

Optimização da anamnese em Medicina Dentária

Anamnesis optimization in Dentistry

Hélder Esteves^{1*}; José Maria Suárez Quintanilla²

¹ Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal

² Escola Médica e Odontológica da Real Universidade de Santiago de Compostela, Espanha

Resumo

O aumento da esperança de vida das populações, aliada à globalização, a alterações nutricionais e à melhoria significativa nos cuidados de saúde, tem provocado, nos últimos tempos, uma mudança no perfil dos pacientes que procuram tratamento médico-dentário. A anamnese desempenha um papel cada vez mais relevante na clarificação do estado de saúde do paciente. A forma mais eficaz de evitar perda ou incorrecções de informação na relação médico-paciente consiste na conjugação adequada da comunicação verbal durante a consulta, com a utilização de questionários médicos normalizados, como o European Medical Risk Related History (EMRRH).

O propósito deste estudo consistiu na utilização do questionário EMRRH integrado no ficheiro clínico informatizado para a determinação do perfil e risco médico de uma população que ocorre às consultas de Medicina Dentária solicitando tratamento.

A amostra foi constituída por 1338 pacientes, maiores de 18 anos, que solicitaram tratamento na Clínica Dentária da Universidade Católica Portuguesa em Viseu e que voluntariamente aceitaram participar neste estudo.

A média das idades dos pacientes foi de $43,2 \pm 16,9$ anos e do total, 39,4% referiram dois ou mais antecedentes pessoais e/ou medicações. Os três antecedentes pessoais mais frequentemente referidos foram: 1) lipotimia – 30,9%; 2) hipertensão – 18,8%; 3) alergia – 6,9%; Relativamente à medicação observou-se: a) antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos – 13,6%; b) anti-hipertensivos 12,9%; c) redutores do colesterol e triglicérides – 6,0%. Os pacientes sem risco médico (ASA I) totalizaram 46%, os ASA II – 41,8%, os ASA III – 7,5% e os ASA IV – 4,6%.

Este estudo reforça a importância da anamnese minuciosa muitas vezes esquecida ou subvalorizada. A elevada prevalência encontrada de pacientes com risco médico ASA II, ASA III e ASA IV, deve ser objecto de estudo sistemático e alargado. A utilização do questionário em suporte informático, simplifica a aquisição dos dados clínicos, identifica e cria automaticamente o alerta do risco médico ASA de cada paciente, uniformiza a comunicação entre os profissionais de saúde oral e poupa tempo.

Palavras-chave: Antecedentes pessoais; risco médico; EMRRH; medicamento comprometido; ASA risco; anamnese; questionário de saúde; tratamento dentário. ☐☐

Abstract

Recently, in developed countries, dental patient profile has been changed due to the increased of population mean age, health care improvements, globalization, nutritional and socioeconomic modifications. Therefore, the anamnesis should be empathized for getting patient information about his health status. The most effective way, was through direct conversation combined with standardized questionnaires, as EMRRH.

The purpose of this study was to check the profile and medical risk of a population who attend dental care, using the EMRRH integrated in the clinical dental record software.

The data was collected from 1338 patients older than 18 years that attend dental care at Dental Clinic of Portuguese Catholic University in Viseu. The mean ages was $43,2 \pm 16,9$ years and from all 39,4% referred two or more antecedents and/or medication. The three most prevalent antecedents found were: 1) lipothymies – 30,9%; 2) hypertension – 18,8%; 3) allergies – 6,9%; Related with medications: a) antidepressant, anxiolytic and hypnotic – 13,6%; b) antihypertensive – 12,9%; c) cholesterol-lowering and triglycerides-lowering – 6,0%. The patients without medical risk were 46%, those with ASA II were 41,8%, ASA III 7,5% and ASA IV were 4,6%.

This study emphasizes the importance of a detailed anamnesis in oral care, often overlooked. The high prevalence of patients with antecedents observed should be continuous studied and expanded to verify the changes through the time. The use of the electronic questionnaire (EMRRH) facilitates clinical data acquisition, provides an automatic warning with the ASA medical risk of each patient, standardizes professional communication and saves time.

Keywords: Antecedent; medical risk; EMRRH; medically compromised; ASA risk; anamnesis; health questionnaire; oral care. ☐☐

