Veltrini - - Bauru, 1999.

110p.:il.; 30cm

Dissertação. (Mestrado) - - Faculdade de Odontologia de Bauru. USP.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Lúcia Alvares Capelozza

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura da autora:

Data: Bauru, 1^a de dezembro de 1999.

VANESSA CRISTINA VELTRINI

22 de novembro de 1974
Paranavaí – PR

Nascimento

1992 – 1995

Curso de Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, em Bauru – SP

1996

Bolsista de Aperfeiçoamento pela FUNCRAF, junto ao Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais, da Universidade de São Paulo, em Bauru – SP

1997

Bolsista de Aperfeiçoamento pela FAPESP, junto ao Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, em Bauru – SP

1998 – 1999

Curso de Pós-Graduação em Diagnóstico Bucal, em nível de Mestrado, na Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, em Bauru – SP

Associações

APG (FOB/USP): Associação de Pós-Graduandos da Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo, em Bauru – SP

*Dedico este trabalho aos meus pais,
Anirce e Leonídio e a minha irmã, Leonice*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais queridos, Anirce e Leonídio

pelo amor incondicional, apoio constante, exemplo de vida, alicerce de tudo...

À minha irmã, Leonice

com quem eu sei que posso contar, sempre

Aos professores da graduação, na pessoa do Prof. Eduardo Batista Franco,

pela formação científica e pelo incentivo à vida acadêmica

Aos amigos de graduação, Daniela, Paulinho e Fabrício e também à Marisa e ao Ricardo

pela cumplicidade, pelo companheirismo...

À minha orientadora, Ana Lúcia Alvares Capelozza

pela presença forte e marcante na qual, várias vezes, me inspirei

Aos professores da Disciplina de Radiologia da FOB/USP: Dr. José Humberto Damante, Dr. Luiz Eduardo Montenegro Chinellato e Dr. Orivaldo Tavano; da Disciplina de Patologia: Dr. Alberto Consolaro, Dr^a Denise Tostes Oliveira, Dr^a Vanessa Soares Lara e Dr. Luís Antônio de Assis Taveira e aos professores e amigos da Disciplina de Cirurgia: Osny Ferreira Jr. e Eduardo Sant'ana

pelo exemplo de competência no exercício do magistério

Aos companheiros do mestrado (Andreinha, Mariela, Lilian, Christiano e Luciana), do doutorado (Maria, Ângelo, Izabel e Pedro), aos colegas da cirurgia (Cláudio, Fernando e Luís Fernando) e aos contemporâneos de pós-graduação

pela amizade e convivência harmoniosa

Aos funcionários do Departamento de Estomatologia, Walderez, Marília, Fernanda, José Messias, Célio, Lúcia, Gilberto, Josi e Priscila

pela consideração, pelo respeito, pelo carinho...

Ao Prof. José Roberto Pereira Lauris e ao Prof. Valdir João Afonso

pela análise estatística e pela correção do vernáculo, respectivamente

Às bibliotecárias, Cibele, Rita e Valéria

pelo auxílio prestado no levantamento bibliográfico e na formatação do trabalho

E a todos os profissionais que participaram da pesquisa, *pela colaboração imprescindível!*

SUMÁRIO

RESUMO

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	2
3	PROPOSIÇÃO.....	46
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	47
5	RESULTADOS.....	54
	5.1 Resultados obtidos a partir dos questionários auto-aplicáveis.....	54
	5.2 Resultados obtidos a partir dos questionários de saúde enviados.....	60
6	DISCUSSÃO.....	67
	6.1 Discussão da metodologia.....	67
	6.2 Discussão dos resultados.....	71
	6.2.1 Estruturação dos questionários.....	71
	6.2.2 Conteúdo geral dos questionários.....	72
	6.2.3 Conteúdo específico dos questionários.....	74
	6.2.4 Dados gerais.....	90
7	CONCLUSÕES.....	96
	ANEXOS.....	97
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
	ABSTRACT.....	110

RESUMO

Avaliar a saúde geral do paciente antes de submetê-lo a um tratamento odontológico é essencial para que o profissional identifique condições sistêmicas relevantes, avalie riscos e previna eventuais complicações. Dos 860 cirurgiões-dentistas de Bauru e região contactados por meio de cartas, 205 colaboraram relatando, de forma objetiva, como e quando a saúde sistêmica de seus pacientes é avaliada, com que frequência os dados são atualizados e quais as dificuldades encontradas. Cento e doze profissionais também enviaram os questionários de saúde que utilizam no consultório. Os dados foram avaliados, primeiramente, de forma descritiva e, em seguida, por meio de um critério onde a importância do assunto abordado determinava o valor atribuído às questões. Para isso, elas foram divididas em categorias, conforme envolvessem: risco de vida; adaptações no tratamento; cuidados ao prescrever; saúde geral e vícios que atuam como fatores de risco. Dependendo da área de atuação, formação básica e experiência clínica dos profissionais, a amostra foi dividida em seis grupos: clínicos gerais *versus* especialistas; ex-alunos da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP *versus* ex-alunos de outras instituições e profissionais formados há menos de 15 anos *versus* formados há mais de 15 anos. Não foi possível estabelecer uma correlação estatisticamente significativa entre esses fatores e a qualidade dos questionários, embora aqueles utilizados por periodontistas tenham se mostrado mais completos que os adotados por odontopediatras ($p < 0,05$). Os assuntos mais abordados foram: alergia, diabetes e uso de medicamentos.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A literatura odontológica admite a importância de verificar a história médica do paciente e também reconhece a adoção de um questionário de saúde como a forma mais viável para obtenção das informações pertinentes. Não há consenso, entretanto, no que tange ao conteúdo e às formas de estruturação e aplicação. Publicações internacionais têm enfatizado essa diversidade e se preocupado, principalmente, em padronizar o conteúdo abordado, a fim de evitar que assuntos relevantes para a prática odontológica sejam negligenciados. A literatura, no entanto, é falha em fornecer informações referentes à realidade brasileira. É preciso conhecê-la, para que as deficiências sejam identificadas e devidamente retificadas. Como, de certa forma, os questionários refletem a postura dos cirurgiões-dentistas perante a saúde sistêmica de seus pacientes, trabalhos visando avaliá-los e aprimorá-los podem contribuir para que esta etapa da avaliação seja realizada de forma mais eficiente e objetiva.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

A boca não pode ser avaliada separadamente, ela faz parte de um todo e interage com ele. A saúde do todo só se mantém na vigência do equilíbrio das partes; por isso, intervenções na boca podem repercutir na homeostasia sistêmica, da mesma forma que alterações sistêmicas podem gerar manifestações bucais. Essa é a premissa básica a partir da qual se considera importante, para o cirurgião-dentista, avaliar a história médica dos pacientes.

Identificando condições sistêmicas relevantes, é possível avaliar riscos e prevenir complicações. Dessa forma, o profissional, além de salvaguardar a integridade física do paciente, pode trabalhar com maior segurança.

Consideram-se relevantes as condições sistêmicas capazes de: requerer pré-medicação, precipitar crise emergencial aguda, implicar em precauções especiais para proteção do paciente e equipe odontológica, e exigir possíveis modificações no tratamento (THIBODEAU; ROSSOMANDO⁸³).

A obtenção dessas informações, no entanto, é decorrente de um processo interativo, onde o profissional, em geral por meio de um questionamento, aborda determinadas condições médicas e, ao mesmo tempo, conduz o paciente durante o fornecimento dos dados.

Para BAKER; TEREZHALMY³, é importante averiguar a percepção do próprio paciente quanto ao seu estado de saúde. JOLLY²⁸ também enfatiza que as manifestações do entrevistado não podem ser reprimidas e que, embora seja conveniente e aconselhável o uso de um questionário, o profissional deve utilizá-lo como uma espécie de guia, sem se deixar cercear por ele.

Para JOLLY³⁰, MESROPIAN; WITKOWSKI⁵² e RIEDER⁷¹, um questionário eficiente, além de essencial do ponto de vista legal, eleva a qualidade do tratamento, evitando pacientes insatisfeitos. Também é durante a anamnese, da qual faz parte a história médica, que o profissional tem a oportunidade de conhecer melhor o paciente, tanto do ponto de vista fisiológico quanto comportamental (CASTRO⁶).

MALAMED⁴⁴ acredita que a avaliação da história médica precedendo qualquer tipo de tratamento odontológico está sendo enfatizada e largamente aceita por pacientes e profissionais. É claro que, em algumas situações, como quando se indica sedação endovenosa e anestesia geral, a avaliação sistêmica se torna ainda mais importante. CHAMBERS; SCULLY⁷ lembraram que os riscos associados a tratamentos sob anestesia local são, realmente, bem menores.

JOLLY²⁷ considera com a saúde comprometida o paciente que apresenta uma condição de saúde física, mental e/ou emocional capaz de alterar as

atividades normais ou requerer algum tipo de modificação no padrão usual de tratamento odontológico.

O número de pacientes nessas condições tem crescido muito nos últimos anos, principalmente nas grandes cidades. Num estudo de JONG; OOSTING; ABRAHAM-INPIJN³³, em que 4.087 pacientes foram avaliados mediante um questionário de saúde auto-aplicável, pôde-se concluir que 36,7% apresentava risco médico aumentado.

Após análise das histórias médicas de 2000 pacientes, MORAES; CABRAL; MARTA⁵⁸ verificaram que 10,55% dos pacientes, em geral mulheres adultas, apresentavam a saúde comprometida. A hipertensão arterial foi a alteração mais comumente encontrada.

LOPES; NASCIMENTO⁴² consultaram 714 prontuários e encontraram 112 (15,69%) casos de pacientes portadores de distúrbios sistêmicos. As alterações cardiovasculares se destacaram (29 casos), especialmente a hipertensão arterial e a cardiopatia chagásica. A associação de dois ou mais distúrbios foi constatada em 22 pacientes.

Outro trabalho, de PEACOCK; CARSON⁶⁴, utilizou a combinação de questionário auto-aplicável e entrevista direta para analisar a frequência de desordens sistêmicas em uma população de 590 pacientes com problemas

periodontais. Respostas positivas foram obtidas em 52,5% dos casos, mais freqüentemente nas questões sobre desordem cardiovascular e alergia a drogas.

FENLON; McCARTAN¹⁷ encontraram dados significantes nas histórias médicas de 27% dos pacientes analisados em seu estudo e concluíram que essa incidência de problemas sistêmicos é maior nas mulheres (provavelmente por alterações hormonais, uso de medicamentos ou freqüência maior de visitas ao dentista), mas é ainda mais evidente em pacientes idosos.

JONG; OOSTING; ABRAHAM-INPIJN³³ confirmaram esse dado após constatarem que quanto mais velho é o paciente, mais débil é a saúde geral. PEACOCK; CARSON⁶⁴ também chegaram a mesma conclusão. Em seu estudo, quase 70% das alterações ocorreram no grupo acima de 60 anos.

Na verdade, sob uma perspectiva médica, o paciente idoso é uma combinação entre alterações fisiológicas decorrentes da idade, doenças crônicas e efeitos colaterais resultantes de terapêutica medicamentosa. Artrite, doença cardiovascular e diabetes são, provavelmente, as doenças crônicas mais comuns nessa faixa etária (KILMARTIN³⁷). A idade também torna o indivíduo mais propenso a desordens musculoesqueléticas e a alguns tipos de câncer (JOLLY³¹).

BIJL⁴ chama a atenção para o fato de que, em geral, os idosos são pacientes polimedicados, e que alterações no trato gastrintestinal, no volume de

água corpórea, no fígado, nos rins e nas proteínas plasmáticas podem interferir, respectivamente, na absorção, distribuição, metabolização, eliminação e concentração plasmática dos medicamentos. Por isso, conforme ressaltou STEEN⁸⁰, quando se trata de pacientes idosos, o risco de sub e supertratar é grande. Mudam as referências de normalidade, sinais e sintomas atípicos podem dificultar o diagnóstico e os critérios de avaliação, conseqüentemente, devem ser adaptados.

FELDER; MILLAR¹⁶ e PEACOCK; CARSON⁶⁴ ressaltaram que, justamente por causa dessas alterações decorrentes da idade, muitos medicamentos precisam ter sua frequência e dose reduzidas ou mesmo ser evitados.

Além de conhecer melhor o paciente idoso do ponto de vista médico, é importante não menosprezar o fato de que, como a medicina evoluiu e doenças fatais se cronificaram, as pessoas passaram a viver mais e melhor (EUBANKS¹⁵). O resultado disso é que a população idosa, cada vez mais numerosa e exigente, está procurando por serviços odontológicos com mais frequência do que no passado. Não obstante o fato de requererem maiores cuidados de manejo, esses pacientes podem ter acumulado experiências odontológicas desagradáveis com o passar dos anos e, muitas vezes, precisam ser recondicionados (DOLAN¹¹).

Para MISCH⁵⁵, o implantodontista é o especialista que mais se depara com pacientes idosos e portadores de doença sistêmica. Como algumas desordens podem constituir contra-indicações para a colocação de implantes ou ainda comprometer seu prognóstico a longo prazo, os autores sugerem avaliação médica criteriosa. SMITH; BERGER; DODSON⁷⁹ realizaram uma análise retrospectiva dos prontuários de 104 pacientes com o propósito de investigar os riscos médicos associados à colocação de implantes odontológicos. Concluíram que, quando portadores de desordens sistêmicas são identificados e as devidas precauções tomadas, essas cirurgias são consideradas procedimentos seguros.

Como se pode ver, pela história médica, o profissional fica a par dos problemas de saúde do paciente, das terapêuticas médicas instituídas e das drogas utilizadas. Dessa forma, é possível tomar os cuidados necessários, diminuindo os riscos médicos e aumentando as chances de sucesso para o tratamento odontológico.

Alguns profissionais alegam que o levantamento da história médica consome muito tempo. De fato, num estudo de HAYES; SONIS²², envolvendo 108 pacientes e 160 procedimentos, o tempo gasto na avaliação de pacientes com a saúde comprometida foi duas vezes maior do que nos casos de pacientes saudáveis, mas nenhuma diferença foi constatada no tempo requerido para a realização dos procedimentos técnicos.

É fundamental ressaltar ainda que, quando realizada com consciência e atenção, o levantamento da história médica deixa de ser uma formalidade, ou apenas mais um registro no prontuário do paciente, e passa a refletir uma filosofia de conduta, segundo a qual o dentista zela pela saúde do paciente, a partir do momento em que o considera integralmente.

Um questionário pode ajudar na obtenção dos dados relevantes. É aí, então, que surge a primeira dúvida. Como elaborar um questionário de saúde eficaz, que conteúdo abordar e como fazê-lo? A literatura mostra que, embora alguns quesitos estejam presentes em praticamente todos os questionários sugeridos, e algumas formas de estruturação e aplicação predominem, não há uma padronização.

A controvérsia começa já na escolha do método para a coleta de dados. MINDEN; FAST⁵⁴ acreditam que o uso de um questionário auto-aplicável para apurar a história médica deixa o paciente mais à vontade e consome menos tempo do que o questionamento direto durante entrevista verbal, além de se adaptar mais facilmente ao estilo de cada profissional.

FENLON; McCARTAN¹⁷, entretanto, encontraram erros significantes e omissões de informações em, respectivamente, 5% e 4,2% dos casos em que somente questionários auto-aplicáveis foram utilizados entre 1500 questionários de saúde avaliados.

Um trabalho de JONG et al.³⁴ compara a eficiência de um questionário auto-aplicável e um diálogo paciente-profissional. Para isso, 64 pacientes preencheram, com SIM ou NÃO, um questionário de 43 itens. Em seguida, acadêmicos de odontologia refizeram as perguntas verbalmente, esclarecendo as dúvidas e anotando as respostas. As discrepâncias ocorreram por erros de acuracidade, erros de interpretação e esquecimentos, mas, de um modo geral, as informações se equivaleram, embora a combinação de métodos tenha sido considerada a estratégia mais confiável.

Vários outros autores, como BAKER; TEREZHALMY³, CAMPBELL; SHUMAN; BAUMAN⁵, JACOBSEN; FREDEKIND²⁵, JOLLY³⁰, MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷ e THIBODEAU; ROSSOMANDO⁸³ também são adeptos da associação de um questionário preenchido pelo paciente e uma entrevista verbal conduzida pelo profissional, porque acreditam que ela proporciona uma avaliação mais completa, protegendo o paciente e a equipe, evitando situações de emergência, minimizando riscos legais e auxiliando no diagnóstico de patologias bucais; mesmo porque, segundo JOLLY³⁰, como muitos pacientes não interpretam doenças sistêmicas, sinais, sintomas e medicações como relevantes para a prática odontológica, um simples esquema de pergunta-resposta preenchido pelo paciente pode não fazer com que ele revele informações médicas pertinentes.

KILMARTIN³⁷ concorda que a checagem verbal aumenta a confiabilidade do levantamento e é ainda mais importante quando o paciente é idoso. Informações podem ser omitidas ou deturpadas por dificuldades visuais ou de memória ou ainda porque esses pacientes costumam temer a perda de autonomia quando vêem suas debilidades físicas expostas.

LUTKA; THREADGILL⁴³ acreditam que, nos casos em que são utilizados questionários abreviados, a investigação verbal subsequente deve ser feita por um clínico habilidoso e experiente. Para os autores, uma forma abreviada preenchida pelo paciente, porém sem revisão verbal pelo profissional, tem valor muito limitado.

Apesar da associação de métodos ter maior aceitação na literatura, um estudo de CAMPBELL; SHUMAN; BAUMAN⁵ mostra que, quando se trata de atualizar registros nos retornos dos pacientes, apenas a revisão verbal é utilizada na maioria dos consultórios.

MINDEN; FAST⁵³ verificaram que a elaboração do questionário de saúde, em 70% dos casos, é feita pelos próprios profissionais. Segundo MURPHEY⁵⁹, como eles recebem informações em diferentes épocas e instituições, esta etapa da avaliação física acaba sendo praticada de forma bastante pessoal e diversificada.

