

# Questionário de Histórico de Risco Médico orientado ao paciente para uso em 10 países europeus (estudo multicêntrico)

(Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008;105:597-605)

**TRADUÇÃO DE PAULO PIMENTEL E ANTOINETTE GÓES PARA:  
[www.medicinaoral.org](http://www.medicinaoral.org)**

## **AUTORES:**

Luzi Abraham-Inpijn, MD, PhDa, Gordon Russell, MB.FDSRCSb, Didi A. Abraham, MSc, Nils Bäckman, DDSd, Erika Baum, MD, PhD, Philip Bullón-Fernández, DDS, PhD, MDf, Dominique Declerck, DDS, PhDg, Jean-Christophe Fricain, DDS, PhDh, Marie Georgelin, DDSi, Karl O. Karlsson, DDSj, Philip J. Lamey, BSc, BDS, MBChB, DDS, FDS, RCPS, FFD, RCSik, Iris Link-Tsatsouli, MD, PhDl, Orsolya Rigo, DDSm Amsterdam, The Netherlands, Cork, Ireland, Nijmegen, The Netherlands, Umea, Sweden, Marburg, Germany, Sevilla, Spain, Leuven, Belgium, Bordeaux II, France, Reykjavik, Iceland, Belfast, N. Ireland, Thessaloniki, Greece, and Budapest, Hungary  
ACADEMIC MEDICAL CENTRE, UNIVERSITY COLLEGE CORK, UNIVERSITY NIJMEGEN, NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE, KLINIKUM PHILIPPS, UNIVERSIDAD DE SEVILLA, CATHOLIC UNIVERSITY LEUVEN, UNIVERSITÉ VICTOR SEGALEN, FACULTY OF DENTISTRY REYKJAVIK, DEPARTMENT OF ORAL MEDICINE BELFAST, UNIVERSITY OF THESSALONIKI, AND SEMMELWEIS UNIVERSITY

## **Objetivo**

O objetivo deste estudo foi, produzir um histórico de relato de risco médico padronizado (MRRH) para identificar o paciente sistemicamente comprometido (MCP) em tratamento odontológico visando desenvolver um questionário para este histórico (EMRRH), e validá-lo para uso odontológico em 10 países europeus.

## **Estudo padronizado**

O MRRH da Holanda foi apresentado e adaptado para permitir as diferenças culturais e jurídicas dos países participantes. Após consensos e repetidos testes, o questionário foi validado. Nesta última fase, 1000 pacientes com mais de 18 anos foram selecionados para atendimento odontológico, 100 por cada país e 994 histórias médicas foram adequadas para a análise estatística. A validação foi realizada por um médico acostumado a fazer avaliações pré-operatórias, incluindo a classificação de risco ASA.

## **Resultados**

A média específica por país foi 99,1 e pelos itens EMRRH foi de 99,0. A média de sensibilidade por país foi 93,2 e por item foi 93,7. O Cohen's kappa para os países envolvidos foi de 0,81 a 0,98 e para perguntas subseqüentes foi de 0,81 a 0,97.

## **Conclusão**

O EMRRH foi considerado válido em detectar pacientes sistemicamente comprometidos em 10 países europeus.

## **Introdução**

O crescimento da expectativa de vida tem aumentado o número de pacientes com risco médico durante o tratamento odontológico [1]. Relatórios anteriores confirmam que emergências médicas ocorrem em pacientes comprometidos com problemas médicos durante atendimento odontológico [2], [3], [4], [5], [6] e [7]. Uma vez que nenhum paciente deve deixar o consultório odontológico em piores condições físicas do que quando entrou, é da responsabilidade do cirurgião-dentista adquirir as habilidades necessárias para identificar os doentes com problemas médicos que colocaria em risco estes pacientes durante o tratamento odontológico. Os participantes eram centros médicos e odontológicos preocupados com dentistas, europeus ou não, que podem não ser suficientemente treinados para detectar e gerenciar esses problemas médicos [8], [9], [10] e [11]. Um instrumento preventivo é necessário para garantir a segurança médica dos pacientes na prática odontológica na Europa. Este questionário de risco médico (EMRRH) foi concebido para registrar patologias médicas que podem interferir com o tratamento odontológico, para indicar o grau de risco médico envolvido, e para recomendar medidas a serem tomadas pelo médico e / ou dentista [12], [13], [14] e [15].

Tal instrumento, Histórico do Relato do Risco Médico (MRRH-98), fazia parte de um inventário de estudo nos Países Baixos. Ao longo de um período de 1 ano, o número de problemas médicos foram registrados em 2 tipos de práticas odontológicas gerais. Um tipo utilizando o sistema MRRH-98 (grupo referência), enquanto o grupo controle fez uso de diversos outros tipos de métodos de aferição de histórico. Desordens devido a problemas médicos abordados foram encontradas apenas no grupo controle [7].