* hjme@crb.ucp.pt

Introdução

Segundo a OMS, a saúde oral desempenha um papel importante na qualidade de vida do indivíduo. Recentemente, nos países desenvolvidos, tem-se verificado uma mudança no padrão de pacientes que procuram tratamento dentário, atribuível ao aumento da esperança de vida, da melhoria progressiva dos cuidados de saúde, da globalização, das alterações nutricionais e socioeconómicas. Maior longevidade implica uma exposição mais prolongada do meio oral à acção dos biofilmes bacterianos, aumentando a probabilidade do desenvolvimento das doenças dentárias e periodontais. Está actualmente bem documentada a relação entre estas patologias e certas doenças sistémicas como cardiovasculares, respiratórias ou reumáticas. Há também uma série de afecções cujos efeitos se repercutem no equilíbrio da cavidade oral manifestando-se sob a forma de xerostomia, interferências no metabolismo ósseo, alterações no processo de cicatrização, predisposição para infecções, transtornos no sistema hemostático e disfunções musculoesqueléticas. Por outro lado, o nível de exigência dos pacientes quanto aos cuidados de saúde oral subiu, acompanhando o desenvolvimento da implantologia e da cirurgia oral reconstrutiva. A importância da anamnese volta a ser considerada como determinante para orientar e guiar o exame clínico. O acto médico é um processo lógico e ordenado que se inicia nessas primeiras informações referidas pelo paciente, seguindo-se o exame clínico e eventualmente os exames complementares de diagnóstico. A hipervalorização dos exames complementares conduz com maior frequência a obtenção de diagnósticos errados ou insustentados, ocultando ou desvalorizando os dados da anamnese. A forma mais eficaz de evitar perda ou incorrecções de informação na relação médico-paciente é conseguida através da conjugação da comunicação verbal durante a consulta, com a utilização de questionários médicos normalizados. O questionário European Medical Risk Related History (EMRRH) é um dos mais utilizados. Pode ser respondido directamente pelo paciente, as suas questões abordam não apenas o conhecimento explícito das suas patologias mas também dos seus sinais e sintomas. Permite por esta metodologia a determinação imediata do risco médico (ASA) pelo que tem vindo a ser adoptado em vários países europeus.

O conhecimento do perfil, das patologias, medicações e risco médico que caracterizam as populações facilita o processo de educação continuada dos

profissionais de saúde oral. Ao nível do ensino de medicina dentária pré-graduado permite a reformulação dos *curricula* garantindo uma preparação dos alunos em consonância com as necessidades reais da população.

O propósito deste estudo consistiu na utilização do questionário EMRRH integrado no ficheiro clínico informatizado para a determinação do perfil e risco médico de uma população que ocorre às consultas de Medicina Dentária solicitando tratamento.

Metodologia

Desenvolvemos e adaptamos o questionário EMRRH em suporte informático, para ser integrado no ficheiro clínico informatizado *Newsoft*¹, existente na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Viseu. Foi concebido para evitar incorrecções e preenchimentos incompletos e apresenta as seguintes características, **Figura 1** e **Figura 2**:

- Todas as respostas são obrigatoriamente assinaladas como Sim ou Não;
- Após a resposta positiva à questão principal abre-se o acesso às subquestões, quando as houver;
- Na primeira página do questionário, aparece realçado o resumo contendo todas as respostas positivas e o nível do risco médico final;
- Enquanto o questionário não estiver completamente preenchido, fica visível uma indicação na ficha clínica do paciente referindo “Risco não Determinado”;
- O nível de risco médico final é calculado automaticamente e surge um alerta no monitor na ficha clínica informatizada do paciente – se existir risco médico a sinalética é “R II, III ou IV” (vermelho), se não existir risco a sinalética é N (verde);
- Possibilidade de correcção de respostas.

O questionário EMRRH utilizado foi constituído por 21 questões principais fechadas (Sim e Não), representando 21 antecedentes pessoais, Tabela 1. A cada questão corresponde um valor que exprime o grau de risco ASA da American Society of Anesthesiologists, numa escala de II-IV. A resposta negativa indica, por sua vez, ausência de risco, i.e. ASA I. Algumas destas questões contêm subquestões que clarificam a gravidade desse antecedente.

¹ Produzido e comercializado pela empresa *Imaginasoft*.

A classificação final é dada pelo valor de risco médico ASA mais elevado.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa. Cada paciente assinou a declaração de consentimento informado e esclarecido. Os dados foram recolhidos de uma amostra dos pacientes maiores de 18 anos que seleccionaram a Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa para tratamento oral e voluntariamente aceitaram participar neste estudo entre Novembro de 2010 e Junho de 2011.

Foi efectuado o estudo piloto em 241 pacientes usando o questionário EMRRH em versão escrita, entre Outubro de 2009 e Abril de 2010. Permitiu validar a tradução para a língua portuguesa, determinar o tamanho da amostra e o nível de adesão ao estudo. Para determinação da dimensão da amostra usou-se o programa estatístico G*Power. Usou-se o coeficiente específico de 0,125 como “efeito de tamanho” (detecta diferenças significativas até 12,5% do valor do desvio padrão, entre duas distribuições nos testes ANOVA com 6 grupos e 5 graus de liber-

dade), probabilidade de erro α de 0,05 e $(1-\beta)$ de 0,95. Obteve-se uma dimensão de amostra mínima de 1272 pacientes.

Os dados foram recolhidos numa primeira fase em *Microsoft Excel* e posteriormente analisados estatisticamente com o programa *SPSS versão 18*. A significância utilizada foi de $p < 0,05$. Usaram-se os testes de Kolmorov-Smirnov e prova de Levene para verificação da normalidade e homogeneidade dos valores das variâncias.

Para a determinação do perfil dos pacientes foram estudadas as variáveis sexo, idade (anos), ocupação (estudante, trabalhador, doméstico, desempregado, aposentado e reformado por invalidez), escolaridade (≤ 9 anos, entre os dois, licenciado ou com grau académico superior), grupo etário (18-44; 45-64; ≥ 65), tipo de antecedentes e medicação e o “somatório do número de antecedentes e medicação”. Determinaram-se os valores médios da idade e a sua relação entre os diversos grupos ocupacionais. Foram calculados os valores representativos do “somatório do número de antecedentes e medicação”.

