

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL**

Projeto SB2000
Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000

Manual do Examinador

Brasília - 2001

© 2001. Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 53

Tiragem: 2.000 exemplares

PRODUÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Políticas de Saúde

Departamento de Atenção Básica

Área Técnica de Saúde Bucal

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 635

Tel.: (61) 315-2728 / 225-6290

Fax: (61) 226-3192 (aos cuidados da AT Saúde Bucal)

CEP: 70.058-900, Brasília, DF

E-mail: cosab@saude.gov.br

Internet: <http://www.saude.gov.br/sps/programas/bucal/principal.htm>

Sítio do Projeto SB2000: <http://www.sb2000.cjb.net>

Apoio

Associação Brasileira de Odontologia (ABO)

Conselho Federal de Odontologia (CFO)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal.

Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador / Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

49 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 53)

ISBN 85-334-0398-4

1. Saúde Bucal - Epidemiologia. 2. Saúde Pública. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. III. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. IV. Título. V. Série.

NLM WU 18.5 DB8

Projeto SB2000

SUBCOMITÊ RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PROJETO

Angelo Giuseppe Roncalli – Região Nordeste

Professor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - roncalli@zaz.com.br

Paulo Frazão – Região Sudeste

Professor da Universidade Metodista de São Paulo (UMESP) - pafraza@usp.br

Helenita Corrêa Ely – Região Sul

Professora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) - famely@ez-poa.com.br

Izamiir Carnevali de Araújo – Região Norte

Professor da Universidade Federal do Pará (UFPA) - izamiir@nautilus.com.br

Marcos Pascoal Pattussi – Região Centro-Oeste

Secretaria de Saúde do Distrito Federal - pattussi.mp@zaz.com.br

Simone Machado Batista – Região Centro-Oeste

Secretaria de Saúde do Estado de Goiás - pedrobat@ih.com.br

Realização



Área Técnica de Saúde Bucal

Apoio



Este documento teve como base o **Manual do Recenseador - Censo 2000** do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a 4ª edição do **Oral Health Surveys - basic methods** da Organização Mundial da Saúde (1997) e o Caderno de Instruções do **Levantamento das Condições de Saúde Bucal - Estado de São Paulo, 1998** - *Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.*

Sumário

1. Apresentação	05
2. Introdução	06
3. Instruções para os exames domiciliares	06
3.1. Campo de trabalho da equipe	07
3.2. Identificação da unidade domiciliar	09
3.3. Moradores do domicílio e participantes do estudo	13
3.4. O trabalho da equipe de campo	14
4. Biossegurança	17
5. Índices	17
5.1. Informações Gerais	18
5.2. Anormalidades Dento-Faciais	20
5.2.1. Índice de Má-Oclusão (OMS 1987)	20
5.2.2. Índice de Estética Dental (DAI)	21
5.3. Prótese Dentária	25
5.3.1. Uso de Prótese	25
5.3.2. Necessidade de Prótese	26
5.4. Fluorose Dentária	27
5.5. Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento	28
5.5.1. Cárie Dentária	28
5.5.2. Necessidade de Tratamento	31
5.6. Doença Periodontal	31
5.6.1. Índice de Alterações Gengivais	34
5.6.2. Índice Periodontal Comunitário (CPI)	34
5.6.3. Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP)	37
5.7. Alterações de Tecido Mole	38
5.8. Avaliação socioeconômica e autopercepção em saúde bucal	38
5.8.1. A entrevista	38
5.8.2. Caracterização socioeconômica	39
5.8.3. Acesso a serviços odontológicos	41
5.8.4. Autopercepção em saúde bucal	43
6. Bibliografia	43
Anexos	45

1. Apresentação

O presente Manual integra uma série de instrumentos desta natureza, destinados a apoiar a capacitação das equipes dos diferentes níveis operacionais do Projeto SB2000 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, relativo a pesquisa epidemiológica nesta área, que será realizada em 250 municípios de todas Unidades Federadas. Trata-se assim de um projeto multicêntrico e que, portanto, envolve várias pesquisas, desenvolvidas em diversos pontos do País, com coordenações nos níveis municipal, estadual, macrorregional e federal.

A realização desse Projeto constituirá, sem dúvida, um marco na epidemiologia em saúde bucal no Brasil, visto que será a mais ampla e completa pesquisa neste contexto já empreendida no País, gerando resultados importantes para o incremento das ações de planejamento e avaliação na área de saúde bucal coletiva. Além disso, contribuirá para a consolidação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal e para a estruturação de uma base metodológica uniforme.

Sob a coordenação geral do Ministério da Saúde, o Projeto SB2000 contará com o apoio fundamental da Associação Brasileira de Odontologia e do Conselho Federal de Odontologia. Nos níveis estadual e municipal, o trabalho será conduzido, respectivamente, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e, em vários municípios, terá ainda o apoio das Faculdades de Odontologia públicas e privadas.

Para a capacitação das equipes participantes, o Ministério da Saúde produziu os Manuais do Coordenador, do Examinador e do Anotador. Além desses, elaborou também o Manual de Calibração de Examinadores, que fornece subsídios para os instrutores na condução dos processos de treinamento das equipes de campo, cuja base metodológica é a proposta da Organização Mundial da Saúde para pesquisas epidemiológicas na área de saúde bucal.

No Manual do Coordenador, são apresentadas as instruções para os profissionais que conduzem o Projeto no âmbito municipal e detalhados os procedimentos para o delineamento do plano amostral, particularmente com relação ao processo de sorteio das unidades amostrais e as técnicas para a condução dos exames nas escolas e nos domicílios. Já o Manual do Examinador contém instruções relativas aos códigos e critérios de todos os índices a serem utilizados na pesquisa, bem como as rotinas de procedimentos para os exames domiciliares. Finalmente, no Manual do Anotador, estão as instruções quanto ao preenchimento adequado da ficha de exame e protocolos de biossegurança a serem seguidos pela equipe.

A expectativa do Ministério da Saúde é que o Projeto SB2000 alcance pleno sucesso, para o que vem adotando, como se verifica, as medidas necessárias, convencido de que os seus resultados serão de enorme importância para o aprimoramento das ações na área de saúde bucal no País. O sucesso de sua operacionalização, todavia, dependerá do esforço conjunto de todas as pessoas e instituições envolvidas nos níveis municipal, estadual e federal, o qual tem, de fato, sido eficiente e efetivo.

CLÁUDIO DUARTE DA FONSECA
Secretário de Políticas de Saúde do
Ministério da Saúde

2. Introdução

Neste estudo epidemiológico transversal pretende-se produzir informações representativas para o país, para a macrorregião, e para o município em determinados grupos etários. Para alcançar esse objetivo é fundamental a aplicação dos critérios definidos para o sorteio dos elementos amostrais e para a aferição dos eventos de interesse epidemiológico. Para avaliar o grau de aplicação desses critérios em cada localidade do país foram propostos três instrumentos: o **Relatório das Atividades de Campo** (Manual do Coordenador), sob responsabilidade do coordenador local ou supervisor de campo; o **Relatório de Calibração**, sob responsabilidade do instrutor do referido treinamento; e o formulário contendo o "**Cadastro dos Domicílios**", a ser preenchido pela equipe de campo.

Este manual é composto de duas partes. Na primeira estão descritos os critérios de casualização para a identificação dos elementos amostrais nos domicílios. Na segunda parte, estão apresentados os padrões para a observação das condições de saúde bucal e para o registro das características socioeconômicas e de autopercepção em saúde bucal.

3. Instruções para os exames domiciliares¹

Estudos epidemiológicos nos quais está prevista a coleta direta de dados em domicílios exige a definição de alguns procedimentos metodológicos a fim de assegurar uniformidade na aplicação dos critérios e evitar a introdução de fontes de viés que possam comprometer as regras de casualização da amostra, prejudicando sua representatividade. O objetivo destas instruções é orientar as equipes de campo para a técnica de percurso das quadras sorteadas e para a identificação precisa da unidade domiciliar sorteada. Os locais de referência para sorteio dos elementos amostrais estão ilustrados no Quadro 1.