Este artigo abrange a prevalência de problemas médicos nos países europeus, a necessidade de um questionário, tais como o Histórico de Relato de Risco Médico (ajustado para satisfazer as normas locais éticas e legais locais), e da sua validação nos países participantes. Os resultados deste estudo em 10 países europeus são apresentados aqui.

### **Métodos**

Peritos médicos e odontológicos em 10 países europeus concordaram em encarregarem-se dos trabalhos preliminares, tais como detalhes das normas legais e éticas de história médica em seu próprio país, e pesquisando a prevalência de doenças que poderiam interferir com o tratamento odontológico.

Estes especialistas foram convidados para instruir os clínicos gerais na utilização do EMRRH. A ambos, dentistas e seus pacientes foram fornecidos instruções escritas na língua adequada, expondo as razões por trás do EMRRH e como ele era para ser usado.

Em cada país os inquiridos consistiam de 100 indivíduos, dos quais todos os pacientes tinham vindo para tratamento odontológico. Apenas aqueles com mais de 18 anos foram convidados a participar, em conformidade com os termos da Declaração de Helsinque. O estudo foi aprovado pela comissão de ética médica da Universidade de Amsterdã e também testados pelos centros participantes. Cada centro seguiu os termos da Declaração de Helsinque e, além disso, avaliou o EMRRH, no contexto local jurídico e cultural. Todos os aspectos legais e culturais foram tidos em conta para resultar em um EMRRH aceitável para todos os centros dos países participantes. Termo de consentimento escrito, que abrangeu todas as informações fornecidas ao dentista e para os institutos participantes, foi obtido antes de aceitar entrevistados para o estudo. Foi explicado aos pacientes que se recusaram a participar do estudo que isto não iria afetar o seu tratamento odontológico. Uma análise de pertinência em um estudo-piloto foi utilizado para determinar o tamanho dos grupos.

### **Questionário**

Após um estudo de inventário emergências na cadeira odontológica, que foi realizado nos Países Baixos, a MRRH-98 foi atualizada e adaptada para atender as normas legais e éticas nos países participantes. O questionário EMRRH incluía o sistema de risco ASA desenvolvido pela Sociedade Americana de Anestesiologia, no início dos anos 1940, para avaliar o risco que representa para aqueles pacientes a anestesia geral [16] e [17]. Este sistema foi modificado para avaliar o risco para os pacientes em tratamento odontológico realizado sob anestesia local (Tabela I) [18].

Tabela I. Sistema de classificação médica ASA, modificado para odontologia [12].

<b>Classe</b>	<b>Estado físico</b>	<b>Modificação terapêutica</b>
---------------	----------------------	--------------------------------

I	Paciente saudável	Nenhum tratamento ou Protocolo de redução do Stress (PRE)
II	Paciente com doença sistêmica leve a moderada não interferindo com a vida diária	PRE e outras variações como indicado
III	Paciente com doença sistêmica grave que limita a atividade, mas não é incapacitante	Possíveis modificações rigorosas; PRE e pareceres médicos são prioridade.
IV	Paciente com doença sistêmica severa que limita atividade e é uma constante ameaça de vida	Cuidado emergencial mínimo no consultório, solicitar consulta médica, hospitalizar para tratamento eletivo desgastante
V	Paciente moribundo sem expectativa para sobreviver 24 hs com ou sem uma intervenção	Cuidados odontológicos paliativos

O questionário consiste de um número de “sim ou não” e perguntas para detectar doenças do sistema cardiovascular, do sistema pulmonar, e assim por diante. As questões principais estão em negrito. Uma resposta negativa à pergunta principal atesta que o paciente não está sofrendo deste tipo de doença ou patologia, e está registrado como ASA risco I. Uma resposta positiva é registrada como um risco ASA II e alerta o dentista para a presença da doença. Cada pergunta principal é seguida por duas ou mais subquestões impressos em tipo padrão. Estas subquestões são respondidas apenas quando a questão principal é respondida de forma positiva.

As subquestões são graduadas para indicar o aumento da severidade da doença. Uma resposta positiva à primeira subquestão de uma questão principal dá origem a uma pontuação de ASA III e as subseqüentes respostas positivas para subquestão da mesma questão principal resulta em uma pontuação de ASA IV. Modificações terapêuticas são sugeridas para cada classificação do II ou superior. Pontuação de ASA III e IV inclui uma recomendação de procurar consulta médica. A categoria ASA V não está incluída no EMRRH, pois um paciente nesta condição seria demasiado doente para visitar um consultório odontológico. A pontuação não é cumulativa. A tabela II contém um exemplo da pontuação ASA de uma questão da EMRRH.