The screenshot displays the 'Ficha de Paciente' (Patient Record) form in the NewSoft DS 9 Professional software. The form is organized into several sections:

- Personal Information:** Name, Title, Profession, Gender (set to Masculino), and Marital Status.
- Demographics:** Date of Birth (21-06-1983), Age (29), Address, Postal Code, and Municipality (Freguesia).
- Contact Information:** Home, Mobile, and Second Mobile phone numbers.
- Administrative Data:** Convention (7 Alunos), Beneficiary Number, Category, Validity, and Doctor.
- Medical History:** First visit date (09-03-2011) and Next visit date.
- Right Panel:** Fields for Código, Processo, and Ordenação (Nome or Código). Below this is a large empty box and a 'Nível de risco III' (Risk Level III) indicator.
- Navigation and Tools:** A set of navigation arrows and icons for clinical data, documents, history, billing, prescriptions, and printing.
- Status Bar:** Shows 'Record: EOF/66' and 'Record Unlocked'.

Figura 1 – Integração do EMRRH na ficha informatizada do paciente. À direita é visível a classificação ASA.

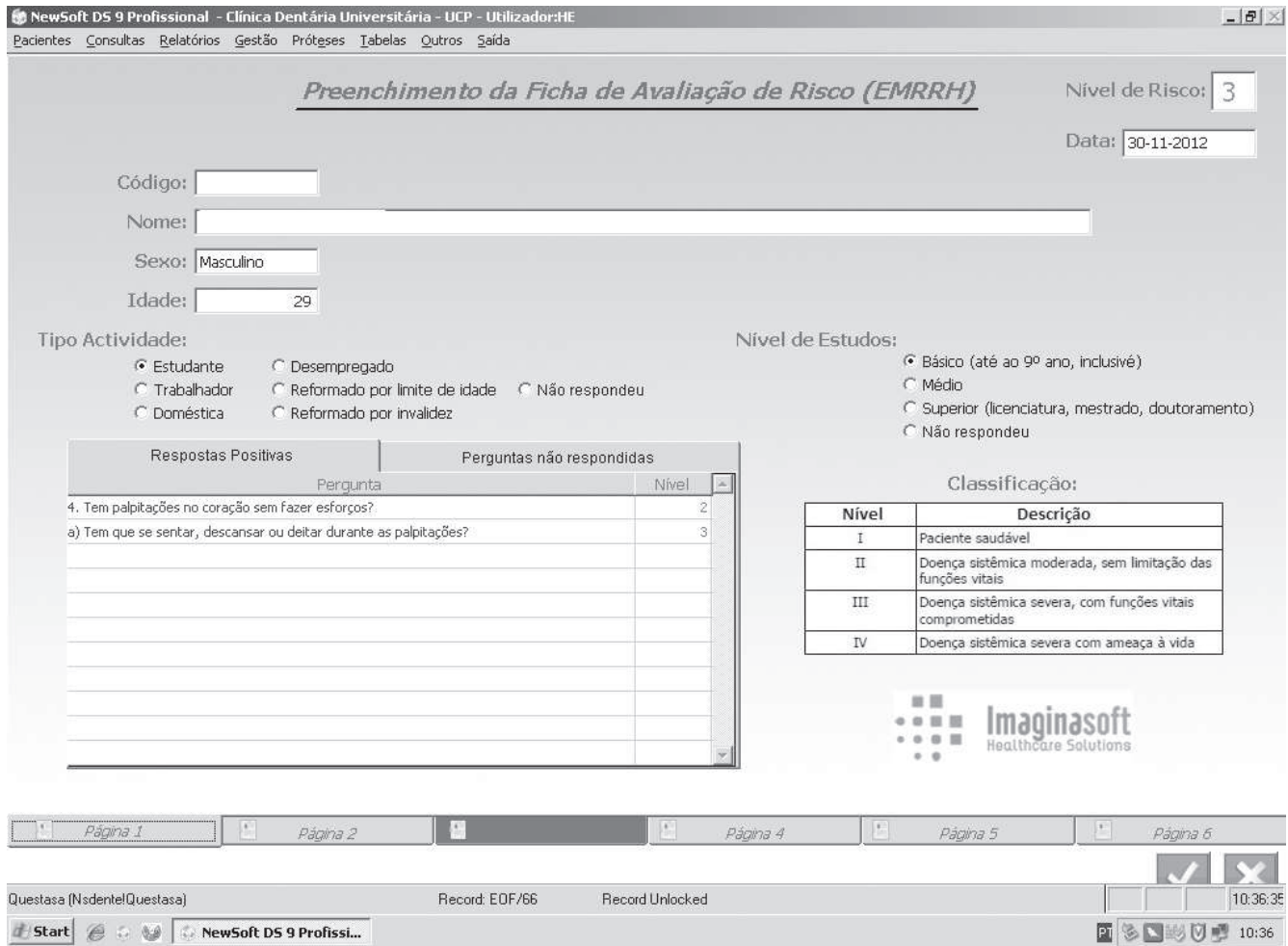


Figura 2 – Página de entrada do questionário EMRRH. É visível o nível de risco médico final no canto superior direito. As respostas positivas aos antecedentes pessoais tornam-se automaticamente visíveis na tabela inferior esquerda.

Tabela 1 – European Medical Risk Related History – EMRRH.