Quadro 1. Locais de coleta e Unidades Amostrais Secundárias de acordo com o porte do município e o grupo etário.

	Até 50.000 habitantes	Mais de 50.000 habitantes
18 a 36 meses	Domicílios - Quadra - Vila	Domicílios - Setor Censitário / Quadra - Vila
5 anos	Domicílios - Quadra - Vila	Creches
12 anos	Escolas	Escolas
15 a 19 anos	Domicílios - Quadra - Vila	Domicílios - Setor Censitário / Quadra - Vila
35 a 44 anos		
65 a 74 anos		

Como se pode notar, há uma diferença para a idade de 5 anos conforme o tipo de município. Enquanto nos municípios com mais de 50 mil habitantes estes elementos amostrais serão sorteados a partir de listas de crianças matriculadas em creches e pré-escolas, nos municípios com 50 mil habitantes ou menos (1º, 2º e 3º estratos) esses indivíduos serão

¹ Estas instruções têm por base o **Manual do Recenseador - Censo 2000** do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A referência completa da publicação se encontra ao final.

examinados nos domicílios sorteados. As demais faixas etárias de interesse - crianças de 18 a 36 meses, jovens de 15 a 19 anos, adultos de 35 a 44 anos, e idosos de 65 a 74 anos -serão examinadas nos domicílios.

3.1. Campo de trabalho da equipe

O que é setor censitário?

O país está dividido em unidades: estados, municípios, distritos e subdistritos.

Os setores censitários são unidades territoriais definidas pelo IBGE para orientar a distribuição espacial da população, sendo mais de 200.000 em todo o Brasil.

O setor censitário é a área de trabalho dos recenseadores (IBGE). A área de trabalho da equipe responsável pelos exames compreende quadras urbanas e vilas rurais sorteadas em determinados setores censitários. Os domicílios a serem visitados localizam-se nessa área.

O que é mapa da área?

É o desenho gráfico da área geográfica com a indicação das quadras e vilas rurais sorteadas a serem pesquisadas (veja na Figura).

O mapa serve para:

- localizar-se durante o trabalho de campo;
- identificar a área que deve ser percorrida e seus limites;
- saber por onde começar, seguir e terminar o percurso.



Figura 1. Mapa das quadras de um setor censitário. Os nomes das ruas foram omitidos.

A atualização do mapa geográfico às vezes torna-se necessária, devido a alterações em decorrência de situações diversas, como, por exemplo, uma estrada ou uma rua nova que não conste no mapa ou com nome modificado. O anotador (membro da equipe de exames) deve anotar tais modificações e apresentá-las ao coordenador da pesquisa ou supervisor de campo.

Os setores censitários incluem variados números de domicílios. Por isso, em pequenos municípios pode haver apenas um setor censitário, assim como um único prédio pode representar um setor. Nos municípios do 1º, 2º, e 3º estratos (até 50 mil habitantes), a unidade a ser considerada para amostragem será obtida a partir do total de quadras urbanas e vilas rurais. Nos municípios do 4º e 5º estratos (mais de 50 mil habitantes), haverá dois estágios de sorteio. Em primeiro lugar serão sorteados 10 setores do total de setores censitários urbanos e rurais da cidade. Em seguida, com o mapa desses setores, quadras urbanas e vilas rurais serão identificadas e numeradas para permitir o sorteio de algumas unidades que constituirão o campo de trabalho das equipes.

Levantamento de informações sobre a área de trabalho

Após a definição das áreas de trabalho, algumas atividades preparatórias são necessárias. As atividades de campo em cada área devem ser iniciadas com a realização de uma reunião com as lideranças comunitárias para explicar a finalidade da pesquisa, os procedimentos técnicos e os benefícios para a saúde pública. Medidas de divulgação pública em meios de comunicação devem ser planejadas para reduzir a possibilidade de recusas ou desconhecimento da pesquisa. As dificuldades serão proporcionais aos aspectos socioculturais que condicionam a relação entre as agências públicas e a consciência de cidadania dos moradores da unidade domiciliar e das quadras e vilas sorteadas. Nas áreas onde a presença dos agentes públicos é maior, em atividades relacionadas a obras e/ou serviços, seja por meio de unidades educacionais, sanitárias, ou de ações de ordenação do uso do solo ou da limpeza pública, entre outras, a colaboração tende a ser mais favorável. Em setores residenciais, onde a presença dos agentes públicos é esporádica, podem ser esperadas maiores dificuldades para abordagem da população e a necessidade da criação de estratégias específicas de comunicação sobre pessoas e lideranças influentes residentes na área: síndicos de condomínios, administradores de edifícios etc. Em seguida, inicia-se o percurso das quadras e vilas sorteadas para a identificação dos domicílios.

Como percorrer a quadra?

Para fazer o percurso da quadra, a equipe deve orientar-se pelo mapa. O coordenador local deve distribuir os mapas das quadras sorteadas, esclarecer a técnica de percurso e de identificação dos domicílios sorteados.

Conforme a fração de amostragem, algumas idades são procuradas e examinadas em todos os domicílios, enquanto as demais são procuradas e examinadas em metade dos domicílios percorridos, seguindo uma ordem rígida.

A equipe deve percorrê-la no **sentido horário** (isto é, dos ponteiros do relógio). Neste caso, as casas do quarteirão nesta caminhada ficarão **sempre à direita** de quem percorre a quadra. Assinalar com uma flecha o sentido do percurso na quadra.

Se no quarteirão houver uma entrada pública (corredor de carros e/ou pedestres etc), entrar na mesma e percorrê-la, mantendo sempre as moradias à direita.

Se no quarteirão houver um prédio de apartamentos, percorrer os andares como se estivesse percorrendo uma vila, isto é, saindo do elevador ou, tendo terminado de subir pela

escada, percorrer o andar sempre mantendo os apartamentos à direita. Iniciar preferencialmente pela andar térreo, não esquecendo o apartamento do zelador.

3.2. Identificação da unidade domiciliar

O que é o domicílio para o Estudo?

Domicílio é o local estruturalmente separado e independente que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas ou que esteja sendo utilizado com esta finalidade. Os domicílios podem ser **particulares permanentes**, **particulares improvisados ocupados** e **coletivos**.

Quais as suas características?

Domicílio Particular Permanente: foi construído para servir exclusivamente à habitação e, na data da visita tinha como finalidade servir de moradia a uma ou mais pessoas. Ex: casas, apartamentos, unidades domiciliares em *apart-hotéis*, casas de cômodos, cortiços, cabanas, chalés.

Domicílio Particular Improvisado Ocupado: localizado em unidade não-residencial (lojas, fábricas, prédios em construção, marquises, barracas etc.) que não tinha dependências destinadas exclusivamente à moradia e que na data da visita estava ocupada por moradores.

Domicílio Coletivo: é o estabelecimento ou instituição onde a relação existente entre as pessoas que nele habitam, na data da visita, era restrita a normas de subordinação administrativa. Ex: hotéis, presídios, quartéis, navios, asilos, orfanatos, conventos, hospitais, alojamentos de trabalhadores, *campings* etc.

Muitas vezes existe mais de um domicílio particular em um mesmo terreno ou propriedade. Neste caso, caberá à equipe de campo definir o número de domicílios existentes aplicando critérios de *separação* e de *independência*:

Separação: o local de habitação é limitado por paredes, muros, cercas. Está coberto por um teto e permite que a pessoa ou grupo de pessoas que nele moram se isolem das demais, com a finalidade de dormir, cozinhar, comer e proteger-se do ambiente, arcando com parte ou com todas as suas despesas de alimentação e/ou moradia.

Independência: quando o local de habitação tem acesso direto e seus moradores podem nele entrar e sair sem passar por locais destinados à moradia de outras pessoas.

Para que existam dois domicílios em um mesmo terreno, é **necessário que se cumpram as condições de separação e de independência**.



Por exemplo...