THIBODEAU; ROSSOMANDO⁸³ analisaram as formas de história médica adotadas por 50 faculdades de odontologia americanas e canadenses e encontraram mais de 140 questões diferentes, e uma média de 58 questões por questionário.

Um trabalho de MINDEN; FAST⁵⁴, baseado nos questionários adotados por 47 faculdades, mostrou que muitos não agrupavam as questões em nenhum tipo de seqüência lógica aparente e vários outros não mencionavam o médico responsável, nem a última consulta e não deixavam espaço para resumo final, nem para assinatura do aluno ou professor. Os mesmos autores (MINDEN; FAST⁵³), em 1993, haviam sugerido que se deixasse espaço para resumo também ao final de cada categoria de questões.

MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷ propuseram um questionário de história médica onde, propositadamente, as questões que visam apurar o mesmo assunto não são agrupadas. O objetivo é não permitir que o paciente omita informações por não dar a devida atenção ao perceber que aquela seqüência de questões tem a intenção de detectar uma patologia que ele pensa não ter.

Também deve existir uma preocupação no sentido de fazer com que o questionário de saúde constitua documentação adequada do ponto de vista legal. Perguntas não devem ficar sem respostas (SHOUP⁷⁶), da mesma forma que

espaços em branco, palavras marcadas, sublinhadas ou circuladas devem ser evitados (BAKER; TEREZHALMY³).

JACOBSEN; FREDEKIND²⁵ sugeriram que se revisasse somente os temas de maior importância durante a entrevista verbal. Um espaço deveria ser destinado à anotação dos achados médicos significantes e das considerações quanto ao manejo dos mesmos.

McCARTHY; PALLASCH; GATES⁴⁹ mostraram um exemplo de prontuário utilizado na Universidade do Sul da Califórnia que consiste de uma página para história médica e outra para modificações requeridas no tratamento. O questionário é auto-aplicável, auto-explicativo e consiste de 17 questões para serem respondidas com SIM ou NÃO e de uma em que o paciente deve circular a palavra. As modificações requeridas, juntamente com a data da primeira consulta, são anotadas e podem ser anexadas ao questionário. Também há espaço para as observações referentes às sessões seguintes. Nas atualizações periódicas, a auxiliar refaz apenas 2 das 17 questões. Ao final, paciente, profissional e auxiliar devem assinar.

MESROPIAN; WITKOWSKI⁵², MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷ e SHOUP⁷⁶ acreditam que a atualização deve ser feita pelo profissional, e somente ele e o paciente devem assinar, embora a assinatura do paciente seja suficiente para DILLON¹⁰.

CAMPBELL; SHUMAN; BAUMAN⁵ enviaram um questionário a 10.507 higienistas americanas e verificaram que, enquanto a maioria dos profissionais registra as histórias médicas de todos os pacientes novos, apenas metade atualiza as informações nos retornos. Essa atualização de dados pode ser feita anualmente (KARL; GELB³⁵ e RIEDER⁷¹) ou a cada consulta (MESROPIAN; WITKOWSKI⁵²) e uma versão mais resumida do questionário de saúde pode ser utilizada para isso (RIEDER⁷¹).

Segundo SCULLY⁷⁴, as respostas devem ser registradas na forma de SIM ou NÃO, e as positivas exigem maiores esclarecimentos. Num trabalho de THIBODEAU; ROSSOMANDO⁸³, esse formato objetivo de respostas foi empregado em 92% dos questionários avaliados.

MESROPIAN; WITKOWSKI⁵² também constataram que muitos dentistas utilizam o modelo de questionário onde o paciente pode circular a resposta “sim” ou “não” e acrescentar informações complementares num espaço deixado logo abaixo. Para menores de idade, sugere-se uma revisão verbal com o paciente e com o responsável, separadamente, já que um pode fornecer detalhes que o outro desconhece.

Com relação ao conteúdo dos questionários, a variação é grande, principalmente entre as versões utilizadas nos consultórios odontológicos e aquelas adotadas por faculdades.

Num estudo comparativo realizado por MINDEN; FAST⁵³, foram examinados questionários de saúde de 33 profissionais e 33 faculdades. A pontuação final de cada questionário era obtida multiplicando-se o número de questões encontradas sobre cada condição sistêmica por um índice pré-estabelecido que variava de 1 a 5, conforme a importância atribuída ao assunto. A diferença entre os valores totais encontrados foi estatisticamente significativa, principalmente na categoria de sistemas fisiológicos, mas também quando se abordou alergias, medicamentos e hospitalizações. Questões sobre gravidez, complicações menstruais, anticoncepcionais, AIDS e doenças infecciosas foram mais consistentes em número e tipo nos questionários das faculdades.

No âmbito escolar, a necessidade de aprimoramento é ainda maior, já que os alunos costumam fazer do questionário de saúde preconizado pela faculdade um modelo para uso futuro no consultório, conforme indicam os trabalhos de MINDEN; FAST⁵⁴ e YELLOWITZ et al.⁸⁶

LOCKHART; CRIST; STONE⁴¹ comentaram que as questões deveriam ser agrupadas em cinco categorias: hospitalizações, operações, alergias, medicações e doenças sistêmicas.

Para SCULLY⁷⁴, cerca de 12 itens principais deveriam ser abrangidos por um questionário de história médica: anemia; distúrbios de sangramento; alergias e uso de drogas; distúrbios endócrinos; gravidez; convulsões ou desmaios;

internações em hospitais; infecções; icterícia e doenças hepáticas; renais; gastrintestinais e cardiorrespiratórias.

CHAMBERS; SCULLY⁷ consideram de maior relevância: doenças cardiorrespiratórias, tendência a sangramento, diabetes, corticoterapia e risco de infecção por HBV e HIV.

EUBANKS¹⁵ enfatiza a necessidade de se averiguar: cuidados médicos (anotar o diagnóstico, a medicação prescrita, nome, endereço e número de telefone do médico responsável); hospitalizações e cirurgias; alergias (todos os tipos); diabetes (insulino-dependente ou não); doenças pulmonares (principalmente enfisema e tuberculose); doenças hepáticas (hepatite); doenças renais (transplantes); substituição de articulações; desordens de sangramento; gravidez/uso de pílulas anticoncepcionais; doenças sexualmente transmissíveis passadas ou presentes e, no assunto doença cardiovascular, válvulas protéticas, angina do peito, hipertensão e febre reumática.

DILLON¹⁰ concorda com a inclusão dos temas já mencionados e acrescenta ainda: a data da última visita ao médico; dosagem, duração e alterações recentes na prescrição dos medicamentos em uso; radioterapia prévia e reações adversas a alguma droga ou anestésico local.

A inclusão da questão sobre alergia não se discute na literatura. BAKER; TEREZHALMY³ apenas lembram que é preciso caracterizar um episódio

alérgico para que o paciente compreenda claramente o propósito da pergunta. A própria ausência de contratempos dignos de nota quando do relato de experiências com anestesia geral, hospitalizações ou terapêuticas medicamentosas diversas, segundo JOLLY³¹, já tranquiliza, pois é improvável que surjam reações adversas a anestésicos locais ou mesmo a drogas prescritas para fins odontológicos.

Alergia aos sais anestésicos é muito rara. A maioria das reações relatadas após anestésias locais estão relacionadas a agentes preservativos, como o bissulfito de sódio, um antioxidante usado para estabilizar o vasoconstritor. Em pacientes asmáticos esteróide-dependentes, que são potencialmente sensíveis ao bissulfito, deve-se evitar anestésias com vasoconstritor (MASEMAN; WHETSTONE⁴⁷ e PÉRUSSE; GOULET; TURCOTTE⁶⁶).

O uso de vasoconstritores também coloca sob grande risco de complicações cerebrovasculares ou cardíacas os pacientes portadores de feocromocitoma, uma desordem rara caracterizada pela presença de tumores produtores de catecolaminas (PÉRUSSE; GOULET; TURCOTTE⁶⁶).

Benzocaína, sulfonamidas, nitroglicerina e, ainda, altas doses de prilocaína e articaína, por outro lado, têm sido associadas ao desencadeamento de uma doença chamada metemoglobinemia, uma desordem também muito rara caracterizada por dor de cabeça, depressão respiratória, síncope, convulsões e

cianose. O risco da doença se desenvolver a partir de uma anestesia local odontológica é mínimo, mesmo assim MASEMAN; WHETSTONE⁴⁷ contra-indicam o uso de articaína e prilocaína.

Como os anestésicos locais do tipo éster são biotransformados ou inativados no plasma pela enzima colinesterase, um paciente com atipia desta enzima não consegue inativar o anestésico, o que pode levar a overdose tóxica. Da mesma forma, a função hepática comprometida também pode levar a altas concentrações sanguíneas do anestésico amida, já que sua metabolização fica lenta (MASEMAN; WHETSTONE⁴⁷).

Para apurar adequadamente a história de sangramento e hemorragia de um paciente, JOHNSON²⁶ sugere que se pergunte: “Quanto tempo levou para o seu último ferimento parar de sangrar?” “Quando você se machuca, como são as contusões?” “Alguma vez você teve que retornar ao médico porque a ferida cirúrgica não parava de sangrar?” “O que foi feito?” Segundo os autores, mediante suspeita de alguma anormalidade, o médico se encarregará de diagnosticar e medicar o paciente, deixando-o apto ao tratamento odontológico, mas é importante informá-lo da expectativa de sangramento, trauma cirúrgico e tempo de cicatrização associados ao procedimento indicado para o caso.

SCULLY⁷⁴ comenta que hemogramas completos podem ser solicitados quando se suspeita de anemias, leucemias e estados de imunodeficiência. As

histórias de sangramento prolongado após exodontia devem ser investigadas, mas geralmente estão associadas a causas locais. Da mesma forma, o sangramento menstrual excessivo também não deve ser encarado como uma possível manifestação clínica de discrasia sangüínea. Deve-se considerar ainda que: as desordens congênitas de sangramento aparecem na infância; pacientes que foram submetidos à tonsilectomia ou exodontias sem problemas ou aqueles cujo sangramento respondeu a medidas locais têm poucas chances de serem portadores de desordens severas; drogas como anticoagulantes, corticosteróides ou aspirina podem predispor a hemorragia; e pacientes com tendência a sangramento podem pertencer a grupo de risco para hepatite B, C ou D, AIDS e outras infecções.

Para SHOUP⁷⁶, no quesito cardiopatias, é importante questionar diretamente sobre prolapso de válvula mitral, sopro cardíaco, válvula artificial e cirurgia cardíaca prévia.

Ao abordar desordens cardiovasculares, mesmo diante de uma resposta negativa, deve-se investigar sinais e sintomas, como: edema de extremidades, cianose da pele, falta de ar, dor no peito e história de febre reumática na infância. Doenças cardíacas valvulares e falhas cardíacas congestivas podem ser identificadas pela constatação de falta de ar durante esforços físicos ou acúmulo

de fluido nas extremidades. Dor no peito pode ser indicativa de doença arterial coronária e/ou doença valvular (JOLLY³⁰).

Entretanto, muitos pacientes portadores de arritmias cardíacas sérias podem não apresentar sintomas específicos, conforme verificou o estudo de SIMMONS et al.⁷⁸ Eles avaliaram fatores de risco a doenças cardiovasculares em dentistas que participavam dos encontros da ADA em 1988 e 1989. Pela medida da pressão arterial, eletrocardiograma, questionário de avaliação cardiológica e determinação do colesterol, observou-se que a frequência de arritmias aumentava proporcionalmente aos valores de pressão arterial sistólica e diastólica. Esse aumento ocorria, não apenas em dentistas com história de doença cardiovascular ou que apresentavam fatores de risco (como idade e alta taxa de colesterol), mas também naqueles sem sintomas específicos.

Pacientes com doença cardíaca isquêmica ativa, num total de 26, foram submetidos a tratamento odontológico e avaliados por FINDLER et al.¹⁸ Após o atendimento, manteve-se o acompanhamento da função cardíaca e da pressão arterial por 30 minutos. O risco de arritmia significativa esteve relacionado à pressão sistólica alta (> 140 mmHg) e à idade acima de 44 anos, mas não houve sinais de sobrecarga cardíaca, nem aumento na pressão arterial ou alteração na oxigenação sanguínea. Apesar disso, concluiu-se que, se não houver aferição

adequada dos sinais vitais, o tratamento de pacientes com doença cardíaca isquêmica ativa pode ser arriscado.

Para PÉRUSSE; GOULET; TURCOTTE⁶⁵, em casos de arritmia refratária e angina instável, os vasoconstritores estão contra-indicados, por possuírem um efeito cardiovascular potente, aumentando o consumo de oxigênio e, conseqüentemente, o risco de isquemia do miocárdio.

Segundo eles, nos casos de hipertensão severa ou não controlada, o risco potencial de complicações cérebro e cardiovasculares parece ser muito grande, o que contra-indica qualquer tratamento odontológico. Já quando a pressão é apenas suave ou moderadamente elevada, o tratamento odontológico pode ser realizado, e até o uso de vasoconstritores pode ser benéfico, desde que sejam tomadas precauções para evitar injeção intravascular e controlar o estresse.

PARAMAESVARAN; KINGON⁶³ realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o efeito hipertensivo da exodontia, comparando-a com procedimentos não-invasivos. Para isso, 60 pacientes saudáveis tiveram a pressão arterial aferida: 15 minutos antes de entrar no consultório, quando a agulha penetrava na mucosa pela primeira vez, cinco minutos após a administração da anestesia, quando o fórceps era posicionado no dente a ser extraído e dez minutos após o término da intervenção. No grupo controle, formado por 30 pacientes saudáveis submetidos a tratamento não-invasivo, não houve alterações significantes na

pressão arterial. Os resultados mostraram que: uma bradicardia transitória ocorre durante a anestesia local, a exodontia propriamente dita é a parte mais estressante do procedimento, e dez minutos é tempo suficiente para a pressão voltar ao normal.

Nos casos de pacientes infartados, segundo MASEMAN; WHETSTONE⁴⁷, nenhum tratamento odontológico deve ser realizado se o infarto ocorreu nos últimos seis meses. Já PÉRUSSE; GOULET; TURCOTTE⁶⁵ aconselham esperar um ano até que o miocárdio adquira estabilidade elétrica. Angina instável ou recentemente diagnosticada, arritmia descontrolada e hipertensão não tratada também constituem contra-indicações ao tratamento odontológico (MASEMAN; WHETSTONE⁴⁷); enquanto a deficiência cardíaca congestiva descontrolada, que corresponde à descompensação de uma desordem subjacente, constitui a principal contra-indicação, segundo PÉRUSSE; GOULET; TURCOTTE⁶⁵.

O transplante cardíaco está indicado nas desordens terminais para as quais não há terapêutica cirúrgica ou medicamentosa disponível. Segundo CREIGHTON⁹, após a realização de um transplante de coração, o paciente ficará mais suscetível a infecções fúngicas e virais, pois fará uso permanente de medicamentos imunossupressores. Também pode se tornar hipertenso em decorrência do uso de ciclosporina e precisar fazer uso de nifedipine, um

bloqueador dos canais de cálcio freqüentemente associado a hiperplasia gengival.

GOULET; PÉRUSSE; TURCOTTE²¹ alertaram que a administração de vasoconstritores em pacientes tratados com β bloqueadores (medicamentos anti-hipertensivos, antiarrítmicos e antiangina) do tipo não-seletivo aumenta a chance de elevação da pressão sangüínea, seguida por bradicardia reflexa secundária.

Como o índice de mortalidade associado à endocardite bacteriana é alto (cerca de 30%, segundo TARRÍO⁸²), é fundamental que pacientes de risco sejam identificados e as devidas precauções tomadas. WAHL; WAHL⁸⁵ chamam a atenção para o fato de que, apesar do amplo uso de antibióticos, a incidência de endocardite bacteriana não diminuiu muito, talvez devido ao número crescente de pessoas idosas e portadoras de válvulas protéticas, ao fato de que muitos casos não são causados por procedimentos odontológicos ou médicos, ou ainda porque, segundo LOCKHART; SCHMIDTKE⁴⁰, a profilaxia antibiótica pode não ser efetiva em alguns casos.

Um trabalho de MANSUR et al.⁴⁵ avaliou 130 odontólogos que participavam do I Encontro de Odontologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O conhecimento prévio sobre endocardite infecciosa foi confirmado por 110 (84,6%) profissionais; 97 (74,6%) costumavam perguntar ao paciente sobre a existência de sopro cardíaco;

62 (47,8%) indicavam profilaxia antibiótica aos cardiopatas e 90 (69,2%) entravam em contato com o cardiologista, quando necessário.

Já num estudo de AMARAL et al.¹, dos 319 profissionais entrevistados, 234 (73,35%) afirmaram que realizam tratamento odontológico em pacientes cardiopatas; destes, 123 (52,56%) generalizaram as cardiopatias e 162 (69,23%) relataram conhecimento de profilaxia antibiótica, embora apenas 11 profissionais tenham descrito corretamente o esquema terapêutico.

Um estudo de LOCKHART; CRIST; STONE⁴¹ visa determinar a confiabilidade das informações fornecidas pelos pacientes quanto à presença de desordens cardiovasculares, comparando-as às obtidas pela avaliação cardiológica completa. Trinta pacientes com história sugestiva de anormalidade cardíaca foram avaliados. Não houve correlação íntima entre história compatível com sopro e a presença real da patologia, e o número de respostas falso-negativas tornaram muito difícil a identificação do paciente de risco a endocardite bacteriana. Concluiu-se que, diante de um quadro clínico suspeito associado a respostas imprecisas, só resta ao dentista solicitar avaliação cardiológica.

SHOUP⁷⁶ sugere que se pergunte ao paciente, sem constrangimentos, se ele é HIV-positivo ou pertence a grupos de risco, se já usou ou usa cocaína e se já teve tuberculose, hepatite, herpes ou outras doenças contagiosas. Também

especifica que os medicamentos em uso nos últimos três meses devem ser questionados.