1.	Já sentiu dor torácica ao realizar esforço físico (angina de peito)? (II)
	As suas actividades físicas estão limitadas? (III)
	As suas queixas aumentaram recentemente? (IV)
	Tem dor torácica em repouso? (IV)
2.	Já teve algum ataque cardíaco? (II)
	As suas actividades estão limitadas? (III)
	Teve algum ataque cardíaco nos últimos seis meses? (IV)
3.	Tem doença de válvula cardíaca, sopro cardíaco ou válvula cardíaca artificial? (II)
	Sofreu alguma cirurgia cardíaca ou vascular no espaço dos últimos seis meses? (II)
	É portador de “pace-maker”? (II)
	É portador de doença cardíaca de origem reumática? (III)
	As suas actividades físicas estão limitadas? (III)
4.	Tem palpitações no coração sem fazer esforços? (II)
	Tem que se sentar, descansar, ou deitar durante as palpitações? (III)
	Algumas vezes, sente falta de ar, vertigem ou palidez (IV)

5.	Sofre de insuficiência cardíaca? (II)
	Sente falta de ar em decúbito dorsal (deitado de costas para baixo)? (III)
	Precisa de dois ou mais travesseiros para dormir? (IV)
6.	Tem ou já teve hipertensão? (II)
7.	Tem tendência para a hemorragia? (II)
	Já teve alguma hemorragia que durasse mais de uma hora após uma cirurgia ou ferida? (III)
	Já lhe apareceu alguma mancha azulada (pisaduras) sem motivo aparente? (IV)
8.	Sofre de epilepsia? (II)
	Sente que está a piorar? (III)
	Continua a ter ataques apesar da medicação? (IV)
9.	Sofre de asma? (II)
	Toma medicamentos e/ou usa inaladores? (III)
	Actualmente apresenta dificuldades respiratórias? (IV)

10.	Tem outros problemas respiratórios ou tosse persistente? (II)
	Tem dificuldade respiratória depois de subir 20 degraus? (III)
	Tem dificuldade respiratória ao despir a sua roupa? (IV)
11.	Já teve alguma reacção alérgica à penicilina, aspirina, material dentário ou outro qualquer? (II)
	Isto exigiu tratamento médico ou hospitalar? (III)
	Ocorreu durante o tratamento no médico dentista? (IV)
12.	Sofre de diabetes? (II)
	Toma insulina? (II)
	A sua diabetes está descontrolada actualmente? (III)
13.	Sofre de doença da tiróide? (II)
	A sua tiróide funciona abaixo do normal (hipoativa)? (III)
	A sua tiróide acima do normal (hiperactiva)? (IV)
14.	Sofre, ou já sofreu de alguma doença do fígado? (II)
15.	Sofre de alguma doença dos rins? (II)
	Já fez diálise? (III)
	Já fez transplante renal? (III)
16.	Já sofreu de cancro ou leucemia? (II)
	Já fez medicação ou transplante de medula óssea para o seu tratamento? (III)
	Já fez radioterapia para um tumor ou doença na cabeça ou pescoço? (IV)
17.	Sofre de hiperventilação (respiração acelerada)? (II)
18.	Já desmaiou durante algum tratamento médico ou dentário? (II)
19.	Está a tomar alguns medicamentos receitado pelo médico? (II)
	Por alguma razão ou motivo?
	Por queixa cardíaca?
	Anticoagulantes (regulador da coagulação do sangue)?
	Hipertensão (tensão arterial alta)?
	Toma aspirina?
	Para as alergias?
	Para a diabetes?
	Toma corticosteróides (sistémico ou tópico)?
	Medicamentos contra a rejeição de transplantes?
	Medicamentos contra doenças reumáticas, intestinais e pele?
	Contra o cancro ou doença sanguínea?
	Antibióticos, penicilina, ou outros?
	Para alterações do sono, depressão e ansiedade?
	Outras medicações? Indique quais.
20.	Tem que tomar algum antibiótico antes do tratamento dentário? (II)
21.	Somente mulheres, está grávida? (II)

O risco médico foi estudado através das variáveis, “ASA” (ASA I, ASA II, ASA III e ASA IV) e “presença de antecedentes” (presença=1 e não presença=0). Relacionaram-se as idades dos pacientes com e sem antecedentes. Estimou-se a “presença de antecedentes” através das variáveis idade, ocupação, sexo e escolaridade. Comparam-se as idades dos 4 grupos que caracterizaram o risco médico – “ASA”.

Resultados

A amostra foi de 1338 pacientes, sendo 41% (548) homens e 59% (790) mulheres. Do total, 20% (268) eram estudantes, 49,4% (661) trabalhadores, 11,1% (149) domésticos, 7,7% (103) desempregados, 10,5% (140) aposentados e 1,3% (17) reformados por invalidez. Relativamente ao nível de escolaridade, 45,4% (609) tinham 9 ou menos anos de escolaridade, 19,6% (262) tinham pelo menos um grau universitário e 34,9% (467) estavam situados entre os dois anteriores. A média das idades foi de $43,2 \pm 16,9$ anos, a mediana 42, a amplitude 74, tendo o mais novo 18 e o mais velho 94 anos. O grupo etário dos 18-44 anos constituiu 54,7% (732), o grupo dos 45-64 32,8% (439) e o grupo com 65 anos ou mais 12,5% (167).