Tabela II. Um exemplo da aplicação da classificação ASA no Histórico Relato de Risco Médico na Europa.

Questões	Sim	Não	Grau ASA
<b>Você tem história de dor torácica ao esforço (angina do peito)? Se sim,</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>II</b>
Suas atividades estão limitadas?	0	0	III
Suas queixas têm aumentado recentemente?	0	0	IV
Você tem dor torácica em repouso?	0	0	IV

Resposta positiva indica ASA II, com o paciente respondendo as subquestões. Resposta positiva para uma ou mais subquestões localiza o paciente em ASA III ou IV. Cada item é subdividido dentro da questão principal, ou em

negrito, em uma ou mais subquestões. A Resposta negativa indica ASA I e os pacientes ignoram as subquestões.

### **Registro e estatísticas**

Todos os centros participantes seguiram o procedimento padronizado descrito em 1992 e 1997 [12] e [20]. Cada paciente foi solicitado a preencher o questionário EMRRH. Posteriormente as respostas eram checadas pelo dentista, a fim de garantir que não houvesse erros ou omissões. Em uma segunda sessão o paciente reunia-se com um médico experiente no controlo de pré-avaliação, realizando uma história verbal médica tradicional registrando os seus resultados. Um terceiro pesquisador independente comparou os 2 formulários para cada paciente, o questionário orientado ao paciente e os registros de história verbal. Nesta comparação, as conclusões do médico de pré-avaliação foram tomadas como “padrão de referência”.

Tanto a sensibilidade e a especificidade do questionário foram avaliadas, por país e por item EMRRH. O Cohen's kappa, uma medida de acordo entre observadores que inclui um ajustamento por acaso, também foi calculado. Comentários adicionais feitos pelos clínicos gerais participantes foram resumidos.

### **Resultados**

#### **Dentistas e pacientes**

Uma panorâmica dos países envolvidos, o número de pacientes em cada país e o sexo é encontrado na tabela III. A população de pacientes foi 41,8% do sexo masculino e 58,2% do sexo feminino. A idade média foi de 50,9 anos (intervalo 18 a 86).

Tabela III. Características dos pacientes nos países participantes.

<b>País</b>	<b>% Homens</b>	<b>Média idade dos pacientes</b>	<b>Intervalo idade</b>
Bélgica	62	51.4	18-78
França	54	45.3	18-82
Alemanha	45	43.3	18-79
Grécia	36	57.7	18-83
Hungria	36	46.0	19-81
Islândia	43	49.1	19-86
Irlanda do Norte	22	57.0	21-83
Espanha	32	51.9	18-83
Suécia	43	66.5	55-83
Holanda	45	41.0	19-76

Dos dentistas participantes, 78% ficaram muito satisfeitos com os resultados, porque uma grande quantidade de informação tinha sido obtida em um período de tempo relativamente curto. Pacientes aparentavam apreciar a preocupação do dentista para a sua saúde geral.

### Questionário

Dos 1000 pares de questionários (o questionário orientado ao paciente e o registro de história verbal), um total de 995 histórias médicas foram usados para a análise estatística. De acordo com uma análise estatística prévia, a população de 99 pacientes foi considerada aceitável para fins estatísticos.

Com base nos resultados de um inquérito entre os dentistas participantes, o questionário provou ser fácil para usar na prática odontológica geral. Porque é padronizado, leva apenas 2 minutos para ser aplicado no caso de um indivíduo saudável e não mais de 10 minutos no caso de uma paciente com dificuldades de leitura e/ou problemas de saúde complexos.

### Registro e estatísticas

Não foi encontrada relação entre a prevalência de doenças sistêmicas e a média de idade por país. Nos 10 países representados, a prevalência global das doenças no âmbito da medicina oral da população estudada, expressa em porcentagem, variou de 0,07 (Holanda) a 0,19 (Espanha). A média de prevalência por doença variou de 0,02 com epilepsia e doença renal até 0,27 para pacientes com hipertensão. A prevalência por item foi mais elevada para a medicação 0,54 (intervalo de 0,39 a 0,86). Uma análise dos resultados, incluindo falso-positivos e negativos é encontrada nas tabelas IV e V.

Tabela IV. Resultados por países participantes.