SITUAÇÃO	CONDIÇÃO		NÚMERO DE DOMICÍLIOS EXISTENTES
	SEPARAÇÃO	INDEPENDÊNCIA	
Um casal mora em uma casa e aluga um quarto para um rapaz. O rapaz paga sua despesa com alimentação, mas passa pela sala do casal para chegar ao seu quarto.	Sim	Não	1
Dois casais dividem um apartamento e as despesas de alimentação.	Não	Não	1
Em um prédio de dois andares, moram duas famílias, uma em cada andar. Cada família arca com suas despesas de alimentação e o acesso ao local não é feito pela moradia do outro.	Sim	Sim	2
Em um terreno, além da casa, há um cômodo nos fundos, onde dorme o filho do casal. O acesso é feito sem passar por dentro da casa, mas as despesas com alimentação e moradia ficam a cargo do pai.	Não	Sim	1

Desse modo, é fácil perceber que a *independência* tem uma dimensão **física** da moradia e a *separação* tem uma dimensão **econômica** do ponto de vista da relação entre os moradores.

Outros domicílios que não são percebidos com facilidade:

- domicílios que ficam atrás dos domicílios que dão para a rua, ou seja, aqueles que ficam nos fundos do terreno (observar campainhas, caixas de correio, entradas separadas, corredores);
- domicílios existentes na mesma estrutura onde funcionam escritórios, casas de comércio, indústrias, fábricas, oficinas – ao passar perguntar sobre a existência de residência no local;
- domicílios em escolas, igrejas, templos (guarda, zelador, cuidador, padre etc.);
- hotéis, pensões, pensionatos, repúblicas de estudantes – verificar se o dono, administrador ou zelador reside no local ou se há hóspede permanente; neste caso, cada quarto é um domicílio;
- casa de cômodos (ou cortiço): cada família corresponderá a um domicílio;
- pesquisar se há pessoas residindo em casas em construção, barracas, automóveis, barcos etc.

**EM RESUMO:**

Só é considerado domicílio quando houver uma entrada específica e independente e os moradores do local pagarem suas próprias contas. Pesquisar sempre a existência de outros domicílios que não são percebidos com facilidade.

Identificação dos elementos amostrais nas quadras urbanas

A identificação das unidades domiciliares e dos moradores a serem examinados é feita nas quadras sorteadas e depende da fração de amostragem calculada por tipo de município, macrorregião e grupo etário (Manual do Coordenador – Tabelas 4 e 5).

Definida a fração de domicílios, somente os residentes pertencentes aos grupos etários nos domicílios sorteados devem ser entrevistados para colaborar com o estudo.

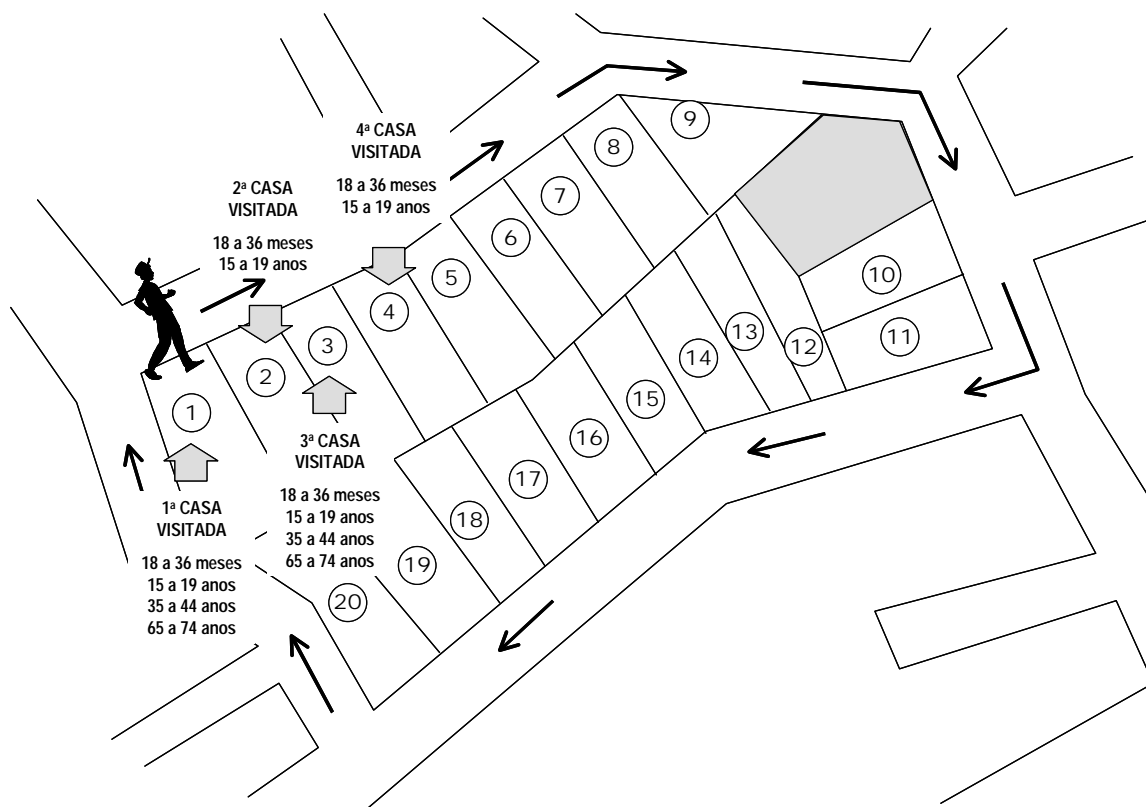


Figura 2. Esquema da técnica para percorrer as quadras dentro dos setores censitários com base nas frações de domicílios mostradas na Tabela 5 do Manual do Coordenador. O procedimento se repete a partir da 5ª casa visitada. Exemplo para a Região Sul em municípios com mais de 50 mil habitantes.



Por exemplo...

Vamos exemplificar como proceder a partir dos dados da Tabela 5 relativos à Região Sul. Como se vê, a fração para os grupos etários de **15 a 19 anos** é **1** e, para os grupos de **35 a 44 anos** e de **65 a 74 anos**, a fração é **2**. Isto significa que em todos os domicílios da quadra sorteada deverá ser pesquisada somente a existência de residentes pertencentes ao grupo etário de 15 a 19 anos de idade e à faixa etária de 18 a 36 meses. No segundo domicílio identificado, no quarto, no sexto, e assim por diante, deverão ser examinados todos os grupos etários, exceto as crianças de 5 e 12 anos nas cidades com mais de 50 mil habitantes e as de 12 anos nas cidades com 50 mil habitantes ou menos.



OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

Nos domicílios pares, portanto, examinar todos os moradores correspondentes aos grupos etários de interesse conforme o tipo de município e a macrorregião.

Identificação dos elementos amostrais nas vilas rurais

Nos setores censitários urbanos, a equipe de campo percorre todos os quarteirões sorteados do setor, identifica todas as unidades domiciliares e visita aquelas, conforme a fração de domicílios, examinando os moradores na faixa de interesse.

Os setores censitários rurais, no entanto, são amplas extensões de terra onde, de modo disperso ou concentrado, está distribuída parte da população. Geralmente são delimitados por estradas e/ou acidentes geográficos (rios, montanhas etc.) em cuja margem podem-se localizar pequenos povoados ou vilarejos onde se nota uma pequena concentração de domicílios e a presença de espaços sociais para atividades religiosas, de comércio etc. Para fins dessa pesquisa, as vilas ou aglomerados rurais serão consideradas unidades menores de um setor censitário rural. Nas vilas ou aglomerados rurais sorteados, por razões operacionais, não é viável a identificação de todas as unidades domiciliares. A equipe de campo deverá percorrer todos os domicílios num raio de 500 metros a partir do ponto mais central da vila (por exemplo, uma casa de culto, um ponto de comércio, um pátio ou terreno para festas etc). Em todos os domicílios, os moradores da faixa etária de interesse deverão ser examinados (veja ilustração a seguir).