Segundo GOULET; PÉRUSSE; TURCOTTE²¹, a cocaína é um agente simpatomimético de ação no sistema nervoso central que estimula a liberação de norepinefrina e inibe sua reabsorção nas terminações nervosas adrenérgicas, resultando em efeitos imprevisíveis no sistema cardiovascular. Este risco é ainda maior se houver injeção intravascular de anestésicos locais com epinefrina enquanto a droga estiver ativa. Sabe-se que picos na concentração sanguínea de cocaína são alcançados dentro de 30 minutos e normalmente desaparecem após duas horas, embora o efeito possa persistir por até quatro a seis horas se a via intranasal for usada.

GOULET; PÉRUSSE; TURCOTTE²¹ e MASEMAN; WHETSTONE⁴⁷ concordam que os antidepressivos tricíclicos são capazes de potencializar a ação vasopressora da epinefrina e da norepinefrina presentes nos anestésicos, o que pode gerar sérias arritmias. O efeito cardiovascular de várias aminas simpatomiméticas também pode ser intensificado pelos inibidores da monoaminaoxidase; mas como estas drogas são muito pouco efetivas sobre catecolaminas exógenas, não há contra-indicação, exceto quando o vasoconstritor for a fenilefrina.

Já quando se associa fenotiazinas (drogas psicotrópicas empregadas no tratamento de desordens psicóticas sérias) e vasoconstritores, ainda segundo GOULET; PÉRUSSE; TURCOTTE²¹, o efeito colateral cardiovascular mais comum é a hipotensão ortostática, porque as fenotiazinas suprimem o efeito vasoconstritor da epinefrina e potencializam seu normalmente fraco efeito vasodilatador. Os autores constataram ainda que certos episódios hipotensivos podem, inclusive, ser falsamente atribuídos a reações vaso-vagais quando, na verdade, pequenas quantidades de anestésico local com epinefrina foram injetadas inadvertidamente na corrente circulatória de pacientes que usavam drogas a base de fenotiazinas.

FELDER; MILLAR¹⁶ enfatizaram a importância de se investigar também as medicações interrompidas recentemente e as razões que levaram a isso, pois alguns efeitos de determinados medicamentos podem persistir mesmo após a interrupção do uso.

Hoje em dia, os dentistas devem usar a história médica também para evitar falhas ao prescrever medicamentos. Para isso, é preciso considerar, não só o diagnóstico estabelecido, mas também as características individuais do paciente, como idade e história médica atual e pregressa (MAREK⁴⁶). As conseqüências deste tipo de erro podem ser desastrosas, tanto para a saúde do paciente quanto para a responsabilidade legal do profissional.

Segundo relato de MITO⁵⁶, as drogas que os pacientes mais admitem utilizar são as empregadas no tratamento de doenças cardiovasculares, seguidas pelos antibióticos e medicamentos ginecológicos. Também são utilizadas drogas classificadas como: psiquiátricas, gastrintestinais, antiasmáticas, endócrinas, neurológicas, analgésicas e anti-histamínicas.

O uso de medicamentos deve ser sempre considerado, não apenas porque indica o estado de saúde do paciente, mas também porque interações medicamentosas podem ocorrer e efeitos colaterais são comuns. Drogas utilizadas para tratar doenças cardiovasculares, por exemplo, podem levar a hipotensão ortostática; terapêutica anticoagulante predispõe a sangramento; e medicamentos para problemas neurológicos podem gerar xerostomia, taquicardia, hipotensão ortostática e alterações de paladar (KARL; GELB³⁵).

Além disso, efeitos colaterais de determinados medicamentos podem representar indícios de superdosagem e o dentista pode ser o primeiro a perceber, uma vez que o efeito pode se manifestar na boca ou ainda ser percebido durante a consulta odontológica, na forma de letargia, depressão, irritabilidade, relato de alterações do sono e confusões mentais, entre outras. Nesses casos, deve-se entrar em contato com o médico responsável e não prescrever nenhuma medicação até que o problema seja sanado (KARL; GELB³⁵).

A possibilidade de interação com fármacos prescritos pelo dentista é maior quando os medicamentos utilizados por indicação médica são antiarrítmicos, anticoagulantes, antidiabéticos, anti-hipertensivos, anti-infecciosos, inibidores da monoamina oxidase e anticonvulsivantes (MENDES⁵¹).

Em pacientes gestantes, as limitações e o correto emprego clínico das mais frequentes classes de farmacoterápicos devem ser analisados com cuidado (SILVA⁷⁷), principalmente porque existe o risco de interação medicamentosa (ELIAS¹²).

Para TRAPP⁸⁴, o controle da dor pós-operatória com anti-inflamatórios não esteróides (eventualmente associados a narcóticos) é quase sempre benéfico, mas há situações, como história de ulceração gastrointestinal, distúrbios da coagulação, artrite reumatóide (quando altas doses já são usadas) e alergia, que justificam alterações na posologia.

Segundo relato de GIBSON; McGOWAN²⁰, antibióticos de largo espectro podem reduzir a eficiência de contraceptivos orais. Foram relatados casos de redução na concentração de estrógeno no plasma e na urina de mulheres fazendo uso de ampicilina e amoxicilina. Também já se verificou aumento na excreção e diminuição na meia vida durante terapia concomitante com tetraciclina. Portanto, os antibióticos podem ser administrados seguramente em mulheres que

utilizam anticoncepcionais, desde que elas sejam devidamente alertadas quanto à possibilidade de concepção resultante de interação entre os medicamentos.

Para MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷, o uso de anticoncepcionais deve ser diretamente questionado porque pode retardar processos cicatriciais. Os autores também defendem a verificação de problemas hormonais e fluxo menstrual excessivo, que podem estar relacionados a alterações gengivais e anemia, respectivamente.

BAKER; TEREZHALMY³ concordam que se deve verificar também os medicamentos que o paciente toma por conta própria e freqüentemente omite, como: aspirina, antiácidos, vitaminas, anticoncepcionais, xaropes e etc. Os autores defendem a revisão dos sistemas fisiológicos. A pele deve ser investigada quanto à presença de alterações de caráter auto-imune ou doenças mucocutâneas; no sistema cardiovascular, deve-se pesquisar doenças valvulares e coronarianas; no sistema respiratório, verificar alergias, enfisema, asma, pneumonia e processos oncológicos; no sistema gastrintestinal, é importante a história de úlcera, gastrite, hepatite, tendência a sangramento e icterícia; no sistema genitourinário, abordar desequilíbrios hormonais, dismenorréias e abortos; no sistema endócrino, questionar sobre os sinais e sintomas de diabetes e problemas na tireóide; desordens no sistema musculoesquelético podem implicar no uso de antiinflamatórios esteróides (risco de crise hipotensiva

durante situações estressantes) e não-esteróides (tendência a sangramento); quanto ao sistema hematológico, pesquisar anemia e leucemia; e no sistema neuropsiquiátrico, questionar sobre epilepsia.

Quanto às desordens neurológicas, PIECUCH; LIEBLICH⁶⁷ advertem que pacientes com história de ataque isquêmico transitório ou derrame, assim como aqueles de risco a embolia, estão normalmente fazendo uso de medicamentos que inibem os mecanismos de coagulação, como a heparina e outras drogas anticoagulantes. Já o manejo de pacientes portadores de epilepsia exige, em primeiro lugar, que se conheça a história médica. É preciso saber qual o tipo de epilepsia, os fatores precipitantes, os sinais premonitórios, a duração do período pós-crise e as manifestações típicas desta fase, bem como os medicamentos utilizados (incluindo dosagem e nível sanguíneo), a colaboração do paciente e o grau de sucesso terapêutico até então obtido, pois há casos refratários.

No quesito desordens endócrinas, MASEMAN; WHETSTONE⁴⁷ e PÉRUSSE; GOULET; TURCOTTE⁶⁶ enfatizam que pacientes com hipertireoidismo não controlado ou não diagnosticado devem ser identificados, pois uma doença cardíaca subclínica frequentemente está presente e o uso de epinefrina pode resultar em taquicardia, falta de ar e dores no peito sendo, portanto, contra-indicado. Além disso, uma crise tireotóxica pode ser precipitada

por sepsia, trauma, cirurgia ou por interrupção prematura do tratamento antitireóide.

Identificar o paciente diabético é uma das principais funções de um questionário de história médica. Os sinais e sintomas devem ser investigados. Para MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷, a perda significativa de peso pode indicar diabetes descompensada.

As implicações clínicas são muitas: predisposição à infecção, dificuldade de cicatrização, tendência a sangramento, xerostomia e maior incidência de problemas periodontais e cáries, entre outras. Além disso, quando se trata de pacientes com diabetes instável ou não controlada, os vasoconstritores, segundo PÉRUSSE; GOULET; TURCOTTE⁶⁶, devem ser evitados, pois podem levar a sérias complicações.

Na revisão dos sistemas fisiológicos, EPSTEIN; SHERLOCK¹³ consideram importante verificar o grau de disfunção hepática eventualmente presente e, conseqüentemente, a habilidade do paciente em metabolizar drogas e produzir fatores de coagulação sangüínea.

Já ao inquerir sobre o sistema renal, segundo RAHMAN; CAGLAYAN; RAHMAN⁶⁸ e RHODUS; LITTLE⁷⁰, é bom lembrar que quase todas as drogas são excretadas pelos rins e o risco de toxicidade deve ser considerado sempre. O número de pacientes que são submetidos a transplantes renais também vem

crescendo muito e o cirurgião-dentista precisa ter consciência de que a imunossupressão medicamentosa subsequente traz consigo conseqüências indesejáveis, como a supressão da função adrenal, o retardo no processo cicatricial e a maior suscetibilidade à infecção. O contato com o médico é essencial para se estabelecer as condições reais do paciente, o risco de rejeição, a necessidade de cobertura antibiótica e a conveniência do tratamento.

SAKURAI et al.⁷³ enfatizam que pacientes no período pós-transplante imediato ou em fase de rejeição aguda não devem receber tratamento odontológico, exceto em caráter emergencial. Já no período pós-transplante estável, o paciente pode e deve ser chamado freqüentemente para controle.

Para BAKER; TEREZHALMY³, a história familiar é importante porque doenças infecciosas, como a tuberculose, podem ser transmitidas entre os membros de uma família. LOPES; NASCIMENTO⁴² também ressaltam sua utilidade na detecção de desordens de caráter hereditário. JOLLY³¹ chama a atenção para o seu papel no diagnóstico de diabetes, doenças renais, desordens cardiovasculares e de sangramento.

Já a história social pode alertar o profissional quanto à presença de fatores ambientais e culturais que também aumentam o risco a infecções, como mudanças freqüentes de endereço, promiscuidade sexual, uso de drogas ilícitas e

álcool e, ainda, viagens freqüentes a, ou imigração de, países subdesenvolvidos (JOLLY³¹).

Para BAKER;TEREZHALMY³, a história social envolve, essencialmente, o uso de tabaco, álcool e drogas, dados importantes para se avaliar o potencial para metabolismo alterado, coagulação anormal e doenças infecciosas.

MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷ alertam para o fato de que o fumo, associado à hipertensão e obesidade, aumenta as chances de doença coronariana, e o álcool pode agravar diabetes descompensada. Além disso, num trabalho de LUTKA; THREADGILL⁴³, o consumo de álcool e o uso de tabaco foram os achados mais comuns, constituindo 55.7% e 40% das respostas positivas aos questionários de saúde, respectivamente.

YELLOWITZ et al.⁸⁶ avaliaram a abordagem do uso de álcool e tabaco nos questionários de saúde de 63 faculdades americanas e canadenses de odontologia. Quase 25% dos questionários não mencionou o uso de álcool nem de tabaco, 25% não solicitou informações sobre tabaco e 36% fez o mesmo quanto ao uso de álcool. Além disso, um terço dos questionários não abordou a história passada ou atual do paciente em relação ao câncer, e menos de 10% dos questionários investigaram uso prévio de tabaco ou álcool, sendo que a duração do vício só foi inquerida em 18% dos casos para o tabaco e apenas 8% para o álcool. Esses achados são particularmente preocupantes dada a alta relação entre

o uso de tabaco e/ou álcool e o risco aumentado de desenvolver lesões cancerizáveis e câncer bucal.

Se o paciente que procura tratamento odontológico é ou foi portador de um tumor maligno, conhecer a terapêutica adotada pelo médico é importante. Quando se fala de radioterapia, as conseqüências clínicas e os cuidados de manejo são bastante conhecidos (DILLON¹⁰, MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷), mas a quimioterapia também tem suas implicações. Para SUNG⁸¹, os efeitos podem não se limitar à região do tumor e toxicidade sistêmica é um achado comum. Os pacientes podem ficar mais suscetíveis à infecção e hemorragia. Ulcerações, xerostomia, mucosite, alterações de paladar, dificuldade de deglutição e perda de apetite também podem ocorrer. Mais uma vez, o contato com o médico é essencial para que sejam obtidas informações quanto ao tipo e dose do medicamento, prognóstico do caso e condições gerais do paciente.

Para JOLLY³¹, dados pessoais como idade e grupo étnico também são válidos para identificar o paciente com mais chances de requerer cuidados especiais. Idosos são mais propensos a cardiopatias; e certos grupos raciais, à anemia e a outras doenças endêmicas. A profissão do paciente, por sua vez, pode indicar exposição ocupacional a substâncias tóxicas. Crenças religiosas que levam a um padrão de vida não usual ou a restrições alimentares podem afetar a disponibilidade do paciente em aceitar determinados procedimentos, como

transusão de sangue, por exemplo. Viagens a certas regiões também podem indicar risco aumentado a algumas doenças (ex: África *versus* infecção pelo HIV ou América Central *versus* malária).

Para BAKER; TEREZHALMY³, profissionais da área de saúde, militares, imigrantes de países subdesenvolvidos, indivíduos que trabalham ou vivem em instituições, que receberam transfusão, ou que são portadores de hemofilia ou outra discrasia sangüínea que predisponha a sangramento são considerados membros de grupo de risco a infecções.

Num estudo de COMFORT; WU⁸, 300 pacientes adultos chineses completaram um questionário onde forneciam informações como experiência prévia de hepatite B, icterícia, doença hepática e doação de sangue recusada. A história de doação de sangue recusada foi um indicador mais útil do que a história de hepatite ou icterícia, mas os autores concluíram que, em se tratando de doenças infecciosas, a história médica pode ajudar, mas o exame sorológico é mandatório.

Hemofílicos, usuários de drogas injetáveis, imunodeficientes, transplantados e pacientes sob hemodiálise ou plasmaferese estão no grupo de risco à hepatite C. Parece improvável que a saliva possa ser um meio de contágio, mas profissionais da área de saúde podem desenvolver a doença após exposições acidentais a agulhas contaminadas. Se as normas para controle de

infecção forem seguidas, o risco de transmissão é mínimo ou inexistente (EPSTEIN; SHERLOCK¹³, EPSTEIN; PORTER; SCULLY¹⁴).

HAZELKORN²³ realizou um trabalho com o objetivo de verificar a reação dos profissionais diante de pacientes que pertencem a grupos de risco a AIDS, e o nível de conhecimento quanto à controle de infecção. Para isso, durante consulta com 90 cirurgiões-dentistas divididos em três grupos, um ator profissional representou o papel de um homossexual, um usuário de drogas endovenosas e um heterossexual. Ao final de cada sessão, um questionário sobre o comportamento dos dentistas era preenchido. Concluiu-se que, embora a maioria tenha feito o levantamento da história médica, nenhum dos profissionais avaliados questionou preferência sexual ou experiência com drogas e, mesmo diante de um paciente claramente de risco, muitos negligenciaram o uso de barreiras de proteção, apesar de demonstrarem conhecê-las.

Um estudo de FLAITS et al.¹⁹ não aconselha a utilização do mesmo questionário de história médica para crianças e adolescentes. O questionário deveria ser modificado a fim de incluir questões sobre fumo, álcool, drogas ilícitas, gravidez, contraceptivos orais e doenças sexualmente transmissíveis. A abordagem de problemas emocionais, familiares, sociais e de auto-estima é discutível, mas o profissional deve estar preparado para considerá-los quando estiverem interferindo no tratamento.

Como se pôde perceber, ainda há dúvidas quanto ao que deveria ou não ser incluído num levantamento de história médica voltado para odontologia. Mais preocupante do que a falta de consenso, entretanto, é o número de questionários inadequados.

Um estudo de MURPHEY⁵⁹ mostrou, mediante análise das respostas de 34 profissionais entrevistados, que pouco mais da metade costuma revisar os sistemas fisiológicos durante a história médica, embora 75% questione os pacientes a respeito de AIDS ou HIV.

Para LUTKA; THREADGILL⁴³, casos não relatados de dependência de drogas, cirurgias, alergias, hipertensão, hipotireoidismo, úlceras, asma e sinusite crônica representam uma preocupação para os dentistas. Estados infecciosos, como tuberculose, herpes zóster e doenças sexualmente transmissíveis também são freqüentemente negligenciados.

Para MINDEN; FAST⁵⁴, embora as conseqüências de uma história médica incompleta ou incorreta sejam óbvias, elas são ainda mais significantes do ponto de vista legal, principalmente quando a falha for na prevenção de interações medicamentosas ou no reconhecimento das manifestações bucais de doenças sistêmicas.

Nos Estados Unidos, existem programas de residência para dentistas que queiram lidar com pacientes em ambiente hospitalar. KELLY; NAPHOLZ³⁶,

NAPHOLZ; KELLY⁶⁰ realizaram um estudo publicado em duas partes sequenciais onde utilizaram um questionário para avaliar 191 diretores de programas de residência. Os resultados mostraram que o exame físico básico (cabeça e pescoço, pressão arterial e pulso) atingiu um alto grau de aceitação em quase 90% dos casos. Já o exame de nível intermediário de dificuldade, que inclui aparência geral, pele, linfonodos e estado neurológico e mental, foi bem aceito por 65% dos participantes. Na avaliação física de grau avançado, onde coração, pulmões, tórax e abdômen são considerados, os entrevistados demonstraram pouca ou nenhuma experiência.