Questões	Falso negativo	Falso positivo	Sensibilidade	Especificidade	Prevalência
1. Angina do peito	4	8	96	99	0.11
2. Infarto do Miocárdio	3	2	93	100	0.06
3. Sopro	3	4	97	99	0.07
4. Palpitações cardíacas	9	12	94	99	0.14
5. Insuficiência cardíaca	7	3	95	99	0.06
6. Hipertensão	31	18	85	97	0.27
7. Tendência ao sangramento	5	9	91	99	0.05
8. Epilepsia	0	1	100	100	0.02
9. Asma	1	6	98	99	0.09
10. Doença pulmonar	4	7	90	99	0.10
11. Alergia	19	19	85	98	0.21
12. Diabetes Melito	3	4	97	100	0.08
13. Disfunção da tireóide	4	1	92	100	0.07
14. Doença Hepática	8	2	89	100	0.03
15. Doença Renal	2	2	94	100	0.02
16. Malignidades	2	8	99	99	0.04
17. Doenças infecciosas	3	1	92	100	0.02
18. Hiperventilação	2	6	97	98	0.10

19. Desmaios	1	5	95	99	0.06
20. Antibióticos	5	8	94	98	0.10
21. Medicações	23	7	95	98	0.54

O número de perguntas para cada doença foi de 995 exceto para as doenças infecciosas e antibióticos (n = 783) e para hiperventilação e desmaios (n = 789).

Tabela V. Resultados por países participantes.

Países	Falso negativo	Falso positivo	Sensibilidade	Especificidade	Prevalência	Questões (n)
Bélgica	7	7	96	99	0.10	1722
França	16	10	85	99	0.09	1802
Alemanha	24	27	93	98	0.12	2121
Grécia	35	17	87	99	0.14	2100
Hungria	9	0	96	100	0.08	2100
Islândia	4	11	98	99	0.08	2100
Irlanda do Norte	18	23	91	98	0.11	2014
Espanha	3	1	97	100	0.19	2100
Suécia	15	3	96	100	0.12	1900
Holanda	4	19	93	98	0.07	2100

A média da especificidade do EMRRH por país, expressa em percentagem, foi 99,1 (intervalo de 98 a 100). Pois desmaio, hiperventilação, bem como a necessidade de profilaxia antibiótica antes do tratamento dentário não fazem parte do original de avaliação dos riscos ASA para a anestesia geral. Assim estes itens não foram incluídos na entrevista de pré-avaliação na França, Suécia e Irlanda do Norte. Quando estes 3 países foram incluídos, a média de percentagem foi de 99,0. A média de especificidade por item foi 99,0 (intervalo de 97 a 100), independentemente da inclusão ou exclusão dos itens acima.

A média de sensibilidade do EMRRH por país, expressa em percentagem, foi 93,5 (intervalo de 87 a 98) quando os 3 países mencionados foram excluídos, e 93,2 (intervalo de 85 a 98) com a inclusão destes países. A média de sensibilidade por doença, expresso em percentagem foi de 93,5 (variação de 85 a 100) quando infecções, hiperventilação, desmaios, antibióticos profilático foram excluídos. Quando estes 4 itens foram incluídos, a percentagem foi de 93,7 e o intervalo foi de 85 a 100.

Cohen's kappa variou de 0,81 por país (França) para 0,98 (Espanha). Por item, os Cohen's kappa variou de 0,79 para a doença hepática a 0,97 para a epilepsia (Tabela VI).

Tabela VI. Cohen's kappa para os países participantes e entidades doença

Países	Cohen's kappa/país	Doença	Cohen's kappa/doença	Doença	Cohen's Kappa/doença
--------	--------------------	--------	----------------------	--------	----------------------

Bélgica	0.91	Dor tórax	0.93	Alergia	0.85
França	0.81	Ataque coração	0.93	Diabetes	0.95
Alemanha	0.89	Queixa cardíaca	0.92	Doença Tireóide	0.95
Grécia	0.89	Palpitação	0.91	Doença pulmonar	0.79
Hungria	0.97	Hipertensão	0.86	Malignidade	0.90
Islândia	0.91	Tendência hemorragia	0.81	Hiperventilação	Sem conhecimento
Irlanda do Norte	0.88	Epilepsia	0.97	Desmaio	Sem conhecimento
Espanha	0.98	Asma	0.94	Antibiótico profilático	Sem conhecimento
Suécia	0.95	Doença pulmonar	0.90	Medicação	0.93
Holanda	0.88	Falha cardíaca	0.87	Doença renal	0.90

A tabela VII mostra a distribuição da ASA e da pontuação média de idade dos pacientes nos países envolvidos.