A média da variável “somatório do número de antecedentes e medicação” encontrada foi de $2,1 \pm 2,7$, com a mediana de 1,0 e amplitude de 0-21. Do total de pacientes de risco, 39,4% tinham dois ou mais “somatório do número de antecedentes pessoais e medicação”. Na **Tabela 2** e **Tabela 3** são apresentadas as frequências e percentagens dos antecedentes e das medicações referidas. No gráfico da Figura 3 é demonstrado o estudo comparado das médias de idades entre os grupos ocupacionais.

Do total de pacientes, 54% (722) apresentaram níveis de risco médico, assim distribuídos: ASA I 46,0% (616); ASA II 41,8% (559), ASA III 7,5% (101), ASA IV 4,6%.

Os pacientes com risco médico (ASA II, ASA III e ASA IV) apresentaram uma média de idades de $49,5 \pm 16,6$ anos e eram significativamente mais velhos do que os sem risco com uma média de idades de $35,8 \pm 13,9$ anos, segundo o teste de Mann-Whitney ($U=117337,0$) para $p < 0,001$. Na Figura 4 pode ser observada a relação entre as idades das 4 classes ASA. Calculou-se a regressão logística para estimar a probabilidade da presença de antecedentes pessoais a partir do nível de escolaridade, sexo, ocupação, idade e grupo etário dos pacientes, Tabela 4. As variáveis com mais do que dois valores (não dicotómicas)

Tabela 2 – Frequência e percentagem dos antecedentes pessoais (n=1338).

Antecedentes	n	%
Lipotimias	414	30,9%
Hipertensão	252	18,8%
Alergias	92	6,9%
Diabetes	68	5,1%
Angina de peito	65	4,9%
Disfunção tiroideia	59	4,4%
DPCObstrutiva	48	3,6%
Valvulopatias	45	3,4%
Asma	36	2,7%
Disfunção hepática	35	2,6%
Nefropatias	33	2,5%
Coagulopatias	29	2,2%
Profilaxia antibiótica	27	2,0%
Doença oncológica	27	2,0%
Insuficiência cardíaca	17	1,3%
Arritmias	17	1,3%
Enfarte do miocárdio	16	1,2%
Epilepsia	9	0,7%
Hiperventilação	6	0,4%
Gravidez	3	0,2%

Corticosteroides	12	0,9%
Prevenção e tratamento da doença prostática	12	0,9%
Antineoplásicos	9	0,7%
Vitaminas e minerais	9	0,7%
Venotrópicos	9	0,7%
Antiepilépticos	6	0,4%
Antieméticos	6	0,4%
Problemas oftalmológicos	5	0,4%
Imunomoduladores	4	0,3%
Antiasmáticos	4	0,3%
Estimulantes cerebrais	4	0,3%
Antiparkinsonianos	3	0,2%
Tratamento da enxaqueca	3	0,2%
Diminuição do ácido úrico	2	0,1%
Antipsicóticos	2	0,1%
Vacinas	2	0,1%
Transtornos Urogenitais	2	0,1%
Antituberculosos	2	0,1%
Antivíricos	1	0,1%
Antianémicos	1	0,1%
Condroprotectores	1	0,1%
Hepatogenerador	1	0,1%

Tabela 3 – Frequência e percentagem das medicações (n=1338).

Medicação	n	%
Pacientes medicados	525	39,2%
Antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos	182	13,6%
Antihipertensivos	173	12,9%
Redutores do colesterol e dos triglicéridos	80	6,0%
Antidiabéticos	64	4,8%
Contraceptivos	60	4,5%
Sistema musculo-esquelético, motilidade gastrointestinal, dermatologia	55	4,1%
Antiarrítmicos e simpaticomiméticos	49	3,7%
Tratamento da coagulação	43	3,2%
Salicilatos	37	2,8%
Tratamento das disfunções tiroideias	21	1,6%
Anti-alérgicos	16	1,2%
Antinfeciosos	16	1,2%
Antiácidos e anti-ulcerosos	16	1,2%
Tratamento da osteoporose	14	1,0%

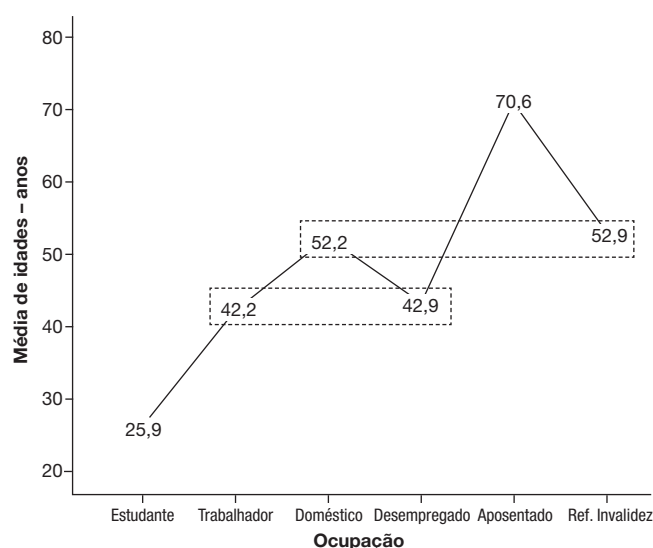
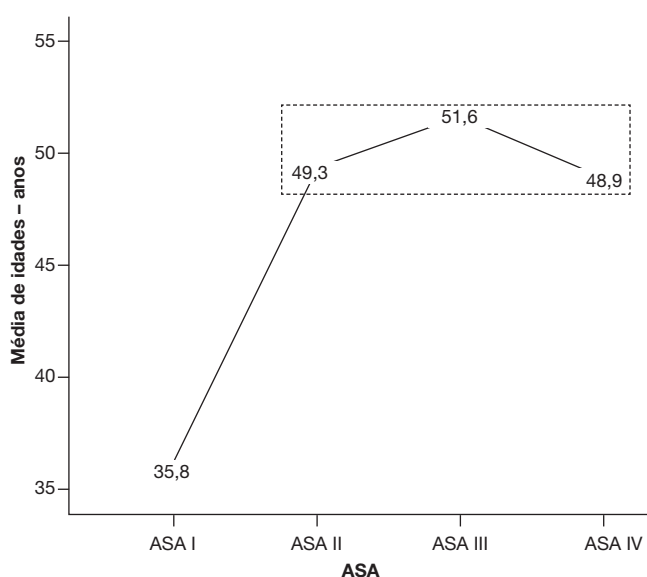
**Figura 3** – Comparação das médias de idades (anos) dos grupos ocupacionais – ANOVA/ Bonferroni / Welch e Brown-Forsythe. Os valores das médias contidas nos rectângulos não diferem significativamente entre si, $p < 0,05$.