RUSSEL; KINIRONS⁷² elaboraram um questionário para avaliar o grau de preparo e experiência de 60 profissionais da Irlanda do Norte no tratamento de pessoas incapazes e também as eventuais barreiras envolvidas. O percentual de dentistas que costumavam lidar com esses pacientes variou de 60 a 82%. As maiores dificuldades relatadas relacionavam-se ao manejo de pacientes com deficiências mentais e com a saúde muito comprometida, principalmente quando estes eram adultos. Dos dentistas avaliados, 56% apontaram a falta de conhecimento e a inexperiência como fatores que comprometem a qualidade do tratamento oferecido.

Alguns autores, a partir dos dados obtidos com o levantamento da história médica, dividem os pacientes em categorias, de acordo com o risco médico

associado ao tratamento. Para isso, a maior parte dos estudos se baseia no sistema adotado pela AMERICAN SOCIETY OF ANAESTHESIOLOGISTS² (ASA), que classifica o estado de saúde dos pacientes em: classe I (saúde normal, ausência de doença sistêmica); classe II (doença sistêmica de pouca repercussão); classe III (doença sistêmica severa, que limita as atividades); e classe IV (paciente com doença incapacitante, que representa uma constante ameaça à vida).

JONG; ABRAHAM-INPIJN³² testaram uma combinação de questionário auto-aplicável e classificação de risco, onde uma resposta afirmativa à questão principal sempre resultava em ASA classe II, enquanto as subquestões seguintes eram designadas para discriminar entre ASA classes II, III e IV.

Outro estudo de JONG; OOSTING; ABRAHAM-INPIJN³³ concluiu que é possível fazer uma estimativa de risco, mas o nível ASA definitivo só poderia ser determinado após verificação das respostas dos pacientes ou, em alguns casos, após consulta com um médico.

McCARTHY⁴⁸ apresentou um método desenvolvido na Universidade do Sul da Califórnia que se baseia no acrônimo RAM-E. R representa reconhecimento (*recognition*) de risco mediante história médica, sinais vitais e exame físico; A significa avaliação (*assessment*) do risco decorrente do tratamento, usando a classificação ASA; M representa manejo (*management*)

seguro por meio de modificações no tratamento; e E significa cuidados emergenciais (*emergency*), que dificilmente serão requeridos se os princípios RAM forem seguidos.

MALAMED⁴⁴ acredita que, mesmo que da rotina de um consultório odontológico faça parte uma anamnese criteriosa, é fundamental que toda a equipe conheça os sinais e sintomas indicativos das principais emergências médicas, e esteja preparada para agir de forma apropriada, se necessário.

LITTLE; FALACE³⁹ descreveram 46 intercorrências médicas, as implicações potenciais no tratamento odontológico, as modificações a serem feitas, os achados bucais relacionados a cada patologia e, principalmente, como proceder em atendimentos odontológicos emergenciais.

Ao se apurar uma história médica, há que se considerar, também, a boa vontade e a disposição do paciente em revelar informações privadas. Um estudo de McDANIEL et al.⁵⁰ mostrou que quase um quarto dos pacientes consultados relutou em admitir o uso de drogas, por se tratar de atividade ilegal. A disposição dos pacientes em fornecer informações diminuiu à medida que aumentou o nível de escolaridade. Os participantes, principalmente as mulheres, também mostraram maior propensão em admitir doenças sexualmente transmissíveis para um médico do que para um dentista, sendo que, dos

pacientes que hesitaram em revelar informações, a maioria apontou a necessidade de privacidade como principal razão.

Esse mesmo trabalho mostrou que mais de um entre dez pacientes acreditam que profissionais da área de odontologia, sejam eles cirurgiões-dentistas ou higienistas, não precisam ficar totalmente a par do estado de saúde dos pacientes.

Se contar com a colaboração de pacientes adultos já é difícil, quando o paciente é adolescente, obter informações precisas pode ser ainda mais complicado. FLAITZ et al.¹⁹ compararam informações médicas e psicossociais fornecidas por 267 pares de pais/adolescentes (entre 11 e 18 anos de idade). A concordância foi maior nas questões médicas do que nas psicossociais, foi de 91% para doenças renais, 100% para asma e diabetes, 60.3% para depressão, 87% para uso de cigarros e variou de 87 a 99% para doenças infecciosas. Os adolescentes mais jovens concordaram mais com os pais; os meninos, nas questões médicas e as meninas, nas psicossociais. Foi o adolescente quem, mais freqüentemente, forneceu respostas positivas (exceto para incidentes médicos ocorridos antes dos 18 meses). Os autores comentam que embaraço e medo de se expor podem interferir quando membros da família participam, respondendo ao mesmo tempo.

FENLON; McCARTAN¹⁷ ainda alertaram para o fato de que erros e omissões podem ocorrer durante a abordagem da história médica porque os pacientes simplesmente se esquecem dos fatos, temem a recusa de atendimento ou julgam as informações irrelevantes para o tratamento.

Para RAMOS; SILVA⁶⁹, o paciente omite informações principalmente por constrangimento ou receio de ser discriminado. O compromisso de sigilo profissional pode ajudar, fazendo com que o paciente se sinta resguardado. Nos casos de doenças infectocontagiosas, a revelação do fato só é justificável para fins de notificação compulsória. Ao final do questionário, deve-se solicitar a assinatura do paciente, declarando a veracidade das informações. Dessa forma, ele será responsabilizado judicialmente por uma eventual omissão.

LUTKA; THREADGILL⁴³ realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a confiabilidade das informações médicas fornecidas pelo paciente no consultório odontológico. Cento e quinze questionários de saúde tiveram as respostas positivas revisadas. A consulta aos registros médicos dos pacientes mostrou que 256 condições médicas diagnosticadas ou tratadas não foram relatadas durante o levantamento de saúde feito no consultório odontológico. Problemas musculoesqueléticos, seguidos pelos genitourinários e injúrias traumáticas, foram as categorias mais frequentemente omitidas. Cerca de 86,1% dos pacientes relataram de forma imprecisa seus problemas médicos.

Quando se trata de pacientes idosos, informações incorretas, incompletas, omissões, esquecimentos e dificuldades no preenchimento dos questionários são ainda mais freqüentes (HEDEGARD; FRANKS²⁴). NIESSEN⁶¹, NIESSEN; MASH; GIBSON⁶² e SHAY⁷⁵ concluem que um manejo adequado e seguro desses pacientes não é possível sem um diálogo efetivo entre o dentista e o médico responsável. Aliás, o contato com o médico é essencial, seja para buscar informações adicionais quanto ao diagnóstico e tratamento de uma patologia já identificada, seja para solicitar exames clínicos e laboratoriais em casos suspeitos ou ainda para avaliar o paciente antes de um procedimento cirúrgico.

Os testes laboratoriais mais solicitados para pacientes sob tratamento odontológico são os hematológicos e, eventualmente, os microbiológicos. Eles complementam a história médica e, em geral, são solicitados pelo médico. Para procedimentos odontológicos específicos, o próprio dentista pode requerer o exame mais indicado e interpretar seus resultados, mas é sempre bom consultar o médico em caso de dúvida ou quando o paciente apresentar comprometimento sistêmico significativo (JOLLY²⁹).

Entre dentistas que tratam de um mesmo paciente, também deve haver esse tipo de integração. As chamadas cartas de encaminhamento são um meio importante de comunicação entre o clínico geral e o especialista, ou entre profissionais de diferentes especialidades. Para CHAMBERS; SCULLY⁷, é

responsabilidade de quem encaminha incluir, no conteúdo dessas cartas, os dados médicos relevantes do paciente. Num estudo recente, eles compararam as informações relatadas em cartas de encaminhamento com as obtidas por meio de questionário auto-aplicável e entrevista. Setenta pacientes que haviam sido encaminhados por clínicos-gerais (80% dentistas e 20% médicos) relataram dados médicos relevantes, quando questionados. Em apenas 39% das cartas, eles foram citados. Tendência a sangramento, predisposição à endocardite infecciosa e história de diabetes foram documentadas na maioria das cartas (87.5%). História de corticoterapia e alergia à penicilina foram dados frequentemente omitidos (em 60% e 68.5% dos casos, respectivamente). Desordem respiratória não foi mencionada em nenhuma carta e o risco de três pacientes para hepatite B e AIDS também não foi considerado.

Talvez o profissional não se preocupe em transmitir essas informações porque, muitas vezes, nem sequer é ele quem realiza o levantamento da história médica. Ficou demonstrado, num estudo de CAMPBELL; SHUMAN; BAUMAN⁵, que são as técnicas em higiene dental as responsáveis pela maioria das entrevistas nas consultas não emergenciais. As próprias higienistas admitiram não ter muito conhecimento a respeito de hemofilia e doenças cardiovasculares. Aproximadamente metade delas não se julgava preparada o suficiente para continuar a investigação após respostas positivas para

homossexualismo, uso de drogas ilícitas, e história passada de sífilis e gonorréia, possivelmente por falta de conhecimento a respeito dos temas e suas implicações bucais, ou mesmo por se sentirem desconfortáveis ou inibidas abordando a vida privada do paciente ou suas atividades ilegais.

Os dentistas costumam delegar esta função à higienista, ou mesmo à auxiliar (muitas vezes sem qualificação), quando não dão a devida importância ao procedimento ou simplesmente com o intuito de economizar tempo, e acabam se esquecendo de verificar se a pessoa está realmente capacitada.

A validade de informações médicas fornecidas pelo paciente, quando comparadas com dados relatados pelo próprio médico, motivou um estudo de LEVY; JAKOBSEN³⁸. Nele, 104 pacientes responderam a um questionário auto-aplicável revisado verbalmente. As omissões provavelmente ocorreram por dificuldade de expressão, ignorância ou falta de comunicação com o médico. Os resultados do estudo permitiram concluir que não se pode considerar completamente precisas, nem as informações fornecidas pelo paciente, nem as obtidas com o médico, mas a associação de ambas dá mais segurança ao profissional.

Como se pôde perceber, realizar o levantamento da história médica não é garantia de tratamento seguro, uma vez que muitos pacientes não revelam todas as informações necessárias. A alta prevalência de dados incorretos (intencionais

ou não) mostra que é preciso adotar métodos complementares para a obtenção de dados, continuar aderindo às normas de precaução universais, e ter um adequado treinamento para casos de urgência.

Acreditamos que a grande variabilidade na estruturação e no conteúdo abordado pelos questionários de saúde, somada à displicência de muitos profissionais e à mentalidade de alguns pacientes estejam contribuindo para que a avaliação da história médica seja, ainda hoje, praticada de forma inadequada e, acima de tudo, incompatível com a importância que lhe é atribuída, merecidamente, pela literatura.

3 PROPOSIÇÃO

Após revisar a literatura que aborda a importância, o conteúdo, a estruturação e a forma de aplicação de questionários de saúde em odontologia, estabelecemos como propósitos deste trabalho:

1. analisar, descritivamente, o conteúdo abordado por questionários de saúde em odontologia;
2. elaborar um questionário-modelo, respaldado pela literatura e coerente com a realidade constatada;
3. verificar se a qualidade dos questionários é influenciada por fatores como: área de atuação, faculdade de origem e tempo de formado do profissional.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

Nossa amostra é formada por cirurgiões-dentistas que exercem a odontologia clínica em diferentes áreas. A Prefeitura Municipal de Bauru nos forneceu uma listagem dos 540 dentistas oficialmente estabelecidos na cidade, sendo que 411 endereços estavam completos. Enviamos 200 correspondências e aguardamos dois meses. Como o índice de resposta foi abaixo do esperado, remetemos mais 211 e conseguimos totalizar 88 cartas-respostas. Para atingir um número mais expressivo, decidimos abranger os 253 dentistas da região de Jaú, que compreende também as cidades: Dois Córregos, Barra Bonita, Igarapu do Tietê, Brotas, Bariri, Mineiros do Tietê, Bocaina e Itapuí. Com isso, atingimos 152 respostas. Os 196 cirurgiões-dentistas das cidades de Botucatu, São Manuel, Conchas e Areiópolis também foram incluídos, já que os resultados estatísticos parciais encorajaram o aumento da amostra. Essa nova remessa nos rendeu mais 53 cartas-respostas. Portanto, após enviarmos um total de 860 correspondências, conseguimos que 205 profissionais (23,83%) colaborassem.

Todos os 860 cirurgiões-dentistas receberam:

A) *uma carta explicativa (ANEXO 1)*, esclarecendo a natureza da investigação;

B) *um questionário de pesquisa (ANEXO 2)*, solicitando informações sobre o profissional e sua rotina de trabalho, principalmente no que se refere à abordagem sistêmica do paciente: como e quando a saúde geral é avaliada, a procedência do questionário utilizado, se os dados são atualizados e quais as dificuldades encontradas;

C) *um envelope pré-selado endereçado à Faculdade*, para que o envio das respostas não implicasse em despesas para o profissional.

Todos os 205 participantes enviaram o questionário de pesquisa preenchido. As informações obtidas foram avaliadas de forma descritiva, mediante análise percentual.

Os questionários de saúde fornecidos por 112 (54.63%) profissionais também foram submetidos a uma análise descritiva da frequência com que abordam os diferentes assuntos.

Em seguida, consideramos o questionário de saúde que atualmente utilizamos em nossa clínica de Estomatologia (*ANEXO 3*). Ele é o resultado de 20 anos de experiência com diferentes tipos de questionários que foram sendo elaborados e aprimorados, conforme viabilidade de uso e exigência clínica constatadas a longo prazo. A partir do atual questionário, à luz dos conhecimentos adquiridos com a revisão da literatura e de posse dos resultados

da análise descritiva a que foram submetidos os questionários de saúde da amostra, elaboramos um questionário-modelo (*ANEXO 4*).

O questionário-modelo deveria abranger todas as condições sistêmicas realmente relevantes para a prática da odontologia sob anestesia local. Para isso, alguns fatores foram considerados:

1. implicações clínicas;
2. modificações necessárias na conduta do profissional;
3. chances do cirurgião-dentista atuar preventivamente sobre uma condição que implicasse em risco futuro ao paciente;
4. risco de dano físico ao paciente, cirurgião-dentista ou equipe;
5. gravidade das conseqüências da não detecção de um problema presente.

As questões do questionário-modelo foram agrupadas em categorias, conforme envolvessem:

1. Ameaça à vida:

- 1.1 Alergia
- 1.2 Hemorragia
- 1.3 Febre reumática
- 1.4 Desordem cardiovascular
- 1.5 Hipertensão

1.6 Diabetes

2. Adaptações no tratamento:

2.1 Doenças infectocontagiosas:

2.1.1 AIDS

2.1.2 Hepatite B

2.1.3 Tuberculose

2.1.4 Sífilis

2.2 Gravidez

2.3 Epilepsia

3. Cuidados ao prescrever:

3.1 Medicamentos em uso

3.2 Gastrite / Úlcera

4. Saúde geral:

4.1 Tratamento médico atual e/ou recente

4.2 Doenças graves/hospitalizações, cirurgias, anestésias

5. Fatores de risco:

5.1 Fumo

5.2 Alcool

5.3 Drogas

Foram, então, atribuídos valores às questões, dependendo da importância da categoria na qual estivessem inseridas (ver *ANEXO 5*).

Em seguida, todos os questionários da amostra foram numerados de 1 a 112. No verso, eram afixados os questionários de pesquisa, para que se soubesse a procedência. Canetas hidrográficas marcadoras de texto foram utilizadas para destacar as questões relevantes que estivessem presentes. Dessa forma, questões desnecessárias que, porventura, constassem no questionário, não seriam consideradas. Também foi observado se, ao final, eram solicitadas data e assinatura do paciente e/ou profissional.

As informações destacadas em cada questionário foram então anotadas juntamente com dados referentes ao profissional responsável (presentes no questionário de pesquisa anexado):

1. gênero
2. faculdade de origem
3. ano de formatura
4. clínico geral ou especialista
5. especialidade

Dessa forma, foi possível obter um resumo de cada questionário, somente com as informações que seriam realmente úteis na avaliação. As anotações eram

feitas num caderno empregado exclusivamente com essa finalidade, sendo que cada página comportava dados referentes a dois questionários.

A partir da soma dos valores recebidos pelos assuntos abordados, uma nota final era emitida ao resumo e, conseqüentemente, ao questionário.

Em seguida, dependendo da área de atuação, faculdade de origem e tempo de formado dos profissionais, a amostra foi dividida em seis grupos:

1. clínicos gerais
2. especialistas
3. ex-alunos da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP
4. ex-alunos de outras instituições
5. profissionais formados há menos de 15 anos
6. profissionais formados há mais de 15 anos

A análise descritiva dos dados forneceu a média, a mediana e o desvio padrão de cada grupo estudado. Em seguida, pelo método de Mann-Whitney ($p \leq 0.05$), as pontuações dos grupos antagônicos foram comparadas entre si.

As diversas especialidades odontológicas referidas pelos profissionais participantes também foram consideradas, e os questionários de saúde assim

agrupados tiveram suas pontuações submetidas à análise descritiva, onde se obtiveram média e desvio padrão. Em seguida, procedeu-se a análise de variância pelo método de Kruskal-Wallis, que utiliza os valores medianos. Comparações múltiplas foram realizadas pelo teste de Dunn, de forma a se esgotar as possibilidades de combinações entre os grupos, comparando-os dois a dois.

5 RESULTADOS

Os resultados serão divididos em duas partes, conforme refiram-se, respectivamente, aos dados obtidos a partir dos questionários de pesquisa ou dos questionários de saúde enviados.

5.1 Resultados obtidos a partir dos questionários de pesquisa

A idade média dos profissionais que participaram deste estudo foi de 37,21 anos. Noventa e três (45,58%) eram do gênero feminino e 111 (54,41%) do gênero masculino (*FIGURA 5.1*), considerando que houve uma omissão. Quatro profissionais também omitiram a faculdade de origem, 67 (33,33%) graduaram-se pela Faculdade de Odontologia de Bauru-USP, enquanto os demais 134 (66,66%) citaram outras instituições. Destes 134, a Faculdade de Odontologia de Lins foi a responsável pela formação acadêmica de 32 cirurgiões-dentistas (23,88%), enquanto 21 (15,67%) graduaram-se pela Faculdade de Odontologia de Araraquara-Unesp. Em seguida, vieram a Universidade de Marília e a Faculdade de Odontologia de Araçatuba-Unesp, com 16 (11,94%) e 11 profissionais (8,20%), respectivamente.