Tabela VII. A distribuição da pontuação em % risco ASA nos países participantes

Países	ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV	Média idade
Bélgica	35	40	14	11	51.4
França	29	53	10	08	45.3
Alemanha	38	48	09	05	43.3
Grécia	22	52	18	08	57.7
Islândia	52	39	07	02	49.1
Irlanda do Norte	23	48	17	12	57.0
Hungria	28	43	12	17	46.0
Espanha	04	65	22	09	51.9
Suécia	30	41	26	03	66.5
Holanda	46	35	14	05	41.0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>09</b>	<b>50.9</b>

## Discussão

Um elemento essencial neste estudo foi a correta avaliação clínica do questionário EMRRH. A história verbal é considerada a prioridade uma vez que os médicos que administram a história médica verbal estão habituados a conduzir exames pré-operatórios, determinando o grau de risco ASA. Eles não tinham acesso a outros registros médicos e não foi incluído o exame médico, uma vez que o objetivo não era diagnosticar novas doenças, mas para registrar o que o paciente já

sabia. À medida que o estudo pretende refletir a vida quotidiana na prática odontológica no que diz respeito ao tratamento eletivo nos países envolvidos, achamos que seria insensato selecionar um grupo de pacientes com base nos registos hospitalares disponíveis existentes, influenciando na confiabilidade do estudo.

Os participantes do estudo, em 1979, modificaram a pontuação e, freqüentemente adaptavam o sistema de classificação ASA para utilização em tratamentos odontológicos sob anestesia local [18] e [19].

Como o registro era voluntário, foi importante que o paciente estivesse disposto a cooperar, que a comunicação oral seja adequada, e que o dentista verifique exaustivamente as respostas [20] e [21]. Existiram dificuldades na Grécia e na França onde a pontuação de sensibilidade era baixa em 87 e 85. Na Grécia, isto ocorreu devido à incapacidade de ler e escrever. A solução foi ter membros da família ajudando a preencher o questionário. Na França, existia uma falta de intimidade com os questionários. Por esta razão, o processo consumia mais tempo nesses locais, do que em outros países. Após a verificação, a abrangência foi de 100%.

A sensibilidade da pontuação na Holanda (93) foi inferior ao esperado, devido à incompatibilidade idiomática: em torno de 41% dos residentes de Amsterdã nasceram do outro lado da Holanda.

Devido à baixa prevalência de doenças em estudos na população odontológica, em 1998, foi decidido incluir a prática odontológica, neste estudo, que foram pensados para ter uma média de idade mais elevada. Assim, no presente estudo, a idade média dos pacientes foi de 50,9 em comparação com 42,9 em 1998. Este aumento está refletido em mais pacientes comprometidos com medicamentos com um alto risco na classificação ASA [13]. A diminuição na média percentual do risco de classificação ASA I de 57 para 28 foi espetacular. Um aumento compensatório no percentual de classificação ASA II foi registrado, de 26 para 47, enquanto o percentual de classificação ASA III aumentou de 11 para 16 e de classificação ASA IV de 7 para 9.

Outros estudos na Holanda e na Bélgica mostram a mesma redução na proporção de pacientes saudáveis (classificação ASA I de 78% para 57%) quando a diferença na média de idade é 10 anos. Em um estudo realizado na Holanda, que incluiu 29.424 pacientes (idade média de 37,1), o risco de classificação ASA foi classificação ASA II com 12,7%, ASA III com 5,7% e ASA IV com 3,6%. Em um estudo belga (idade média de 47) aquelas classificações foram de 25%, 11%, e de 7% respectivamente [1] e [22]. Em um estudo espanhol com o EMRRH, foi encontrada uma diferença significativa (teste de Mann-Whitney  $P < .0005$ ) entre a média de idade dos pacientes comprometidos com medicamentos (49,39 anos; DP 19,61) e no grupo de pacientes com história de relato sem risco (31,20 anos; DP 18,97) [23].

Os resultados do ensaio EMRRH são bons e comparados favoravelmente com a especificidade (98,9%) e a sensibilidade (84,8%) encontrados no estudo de validação de Fenton e McCartan um questionário de saúde para a prática odontológica de auto-administração [24]. Outras pesquisas, tais como o estudo PARS (prognóstico e avaliação da classificação do risco) tem sido submetido sem validade e sem testes de confiabilidade [25].

Qualquer risco médico que é omitido pode ser de importância para o tratamento odontológico. Durante um seminário de 3 dias, todas as respostas falso-

positivas e falso-negativas foram analisadas. Respostas falso-negativas para a alergia se deve principalmente à incapacidade do doente para reconhecer a importância da alergia ao pólen. Da mesma forma, os pacientes em tratamento anticoagulante algumas vezes não mencionam tendências para sangramento. Omissões semelhantes foram detectadas no que diz respeito ao uso de medicação. A lista de medicamentos tomados pelo paciente provou ser uma verificação importante.