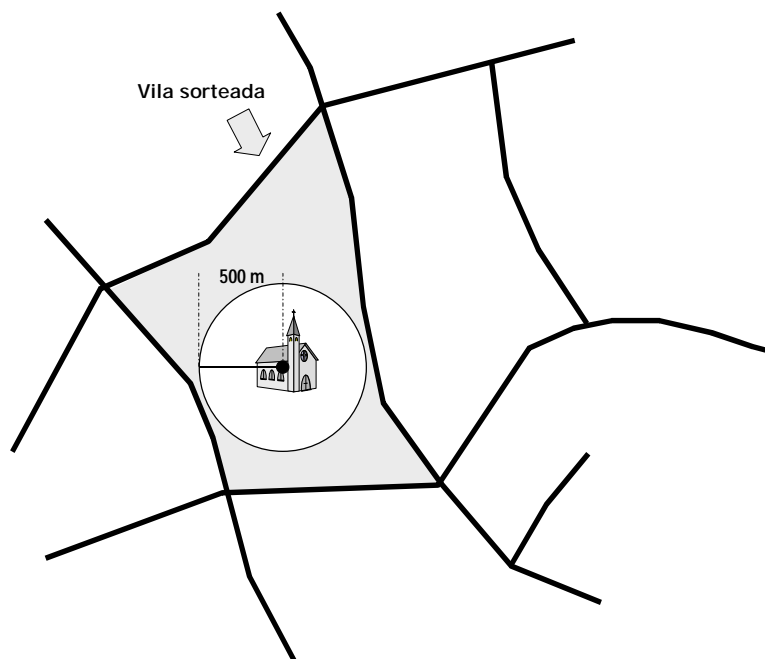


Figura 3. Sistema utilizado para percorrer os domicílios nas vilas rurais. Todos os domicílios situados no raio de 500 metros em torno de um ponto central (no exemplo, uma igreja) devem ser visitados.

3.3. Moradores do domicílio e participantes do estudo

Serão considerados moradores do domicílio e potencialmente participantes do estudo aqueles que:

- têm o domicílio como local de residência habitual e nele residem na data da visita;
- estando ausentes, mas tendo o domicílio como local de residência habitual, o período de afastamento não seja superior a 12 meses;
- são marítimos embarcados ou moradores em barcos atracados no seu local de origem;
- residem no domicílio apenas nos fins de semana ou quinzenalmente, pois pela natureza de suas obrigações, nos dias úteis dormem no local de trabalho (zeladores, empregados domésticos, vigias etc.);
- pertencem a algum dos grupos etários pesquisados: 18 a 36 meses, 5 anos (para municípios até 50 mil habitantes), 15 a 19 anos, 35 a 44 anos ou 65 a 74 anos.



OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

Não serão considerados moradores do domicílio aquelas pessoas que estão de visita e que passaram a residir no mesmo a partir de então.

Devem ser incluídos como moradores ainda:

- moradores definitivos de pensionatos, pensões etc. (estudantes não são moradores definitivos...);
- condenados com sentença definitiva;
- internos permanentes em sanatórios, asilos, conventos etc.



OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

Cabe lembrar que o sucesso do plano amostral, ou seja, a composição de uma amostra probabilística que represente o mais fielmente possível as características da população de referência, depende dos esforços no sentido de que as pessoas que efetivamente residam no domicílio e preencham as características exigidas pelo estudo sejam examinadas. Assim, após a primeira tentativa de examinar o indivíduo, em caso de insucesso, pela sua ausência no momento do exame, devem ser programados, pelo menos, **mais dois retornos**. Isto significa que a equipe deve efetuar pelo menos **três tentativas** no mesmo domicílio.

3.4. O trabalho da equipe de campo

A equipe de campo (examinador + anotador) percorre as quadras e vilas rurais, identificando domicílios onde moram pessoas dos grupos etários de interesse. É responsável pelo primeiro contato com os domicílios sorteados da área para a qual foi designada, pela motivação dos indivíduos a participarem do estudo até a realização da entrevista e do exame epidemiológico.

As funções das equipes de campo são:

- informar sobre o estudo que está sendo realizado no local, no município, explicando a sua importância e motivando os moradores a participarem;
- verificar a existência de pessoas moradores do domicílio, conforme a fração de domicílio correspondente a cada faixa etária;
- explicar a importância da autorização, solicitando o seu preenchimento e esclarecendo que os indivíduos pertencentes à amostra com idade até 17 anos deverão ser autorizados pelos pais ou responsáveis;
- realizar a entrevista e exame epidemiológico, aplicando os índices de acordo com o grupo etário;
- agendar data para outra visita e exame, quando os moradores dos grupos etários pesquisados estiverem ausentes. Utilizar, para tanto, o cartão de visita (em anexo).

Qual o material da equipe de campo?

- **Crachá** – É a credencial para desenvolvimento do trabalho e a sua identificação.
- **Mapa do setor ou das quadras** – Serve para orientação no setor ou quadras e mostra a área pesquisada.
- **Manual do Examinador** – Contém as instruções e os procedimentos a serem executados; serve para orientar a execução de seu trabalho.
- **Instrumento de informação e de consentimento** - Para ser lido e assinado pelos moradores sobre o estudo.
- **Ficha de exame epidemiológico e de entrevista** - A ser preenchida durante a visita que consentiu na participação do estudo.
- **Ficha de Cadastro dos Domicílios** – Para controle dos setores e quadras que já foram percorridos e dos domicílios onde já foram realizados os exames, bem como aqueles que serão agendados para o retorno.
- **Maleta** (ou mochila) - Para acondicionar instrumentais e materiais necessários para os exames.
- **Pasta** – Para guardar material da pesquisa durante o trabalho de campo.
- **Lápis, lapiseira, borracha, caneta, almofada de carimbo** – Para preenchimento das fichas de exame e entrevista e assinatura ou impressão dactiloscópica da autorização do exame.

Todo este material será fornecido pela equipe de coordenação da pesquisa.

Quais as tarefas do examinador e do anotador?

Antes da visita	Durante a visita	Ao final do dia
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar-se. • Identificar sua área de trabalho. • Receber do coordenador o mapa do setor com a indicação das quadras e vilas sorteadas, para estudá-lo a fim de percorrê-lo com exatidão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitar todos os domicílios da área de trabalho, seguindo as indicações de percurso. • Realizar as entrevistas, identificar as pessoas, examinar ou agendar o dia para o exame. • Preencher a ficha de cadastro dos domicílios identificados na quadra ou vila rural sorteada. • Ao final da jornada de trabalho, conferir o preenchimento das fichas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conferir os registros efetuados em todas as fichas. • Anotar pontos relativos aos objetivos alcançados, às atividades realizadas e às dificuldades encontradas, com a finalidade de discuti-las com o coordenador ou supervisor de campo.

Como chegar e se apresentar no domicílio?

A equipe é responsável pela motivação dos moradores e das pessoas das unidades de referência. Assim o exame nos domicílios se realiza em três etapas: apresentação, desenvolvimento e encerramento. A apresentação é um momento chave, pois define o acesso ao domicílio.

O quadro a seguir mostra algumas regras que devem ser observadas neste primeiro contato.

No momento da (o)...	... o que fazer
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Usar crachá. • Separar antecipadamente os formulários/fichas a serem preenchidos. • Apresentar-se ao morador – quem é, o que representa e o que deseja. • Ser discreto e garantir sigilo das informações.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Criar um clima de cordialidade. • Seguir com objetividade as razões da visita. • Solicitar o consentimento para o exame. • Entrevistar/examinar ou agendar data para o exame epidemiológico no domicílio.
Encerramento	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se todos os objetivos foram cumpridos. • Agradecer ao morador e despedir-se.



EM RESUMO:

REVISANDO INSTRUÇÕES PARA AS VISITAS NOS DOMICÍLIOS

- Entrando no domicílio sorteado, verificar se ali residem pessoas de algum, ou de todos os grupos etários pesquisados.
- Explicar a razão da visita.
- Solicitar a participação no estudo.
- Em caso afirmativo, solicitar o preenchimento do termo de consentimento.
- Entrevistar, realizar o exame ou agendar a data em que as pessoas dos grupos etários selecionados estiverem disponíveis para o exame.
- Agradecer e deixar o cartão-lembrete da próxima visita para exame, se for o caso.