A amostra era formada por 109 clínicos-gerais (53,17%) e 96 especialistas (46,82%), destes, 18 eram endodontistas, 15 ortodontistas, 14 periodontistas, 11 odontopediatras e também 11 protesistas (*FIGURAS 5.2 e 5.3*). A maior parte dos pacientes por eles atendidos constituía-se de adultos e adultos jovens.

FIGURA 5.1 - Gráfico da distribuição da amostra conforme o gênero dos profissionais

FIGURA 5.2 - Gráfico da distribuição da amostra conforme a área de atuação

FIGURA 5.3 - Gráfico da distribuição da amostra conforme a especialidade

A anamnese é realizada durante a primeira consulta, conforme relato de 154 profissionais (75,12%). A grande maioria, 204 (99,51%), afirmou que costuma verificar o estado de saúde geral dos pacientes. Esse é um procedimento de rotina para 155 cirurgiões-dentistas (75,60%), enquanto 21 (10,24%) só o fazem antes de cirurgias. A suspeita de doença sistêmica é o que justifica o procedimento, segundo 17 profissionais (8,29%). Os demais participantes da amostra, 12 (5,85%), relatam que só avaliam a saúde geral do paciente quando vão submetê-lo a cirurgia e, ao mesmo tempo, suspeitam de alguma doença sistêmica (*FIGURA 5.4*).

FIGURA 5.4 - Gráfico mostrando em que situações e com que frequência os cirurgiões-dentistas da amostra apuram a saúde sistêmica de seus pacientes

Para auxiliar na obtenção dos dados, 112 profissionais (54,63% dos 205 participantes e 13,02% dos 860 contactados) lançam mão de um questionário de saúde. Em apenas seis casos (5,35%), ele é o mesmo que o profissional utilizou enquanto cursava a graduação, enquanto a grande maioria, 106 (94,64%), elaborou um questionário próprio. Destes, 63 (56,25%) tomaram como referência o questionário adotado pela faculdade de origem e os demais 43 profissionais (38,39%) consultaram as mais variadas fontes (*FIGURA 5.5*), entre elas cursos de pós-graduação e programas de computador. Em 11 casos (9,82%), a própria experiência clínica serviu de subsídio para a elaboração do questionário.

FIGURA 5.5 - Gráfico mostrando os tipos de questionário de saúde utilizados com maior frequência pelos cirurgiões-dentistas da amostra

Dos 112 profissionais que utilizam um questionário de saúde, 35 (31,25%) relataram ter adotado uma versão mais resumida para uso em situações de urgência. As informações são atualizadas anualmente, segundo 74 relatos (66,7%). A avaliação da saúde sistêmica do paciente é realizada pelo próprio cirurgião-dentista, através de entrevista verbal, em 71 consultórios (63,39%), enquanto 27 profissionais (24,10%) adotaram a associação de questionário auto-aplicável (preenchido pelo paciente) e entrevista verbal (conduzida pelo profissional).

FIGURA 5.6 - Gráfico mostrando a frequência com que são utilizados os diferentes métodos de aplicação de questionários de saúde, conforme relato dos cirurgiões-dentistas da amostra

Em oito consultórios (7,14%), a avaliação é baseada somente em questionários auto-aplicáveis, sem checagem verbal e, em seis casos (5,35%), a auxiliar é a responsável pelo procedimento (*FIGURA 5.6*).

Dos 112 profissionais que utilizam questionário de saúde, 31 (27,67%) queixaram-se de dificuldade em obter respostas precisas durante o levantamento da história médica. Alguns pacientes, segundo eles, subestimam o questionário ou consideram-no desnecessário, outros desconhecem o próprio estado de saúde, não entendem a pergunta ou se inibem em responder. Os profissionais admitiram

que sentem constrangimento ao perguntar sobre AIDS, doenças venéreas, drogas, álcool e gravidez. Também relataram que, muitas vezes, têm dificuldade para interpretar as respostas ou falta-lhes o conhecimento necessário sobre doenças sistêmicas e contra-indicações de medicamentos.

5.2 Resultados obtidos a partir dos questionários de saúde enviados

Os assuntos mais abordados pelos questionários de saúde avaliados foram: antecedentes alérgicos (104 questionários), diabetes (102), medicamentos em uso (100), tratamento médico (94), história de hemorragia (93) e desordem cardiovascular (92). Em seguida, com frequências intermediárias, estão: hipertensão arterial (77), hospitalizações/cirurgias/doenças graves (75), gravidez (73), epilepsia (70) e febre reumática (61). Relativamente poucos questionários abordaram hepatite B (39), nome do médico (38), gastrite/úlcera (28), tuberculose (28), fumo (21) e AIDS (20). Os assuntos mais omitidos foram: doenças infecciosas, de um modo geral (16), vícios (13), abuso de álcool (11), uso de drogas ilícitas (9) e história de sífilis (9) (*FIGURA 5.7*).

FIGURA 5.7 - Gráfico mostrando a frequência com que os questionários de saúde enviados abordaram diferentes assuntos

A análise descritiva dos dados forneceu a média, a mediana e o desvio padrão de cada grupo estudado. Em seguida, pelo método de Mann-Whitney, as pontuações dos grupos antagônicos foram comparadas entre si.

Os 56 questionários de saúde enviados por cirurgiões-dentistas formados há menos de 15 anos obtiveram média 173,01, enquanto o grupo de profissionais com experiência clínica de mais de 15 anos obteve média 159,64 (*TABELA 5.2*). Embora exista uma diferença matemática, o teste de Mann-Whitney mostrou (adotando-se nível de significância de 5%) não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,27$). O mesmo ocorreu quando os questionários foram comparados levando-se em consideração a faculdade de origem ($p = 0,64$) (*TABELA 5.1*) e a área de atuação dos profissionais ($p = 0,86$) (*TABELA 5.3*).

TABELA 5.1 - Média, mediana e desvio padrão dos grupos divididos conforme a instituição de origem dos profissionais da amostra

Faculdade de origem	N	Média	Mediana	Desvio padrão
FOB	49	168,83	182	45,19
Outras instituições	63	164,38	172	53,27

Teste de Mann-Whitney ($p = 0,64$)

TABELA 5.2 - Média, mediana e desvio padrão dos grupos divididos conforme a experiência clínica dos profissionais da amostra

Experiência clínica	N	Média	Mediana	Desvio padrão
< 15 anos	56	173,01	175,50	41,77
> 15 anos	56	159,64	171,00	56,16

Teste de Mann-Whitney ($p = 0,27$)

TABELA 5.3 - Média, mediana e desvio padrão dos grupos divididos conforme a área de atuação dos profissionais da amostra

Área de atuação	N	Média	Mediana	Desvio padrão
Clínico-geral	46	169,26	172,50	41,16
Especialista	66	164,28	177,50	55,13

Teste de Mann-Whitney ($p = 0,86$)

As diversas especialidades odontológicas referidas pelos profissionais participantes também foram consideradas, e os questionários de saúde assim agrupados tiveram suas pontuações submetidas à análise descritiva, onde se obtiveram média e desvio padrão (*TABELA 5.4*). Em seguida, mediante análise de variância pelo método de Kruskal-Wallis, que utiliza os valores medianos, foi detectada uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,013$) entre os grupos de especialidades que agregavam maior número de profissionais: endodontia (N=12), odontopediatria (N=9), ortodontia (N=9), periodontia (N=9) e prótese (N=6) (*TABELA 5.5*). Comparações múltiplas foram realizadas pelo método de Dunn, de forma a se esgotar as possibilidades de combinações entre os grupos, comparando-os dois a dois. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os questionários adotados por periodontistas e odontopediatras, mais especificamente (*TABELA 5.6*).

TABELA 5.4 - Média e desvio padrão dos grupos divididos conforme a especialidade

Especialidade	N	Média	Desvio padrão
Radiologia	2	191	4,24
Estomatologia	1	188	0
Dentística	3	185	33,95
Endodontia	12	185	25,93
Odontopediatria	9	108	59,81
Ortodontia	9	127	81,56
Dentística / Periodontia	1	202	0
Periodontia	9	184	49,05
Prótese / Endodontia	1	105	0
Prótese/Odonto preventiva	1	118	0
Cirurgia	3	202	22,18
Prótese	6	183	13,63
Periodontia / Implantodontia	1	92	0
Implantodontia	3	214	7,50
Endodontia / Periodontia	1	160	0
Cirurgia / Implantodontia	1	130	0
Endodontia / Radiologia	1	150	0
Dentística / Cirurgia	1	192	0
Prótese / Dentística	1	221	0
Todos os grupos	66	164,28	55,13

TABELA 5.5 - Análise de variância pelo método de Kruskal-Wallis

Especialidade	N	Mediana
Endodontia	12	182
Odontopediatria	9	120
Ortodontia	9	162
Periodontia	9	210
Prótese	6	184

*As diferenças nos valores medianos entre os 5 grupos avaliados são maiores do que o justificável pelo acaso. Há uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,013$)

TABELA 5.6 - Comparações múltiplas pelo método de Dunn

Comparações	Pontuação	Q	p < 0,05
Periodontia vs Odontopediatria	18.667	3.016	sim
Periodontia vs Ortodontia	12.222	1.975	não
Periodontia vs Prótese	3.306	0.478	não
Periodontia vs Endodontia	2.889	0.499	não
Endodontia vs Odontopediatria	15.778	2.725	não
Endodontia vs Ortodontia	9.333	1.612	não
Endodontia vs Prótese	0.417	0.0635	não
Prótese vs Odontopediatria	15.361	2.220	não
Prótese vs Ortodontia	8.917	1.288	não
Ortodontia vs Odontopediatria	6.444	1.041	não

6 DISCUSSÃO

6.1 Discussão da metodologia

Avaliar questionários de saúde, com certeza, é diferente de avaliar a forma com que os cirurgiões-dentistas apuram a saúde sistêmica de seus pacientes. Excelentes questionários podem ser ineficazes se conduzidos por profissionais despreparados, da mesma forma que questionários aparentemente deficientes podem cumprir muito bem sua função se utilizados por cirurgiões-dentistas experientes e conhecedores do que está sendo perguntado.

Entretanto, para realizar uma avaliação mais completa, seria preciso acompanhar a rotina de cada profissional durante certo período de tempo, o suficiente para não incorrer no erro de fazer julgamentos superficiais. Estaríamos, dessa forma, avaliando o profissional e não exatamente o seu questionário de saúde.

As implicações de um estudo dessa natureza, no entanto, são perfeitamente imagináveis. Se já é difícil contar com a colaboração das pessoas no sentido de, apenas, enviar uma parte do seu prontuário, desprovido de qualquer identificação, como os profissionais se comportariam diante da idéia de serem avaliados dentro do próprio consultório, diante do paciente e por uma pessoa estranha? Mesmo se os profissionais concordassem, o que seria bastante

improvável, o trabalho ainda esbarraria em outro problema: a subjetividade, pois seria extremamente difícil estabelecer critérios de avaliação.

Outra saída seria entrevistar os profissionais, pessoalmente. O horário das visitas seria estipulado previamente, mediante contato telefônico e de acordo com a disponibilidade do profissional. Também nesse caso, contar com a colaboração dos participantes não seria fácil, pois a entrevista implicaria em dispêndio de tempo clínico. Além disso, o entrevistador ficaria completamente absorvido, teria que conciliar horários pré-determinados por profissionais estabelecidos em diferentes localidades, considerar possíveis atrasos e deixar a duração da entrevista a critério do entrevistado, já que qualquer imposição poderia implicar em desistência. Além desses fatores práticos, não haveria nenhuma garantia quanto à veracidade das informações fornecidas, nenhuma prova de que determinada condição sistêmica fosse, realmente, apurada.

A mesma desvantagem poderia ser atribuída à entrevista telefônica, talvez até com mais intensidade, pois inverdades ou omissões intencionais poderiam ser encorajadas na ausência do contato pessoal. A viabilidade de execução, por outro lado, seria maior: menos desgaste para o entrevistador e maior aceitação por parte do entrevistado, que não teria que agendar um horário especialmente para isso.

A essa altura, vem em mente uma pergunta óbvia. Por que perguntar ao profissional, por exemplo, se ele questiona desordem cardiovascular? Se for seu costume apurar o assunto, a questão constará no questionário de saúde adotado em seu consultório. É lógico que não utilizar um questionário não implica em não avaliar a saúde sistêmica do paciente, mas só o fato do profissional ter se preocupado em adotar um questionário, já torna menos provável a possibilidade dele negligenciar essa etapa da avaliação do paciente.

Portanto, com o intuito de tornar o estudo mais viável e objetivo, optamos por nos ater à avaliação dos questionários de saúde. Para isso, bastaria que eles nos fossem enviados, o que poderia ser feito pela própria auxiliar, sem despesas nem perda de tempo.

Um questionário foi elaborado e também enviado para que não se desperdiçasse a oportunidade de coletar informações sobre o profissional e sua rotina de trabalho. Melhor caracterizada, a amostra poderia, posteriormente, ser dividida em grupos, e a eventual influência de determinados fatores seria passível de aferição.

Julgamos que esse questionário de pesquisa deveria ser auto-aplicável, para que seu preenchimento fosse rápido, fácil e direto. Na verdade, o profissional apenas fornece dados, não expressa opinião. Por isso, acreditamos que o grau de veracidade não seria maior se as informações fossem obtidas

mediante entrevista direta. O profissional que estiver disposto a fornecer dados incorretos o fará, estando ou não frente ao pesquisador. É possível até que a impessoalidade do questionário de pesquisa tenha deixado os entrevistados mais à vontade para responder a verdade, sem se importar com o que o entrevistador pensaria a seu respeito. Prova disso é o fato de que a grande maioria dos participantes optou por não se identificar.

A elaboração de um questionário-modelo, o que representava um de nossos objetivos, foi antecipada porque precisávamos de um *gold standard*. Contamos com o respaldo da literatura, mas também nos deixamos influenciar, propositadamente, pelo questionário de saúde utilizado em nosso departamento e pelos questionários de saúde enviados pelos participantes.

Valores foram estipulados a cada categoria de questões incluídas no questionário-modelo e, com base neste gabarito, os questionários de saúde eram avaliados e recebiam notas. MINDEN; FAST⁵³ utilizaram um critério onde a pontuação final de cada questionário era obtida multiplicando-se o número de questões encontradas sobre cada condição sistêmica por um índice pré-estabelecido que variava de 1 a 5, conforme a importância atribuída ao assunto.

6.2 Discussão dos resultados

6.2.1 Estruturação dos questionários

Nosso questionário-modelo é composto por tópicos, para que o próprio profissional elabore as perguntas da forma que julgar conveniente. JOLLY²⁸ defende a utilização do questionário de saúde como uma espécie de guia.

Também acatamos a sugestão de JACOBSEN; FREDEKIND²⁵ e McCARTHY; PALLASCH; GATES⁴⁹, que preconizam a utilização de um espaço, ao final do questionário, destinado à anotação dos achados médicos significantes e das considerações quanto ao manejo dos mesmos, embora MINDEN; FAST⁵³ tenham sugerido que se deixasse um espaço para resumo também ao final de cada categoria de questões.

Para SCULLY⁷⁴, as respostas devem ser sempre registradas na forma de SIM ou NÃO, e as positivas exigem maiores esclarecimentos. A maioria dos dentistas da amostra de MESROPIAN; WITKOWSKI⁵² e 92% dos questionários de saúde avaliados por THIBODEAU; ROSSOMANDO⁸³ empregaram esse formato objetivo de pergunta/resposta. Em 72 dos 112 questionários de nossa amostra (64,28%), as respostas (sim/não) eram apenas assinaladas; nos demais, o paciente ou o entrevistador as anotavam num espaço em branco.

6.2.2 Conteúdo geral dos questionários

Num estudo de THIBODEAU; ROSSOMANDO⁸³, a maioria das questões avaliadas ajudava a identificar condições médicas que pudessem: requerer pré-medicação; precipitar crise emergencial aguda; implicar em precauções especiais para proteção do paciente e equipe; exigir possíveis modificações no tratamento.

Em nossa metodologia, dividimos os assuntos em categorias, conforme envolvessem: ameaça à vida; adaptações no tratamento; cuidados ao prescrever; saúde geral; e fatores de risco (principalmente ao câncer e a doenças infecciosas).

Pode-se dizer que há uma certa correspondência entre as duas formas de agrupamento de assuntos. Quando enquadramos uma determinada condição na categoria de "ameaça à vida" significa que, se o cirurgião-dentista não estiver ciente e realizar um procedimento sem tomar as devidas precauções, o paciente poderá sofrer consequências sérias. No trabalho de THIBODEAU; ROSSOMANDO⁸³, essas condições são ditas capazes de "precipitar crise emergencial aguda".

A categoria "adaptações no tratamento" abrange condições que requerem modificações no padrão usual de manejo, incluindo pré-medicação e precauções especiais para proteção do paciente e equipe.

O item "cuidados ao prescrever" prevê efeitos colaterais bucais e interações entre medicamentos prescritos e medicamentos em uso.

A categoria constituída por fumo, álcool e drogas foi denominada, inicialmente, de "fatores de risco ao câncer e a doenças infecciosas", porque havíamos levado em consideração o efeito do fumo como promotor de carcinogênese; a capacidade do álcool de potencializá-lo; e o uso de drogas injetáveis como identificador de pacientes de risco à AIDS e a outras doenças transmissíveis pela via parenteral.

Entretanto, MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷ alertam para o fato de que o fumo, associado à hipertensão e obesidade, aumenta as chances de doença coronariana; e o álcool pode agravar diabetes descompensada. JOLLY³¹ concorda com a verificação desses dados também para se aferir a probabilidade de metabolismo alterado e coagulação anormal. Logo, optamos por alterar a denominação da categoria para "fatores de risco", apenas.