As respostas falso-positivas poderiam ser facilmente detectadas apenas por uma breve verificação das respostas positivas. Respostas falso-positivas para alergia eram devidos essencialmente para os efeitos colaterais da medicação. Respostas falso-positiva para a hipertensão muitas vezes tinha a ver com o fato de que em algum momento no passado o paciente tivesse dito que a sua pressão arterial foi elevada. Durante a visita de avaliação seguida, o nível da pressão arterial foi encontrada dentro dos limites normais. Durante o seminário, perguntas com respostas falsas, foram reformuladas para reduzir a incidência de respostas falsas (apêndice).

A mais baixa taxa de medicação foi registrada na Holanda, devido à restritiva administração de medicamentos prescritos. Isto está em contraste com a situação na Hungria e Espanha, onde o medicamento é freqüentemente vendido ao balcão.

O índice Cohen's kappa de cada um dos países mostraram grande concordância. Por item variaram de 0,79 para a doença hepática a 0,97 para a epilepsia (Tabela VI). Cirrose hepática alcoólica foi muitas vezes um problema, porque as pessoas não estavam nem conscientes da gravidade da sua condição hepática ou negavam seu problema. Quando as divergências foram analisadas, elas aparentavam ser resultado de pacientes não cooperadores, esquecidos, e imprecisos, e eram raramente devido a mal-entendidos.

O aumento do número de pacientes clinicamente comprometidos, juntamente com o fato de emergências médicas ocorrerem geralmente na prática odontológica, indica a necessidade de um instrumento preventivo. Esta necessidade é reforçada na medida em que alguns dentistas podem não ter um conhecimento suficiente das condições médicas nem treinamento para a condução das emergências [26] e [27]. Isto leva-nos à pergunta: "Este EMRRH tem um efeito preventivo?" A resposta parece ser "sim" já que emergências não foram experimentadas por nenhum dos pacientes que participaram do questionário utilizado durante o estudo de 1 ano envolvendo atendimento odontológico, na Holanda. Este controle comparou favoravelmente com uma população de dentistas que trabalhavam com outros questionários utilizados para registrar problemas médicos.

### **Conclusões**

O EMRRH provou ser uma ferramenta útil na detecção de pacientes comprometidos clinicamente em 10 países europeus. O seu valor reside na superação da disparidade entre os diferentes métodos de históricos médicos em uso por toda a Europa, incluindo os problemas relacionados com a mobilidade dos recursos humanos na Europa. Ele pode ser útil para fornecer dados clínicos necessários para programar cuidados à saúde geral e bucal. A este respeito, um

formato digitalizado do EMRRH, incluindo a modificação do risco de classificação ASA e medidas preventivas por item, tem sido desenvolvida na Holanda.

Este estudo, que ao longo de muitos anos, teria sido impossível sem o apoio de um número de investigadores nas áreas de Odontologia e Medicina. Agradecemos, em ordem alfabética, Dr. J. Banoczy, Dr. A. Holm, Dr. SH Olafsson, Dr. Ir. J. Oosting, Dr. med. H. Spranger, e o Dr. F. Vinckier.

Estamos gratos pela ajuda e incentivo prestado pelo Dr. JLM van den Heuvel (Chefe da Odontologia e funcionário do Ministério da Saúde, do Bem-Estar e do Desporto na Holanda).