Tabela 4 – Estudo dos factores preditores da presença de antecedentes médicos. (*P>0,05; NA – não aplicável)

Variável		Antecedentes		Pearson χ^2	Cramer V	Exp (B)	IC 95%
		Sim % (n)	Não % (n)				
Idade						1,048	1,029-1,057
Grupo etário					0,364		
	18-44	38,4 (281)	61,6 (451)			0,366	0,280-0,479
	45-64	67,2 (295)	23,4 (144)			1,974	1,518-2,568
	≥65	87,4 (146)	3,4 (21)			NA	
Sexo				0,103			
	Homens	47,8(262)	52,2 (286)			0,521	0,402-0,676
	Mulheres	58,2(460)	41,8 (330)			1,918	1,478-2,488
Escolaridade					0,186		
	≤ 9 anos	63,7 (388)	36,3 (221)			*	
	Intermédio	48,4 (226)	51,6 (241)			*	
	≥ Licenciatura	41,2 (108)	58,8 (154)			*	
Ocupação					0,361		
	Estudante	27,6 (74)	72,4 (194)			0,667	0,472-0,941
	Trabalhador	51,1 (338)	48,9 (323)			*	
	Doméstica	71,8 (107)	28,2 (42)			*	
	Desempregado	62,1 (64)	37,9 (39)			*	
	Reformado	87,9 (123)	12,1 (17)			NA	
	Reformado por invalidez	94,1 (16)	5,9 (1)			NA	


Figura 4 – Comparação das médias de idades (anos) dos grupos ASA – ANOVA / Bonferroni / Welch e Brown-Forsythe. Os valores das médias contidas no rectângulo não diferem significativamente entre si, $p < 0,05$.

foram transformadas em dicotómicas com a criação das variáveis *dummy*. Foi necessário um mínimo de 10 eventos por valor de variável.⁴³

Discussão

O presente estudo constitui uma contribuição para a percepção do perfil de saúde dos pacientes que requerem tratamento oral através de um serviço público. Embora a amostra não seja representativa da população portuguesa a distribuição da idade é quase colinear com a população portuguesa caracterizada no INSA 2005/2006 “mais velha do que 14 anos e que visitou o dentista nos 12 meses antes da entrevista” (coeficiente de Pearson $r=0,975$, $p < 0,001$).

Os resultados permitiram concluir com significância estatística ($p < 0,05$) que durante a anamnese se pode estimar a existência de risco médico (antecedentes pessoais), a partir dos dois grupos etários mais novos, sexo e pela ocupação (estudantes). Contrariamente o nível de escolaridade não o permitiu.

Tabela 5 – Comparação com os resultados observados em estudos similares.

Parâmetro	Chandler-Gutiérrez ²⁹	Abraham-Inpijn ²⁸	Presente estudo
País	Espanha	Europa (10 países)	Portugal
Ano	2004	2008	2011
Amostra	716	995	1338
Idades	36,8	50,9	43,2
Antecedentes	31%	72%	54%
1.º antecedente	Hipertensão 13,8%	Hipertensão 27%	Lipotimias 30,9%
2.º antecedente	Alergias 8,4%	Alergias 21%	Hipertensão 18,8%
3.º antecedente	Arritmias 7,8%	Arritmias 14%	Alergias 6,9%
4.º antecedente	DPCO 5,2%	Angina de peito 11%	Diabetes 5,1%
5.º antecedente	Diabetes 4,3%	Profilaxia antibiótica, hiperventilação e disfunção hepática 10%	Angina de peito 4,9%
ASA I	70%	28%	46%
ASA II	17%	47%	41,8%
ASA III	10%	16%	7,5%
ASA IV	3%	9%	4,6%