As demais condições (tratamento médico, médico responsável, doenças graves/experiência com hospitalizações, cirurgias e anestésias) estão agrupadas em "saúde geral", pois são mais abrangentes, não abordam uma condição ou um grupo determinado de desordens.

6.2.3 Conteúdo específico dos questionários

EPSTEIN; SHERLOCK¹³ defendem a revisão dos sistemas fisiológicos e consideram importante checar o grau de disfunção hepática eventualmente presente. RHODUS; LITTLE⁷⁰ enfatizam a avaliação da função renal e MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷ baseiam-se no risco de hemorragia pós-exodontia para justificar a necessidade de identificação do paciente portador de doença hepática grave. SCULLY⁷⁴ também incluiu doenças hepáticas e renais em sua lista dos 12 itens que não podem faltar num questionário de história médica.

Em nosso questionário-modelo, não constam três itens da lista de SCULLY⁷⁴: doenças hepáticas, doenças renais e anemia. Consideramos que os dois primeiros acabam sendo identificados quando se investigam tratamento médico, hospitalizações e medicamentos em uso, por isso não delegamos a questões específicas a função de identificar essas condições.

Com relação à anemia, embora SCULLY⁷⁴ a tenha incluído em sua lista, ele próprio admitiu que o nível de hemoglobina abaixo de 10g/dl constitui contra-indicação apenas para anestésias gerais, quando é vital garantir oxigenação completa, conforme enfatizou também JOLLY³¹. Ambos concordam que anestésias locais são seguras em pacientes anêmicos, por isso não incluímos

o assunto em nosso questionário. Julgamos papel do anestesiológista avaliar pacientes que serão submetidos à anestesia geral.

BAKER; TEREZHALMY³ também defendem uma revisão dos sistemas fisiológicos, só que direcionada às alterações relevantes de cada um. Eles sugerem que, na pele, sejam apuradas alterações de caráter auto-imune ou doenças mucocutâneas; no sistema respiratório, alergias, enfisema, asma, pneumonia e processos oncológicos; no sistema genitourinário, desequilíbrios hormonais, dismenorréias e abortos; no sistema endócrino, diabetes e problemas na tireóide; no sistema musculoesquelético, uso de antiinflamatórios esteróides e não-esteróides; no sistema hematológico, anemia e leucemia; e no sistema neuropsiquiátrico, epilepsia.

Ao elaborarmos um questionário-modelo, não foi nosso propósito revisar sistemas fisiológicos. Incluímos quase todos os itens da história médica de BAKER; TEREZHALMY³, mas não perguntamos diretamente sobre anemia e leucemia, nem abordamos alterações cutâneas, genitourinárias, respiratórias ou relacionadas à tireóide. Acreditamos que várias condições sistêmicas não exigem perguntas específicas, pois podem ser averiguadas quando se questiona tratamento médico, o que foi feito por 94 dos 112 questionários avaliados (83,92%).

Procuramos incluir, em nosso questionário-modelo, questões específicas sobre temas imprescindíveis e questões genéricas por meio das quais poderia se obter informação sobre condições sistêmicas não tão relevantes nem tão freqüentes a ponto de merecerem perguntas diretas, mas que poderiam, de alguma forma, ser úteis para o cirurgião-dentista.

CHAMBERS; SCULLY⁷ consideram de maior relevância: desordens cardiorrespiratórias, tendência a sangramento, diabetes, corticoterapia e risco de infecção por HBV e HIV. Concordamos com a inclusão de perguntas específicas e diretas sobre hepatite e AIDS. Já a corticoterapia é passível de detecção por meio da pergunta sobre medicamentos em uso.

Além de temas cuja abordagem é indiscutível, como: hospitalizações e cirurgias, alergias, diabetes, desordens de sangramento, doença cardiovascular, hipertensão, febre reumática, doenças hepáticas (principalmente hepatite), gravidez e doenças sexualmente transmissíveis passadas ou presentes, EUBANKS¹⁵ também defende a inclusão de: desordens pulmonares (principalmente enfisema e tuberculose), substituição de articulações, doenças renais (transplantes), válvulas protéticas, angina do peito e uso de pílulas anticoncepcionais.

Em nosso questionário-modelo, não perguntamos diretamente sobre enfisema, substituição de articulações, transplantes renais ou uso de pílulas

anticoncepcionais, porque consideramos que quando se apura tratamento médico, medicamentos em uso e hospitalizações, essas condições acabam sendo detectadas automaticamente. Já válvulas protéticas e angina do peito, ao nosso ver, são abrangidas quando se questiona desordens cardiovasculares.

EUBANKS¹⁵ enfatiza a necessidade de se averiguar detalhes sobre o tratamento médico e, não só o nome, como também o endereço e o número de telefone do médico responsável. Consideramos que, num primeiro momento, questionar o nome do médico é suficiente. Ainda assim, somente 38 (33,92%) questionários da nossa amostra o fizeram. Detalhes relacionados ao tratamento médico podem e devem ser obtidos, de preferência com o médico responsável e não com o paciente que, na maioria das vezes, não é capaz de fornecer esse tipo de informação com precisão.

Se o paciente que procura tratamento odontológico é ou foi portador de um tumor maligno, conhecer a terapêutica adotada pelo médico realmente é importante. DILLON¹⁰ e MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷ acreditam que se deve apurar história prévia de radioterapia, ao mesmo tempo em que SUNG⁸¹ sugere a abordagem de tratamentos quimioterápicos. Acreditamos que a questão sobre doenças graves/hospitalizações pode servir para essas aferições, embora o paciente relate espontaneamente, na maioria das vezes.

A inclusão da história familiar, defendida por BAKER; TEREZHALMY³, JOLLY³¹ e LOPES; NASCIMENTO⁴², tem procedência, já que várias desordens apresentam caráter hereditário e doenças infecciosas podem ser transmitidas entre os membros de uma mesma família.

A história social, por sua vez, pode alertar o profissional quanto à presença de fatores ambientais e culturais que aumentam o risco a infecções (JOLLY³¹), ou de vícios cuja identificação pode ser útil para avaliar a predisposição do paciente ao câncer e a doenças coronarianas, bem como as chances de metabolismo alterado, coagulação anormal e agravamento de diabetes (BAKER; TEREZHALMY³, MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷).

Concordamos que as histórias familiar e social ajudam a identificar pacientes propensos a desenvolver certas doenças. Em nosso questionário-modelo, os vícios são devidamente abordados e as questões sobre diabetes, doenças infectocontagiosas, cardiopatias e desordens de sangramento são extensivas aos familiares. Acreditamos, no entanto, que a necessidade de apurar a história familiar, muitas vezes, não é passível de ser percebida na primeira consulta. Em caso de desordem de sangramento e cardiopatia, por exemplo, antecedentes hemorrágicos e sinais e sintomas indicativos, respectivamente, são mais relevantes que a história familiar, que só precisaria ser levantada quando a resposta fosse positiva para os itens anteriores.

Acreditamos que história de ataque isquêmico transitório ou derrame não precisa ser questionada diretamente, mas, segundo PIECUCH; LIEBLICH⁶⁷, se a mesma for detectada durante a anamnese, é importante saber que esses pacientes fazem uso de medicamentos que inibem os mecanismos de coagulação.

Pacientes com hipertireoidismo não controlado ou não diagnosticado devem ser identificados, o que pode ser feito quando se questiona tratamento médico e/ou medicamentos em uso. Conforme enfatizaram MASEMAN; WHETSTONE⁴⁷ e PÉRUSSE; GOULET; TURCOTTE⁶⁶, uma doença cardíaca subclínica freqüentemente está presente, o uso de epinefrina está contra-indicado e uma crise tireotóxica pode ser precipitada durante o tratamento odontológico.

A inclusão da questão sobre alergia não se discute na literatura, pois sua importância é incontestável. BAKER; TEREZHALMY³ apenas lembram que é preciso caracterizar um episódio alérgico para que o paciente compreenda claramente o propósito da pergunta e não confunda com outras reações adversas, especialmente de fundo psicogênico. Em nossa amostra, alergia foi o assunto mais abordado dentre os 22 selecionados. Ele estava presente em 104 (92,85%) dos 112 questionários de saúde avaliados.

Observamos que muitos profissionais se excedem no número de perguntas sobre eventuais alergias a anestésicos locais. O profissional precisa saber que

alergia ao sal anestésico é muito rara, inclusive para tranquilizar o paciente, que já tem uma idéia equivocada do assunto.

Questões sobre tratamento médico e medicamentos em uso também servem para identificar, não só pacientes asmáticos, potencialmente sensíveis ao bissulfito de sódio presente no anestésico, (MASEMAN; WHETSTONE⁴⁷ e PÉRUSSE; GOULET; TURCOTTE⁶⁶), mas também aqueles que, porventura, possam ser portadores de doenças raras como feocromocitoma (PÉRUSSE; GOULET; TURCOTTE⁶⁶) e metemoglobinemia, ou de disfunções hepáticas e atipias da enzima colinesterase (MASEMAN; WHETSTONE⁴⁷), que constituem contra-indicações para o uso de vasoconstritores.

Para apurar adequadamente a história de sangramento e hemorragia, JOHNSON²⁶ sugere que se investigue detalhes de eventuais episódios hemorrágicos. A possibilidade de desordens de sangramento era investigada, direta ou indiretamente, em 93 questionários (83,03%) da nossa amostra.

História de febre reumática não pode faltar num questionário de história médica para odontologia, pois é extremamente útil na detecção de pacientes propensos a desenvolver endocardite infecciosa (MESROPIAN; WITKOWSKI⁵², TARRÍO⁸² e WAHL; WAHL⁸⁵). Prova disso é que não há controvérsia na literatura, embora LOCKHART; CRIST; STONE⁴¹ questionem

a eficiência da profilaxia antibiótica e 15,4% dos 130 profissionais avaliados por MANSUR et al.⁴⁵ tenham admitido não conhecer o assunto.

Em nossa amostra, o número de questionários em que constavam perguntas sobre febre reumática foi menor do que se esperava: 61, ou seja, 54,46% do total avaliado.

O quesito cardiopatias estava presente na grande maioria (92) dos questionários, perfazendo 82,14%. Ao abordar esse tema, mesmo diante de uma resposta negativa, deve-se investigar sinais e sintomas (JOLLY³⁰), e um quadro clínico suspeito associado a respostas imprecisas exige avaliação cardiológica (LOCKHART; CRIST; STONE⁴¹).

Nós acreditamos que o profissional deve investigar sinais e sintomas, mas a necessidade de tê-los integralmente transcritos no questionário é discutível. Temos que partir do princípio que o profissional tem conhecimento sobre o assunto e que, naturalmente, buscará maiores detalhes diante de uma resposta positiva ou hesitante.

No âmbito escolar, entretanto, o desmembramento das questões principais em subquestões parece ser uma estratégia didática interessante, pois permite a sedimentação das informações transmitidas em aula teórica.

Para SHOUP⁷⁶, ainda no quesito cardiopatias, é importante questionar diretamente sobre prolapso de válvula mitral, sopro cardíaco, válvula artificial e

cirurgia cardíaca prévia. Aachamos importante, para o dentista, ter consciência de que essas condições, assim como arritmia refratária, angina instável (PÉRUSSE; GOULET; TURCOTTE⁶⁵) e infarte recente (MASEMAN; WHETSTONE⁴⁷) estão dentre as que pretendemos detectar quando questionamos sobre desordens cardiovasculares.

Hipertensão merece uma pergunta específica já que, muitas vezes, pacientes que acabaram de negar cardiopatia admitem ser hipertensos quando questionados diretamente. Além disso, sua alta prevalência ficou demonstrada nos trabalhos de LOPES; NASCIMENTO⁴² e MORAES; CABRAL; MARTA⁵⁸.

GOULET; PÉRUSSE; TURCOTTE²¹ enfatizam a importância de se questionar hipertensão, alegando que uma resposta positiva tem implicações diretas no tratamento. A administração de vasoconstritores em pacientes hipertensos tratados com β bloqueadores do tipo não-seletivo, por exemplo, aumenta as chances de elevação da pressão sangüínea.

Aferições rotineiras da pressão arterial, ao nosso ver, também são fundamentais, pois permitem a identificação de hipertensos não previamente diagnosticados. Em mais da metade dos questionários de saúde avaliados, a pergunta direta estava presente: 77 (68,75%). É provável, no entanto, que vários outros profissionais tenham optado por abordar o assunto juntamente com desordens cardiovasculares.

Em 91,07%, ou seja, em 102 questionários de nossa amostra, a preocupação em identificar pacientes diabéticos estava clara, o que é perfeitamente justificável, uma vez que as implicações clínicas são muitas: predisposição à infecção, dificuldade de cicatrização, tendência a sangramento, xerostomia, problemas periodontais, cáries, etc...

Além disso, quando se trata de pacientes com diabetes instável ou não controlada, os vasoconstritores, segundo PÉRUSSE; GOULET; TURCOTTE⁶⁶, devem ser evitados, pois podem levar a sérias complicações.

MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷ sugerem que, mesmo diante de resposta negativa, sinais e sintomas sejam investigados, incluindo a perda significativa de peso, que pode indicar, entre outras alterações, diabetes descompensada.

SHOUP⁷⁶ acredita que deve-se perguntar ao paciente, sem constrangimentos, se ele é HIV-positivo ou pertence a grupos de risco, se já usou ou usa cocaína e se já teve tuberculose, hepatite, herpes ou outras doenças sexualmente transmissíveis.

Em apenas 20 (17,85%) dos 112 questionários de saúde avaliados havia questões sobre AIDS, tanto diretas quanto indiretas (maioria), mas estas últimas só eram consideradas quando abordavam pelo menos três sinais e sintomas, do contrário estaríamos contabilizando também as questões incapazes de apurar o tema.

O baixo número de questionários que abordavam AIDS pode ser explicado pelo constrangimento passível de ser gerado por uma resposta positiva ou, ainda, pelo eventual caráter ofensivo atribuído, por alguns pacientes, à simples pergunta.

LUTKA; THREADGILL⁴³ verificaram que muitos pacientes omitem estados infecciosos, doenças sexualmente transmissíveis e dependência de drogas, principalmente porque temem perder a privacidade (McDANIEL et al.⁵⁰).

RAMOS; SILVA⁶⁹ sugerem que se enfatize, por escrito ou verbalmente, o compromisso ético com o sigilo profissional, para que o paciente se sinta mais resguardado e menos constrangido ou receoso de discriminação.

Cinco profissionais da nossa amostra queixaram-se da dificuldade de perguntar diretamente sobre AIDS e experiência com drogas. No estudo de HAZELKORN²³, os cirurgiões-dentistas admitiram que não costumam investigar uso de drogas ilícitas ou questionar preferência sexual e muitos, mesmo diante de um paciente claramente de risco a AIDS, negligenciaram o uso de barreiras de proteção.

MURPHEY⁵⁹, por outro lado, avaliou profissionais do Texas e verificou que 75% deles questionam os pacientes a respeito de AIDS ou HIV, mostrando que, em algumas regiões, a pergunta já foi incorporada à anamnese de rotina.

A importância de questionar uso de cocaína foi bastante enfatizada por GOULET; PÉRUSSE; TURCOTTE²¹. Em nossa amostra, uma porcentagem mínima, representada por apenas nove questionários, investigava uso de drogas. O mesmo número de questionários abordou sífilis. Dos 22 temas selecionados, estes dois foram os mais negligenciados.

História passada ou presente de tuberculose constava em 28 questionários, que representavam 25% da amostra. Hepatite B foi a doença infectocontagiosa mais abordada, presente em 39 (34,82%) dos 112 questionários avaliados.

O item tuberculose foi mais assíduo nos questionários enviados por dentistas formados há mais tempo, quando o assunto era mais enfatizado nas escolas, dada a maior prevalência. Com a tendência de aumento no número de casos, acompanhando a incidência crescente da AIDS e o nível precário de vida nas grandes cidades, acreditamos que seria prudente uma revalorização do tema.

Com o advento da penicilina, o número de casos de sífilis caiu drasticamente. Entretanto, o risco significativo de contágio a partir de pacientes sintomáticos e assintomáticos (dada a possibilidade de cicatriz sorológica) justifica a abordagem do tema.

Em nosso questionário-modelo, valores idênticos foram atribuídos a AIDS, hepatite B e tuberculose, pois cada uma tem uma peculiaridade que justifica a pontuação: a gravidade da AIDS, a facilidade de contágio da hepatite

B e a incidência crescente da tuberculose. À sífilis, foi atribuído um valor mais baixo, pela menor gravidade, transmissibilidade e incidência.

A hepatite C não foi incluída porque, segundo EPSTEIN; SHERLOCK¹³ e EPSTEIN; PORTER; SCULLY¹⁴, a saliva parece ser um meio improvável de contágio e, se as normas para controle de infecção forem seguidas, o risco de transmissão é mínimo ou inexistente.

Acreditamos que um questionário de saúde para uso odontológico deve conter perguntas específicas sobre experiência com drogas e doenças infecciosas (AIDS, hepatite B, tuberculose e sífilis) porque, quando não se pergunta diretamente, o paciente simplesmente omite, enquanto que quando a pergunta é clara e objetiva, o paciente terá de mentir para não ser descoberto, incorrerá em contradições mais facilmente e será mais "atormentado" pela consciência.

Acreditamos que um certo constrangimento e/ou tentativa de omissão também pode ocorrer com relação à gravidez, principalmente se esta for indesejada e a paciente for solteira ou adolescente. Com o intuito de evitar omissões, também incluímos, no questionário-modelo, uma pergunta específica sobre este tema. Mais da metade dos questionários avaliados (65,17%) também o fizeram, e a literatura encoraja a abordagem (ELIAS¹², EUBANKS¹⁵, FLAITZ et al.¹⁹, MINDEN; FAST⁵³, SCULLY⁷⁴, SILVA⁷⁷).