### Referências

1. Smeets EC, de Jong KJM, Abraham-Inpijn L. Detecting the medically compromised patient in dentistry by means of the Medical Risk Related History (MRRH). *Prev Med* 1998;27:530-5.
2. Steward CM, Lado EA. Preparation for office emergencies;equipment. Skills and attitudes of general dentists and specialists. *Gen Dent* 1988;36:211-4.
3. Malamed SF. Managing medical emergencies. *J Am Dent Assoc* 1993;124:40-53.
4. Keur I, Smeets EC, de Jong KJM, Abraham-Inpijn L. Medische accidenten in de tandartspraktijk. *Ned Tijdschr Tandheelknd* 1998;105:162-6.
5. Atherton GJ, McCaul JA, Williams SA. Medical emergencies in general dental practice in Great Britain. Part I: Their prevalence over a 10 year period. *Brit Dent J* 1999;186:72-80.
6. Atherton GJ, Pemberton MN, Thornhill MH. Medical emergencies: the experience of staff of a UK dental teaching hospital. *Br Dent J* 2000;12:320-4.
7. Smeets EC, Keur I, Oosting J, Abraham-Inpijn L. Acute medical complications in 277 general dental practices. *Prev Med* 1999;28:481-7.
8. Broadbent JM, Thomson WM. The readiness of New Zealand general dental practitioners for medical emergencies. *N Z Dent J* 2001;97:82-6.
9. Miyatake Y, Kazama M, Isoda M, Nejima J. Internal medicine education in dentistry: knowledge required varies according to dental specialty. *Eur J Dent Educ* 2004;8:18-23.
10. Vissink A, Spijkervet FKL, van der Waal I. Improving dental treatment for the medically complicated patient. *Ned Tijdschr Tandheelknd* 2005;112:333-52.
11. Gill Y, Scully C. Attitudes and awareness of final-year predoctoral dental and medical students to medical problems in dentistry. *J Dent Educ* 2006;70:99-105.
12. de Jong KJM. The medical history in dentistry [thesis]. Amsterdam, The Netherlands: University of Amsterdam; 1992.
13. Abraham-Inpijn L, Smeets EC, Russell JG, Abraham EA. Introductory notes regarding a European Medical Risk Related History questionnaire (EMMRH) designed for use in dental practice. *Br Dent J* 1998;185:445-9.
14. Bäckman N, Holm AK, Folkesson U, Olofsson AL. Behöver kvaliteten i tandläkarnas medicinska riskbedömning förbättras? *Tandläkartidningen* 1998:29-33.
15. Larsson B, Bäckman N, Holm AK. Medicinsk riskbedömning med hjälp av ASA-klassificering. *Tandläkartidningen* 2000:28-32.
16. Saklad M. Grading of patients for surgical procedures. *Anesthesiology* 1941;2:281-4.
17. Owens WD, Felts JA, Spitznagel EL Jr. ASA physical status classifications: a study of consistency of rating. *Anesthesiology* 1978;49:239-43.

18. McCarthy FM. A new patient-administered medical history developed for dentistry. *J Am Dent Assoc* 1985;111:595-7.
19. Malamed F. *Medical emergencies in the dental office*. 5th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2000. p. 41–4.
20. de Jong KJM, Abraham-Inpijn L. The validity of MRRH for dental patients in Belgium. *Int Dent J* 1997;47:16-20.
21. Klasser GD, de Leeuw R, Albuquerque RJ. Self-report health questionnaire: a necessary and reliable tool in dentistry. *Gen Dent* 2005;53:348-54.
22. Abraham-Inpijn L. Anesthésie locale et patients présentant des pathologies médicales; utilité de l'anamnèse dans la prévention des complications médicales au cabinet dentaire. *Revue Belge de Méd Dent* 2000;55:72-9.
23. Chandler Gutiérrez LJ, Martínez-Sahuquillo A, Bullón Fernández P. Evaluation of medical risk in dental practice through using the EMRRH questionnaire. *Med Oral* 2004;9:309-20.
24. Fenton MR, McCartan BE. Validity of a patient self-completed health questionnaire in a primary care dental practice. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992;20:130-2.
25. Jolly DE. Interpreting the medical history. *J Calif Dent Assoc* 1995;23:19-28.
26. Atherton GJ, Pemberton MN, Thornhill MH. Medical emergencies: the experience of staff of a UK dental teaching hospital. *Br Dent J* 2000;188:320-4.
27. Miyatake Y, Kazama M, Isoda M, Nejima J. Internal medicine education in dentistry: knowledge required varies according to dental specialty. *Eur J Dent Educ* 2004;8:18-23.

*Reprint requests:*

Luzi Abraham-Inpijn, MD, PhD  
Academic Medical Centre of the University of Amsterdam  
Department Internal Medicine  
F4. Post-box 22660  
1100 DD Amsterdam, The Netherlands  
[L.Abraham.Inpijn@inter.nl.net](mailto:L.Abraham.Inpijn@inter.nl.net)