A probabilidade de um paciente referir antecedentes pessoais relevantes aumenta 4,8% por cada ano de idade. As mulheres têm maior probabilidade de terem antecedentes pessoais (razão de probabilidade de 1,918) do que os homens (0,521). O que pode estar relacionado com a parte reprodutiva. Convém referir que basta uma mulher jovem poder estar medicada com contraceptivos sendo por isso classificada com antecedentes. A mulher idosa sofre invariavelmente dos problemas relacionados com a menopausa. É sem surpresa que os estudantes apresentam uma menor probabilidade do que as restantes ocupações, uma vez que são os mais novos, Figura 3. O nível de escolaridade não permitiu estimar a presença de antecedentes. O Serviço Nacional de Saúde Português garantindo uma maior equidade no acesso aos cuidados de saúde das populações pode ser o principal responsável. Como exemplo a existência de programas nacionais de controlo das doenças metabólicas mais frequentes como são os casos da diabetes e da obesidade. A utilização do questionário EMRRH na rotina clínica diária médico-dentária poupa tempo, permite a determinação rápida e normalizada dos antecedentes pessoais, medicação e a consequente avaliação do risco médico ASA como acontece nas outras áreas médicas.⁴⁵⁻⁵⁵ Neste estudo, a prevalência do risco médico é proporcional às observadas em estudos anteriores, Tabela 5. A variável idade parece ser o factor mais relevante que explica as diferenças entre os níveis de risco ASA encontrados. Em contraste

com outros estudos, a lipotimia foi o antecedente pessoal mais frequente. A interioridade geográfica da clínica universitária, o medo dos tratamentos dentários, o facto de esta clínica estar aberta apenas há 6 anos, o baixo rácio médico dentista/paciente nesta região até há poucos anos e a conjuntura actual podem justificar o observado. Os restantes quatro antecedentes pessoais mais frequentes tiveram idêntica variação. A medicação estava relacionada com os antecedentes apresentados, em que os ansiolíticos, antidepressivos e anti-hipertensores devem ser realçados. A percentagem de pacientes a tomar ansiolíticos foi de 12%, e a tomar anti-hipertensores foi de 11,8%, aquém do observado pelo INSA em 2005/2006 (19,5% e 15,4% respectivamente). A menor prevalência de pacientes com hipertensão observada no presente estudo não é o único factor responsável pelas diferenças da prevalência das medicações. Portugal, em conjunto com alguns países desenvolvidos atravessa uma grave crise económica, com aumento do desemprego e diminuição do poder de compra. Por outro lado, em 2008 foram definidas metas a atingir em 2010, que incluíam redução do consumo deste tipo de fármaco na ordem dos 20%. Todos estes factores podem explicar a diminuição dos valores que expressam a “não medicação” em situações de patologia existente. Face às projecções para o próximo ano é de esperar um agravamento da situação económica com as previsíveis consequências ao nível da saúde das populações.

Conclusões

Este estudo realça a importância da anamnese minuciosa na prática médico-dentária, muitas vezes menosprezada. A alta prevalência de pacientes com antecedentes pessoais encontrada reforça a necessidade de estudo sistemático que procure em detalhe avaliar as alterações de saúde da população. A utilização do questionário em suporte informático, identifica e cria automaticamente o alerta do risco médico ASA de cada paciente, simplifica a aquisição dos dados clínicos, dispensa o preenchimento tradicional em papel e reduz o tempo de consulta. Em relação ao Ensino Médico, orienta e guia o aluno durante a anamnese, facilita a identificação dos pacientes medicamente comprometidos e normaliza o processo de comunicação entre os alunos e profissionais de saúde oral.

Agradecimentos: Agradece-se ao Professor Doutor Jorge Leitão a revisão do manuscrito.