A pergunta sobre desmaios e convulsões, presente em 62,5% dos questionários da amostra, tem a intenção principal de detectar portadores de epilepsia. História prévia de desmaio por síncope vaso-vagal ou hipoglicemia não indica, necessariamente, um paciente mais propenso a recorrências (exceto a hipoglicemia em diabéticos), por isso não deve ser superestimada.

Em caso de epilepsia, PIECUCH; LIEBLICH⁶⁷ enfatizam a importância de entrar em contato com o médico responsável a fim de obter alguns detalhes do caso. O dentista precisa estar a par do problema para saber como agir se a crise ocorrer no consultório.

Investigar uso de medicamentos é essencial, não apenas porque indica o estado de saúde do paciente, mas também porque sempre existe o risco de efeitos colaterais e interações medicamentosas (GIBSON; McGOWAN²⁰, KARL; GELB³⁵, MITO⁵⁶), principalmente em pacientes com gastrite ou úlcera (JOLLY³¹, LUTKA; THREADGILL⁴³), assunto abordado por apenas 25% dos questionários da nossa amostra.

Com relação ao uso de medicamentos, os profissionais parecem conscientes da necessidade de aferição, já que perguntas sobre o tema estavam presentes em 89,28% dos questionários.

GOULET; PÉRUSSE; TURCOTTE²¹ e MASEMAN; WHETSTONE⁴⁷ chamam a atenção para a possível interação entre algumas drogas psicotrópicas e vasoconstritores presentes nos anestésicos locais.

Enquanto isso, MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷ acreditam que o uso de anticoncepcionais deve ser diretamente questionado, dada sua capacidade de retardar processos cicatriciais. Ao nosso ver, no entanto, basta que o profissional entenda a abrangência da questão sobre medicamentos e deixe-a clara para o paciente.

Já quanto à apuração de problemas hormonais e fluxo menstrual excessivo, sugerida pelos mesmos autores, acreditamos que deve ser feita somente mediante constatação de alterações gengivais compatíveis e indícios clínicos de anemia.

SHOUP⁷⁶ propõe que se anote os medicamentos utilizados nos últimos três meses. FELDER; MILLAR¹⁶ também julgam necessário abordar as medicações interrompidas recentemente e as razões que levaram a isso, justificando que o efeito de determinadas drogas pode perdurar por algum tempo após a interrupção do uso. Também convém investigar medicamentos cujo uso freqüentemente é indiscriminado e omitido, como aspirina, antiácidos, vitaminas, anticoncepcionais, xaropes e etc. (BAKER; TEREZHALMY³ e JOLLY²⁷). Concordamos com os autores e decidimos que a questão deve

abrançar as medicações recentes e ser extensiva aos medicamentos que os pacientes costumam utilizar por "conta própria".

É interessante questionar experiência com hospitalizações e anestésias, principalmente gerais. Dos questionários avaliados, 66,96% abordaram o assunto. Além de servir para apurar doenças mais sérias, a pergunta oferece uma perspectiva da possibilidade de intercorrências trans e pós-operatórias, pois um paciente que não teve problemas ao ser submetido a procedimentos cirúrgicos e anestésicos prévios inspira menos cuidados (JOLLY³¹).

O trabalho de YELLOWITZ et al.⁸⁶ enfatizou a alta relação entre fumo/álcool e o risco de desenvolver lesões cancerizáveis e câncer bucal. Também mostrou que quase 25% dos questionários de 63 faculdades não mencionavam o uso de álcool nem de tabaco, 25% não solicitou informações sobre tabaco e 36% fez o mesmo quanto ao uso de álcool. Em nossa amostra, apenas 18,75% dos questionários preocuparam-se em detectar pacientes fumantes; 9,82% questionou diretamente sobre álcool e 11,6% mencionou vícios de um modo geral.

JOLLY³¹ concorda que hábitos e vícios devam ser apurados no que ele chama de história social. Ao nosso ver, hábitos e manias, embora não constituam propriamente dados médicos, também podem ser relevantes, principalmente se estiverem levando a alguma alteração bucal ou servirem para

definir um perfil de ansiedade. Consideramos, entretanto, que a identificação desses fatores depende de uma avaliação continuada e de uma associação com achados clínicos compatíveis. Uma simples pergunta não resolve, até porque, muitas vezes, o paciente nem tem consciência do hábito. Enfim, trata-se mais de um desafio diagnóstico do que simplesmente da apuração de mais uma informação.

6.2.4 Dados gerais

CAMPBELL; SHUMAN; BAUMAN⁵ verificaram que, enquanto a maioria dos profissionais registra as histórias médicas de todos os pacientes novos, apenas metade atualiza os dados nos retornos. Setenta e quatro profissionais (66.7%) de nossa amostra disseram que reavaliam as informações médicas anualmente. Para DILLON¹⁰ e MESROPIAN; WITKOWSKI⁵², a atualização do questionário deve ser realizada a cada consulta. Já KARL; GELB³⁵ e RIEDER⁷¹ sugerem que os dados médicos sejam reavaliados anualmente e, para isso, RIEDER⁷¹ defende a utilização de questionários abreviados. Em nosso trabalho, versões resumidas são adotadas, segundo relato de 35 profissionais (31.25%), para uso em situações de urgência.

CHAMBERS; SCULLY⁷ lembram que a avaliação sistêmica, embora deva ser realizada rotineiramente, se faz ainda mais necessária quando é preciso intervir cirurgicamente. Em nosso trabalho, 10.24% dos participantes admitiram só realizar o levantamento da história médica antes de cirurgias.

MISCH⁵⁵ considera o implantodontista o especialista que mais se depara com pacientes idosos e portadores de doença sistêmica. PEACOCK; CARSON⁶⁴ detectaram desordens sistêmicas em 52,5% de 590 pacientes com problemas periodontais e atribuíram a alta prevalência à idade mais avançada dos pacientes.

Os questionários considerados mais completos foram, de fato, os utilizados em periodontia, uma especialidade essencialmente cirúrgica. No outro extremo, ficaram os questionários adotados por odontopediatras.

Pelo que se pôde observar, profissionais cuja especialidade exige uma avaliação sistêmica mais criteriosa dos pacientes estão, de fato, mais preocupados em realizá-la; por outro lado, embora questionários mais superficiais fossem esperados de odontopediatras, a significância estatística atribuída à diferença entre os grupos nos preocupou, pois pode não ser passível de explicação apenas pela faixa etária da clientela, certamente um dado importante, mas também por uma certa negligência dos profissionais.

MINDEN; FAST⁵⁴ defendem o questionário auto-aplicável. FENLON; McCARTAN¹⁷ apontaram falhas nessa forma de obtenção de dados. A maioria

dos autores^{3, 5, 25, 30, 34, 37, 43, 57, 83} considera a combinação de métodos a estratégia mais confiável.

Num estudo de CAMPBELL; SHUMAN; BAUMAN⁵, as técnicas em higiene dental eram as responsáveis pela maioria das entrevistas nas consultas não emergenciais.

Em nosso trabalho, 63,39% dos profissionais entrevistam o paciente para obter informações médicas, enquanto apenas 7,14% preferem utilizar questionários auto-aplicáveis. A associação de entrevista verbal e questionário auto-aplicável é adotada por 24,10% e, em 5,35% dos casos, a avaliação é responsabilidade da auxiliar. De um modo geral, portanto, os profissionais costumam apurar a saúde sistêmica dos pacientes pessoalmente, por meio de entrevista verbal. Acreditamos que, no âmbito acadêmico, a adoção desta estratégia tem procedência, porque propicia a interação entre aluno e paciente. Nos consultórios odontológicos, entretanto, a combinação de métodos pode associar as vantagens de ambos, ou seja, a praticidade do questionário auto-aplicável e a precisão da entrevista verbal.

MINDEN; FAST⁵³ verificaram que a elaboração do questionário de saúde, em 70% dos casos, é feita pelos próprios profissionais. Uma porcentagem ainda maior (94.64%) expressa, em nosso estudo, a preferência dos participantes por utilizar um questionário próprio. Em mais da metade dos casos (56.25%), no

entanto, a referência era a faculdade de origem. Os trabalhos de MINDEN; FAST⁵⁴ e YELLOWITZ et al.⁸⁶ também mostram que os alunos costumam fazer do questionário de saúde preconizado pela faculdade, um modelo para uso futuro no consultório. Esses dados evidenciam a importância e a responsabilidade que recaem sobre as disciplinas encarregadas de ensinar história médica em odontologia nos currículos de graduação.

MINDEN; FAST⁵⁴, após avaliarem questionários de saúde de 47 faculdades, verificaram que em muitos não há espaço para assinatura, nem do aluno, nem do professor. No consultório, MESROPIAN; WITKOWSKI⁵², MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷ e SHOUP⁷⁶ acreditam que profissional e paciente deveriam assinar. McCARTHY; PALLASCH; GATES⁴⁹ solicitam também a assinatura da auxiliar e, para DILLON¹⁰, a assinatura do paciente é suficiente.

Em nosso trabalho, observamos que em 43,75% dos questionários há espaço para data, em 47,32% o paciente assina e, em 34,82%, data e assinatura do paciente são solicitadas ao final. Apenas oito profissionais (7,14%) incluem também a própria assinatura.

THIBODEAU; ROSSOMANDO⁸³ encontraram mais de 140 questões diferentes nos questionários de saúde de 50 faculdades, e uma média de 58 questões por questionário. Em nossa amostra, a média foi de 22,44, mas o

número médio de perguntas realmente necessárias foi de 10,48. Chamou-nos a atenção o grande número de questões repetidas e o fato de que assuntos sem nenhuma relevância eram insistentemente abordados. Propositadamente ou não, um artifício que se mostrou muito freqüente foi o de intercalar formas diretas e indiretas de perguntar, ou ainda o de repetir questões, substituindo termos mais científicos por sinônimos mais coloquiais.

Além disso, muitos profissionais têm o mau hábito de misturar questões que avaliam a saúde sistêmica com outras que investigam disfunção temporomandibular ou que abordam temas de interesse voltado, exclusivamente, para odontopediatria ou endodontia.

Também observamos que é comum, ao final do questionário, perguntar ao paciente se ele deseja acrescentar alguma informação. MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷ julgam essa conduta importante para a identificação de uma doença não relatada. É uma maneira de assegurar a abrangência do questionário.

Em vários formatos auto-aplicáveis, o paciente é esclarecido quanto ao caráter confidencial da avaliação e orientado a deixar a resposta em branco, caso haja dúvida. RAMOS; SILVA⁶⁹ acreditam que o compromisso de sigilo por parte do profissional assegura o fornecimento de informações mais precisas pelo paciente.

Embora MORAES; NAKONECHNYJ⁵⁷ tenham defendido o não agrupamento das questões por assunto; consideramos a ausência de seqüência lógica e de critérios para agrupamento, constatada na maioria dos questionários avaliados em nossa amostra, como fatores que depõem contra a organização e a objetividade que, certamente, se fazem necessárias em prontuários odontológicos.

Pretendemos sugerir a utilização do questionário-modelo proveniente deste trabalho nas clínicas da Disciplina de Estomatologia de nossa instituição para, futuramente, avaliar sua aplicabilidade a longo prazo. À Disciplina de Estomatologia cabem a abordagem da história médica e a preocupação com o aprimoramento de seu ensino no âmbito acadêmico. Isso implica, inclusive, em adotar questionários de saúde eficientes, embasados na literatura e viáveis na prática diária. Eles permitem a sedimentação dos conhecimentos teóricos, servem de modelo para os alunos e ajudam a familiarizá-los com o exercício de uma odontologia mais abrangente, que considera e respeita a interdependência entre boca e corpo.

7 CONCLUSÕES

A discussão dos resultados obtidos permitiu que se chegasse às seguintes conclusões:

1. os assuntos mais abordados pelos questionários de saúde avaliados foram: antecedentes alérgicos, diabetes, medicamentos em uso, tratamento médico, história de hemorragia e desordem cardiovascular;
2. um questionário de saúde para odontologia deve abordar: antecedentes alérgicos e hemorrágicos; história de febre reumática; desordem cardiovascular; hipertensão arterial; diabetes; doenças infectocontagiosas (AIDS, hepatite B, tuberculose e sífilis); gravidez; epilepsia; tratamento médico; nome do médico responsável; medicamentos em uso atual ou recente; gastrite/úlcera; experiência com hospitalizações/cirurgias/doenças graves e vícios (fumo, álcool e drogas);
3. fatores inerentes ao profissional, como: faculdade de origem, tempo de formado e atuação como clínico-geral ou especialista não exerceram influência sobre a qualidade dos questionários de saúde;
4. mas quando se procedeu à comparação entre as especialidades, verificou-se que os questionários utilizados por periodontistas são mais completos que os adotados por odontopediatras.

ANEXOS

ANEXO 1 - Carta explicativa

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru
Departamento de Estomatologia
Disciplina de Radiologia

Caro colega:

Nós, do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP, estamos realizando um trabalho de pesquisa para tese de mestrado com o intuito de verificar como os cirurgiões-dentistas têm apurado a saúde sistêmica de seus pacientes.

Além de servir como subsídio para o aprimoramento do nosso sistema de ensino, os resultados desta investigação também poderão, posteriormente, auxiliá-lo na anamnese de seus pacientes.

Contamos com a sua colaboração, pois ela nos é imprescindível.

Muito obrigado.

Atenciosamente,

Vanessa Cristina Veltrini
Aluna de Pós-Graduação

Ana Lúcia Alvares Capelozza
Professora Assistente Doutora

José Humberto Damante
Professor Associado

ANEXO 2 - Questionário de pesquisa

1. Idade: _____ Fem. ☐ Masc. ☐ Ano de formatura: _____
2. Onde cursou a graduação? _____
3. Clínico Geral ☐ Especialista ☐ _____
4. Maior número de atendimento em pacientes: *(podem ser assinaladas mais de uma alternativa)*
 Crianças ☐ Jovens ☐ Adultos jovens ☐ Adultos ☐ Idosos ☐
5. Do que consiste a sua consulta (1ª sessão)? *(podem ser assinaladas mais de uma alternativa)*
 Exame clínico dos dentes ☐ Exame clínico da mucosa ☐ Anamnese ☐
 Planejamento do caso ☐ Orçamento ☐
6. Você verifica o estado geral de saúde de seus pacientes?
 Sim ☐ Não ☐
7. Quando?
 Rotineiramente ☐ Antes de intervenção cirúrgica ☐ Mediante suspeita de doença sistêmica ☐
8. Você utiliza um questionário de saúde para auxiliá-lo na obtenção dos dados?
 Sim ☐ Não ☐
- # Em relação ao questionário:
9. Você adotou:
 O mesmo utilizado em sua faculdade de origem ☐
 Um questionário próprio, baseado no de sua faculdade ☐
 Outro tipo ☐ _____
10. Você utiliza um outro questionário (mais resumido) em situações de urgência?
 Sim ☐ Não ☐
11. Você atualiza as informações reaplicando o questionário nos retornos anuais?
 Sim ☐ Não ☐
12. O questionário é preenchido:
 Pelo paciente ☐ Pelo profissional ☐ Pela auxiliar odontológica ☐
 Preenchido pelo paciente e revisado verbalmente pelo profissional ☐
13. Você sente alguma dificuldade durante a aplicação do questionário?
 Sim ☐ Não ☐
14. Em caso afirmativo, aponte a(s) dificuldade(s):

Por favor, se você utiliza um questionário de saúde em seu consultório, anexe-o a esta folha. A identificação do profissional e da clínica podem ser omitidas. A pesquisa é impessoal.

ANEXO 3 - Questionário de saúde utilizado no Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo

HISTÓRIA MÉDICA	SIM	NÃO
1. Já teve hemorragia ?.....	()	()
2. É alérgico ?.....	()	()
3. Tem algum problema cardiovascular ?.....	()	()
4. Teve febre reumática ?.....	()	()
5. Tem gastrite ou úlcera ?.....	()	()
6. É diabético ?.....	()	()
7. Costuma desmaiar com frequência ?.....	()	()
8. Está sob tratamento médico ?.....	()	()
9. Está tomando algum medicamento ?.....	()	()
10. Já esteve hospitalizado ou foi operado nos últimos 5 anos ?.....	()	()
11. Tem algum hábito, vício ou mania ?.....	()	()

ANEXO 4 - Questionário-modelo

1-Antecedentes alérgicos ()

1.1 Agente (s): _____

2-Antecedentes hemorrágicos () **alguém na família?*

2.1 Como? _____

2.2 Por quê? _____

3-História prévia de febre reumática () _____

4-Desordem cardiovascular () **alguém na família?*

4.1 Qual? _____

5-Hipertensão arterial () _____

6-Diabetes () **alguém na família?*

6.1 Tipo: _____

7-Doenças infectocontagiosas **tem? teve? alguém na família?*

7.1 AIDS () _____

7.2 Hepatite B () _____

7.3 Tuberculose () _____

7.4 Sífilis () _____

8-Gravidez () Meses: _____

9-Epilepsia () **desmaios, convulsões, ataques*

9.1 Tipo: _____

10-Tratamento médico ()

10.1 Motivo: _____

10.2 Nome do médico: _____

11-Medicamentos em uso atual ou recente () **nome comercial e indicação*

11.1 Quais? _____

12-Gastrite / úlcera () _____

13-Experiência com hospitalizações / cirurgias () **investigar doenças graves*

13.1 Positiva () Negativa () _____

13.2 Motivo: _____

14-Vícios **quantidade / duração / frequência*

14.1 Fumo () _____

14.2 Álcool () _____

14.3 Drogas () _____

Condição sistêmica relatada	Cuidado recomendado

ANEXO 5 - Quadro mostrando os valores atribuídos aos diferentes assuntos conforme a categoria

CATEGORIA	ASSUNTO		VALOR	
Ameaça à vida	Alergia		25	150
	Hemorragia		25	
	Febre reumática		25	
	Desordem cardiovascular		25	
	Hipertensão		25	
	Diabetes		25	
Modificações no tratamento	Doenças Infecção contagiosas	AIDS	7	54
		Hepatite B	7	
		Tuberculose	7	
		Sífilis	3	
	Gravidez		15	
	Epilepsia		15	
Cuidados ao prescrever	Medicamentos em uso		10	20
	Gastrite/úlcera		10	
Saúde geral	Tratamento médico		5	15
	Nome do médico responsável		5	
	Doenças graves/hospitalizações/cirurgias		5	
Fatores de risco	Fumo		2	6
	Álcool		2	
	Drogas		2	
TOTAL				245

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

- 1-AMARAL, J.S. et al. Conduta clínica de cirurgiões-dentistas frente ao cardiopata. Rev. Odont. USP, v.8, n.4, p.287-92, out./dez. 1994.
- 2-AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. New classification of physical status. Anesthesiology, v.24, p.111, 1963.
- 3-BAKER, B.R.; TEREZHALMY, G.T. Evaluating patient risk factors. Tex. dent. J., v.104, n.9, p.12-5, Sept. 1987.
- 4-BIJL, P. Therapeutic considerations in the gerodontic patient. Compendium, v.15, n.4, p. 478, 480, 482, 490, Apr. 1994.
- 5-CAMPBELL, P.R.; SHUMAN, D.; BAUMAN, D.B. ADHA graduate student/faculty research project: health history. J. dent. Hyg., v.67, n.7, p.378-86, Nov./Dec. 1993.
- 6-CASTRO, M. de O. Aspectos psicológicos no tratamento odontológico de pacientes especiais. In: ELIAS, R. Odontologia de alto risco: pacientes especiais. Rio de Janeiro, Editora Revinter, 1995, p. 1-7.
- 7-CHAMBERS, I.; SCULLY, C. Medical information from referral letters. Oral Surg., v.64, n.6, p.674-6, Dec. 1987.
- 8-COMFORT, M.B.; WU, P.C. The reliability of personal and family medical histories in the identification of hepatitis B carriers. Oral Surg., v.67, n.5, p.531-4, May 1989.
- 9-CREIGHTON, J.M. Dental care for the pediatric cardiac patient. J. Canad. dent. Ass., v.58, n.3, p.201-2, 206- 7, Mar. 1992.
- 10-DILLON, M.T. Concise, accurate records are in your best interest. Gen. Dent., v.35, n.4, p.304-6, July/Aug. 1987.