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:**

Cabe lembrar que o sucesso do plano amostral, ou seja, a composição de uma amostra probabilística que represente o mais fielmente possível as características da população de referência, depende dos esforços no sentido de que as pessoas que efetivamente residam no domicílio e preencham as características exigidas pelo estudo sejam examinadas. Assim, após a primeira tentativa de examinar o indivíduo, em caso de insucesso, pela sua ausência no momento do exame, devem ser programados, pelo menos, **mais dois retornos**. Isto significa que a equipe deve efetuar pelo menos **três tentativas** no mesmo domicílio.

4. Biossegurança

Proceder conforme os preceitos de biossegurança é um imperativo. Todos os membros da equipe de campo (examinadores, anotadores e monitores) devem estar permanentemente atentos e desenvolver práticas coerentes e adequadas em relação à sua proteção e dos que se submetem aos exames. Deve-se assinalar, entretanto, que a responsabilidade pela adoção das normas de biossegurança é do Cirurgião-Dentista (CD).

As principais medidas, na presente investigação, incluem:

- lavar as mãos no início e no final de cada sessão/período de exames, ou quando for necessário;
- usar avental, luvas e máscara. Óculos e gorros são facultativos;
- trocar as luvas sempre que estas entrarem em *contato com sangue*;
- não manipular objetos impertinentes: lápis, borrachas, fichas, pranchetas etc. Tais objetos devem ser utilizados *apenas pelo anotador*;
- pegar o instrumental, fazer o exame e descartá-lo no recipiente adequado, devidamente identificado.

5. Índices²

É indispensável que cirurgiões-dentistas participantes de uma pesquisa epidemiológica compreendam que, neste tipo de investigação, a avaliação de uma determinada condição (diagnóstico, p.ex.) obedece a padrões de julgamento profissional diferentes dos padrões adotados na clínica. O fundamental, na avaliação com fins epidemiológicos, é tomar decisões com base nos critérios definidos *a priori* para todos os examinadores, independentemente das suas convicções clínicas pessoais.

A epidemiologia não existe sem a clínica, mas a epidemiologia é diferente da clínica. Nesta, há preocupações compreensíveis quanto à exatidão e maior precisão possível (do diagnóstico, p.ex.), o que *não* se constitui em exigência da epidemiologia, cuja

² Estes critérios têm por base a 4ª edição do **Oral Health Surveys - basic methods** da Organização Mundial da Saúde (1997) e o Caderno de Instruções do **Levantamento das Condições de Saúde Bucal - Estado de São Paulo, 1998** - *Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo*. A referência completa da publicação se encontra ao final.

preocupação maior é que diferentes examinadores julguem casos semelhantes com a maior uniformidade possível. Deve ficar claro que não se trata de “improvisação” ou que “a teoria na prática é outra”. O que ocorre é que há diferenças de *significado* em determinadas ações *aparentemente* iguais às realizadas no contexto da clínica. É fundamental que as diferenças entre *exame clínico* e *exame epidemiológico* sejam bem compreendidas, uma vez que têm grande importância prática. No exame clínico o CD está preocupado com a *terapia* que se seguirá ao diagnóstico. No exame epidemiológico o CD, mesmo quando registra as necessidades de tratamento, não está, no momento do exame, preocupado com a terapia, mas com o que uma determinada condição significa para um grupo populacional, de acordo com certos padrões definidos anteriormente para cada pesquisa.

Os exames serão feitos utilizando-se espelho bucal plano e a sonda da OMS (sonda CPI) para levantamentos epidemiológicos, sob luz natural, com o examinador e a pessoa examinada sentados. Preferencialmente, o local para realização dos exames deve ser bem iluminado e ventilado e próximo a uma fonte de água.

Sugere-se que a seqüência de exames seja feita obedecendo a ordem da ficha, ou seja, dos índices menos invasivos para os mais invasivos. Os diferentes espaços dentários serão abordados de um para o outro, sistematicamente, iniciando do terceiro molar até o incisivo central do hemiarco superior direito (do 18 ao 11), passando em seguida ao incisivo central do hemiarco superior esquerdo e indo até o terceiro molar (do 21 ao 28), indo para o hemiarco inferior esquerdo (do 38 ao 31) e, finalmente, concluindo com o hemiarco inferior direito (do 41 ao 48).

Estima-se a realização de cerca de 20 exames por dia na população examinada em unidades domiciliares e de 20 a 40 exames em espaços institucionais.

Um dente é considerado presente na boca quando apresenta qualquer parte visível ou podendo ser tocada com a ponta da sonda *sem deslocar (nem perfurar) tecido mole indevidamente*. Se permanente e decíduo ocupam o mesmo espaço, registra-se apenas a condição do dente permanente.

Os índices serão utilizados segundo os códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na publicação *Oral health surveys: basic methods*, quarta edição (1997). A maioria dos códigos adotados também coincidem com os propostos pela OMS, mas há situações em que os códigos não são os mesmos. Nas situações em que a metodologia proposta pela OMS não apresenta suficiente detalhamento, ou é imprecisa ou ambígua, estão indicados os critérios que a Faculdade de Saúde Pública da USP e o Subcomitê SB2000 têm indicado como *regras de decisão* complementares.

5.1. Informações Gerais

IDADE EM ANOS

Deve ser preenchida com os anos completos do indivíduo, na ocasião do exame. Preencher *sempre* as duas caselas. Para o caso da população de 18 a 36 meses de idade, preencher com “00” e colocar a idade em meses na casela correspondente.

IDADE EM MESES

Utilizada para o grupo etário de 18 a 36 meses. Deve ser preenchida com os meses completos do indivíduo, na ocasião do exame. Preencher *sempre* as duas caselas. No caso de outros grupos etários, que não o de 18 a 36 meses, preencher com “X”.

SEXO

Serão utilizados os códigos **1**, para o sexo masculino e **2**, para o sexo feminino.

GRUPO ÉTNICO

Nesta pesquisa será adotada, para a categorização dos diferentes grupos étnicos, a classificação utilizada pela Fundação IBGE, que leva em consideração a autodeclaração do indivíduo, ou seja, deve ser perguntado em que categoria o indivíduo se inclui. Recomenda-se este procedimento para os grupos etários de adolescentes (15 a 19 anos), adultos e idosos. Para os exames de crianças de 18 a 36 meses deve-se obter a declaração dos pais/responsáveis.

Nos indivíduos de 5 e 12 anos examinados em espaços institucionais, este critério não se aplica. Nestes casos, a inclusão do indivíduo em uma das categorias abaixo será feita pelo examinador levando-se em consideração os traços predominantes descritos no quadro a seguir.

GRUPO ÉTNICO	CÓDIGO	CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS
Amarelo	1	pele branco-amarela; olhos oblíquos, repuxados. Compreende-se nesta categoria a pessoa que se declarou da raça amarela.
Branco	2	pele branca; cabelo liso ou ondulado fino (de louro a negro); nariz estreito e proeminente; lábios finos (ou de espessura mediana); gengiva cor rósea (com suas variações normais devidas à queratinização e vascularização). Compreende-se nesta categoria a pessoa que se declarou da raça branca.
Negro	3	pele castanho-escuro ou negra; cabelo ondulado, encarapinhado ou em anel, geralmente escuro; nariz largo ou achatado; gengiva pigmentada pelo acúmulo de melanina. Compreende-se nesta categoria a pessoa que se declarou da raça negra.
Pardo	4	pele de coloração entre branca e negra ("mulato", "moreno"); traços evidenciando miscigenação; impossibilidade de incluir o indivíduo nas categorias "branco", "negro" ou "amarelo". Inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça.
Indígena	5	Considera-se, nesta categoria, a pessoa que se declarou indígena ou índia.
Sem Registro	9	Quando não foi possível determinar o grupo étnico e/ou quando a pessoa não se declarou pertencente a nenhum dos grupos anteriores.