Bibliografia

- World Health Organization. *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Lutz W, Skirbekk V, Testa MR. *The low-fertility trap hypothesis: Forces that may lead to further postponement and fewer births in Europe*. Vienna – Austria: II ASA Reprint; 2007.
- Howson CP, Fineberg HV, Bloom BR. The pursuit of global health: the relevance of engagement for developed countries. *Lancet*. 1998;351(9102):586-589.
- Prentice AM. The emerging epidemic of obesity in developing countries. *Int J Epidemiol*. 2006;35(1):93.
- Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1971;49(4):509-538.
- Lutz W, Sanderson W, Scherbov S. The coming acceleration of global population ageing. *Nature*. 2008;451(7179):716-719.
- Rai B, Kaur J, Jain RK, Nagina JS. Silent Link between periodontitis and systemic diseases: A Brief Review. *Indian J Dent Edu*. 2009:51.
- Page RC. The pathobiology of periodontal diseases may affect systemic diseases: inversion of a paradigm. *Ann Periodontol*. 1998;3(1):108.
- Mercado F, Marshall RI, Klestov AC, Bartold PM. Is there a relationship between rheumatoid arthritis and periodontal disease? *J Clin Periodontol*. 2000;27(4):267-272.
- Li X, Kolltveit KM, Tronstad L, Olsen I. Systemic diseases caused by oral infection. *Clin Microbiol Rev*. 2000;13(4):547.
- Käber UR, Michel A, Bolten WW, et al. Risk for periodontal disease in patients with longstanding rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1997;40(12):2248-2251.
- Garcia RI, Henshaw MM, Krall EA. Relationship between periodontal disease and systemic health. *Periodontology 2000*. 2001;25(1):21-36.
- Ebersole JL, Stevens J, Steffen MJ, Dawson III D, Novak MJ. Systemic endotoxin levels in chronic indolent periodontal infections. *J Periodontol Res*. 2010;45(1):1-7.
- de Pablo P, Dietrich T, McAlindon TE. Association of periodontal disease and tooth loss with rheumatoid arthritis in the US population. *J Rheumatol*. 2008;35(1):70-76.
- Chiu GKC, Corbet EF. Are periodontal diseases risk factors for certain systemic disorders – what matters to medical practitioners? *Hong Kong Med J*. 2003;9(1):31-7.
- Wiedermann CJ, Stockner I. Warfarin-induced bleeding complications – clinical presentation and therapeutic options. *Thromb Res*. 2008;122(Supplement 2):S13-S18.
- Taylor GW. Bidirectional interrelationships between diabetes and periodontal diseases: an epidemiologic perspective. *Ann Periodontol*. 2001;6(1):99-112.
- Sonis ST, Fey EG. Oral complications of cancer therapy. *Oncology*. 2002;16(5):680-686.
- Shernoff AF, Colwell JA, Bingham SF. Implants for type II diabetic patients: interim report. *Implant Dent*. 1994;3(3):183.
- McDonald AR, Pogrel MA, Sharma A. Effects of chemotherapy on osseointegration of implants: a case report. *J Oral Implantol*. 1998;24(1):11-13.
- Mattila KJ, Asikainen S, Wolf J, et al. Age, Dental Infections, and Coronary Heart Disease. *J Dent Res*. 2000;79(2):756-760.
- Jacobsen PL, Eden O. Epilepsy and the dental management of the epileptic patient. *J Contemp Dent Pract*. 2008;9(1):54-62.
- Minassian C, D'Aiuto F, Hingorani AD, Smeeth L. Invasive Dental Treatment and Risk for Vascular Events. *Ann Intern Med*. 2010;153(8):499-506.
- Narby B. Demand for Dental Implant Treatment. 2011. Available at: <http://hdl.handle.net/2043/12422>.
- López M. Introdução ao diagnóstico clínico. In: *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Atheneu: López M, Laurentys J, editors; 1986.
- Sandler G. Costs of unnecessary tests. *BMJ*. 1979;2(6181):21.
- Schechter GP, Blank LL, Godwin HA, others. Refocusing on history-taking skills during Internal Medicine Training*. *Am J Med*. 1996;101(2):210-216.
- Abraham-Inpijn, LMD, MSc DAA, DDS NB, et al. A patient-administered Medical Risk Related History questionnaire (EMRRH) for use in 10 European countries (multicenter trial). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008;105(5):597-605.
- Chandler-Gutiérrez L, Martínez-Sahuquillo A, Bullón-Fernández P. Evaluation of medical risk in dental practice through using the EMRRH questionnaire. *Med Oral*. 2004;9(4):309-320.
- Smeets EC, de Jong KJ, Abraham-Inpijn L. Detecting the Medically Compromised Patient in Dentistry by Means of the Medical Risk-Related History* 1: A Survey of 29,424 Dental Patients in the Netherlands. *Prev Med*. 1998;27(4):530-535.
- Mitchell JD. Patient health questionnaire. Using a patient-focused assessment tool. *Can Fam Physician*. 1996;42:505-511.
- Müller W. [The risk patient in dental practice. A report on the SSO congress of 18 to 20 May 1995 in Lugano. Société Suisse d'Odontostomatologie]. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*. 1995;105(11):1495-1499.
- Minden NJ, Fast TB. Evaluation of health history forms used in US dental schools. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1994;77(1):105-109.
- Little JW. Special medical concerns in the dental management of older adults. *Gen Dent*. 2004;52(2):152-160; quiz 161.
- Kawamura PY. Working with geriatric dental patients. Maximizing function and functional dental health. *Hawaii Dent J*. 1995;26(5):10-13.
- Jolly DE. Evaluation of the medical history. *Dent. Clin. North Am*. 1994;38(3):361-380.
- De Jong K, Oosting J, Peters G, Abraham-Inpijn L. Detecting medical problems in dentistry: a survey of 4,087 patients in The Netherlands. *Eur J Med*. 1992;1(1):23.

38. Sanz M, Treasure E, Dijk W van, Feldman C, Groeneveld H. Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies. *Eur J Dent Educ.* 2008;12(Suppl 1):101-110.
39. DePaola DP, Slavkin HC. Reforming Dental Health Professions Education: A White Paper. *Journal of Dental Education.* 2004;68(11):1139-1150.
40. Maloney WJ, Weinberg MA. Implementation of the American Society of Anesthesiologists Physical Status classification system in periodontal practice. *J. Periodontol.* 2008;79(7):1124-1126.
41. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Meth.* 2007;39(2):175.
42. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Meth.* 2009;41(4):1149.
43. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology.* 1996;49(12):1373-1379.
44. INSA-INE. Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006. *Intituto Nacional de Saúde – Doutor Ricardo Jorge.* 2009. Available at: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/INS2005-2006.aspx>. Accessed September 21, 2011.
45. Giraldes MR. Avaliação do SNS em Portugal: equidade versus eficiência. *Rev Saúde Pública.* 2005;23(2):21-44.
46. Branco AG, Ramos V. Cuidados de saúde primários em Portugal. *Rev Saúde Pública.* 2001;2:5-12.
47. Santana P. *Geografias da saúde e do desenvolvimento: evolução e tendências em Portugal.* Coimbra: Almedina; 2005.
48. Fernandes AA. Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise social.* 2007;42(183):419-443.
49. Infarmed. Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado do SNS, em ambulatório. *Indicadores e metas do PNS.* 2010;1:78.