* Normas recomendadas para uso no âmbito da Universidade de São Paulo, com base no documento "Referências Bibliográficas: exemplos", emanado do Conselho Supervisor do Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. em reunião de 20 de setembro de 1990.

- 11-DOLAN, T.A. Identification of appropriate outcomes for an aging population. Spec. care Dent., v.13, n.1, p.35-9, Jan./Feb. 1993.
- 12-ELIAS, R. Pacientes especiais: interação medicamentosa na gravidez. Rev. bras. Odont., v.52, n.5, p.18-20, set./out. 1995.
- 13-EPSTEIN, J.B.; SHERLOCK, C.H. Hepatitis C: rapid progress in medicine and implications for dentistry. J. Canad. dent. Ass., v.60, n.4, p.323-9, Apr. 1994.
- 14-EPSTEIN, J.B.; PORTER, S.R.; SCULLY, C. Non-A, non-B hepatitis and dentistry: a status report for the American Journal of Dentistry. Amer. J. Dent., v.5, n.1, p.49-55, Feb. 1992.
- 15-EUBANKS, S. The dental assistant's role in risk management. The health history (Part 1 of 3-part series). Dent. Assist., v.60, n.5, p.11-4, Sept./Oct. 1991.
- 16-FELDER, R.S.; MILLAR, S.B. Dental care of the polymedication patient. Dent. Clin. N. Amer., v.38, n.3, p.525-36, July 1994.
- 17-FENLON, M.R.; McCARTAN, B.E. Validity of a patient self-completed health questionnaire in a primary care dental practice. Community Dent. oral Epidem., v.20, n.3, p.130-2, June 1992.
- 18-FINDLER, M. et al. Dental treatment in very high risk patients with active ischemic heart disease. Oral Surg., v.76, n.3, p.298-300, Sept. 1993.
- 19-FLAITZ, C.M. et al. A comparison of parent and adolescent responses from independent health histories. Pediat. Dent., v.13, n.1, p.27-31, Jan./Feb. 1991.
- 20-GIBSON, J.; McGOWAN, D.A. Oral contraceptives and antibiotics: important considerations for dental practice. Brit. dent. J., v.177, n.11-2, p.419-22, Dec. 1994.
- 21-GOULET, J.P.; PÉRUSSE, R.; TURCOTTE, J.Y. Contraindications to vasoconstrictors in dentistry: Part III. Pharmacologic interactions. Oral Surg., v.74, n.5, p.692-7, Nov. 1992.

- 22-HAYES, C.; SONIS, S.T. Effect of medical status on dental procedure time. Spec. care Dent., v.12, n.2, p.71-3, Mar./Apr. 1992.
- 23-HAZELKORN, H.M. Do dentists have sufficient information about their patients to control infection? J. dent. Educ., v.54, n.2, p.149-52, Feb. 1990.
- 24-HEDEGARD, B.; FRANKS, A.S.T. Odontologia geriátrica. Rio de Janeiro, Ed. Labor do Brasil, 1977, p. 131-3.
- 25-JACOBSEN, P.L.; FREDEKIND, R. A multiple language health history for dental practice. J. Calif. dent. Ass., v.21, n.5, p.25-36, May 1993.
- 26-JOHNSON, B.S. Altered hemostasis: considerations for dental care. J. Calif. dent. Ass., v.23, n.11, p.41-54, Nov. 1995.
- 27-JOLLY, D.E. Evaluation of the medical history. Dent. Clin. N. Amer., v.38, n.3, p.361-80, July 1994.
- 28-JOLLY, D.E. Evaluation of the medical history. Anesth. Progr., v.42, n.3-4, p.84-9, 1995.
- 29-JOLLY, D.E. Interpreting the clinical laboratory. J. Calif. dent. Ass., v.23, n.10, p.32-40, Oct. 1995.
- 30-JOLLY, D.E. Interpreting the medical history. J. Calif. dent. Ass., v.23, n.10, p.19-28, Oct. 1995.
- 31-JOLLY, D.E. Recognition of medical risk in the dental patient. Anesth. Progr., v.42, n.3-4, p.90-2, 1995.
- 32-JONG, K.J.M.; ABRAHAM-INPIJN, L. A risk-related patient-administered medical questionnaire for dental practice. Int. dent. J., v.44, n.5, p.471-9, Oct. 1994.
- 33-JONG, K.J.M.; OOSTING, J.; ABRAHAM-INPIJN, L. Medical risk classification of dental patients in the Netherlands. J. Publ. Hlth. Dent., v.53, n.4, p.219-22, Fall 1993.

- 34-JONG, K.J. et al. Clinical relevance of a medical history in dental practice: comparison between a questionnaire and a dialogue. Community Dent. oral Epidem., v.19, n.5, p.310-1, Oct. 1991.
- 35-KARL, E.H.; GELB, D.A. Drugs, your patient, and you: the need for a continually updated medical history. J. Conn. St. dent. Ass., v.61, n.2, p. 65-8, Apr. 1987.
- 36-KELLY, W.H.; NAPHOLZ, L. A national survey of medical risk assessment instruction in general practice residency programs (Part II). Spec. care Dent., v.12, n.4, p.165-71, July/Aug. 1992.
- 37-KILMARTIN, C.M. Managing the medically compromised geriatric patient. J. prosth. Dent., v.72, n.5, 492-9, Nov. 1994.
- 38-LEVY, S.M.; JAKOBSEN, J.R. A comparison of medical histories reported by dental patients and their physicians. Spec. care Dent., v.11, n.1, p.26-31, Jan./Feb. 1991.
- 39-LITTLE, J.W.; FALACE, D.A. Dental management of the medically compromised patient. 3. ed. Saint Louis, Mosby, 1988.
- 40-LOCKHART, P.B.; SCHMIDTKE, M.A. Antibiotic considerations in medically compromised patients. Dent. Clin. N. Amer., v.38, n.3, p.381-402, July 1994.
- 41-LOCKHART, P.B.; CRIST, D.; STONE, P.H. The reliability of the medical history in the identification of patients at risk for infective endocarditis. J. Amer. dent. Ass., v.119, n.3, p.417-8, 421-2, Sept. 1989.
- 42-LOPES, W.C.; NASCIMENTO, Z.C.P. Pacientes com distúrbios sistêmicos na clínica odontológica. ROBRAC, v.6, n.18, p.29-34, jun. 1996.
- 43-LUTKA, R.W.; THREADGILL, J.M. Correlation of dental-record medical histories with outpatient medical records. Gen. Dent., v. 43, n.4, p.342-5, July/Aug. 1995.
- 44-MALAMED, S.F. Managing medical emergencies. J. Amer. dent. Ass., v.124, p.40-57, Aug. 1993.

- 45-MANSUR, A.J. et al. Prevenção da endocardite infecciosa: a necessária participação dos dentistas. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v.42, n.2, p.165-7, mar./abr. 1988.
- 46-MAREK, C.L. Avoiding prescribing errors: a systematic approach. J. Amer. dent. Ass., v.127, n.5, p.617-23, May 1996.
- 47-MASEMAN, D.C.; WHETSTONE, S.D. Medical history review prior to local anesthesia administration. Dent. Hyg., v.62, n.3, p.131-5, Mar. 1988.
- 48-McCARTHY, F.M. Recognition, assessment and safe management of the medically compromised patient in dentistry. Anesth. Progr., v.37, n.5, p.217-22, Sept./Oct. 1990.
- 49-McCARTHY, F.M.; PALLASCH, T.J.; GATES, R. Documenting safe treatment of the medical-risk patient. J. Amer. dent. Ass., v.119, n.3, p.383-9, Sept. 1989.
- 50-McDANIEL, T.F. et al. Assessing patient willingness to reveal health history information. J. Am. dent. Ass., v.126, n.3, p.375-9, Mar. 1995.
- 51-MENDES, G.L. Interação medicamentosa. Rev. gaúcha Odont., v.34, n.4, p.345-8, jul./ago. 1986.
- 52-MESROPIAN, J.D.; WITKOWSKI, T.A. Patient records: medical history. WDA J., v.66, n.10, p.548-50, Oct. 1990.
- 53-MINDEN, N.J.; FAST, T.B. The patient's health history form: how healthy is it? J. Amer. dent. Ass., v.124, n.8, p.95-101, Aug. 1993.
- 54-MINDEN, N.J.; FAST, T.B. Evaluation of health history forms used in U.S. dental schools. Oral Surg., v.77, n.1, p.105-9, Jan. 1994.
- 55-MISCH, C. Analysis of medical history pinpoints conditions that contraindicate implants. Dentistry., v.67, n.2, p.23-4, Mar. 1989.
- 56-MITO, R.S. Medically compromised patients. J. Calif. dent. Ass., v.23, n.10, p.15-8, Oct. 1995.

- 57-MORAES, S.; NAKONECHNYJ, P. Questionário de saúde. Sua importância e aplicação em odontologia. Rev. bras. Odont., v.47, n.1, p.48-56, jan./fev. 1990.
- 58-MORAES, S.; CABRAL, M.G.; MARTA JR., E.A. Prevalência de patologias sistêmicas ou condições especiais em pacientes odontológicos atendidos em pronto-socorro: análise de 2.000 atendimentos. Rev. bras. Odont., v.50, n.6, p.32-5, nov./dez. 1993.
- 59-MURPHEY, G.T. Medical histories and records keeping in Fort Worth dental practices. Tex. dent. J., v.109, n.11, p.17-8, Nov. 1992.
- 60-NAPHOLZ, L.; KELLY, W.H. A national survey of medical risk assessment instruction in general practice residency programs (Part I). Spec-care-Dent., v.12, n.4, p.157-64, July/Aug. 1992.
- 61-NIESSEN, L. Oral pharmaceuticals and adult dental patients. J. Amer. dent. Ass., v.125, p.54s-63s, Jan. 1994 Supplement.
- 62-NIESSEN, L.C.; MASH, L.K.; GIBSON, G. Practice management considerations for an aging population. J. Amer. dent. Ass., v.124, n.3, p.55-60, Mar. 1993.
- 63-PARAMAESVARAN, M.; KINGON, A.M. Alterations in blood pressure and pulse rate in exodontia patients. Aust. dent. J., v.39, n.5, p.282-6, Oct. 1994.
- 64-PEACOCK, M.E.; CARSON, R.E. Frequency of self-reported medical conditions in periodontal patients. J. Periodont., v.66, n.11, p.1004-7, Nov. 1995.
- 65-PÉRUSSE, R.; GOULET, J.P.; TURCOTTE, J.Y. Contraindications to vasoconstrictors in dentistry: Part I. Cardiovascular diseases. Oral Surg., v.74, n.5, p.679-86, Nov. 1992.
- 66-PÉRUSSE, R.; GOULET, J.P.; TURCOTTE, J.Y. Contraindications to vasoconstrictors in dentistry: Part II. Hyperthyroidism, diabetes, sulfite sensitivity, cortico-dependent asthma, and pheochromocytoma. Oral Surg., v.74, n.5, p.687-91, Nov. 1992.

- 67-PIECUCH, J.F.; LIEBLICH, S.E. Neurologic emergencies. Dent. Clin. N. Amer., v.39, n.3, p.567-75, July 1995.
- 68-RAHMAN, M.M.; CAGLAYAN, F.; RAHMAN, B. Periodontal health parameters in patients with chronic renal failure and renal transplants receiving immunosuppressive therapy. J. Nihon Univ. Sch. Dent., v.34, n.4, p.265-72, Dec. 1992.
- 69-RAMOS, D.L.P.; SILVA, M. Aspectos éticos do atendimento odontológico a paciente HIV positivo. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v.48, n.3, p.1341-5, maio/jun. 1994.
- 70-RHODUS, N.L.; LITTLE, J.W. Dental management of the renal transplant patient. Compendium, v.14, n.4, p.518-24, 526, 528, 532. Apr. 1993.
- 71-RIEDER, C.E. Obtaining patient history. J. Calif. dent. Ass., v.15, n.12, p.16-23, Dec. 1987.
- 72-RUSSEL, G.M.; KINIRONS, M.J. The attitudes and experience of community dental officers in Northern Ireland in treating disabled people. Community dent. Hlth, v.10, n.4, p.327-33, Dec. 1993.
- 73-SAKURAI, K. et al. Dental treatment considerations for the pre and post organ transplant patient. J. Calif. dent. Ass., v.23, n.11, p.61-8, Nov. 1995.
- 74-SCULLY, C. The new professional role of the dentist under aspects of internal medicine. Int. dent. J., v.43, n.4, p.323-34, Aug. 1993.
- 75-SHAY, K. Identifying the needs of the elderly dental patient. The geriatric dental assessment. Dent. Clin. N. Amer., v.38, n.3, p.499-523, July 1994.
- 76-SHOUP, R.K. Risk management recommendations. Indianapolis District Dental Society Peer Review Committee. J. Indiana dent. Ass., v.72, n.6, p.12-6, Nov./Dec. 1993.
- 77-SILVA, J.R.O. Avaliação e tratamento da paciente gestante na odontologia. Odont. mod., v.17, n.7, p.23-8, jul. 1990.
- 78-SIMMONS, M.S. et al. Screening dentists for risk factors associated with cardiovascular disease. Gen. Dent., v.42, n.5, p.440-5, Sept./Oct. 1994.

- 79-SMITH, R.A.; BERGER, R.; DODSON, T.B. Risk factors associated with dental implants in healthy and medically compromised patients. Int. J. oral Maxillofac. Implants, v.7, n.3, p.367-72, Fall 1992.
- 80-STEEN, B. Common diseases, functional disorders and medication among the elderly. Int. dent. J., v.42, n.5, p.335-8, Oct. 1992.
- 81-SUNG, E.C. Dental management of patients undergoing chemotherapy. J. Calif. dent. Ass., v.23, n.11, p.55-9, Nov. 1995.
- 82-TARRÍO, C.M. Com o coração na boca. Rev. Ass. paul. cirurg. Dent., v.48, n.5, p.1432-44, set./out. 1994.
- 83-THIBODEAU, E.A.; ROSSOMANDO, K.J. Survey of the medical history questionnaire. Oral Surg., v.74, n.3, p.400-3, Sept.1992.
- 84-TRAPP, L.D. Oral analgesics in the compromised dental patient: what are the options? J. Calif. dent. Ass., v.23, n.10, p.47-50, Oct. 1995.
- 85-WAHL, M.J.; WAHL, P.T. Prevention of infective endocarditis: an update for clinicians. American Heart Association. Quintessence Int., v.24, n.3, p.171-5, Mar. 1993.
- 86-YELLOWITZ, J.A. et al. Assessment of alcohol and tobacco use in dental schools' health history forms. J. dent. Educ., v.59, n.12, p.1091-6, Dec. 1995.

ABSTRACT

Evaluation of the patient's general health before dental treatment is necessary to identify relevant systemic conditions, evaluate risks and reduce eventual complications. Of the 860 dentists contacted by letters, 205 collaborated and provided information about how and when the patients' general health condition is evaluated, the frequency of updating, and the difficulties found. 112 of the dentists also provided the health questionnaires which they use for each patient. The information was evaluated, first in a descriptive way, and then, through an approach where the importance of the topic determined the value received by the question. For that, the questions were divided into categories, which involved: life threatening conditions; necessary adaptations from normal treatment; conditions which influence drug use; general health and habits that act as risk factors for cancer or infectious diseases. Based on the dentists' area of specialization, location of training and length of clinical experience, the sample was divided in 6 groups: general practitioners *versus* specialists; ex-students of Dentistry School of Bauru *versus* ex-students of others institutions, and dentists with less than 15 years of practice *versus* those with more than 15 years. It was not possible to establish a statistically significant correlation among the quality of a health questionnaire and these factors, but the questionnaires used by periodontists were more complete than those adopted by pediatric dentists ($p<0.05$). The topics about which questions were asked most frequently were on allergy, diabetes and drugs in use.