Fonte: USP/FSP, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1998. IBGE, 2000.

LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

Segundo a localização do domicílio, a situação pode ser **urbana (1)** ou **rural (2)**, definida por lei municipal em vigor em 1 de setembro de 1991. Na situação **urbana** consideram-se as

peças e os domicílios recenseados nas áreas urbanizadas ou não, correspondentes às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) ou às áreas urbanas isoladas. A situação **rural** abrange a população e os domicílios recenseados em toda a área situada fora desses limites, inclusive os aglomerados rurais de extensão urbana e os núcleos.

REALIZAÇÃO DO EXAME

O propósito desta informação é obter a taxa de não-resposta, ou seja, saber, caso o exame não tenha sido realizado, quais foram as razões. O princípio é que, uma vez composta a amostra, sejam escolares, adultos ou idosos, deve ser designada uma ficha para cada um. Mesmo que o exame não seja feito, deve ser assinalado, nesta casela da ficha, as razões da não-realização. Os códigos e critérios são os seguintes:

- 1 - Exame Realizado
- 2 - Exame não realizado por não ter sido autorizado pelo responsável
- 3 - Exame não realizado, embora autorizado pelo responsável, porque a criança não permitiu
- 4 - Exame não realizado, embora autorizado pelo responsável, porque a criança não foi encontrada no momento do exame
- 5 - Exame não realizado, embora autorizado pelo responsável, em decorrência de dificuldades organizativas da equipe da pesquisa ou da instituição de saúde responsável
- 6 - Exame não realizado, embora autorizado pelo responsável, em decorrência de dificuldades relacionadas ao local onde o exame seria feito ou à instituição que receberia a equipe
- 7 - Exame não realizado, embora autorizado, por ausência do morador no domicílio, no dia da visita
- 9 - Exame não realizado por outras razões

5.2. Anormalidades Dento-Faciais

5.2.1. Índice de Má-Oclusão (OMS, 1987)

Para a idade de 5 anos será adotado o índice preconizado pela OMS em sua versão anterior (1987), modificado pela Faculdade de Saúde Pública da USP em 1996.

A condição oclusal aos **5 anos** será examinada, conforme critérios descritos a seguir:

0 - normal: ausência de alterações oclusais;

1 - leve: quando há um ou mais dentes com giroversão ou ligeiro apinhamento ou espaçamento prejudicando o alinhamento regular, e;

2 - moderada/severa: quando há um efeito inaceitável sobre a aparência facial, ou uma significativa redução da função mastigatória, ou problemas fonéticos observados pela presença de uma ou mais das seguintes condições nos quatro incisivos anteriores:

- transpasse horizontal maxilar estimado em 9 mm ou mais (overjet positivo);
- transpasse horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual ou maior que o tamanho de um dente (overjet negativo);
- mordida aberta;
- desvio de linha média estimado em 4 mm ou mais e
- apinhamento ou espaçamento estimado em 4 mm ou mais.

Nota: a FSP-USP recomenda que as alterações oclusais não explicitadas nos critérios acima, como mordida cruzada posterior (uni ou bilateral), sobremordida ou transpasse vertical acima de 2 mm, sejam incluídas na categoria leve - código 1 da variável.

9 - Sem Informação: Quando não for possível verificar o índice ou quando não se aplica para a idade que está sendo examinada.

5.2.2. Índice de Estética Dental (DAI)

As anormalidades dento-faciais serão avaliadas, nas idades de **12 e 15 a 19 anos**, com base em informações relativas a 3 grupos de condições: **dentição**, **espaço** e **oclusão**. Tais condições compõem o **Índice de Estética Dental** (cuja sigla em inglês, **DAI**, será mantida) Além da inspeção visual, a sonda CPI será utilizada nos exames. **Nas situações em que a oclusão não for avaliada, os respectivos campos serão preenchidos com o código "X".**

Dentição

As condições da dentição são expressas pelo número de incisivos, caninos e pré-molares permanentes **perdidos que causam problemas estéticos**, no arco superior e no arco inferior. O *valor* a ser registrado na respectiva casela, para superiores e para inferiores, corresponde ao **número** de dentes perdidos. Dentes perdidos *não devem ser considerados* quando o seu respectivo espaço estiver fechado, o decíduo correspondente ainda estiver em posição, ou se prótese(s) estiver(em) instalada(s). Quando todos os dentes no segmento estiverem ausentes e não houver uma prótese presente, assinala-se, na casela correspondente, o código T.

Espaço

O espaço é avaliado com base no apinhamento no segmento incisal, espaçamento no segmento incisal, presença de diastema incisal, desalinhamento maxilar anterior e desalinhamento mandibular anterior. São os seguintes os códigos e as respectivas condições:

Apinhamento no Segmento Incisal – O segmento é definido de canino a canino. Considera-se *apinhamento* quando há dentes com giroversão ou mal posicionados no arco. *Não* se considera apinhamento quando os 4 incisivos estão adequadamente alinhados e um ou ambos os caninos estão deslocados.

0 - sem apinhamento;

1 - apinhamento em um segmento;

2 - apinhamento em dois segmentos.

Espaçamento no Segmento Incisal – São examinados os arcos superior e inferior. Há espaçamento quando a distância intercaninos é suficiente para o adequado posicionamento de todos os incisivos e ainda **sobra espaço** e/ou um ou mais incisivos têm uma ou mais superfícies proximais sem estabelecimento de contato interdental.

- 0 - sem espaçamento;
- 1 - espaçamento em um segmento;
- 2 - espaçamento em dois segmentos.

Diastema Incisal – É definido como o espaço, em milímetros, entre os dois incisivos centrais superiores permanentes, quando estes perdem o ponto de contato. Diastemas em outras localizações ou no arco inferior (mesmo envolvendo incisivos) não são considerados. O valor a ser registrado corresponde ao tamanho em mm medido com a sonda CPI. Nos casos de ausência de incisivos centrais, assinalar código "x".

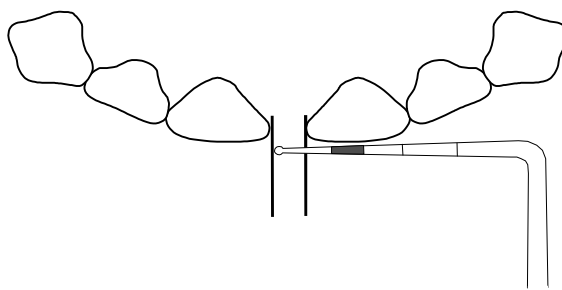


Figura 4. Medição do diastema incisal em milímetros. Considerar o número inteiro mais próximo.

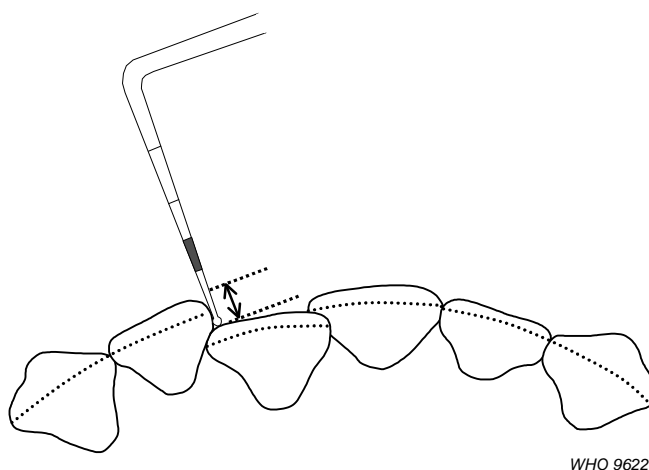


Figura 5. Medição do desalinhamento anterior com a sonda CPI.