## QUESTIONÁRIO

Perguntas ASA / SIM E NÃO	ASA
<b>1. Você já sentiu dor torácica ao realizar esforço físico (angina do peito) se sim,</b>	II
Suas atividades estão limitadas?	III
Suas queixas aumentaram recentemente?	IV
Você tem dor torácica em repouso?	IV
<b>2. Você teve ataque cardíaco? Se sim,</b>	II
Suas atividades estão limitadas?	III
Você teve ataque cardíaco nos últimos 6 meses?	IV
<b>3. Você tem sopro, doença de válvula cardíaca, ou válvula cardíaca artificial?</b>	II
<b>Você teve cirurgia, cardíaca ou vascular, no espaço dos últimos 6 meses?</b>	II
<b>Você tem marcapasso?</b>	II
Você teve doença cardíaca reumática?	III
Suas atividades estão limitadas?	III
<b>4. Você tem palpitações no coração sem esforço? Se sim:</b>	II
Você tem que descansar, sentar o se deitar durante as palpitações?	III
Você algumas vezes sente falta de ar, vertigem ou palidez?	IV
<b>5. Você sofre de insuficiência cardíaca? Se sim,</b>	II
Você tem falta de ar em decúbito dorsal?	III
Você precisa de 2 ou + travesseiros noturnos devido deficiência respiratória?	IV
<b>6. Você atualmente ou no passado teve hipertensão?</b>	II
Escreva sua última aferição da P.A. /	
<b>7. Você tem tendência para hemorragia? Se sim,</b>	II
Você teve hemorragia por mais de 01 hora durante cirurgia ou ferida?	III
Você sofreu alguma contusão espontânea	IV

<b>8. Você tem epilepsia? Se sim,</b>	II
Suas condições estão piores?	III
Você continua a ter ataques apesar da medicação?	IV
<b>9. Você sofre de asma? Se sim,</b>	II
Você usa qualquer medicação e/ou inalatório?	III
Você tem dificuldade respiratória atualmente?	IV
<b>10. Você tem outros problemas respiratórios ou uma tosse persistente? Se sim,</b>	II
Você tem dificuldade respiratória depois subir 20 degraus?	III
Você tem dificuldade respiratória despindo-se?	IV
<b>11. Você já teve reação alérgica para penicilina, aspirina, látex, material odontológico, ou qualquer outro? Se sim</b>	II
Isto exigiu tratamento médico ou hospitalar?	III
Ocorreu durante visita odontológica?	IV
Você é alérgico a que?.....	
<b>12. Você tem diabetes?</b>	II
<b>Você faz insulina? Se sim,</b>	II
Sua diabetes é descontrolada atualmente?	III
<b>13. Você sofre de doença da tireóide? Se sim,</b>	II
Sua glândula tireóide está hipoativa?	III
Sua glândula tireóide está hiperativa?	IV
<b>14. Você teve no passado ou tem doença hepática?</b>	II
<b>15. Você tem doença renal? Se sim,</b>	II
Você já se submeteu à diálise?	III
Você já fez transplante renal?	III
<b>16. Você já teve ou você tem câncer ou leucemia?</b>	II
Qual é sua	

doença?.....	
Você recebeu drogas terapêuticas ou teve um transplante de medula óssea para isto?	III
Qual medicação?.....	
Você teve que fazer radioterapia para um tumor ou crescimento na cabeça ou pescoço?	IV
<b>17. Você sofre de hiperventilação? Se sim,</b>	II
<b>18. Você já desmaiou durante tratamento médico ou odontológico?</b>	II
<b>19. Você está atualmente sob medicação prescrita</b>	
<b>Por qualquer razão ou por outro motivo?</b>	II
Por queixa cardíaca?	
Anticoagulantes?	
Hipertensão?	
Aspirina ou outro analgésico?	
Por alergia?	
Por diabetes?	
Prednisona, corticosteróides (sistêmico ou tópico)?	
Drogas contra rejeição de transplante?	
Drogas contra doenças reumática, intestinais e pele?	
Para câncer ou doenças sangüíneas?	
Penicilina, antibióticos ou antimicrobianos?	
Para desordens do sono, depressão e ansiedade?	
Você tem usado novas drogas?	
Outras medicações?	
.....	
.....	
<b>20. Você tem que tomar antibiótico antes do tratamento odontológico?</b>	II
<b>21. Somente mulheres, você está grávida?</b>	II

## Questionário de Saúde EMRRH

Nome:	Questões gerais
Endereço:	1. Alguma vez apresentou alterações de saúde ou complicações, durante tratamento ou cirurgia odontológica? Se sim,
Cidade e cep	Natureza das complicações:
Data de Nascimento	Qual especialidade?
Ocupação :	Alguma vez já teve alterações de saúde relacionado com o uso de medicações? Se sim,
Nome do clínico geral (odontólogo)	Natureza da alteração:
Nome do especialista	Qual medicação?
Data :	

	Histórico do paciente baseado no risco médico	Escala ASA	Intercorrências no tratamento odontológico e medidas preventivas
1.			
2.			
3.			
4.			

Recuperação da História (oral):	Data									
1. Você tem visitado seu CD (clínico geral ou especialista) no último ano? Sim/não Natureza da alteração: .....	Sim/não									
2. Tem sentido qualquer mudança no seu estado de saúde recentemente? Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não
3. Tem sentido qualquer mudança em sua medicação recentemente? Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não	Sim/não