Desalinhamento Maxilar Anterior – Podem ser giroversões ou deslocamentos em relação ao alinhamento normal. Os 4 incisivos superiores são examinados, registrando-se a maior irregularidade entre dentes adjacentes. A medida é feita, em

mm, com a sonda CPI, cuja ponta é posicionada sobre a superfície vestibular do dente posicionado mais para lingual, num plano paralelo ao plano oclusal e formando um ângulo reto com a linha do arco. Desalinhamento pode ocorrer com ou sem apinhamento (Figura 5).

Desalinhamento Mandibular Anterior – O conceito de desalinhamento e os procedimentos são semelhantes ao arco superior (Figura 5).

Oclusão

A oclusão é avaliada com base nas medidas do *overjet* maxilar anterior, do *overjet* mandibular anterior, da mordida-aberta vertical anterior e da relação molar antero-posterior. São os seguintes os códigos e as respectivas condições:

Overjet Maxilar Anterior – A relação horizontal entre os incisivos é medida com os dentes em oclusão cêntrica, utilizando-se a sonda CPI, posicionada em plano paralelo ao plano oclusal. O *overjet* é a distância, em mm, entre as superfícies vestibulares do incisivo superior mais proeminente e do incisivo inferior correspondente. O *overjet* maxilar não é registrado se *todos* os incisivos (superiores) foram perdidos ou se apresentam mordida cruzada lingual. Quando a mordida é do tipo “topo-a-topo” o valor é “0” (zero).

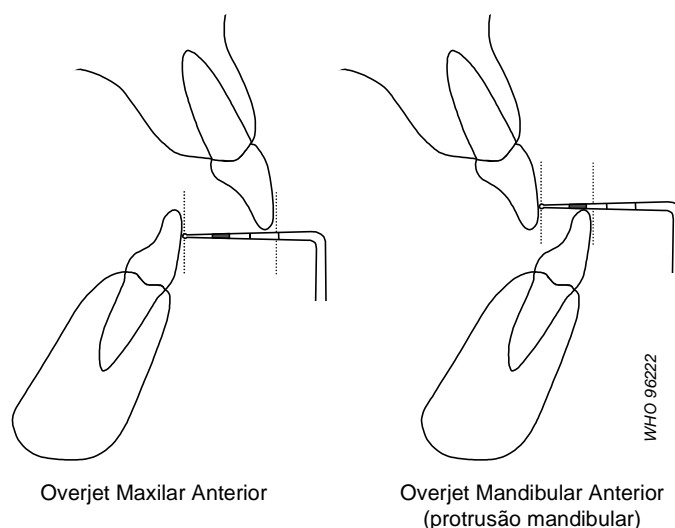


Figura 6. Medição do overjet maxilar e mandibular anterior com a sonda CPI.

Overjet Mandibular Anterior – O *overjet* mandibular é caracterizado quando algum incisivo inferior se posiciona anteriormente ou por vestibular em relação ao seu correspondente superior. A protrusão mandibular, ou mordida cruzada, é medida com a sonda CPI e registrada em milímetros. Os procedimentos para mensuração são os mesmos descritos para o *overjet* maxilar. Não são levadas em conta (sendo, portanto, desconsideradas) as situações em que há giroversão de incisivo inferior, com apenas parte do bordo incisal em cruzamento (Figura 6).

Mordida Aberta Vertical Anterior – Se há falta de ultrapassagem vertical entre incisivos opostos caracteriza-se uma situação de mordida aberta. O tamanho da distância entre os bordos incisais é medido com a sonda CPI e o valor, em mm, registrado no campo correspondente (Figura 7).

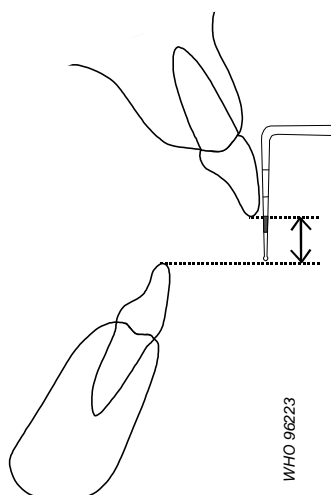


Figura 7. Medição da mordida aberta vertical anterior com a sonda CPI.

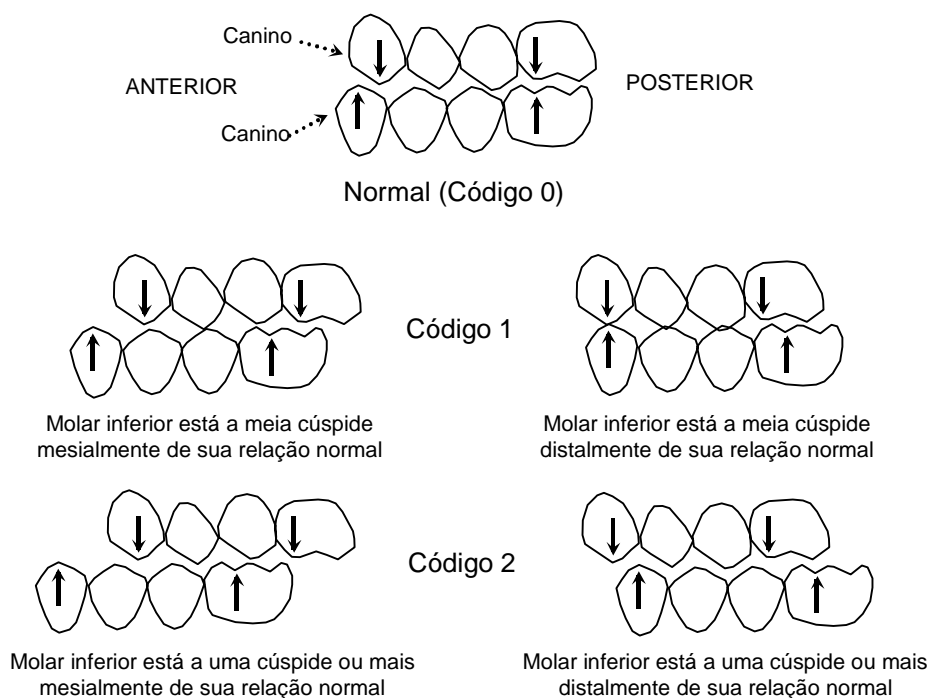


Figura 8. Avaliação da relação molar ântero-posterior.

Relação Molar Antero-Posterior – A avaliação é feita com base na relação entre os primeiros molares permanentes, superior e inferior. Se isso não é possível porque um ou ambos estão ausentes, não completamente erupcionados, ou alterados em virtude de cárie ou restaurações, então os caninos e pré-molares são utilizados. Os lados direito e esquerdo são avaliados com os dentes em oclusão e apenas o maior desvio da relação molar normal é registrado. Os seguintes códigos são empregados (Figura 8):

0 – Normal

1 – Meia Cúspide. O primeiro molar inferior está deslocado **meia cúspide** para mesial ou distal, em relação à posição normal.


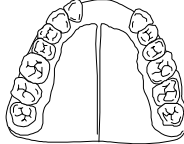
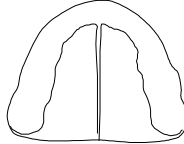



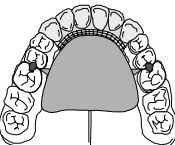
2 – Cúspide Inteira. O primeiro molar inferior está deslocado **uma cúspide** para mesial ou distal, em relação à posição normal

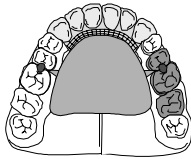
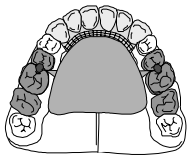
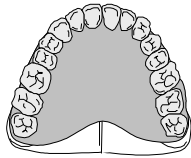
5.3. Prótese Dentária

A situação quanto às próteses dentárias será avaliada a partir de informações sobre seu uso e necessidade, os quais têm como base a presença de espaços protéticos. Um mesmo indivíduo pode estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar prótese(s). Deve ser assinalado o uso e a necessidade para os arcos superior e inferior.

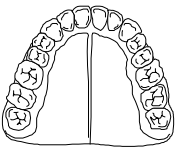
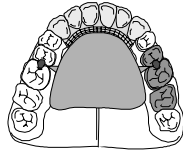
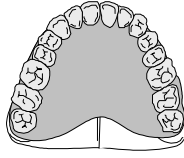
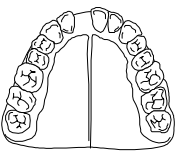
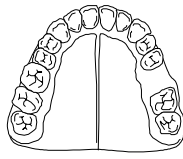
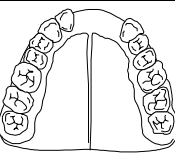
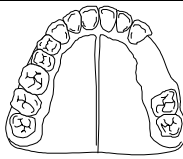
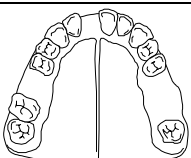
As observações ao exame levarão em conta os códigos e critérios ilustrados nos quadros a seguir. Vale lembrar que os exemplos citados são apenas os mais comuns. É importante que, durante o treinamento, a equipe considere outras ocorrências e crie um mesmo padrão de análise.

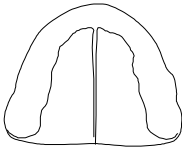
5.3.1. Uso de Prótese

Código	Critério	Exemplos
0	Não usa prótese dentária	 Nenhum espaço protético
		 Desdentado parcial, mas sem prótese presente
		 Desdentado total e sem prótese presente
1	Usa uma ponte fixa	 Uma ponte fixa posterior
		 Uma ponte fixa anterior
2	Usa mais do que uma ponte fixa	 Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)
3	Usa prótese parcial removível	 Prótese Parcial Removível anterior

Código	Critério	Exemplos
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	  <p>Prótese removível anterior e ponte fixa posterior</p> <p>Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores</p>
5	Usa prótese dentária total	 <p>Prótese total</p>
9	Sem informação	

5.3.2. Necessidade de Prótese

Código	Critério	Exemplos
0	Não necessita de prótese dentária	   <p>Todos os dentes presentes</p> <p>Espaços protéticos presentes com prótese</p> <p>Desdentado total mas com presença de prótese</p>
1	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de um elemento	  <p>Espaço protético unitário anterior</p> <p>Espaço protético unitário posterior</p>
2	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de mais de um elemento	  <p>Espaço protético anterior de mais de um elemento</p> <p>Espaço protético posterior de mais de um elemento</p>
3	Necessita uma <u>combinação de próteses</u> , <i>fixas e/ou removíveis</i> , para substituição de um e/ou mais de um elemento	 <p>Espaços protéticos em vários pontos da boca</p>

Código	Critério	Exemplos
4	Necessita prótese dentária total	 <p>Desdentado total sem estar usando prótese no momento</p>
9	Sem informação	

5.4. Fluorose Dentária

A fluorose é um sensível indicador de que o desenvolvimento do dente esteve exposto ao flúor. Com crescente exposição, os dentes mostram progressivas alterações na superfície do esmalte. As lesões distribuem-se simetricamente dentro da boca, mas nem todos os dentes são igualmente afetados. Os pré-molares e segundos molares são os mais freqüentemente afetados, seguidos pelos incisivos superiores, enquanto os incisivos inferiores são os menos afetados. O grau de severidade reflete o estágio no qual vários tipos de dentes são formados e mineralizados, considerando também o regime de fluoretação (baixa ou alta) a que o indivíduo esteve exposto. A dentição temporária costuma ser menos envolvida que a permanente. Alguns estudos relataram casos de fluorose na dentição temporária em áreas de altos teores de flúor.

O índice é o recomendado pela OMS, o qual se baseia no índice de Dean. Neste levantamento serão examinadas as **idades de 12, e de 15 a 19 anos**. Todos os dentes são examinados, mas a avaliação da condição individual é feita levando-se em conta apenas *os dois dentes mais afetados* (se esses dois dentes mais afetados não estiverem comprometidos de modo semelhante, o valor do *menos* afetado entre os dois será registrado). As lesões fluoróticas são usualmente bilaterais e simétricas e tendem a apresentar estrias horizontais.

Códigos e Critérios – são os seguintes:

- 0 - Normal.** O esmalte apresenta translucidez usual com estrutura semi-vitriforme. A superfície é lisa, polida, cor creme clara.
- 1 - Questionável.** O esmalte revela pequena diferença em relação à translucidez normal, com ocasionais manchas esbranquiçadas. Usar este código quando a classificação "normal" não se justifica.
- 2 - Muito leve.** Áreas esbranquiçadas, opacas, pequenas manchas espalhadas irregularmente pelo dente, mas envolvendo não mais que 25% da superfície. Inclui opacidades claras com 1mm a 2 mm na ponta das cúspides de molares (*picos nevados*)
- 3 - Leve.** A opacidade é mais extensa, mas não envolve mais que 50% da superfície.
- 4 - Moderada.** Todo o esmalte dentário está afetado e as superfícies sujeitas à atrição mostram-se desgastadas. Há manchas castanhas ou amareladas freqüentemente desfigurantes.

- 5 - Severa.** A hipoplasia está generalizada e a própria forma do dente pode ser afetada. O sinal mais evidente é a presença de depressões no esmalte, que parece corroído. Manchas castanhas generalizadas.
- 9 - Sem informação.** Quando, por alguma razão (próteses, p. ex.), um indivíduo não puder ser avaliado quanto à fluorose dentária. Utilizar este código também nas situações em que o exame não estiver indicado (65 a 74 anos, p.ex.).

5.5. Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento

Serão avaliados três aspectos em cada espaço dentário: as condições da **coroa** e da **raiz** e a necessidade de **tratamento**. Após o exame de cada espaço, o examinador dirá os três respectivos códigos para serem anotados e passará ao espaço dentário seguinte. Para as idades de 5, 12, 15 a 19 anos não será avaliada a condição da raiz, registrando-se o código 9 (dente excluído) em todas as caselas correspondentes. Serão empregados códigos alfabéticos para dentes *decíduos* e numéricos para dentes *permanentes*.

5.5.1. Cárie Dentária

Os códigos e critérios são os seguintes (para decíduos entre parênteses):

0(A) - Coroa Hígida.

Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como *hígidos*:

- manchas esbranquiçadas;
- descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI;
- sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa;
- lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.

Raiz Hígida. A raiz *está exposta* e não há evidência de cárie ou de restauração (raízes não expostas são codificadas como "8").

Nota: Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como **dente hígido**.

1(B) - Coroa Cariada.

Sulco, fissura ou *superfície lisa* apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. *Na dúvida, considerar o dente hígido.*

Nota: Na *presença de cavidade* originada por cárie, mesmo sem doença *no momento do exame*, a FSP-USP adota como regra de decisão considerar o dente *atacado por cárie*, registrando-se **cariado**. Entretanto, este *enfoque epidemiológico não implica admitir* que há necessidade de uma restauração.

Raiz Cariada.

A lesão pode ser detectada com a sonda CPI. Se há comprometimento radicular discreto, produzido por lesão proveniente da coroa, a raiz só é considerada cariada se há necessidade de tratamento radicular em separado.

Nota: Quando a coroa está completamente destruída pela cárie, restando apenas a raiz, a OMS recomenda que o código "1" seja registrado *apenas* na casela correspondente à coroa. A FSP-USP indica registrar o código "9" na casela da raiz.

2(C) - Coroa Restaurada mas Cariada.

Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).

Raiz Restaurada, mas Cariada.

Idem *coroa restaurada mas cariada*. Em situações nas quais coroa e raiz estão envolvidas, a localização mais provável da lesão primária é registrada como *restaurada mas cariada*. Quando não é possível avaliar essa probabilidade, tanto a coroa quanto a raiz são registradas como *restauradas mas com cárie*.

3(D) - Coroa Restaurada e Sem Cárie.

Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com *coroa colocada devido à cárie* inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7 (G).

Raiz Restaurada e Sem Cárie.

Idem *coroa restaurada e sem cárie*. Em situações onde coroa e raiz estão envolvidas, a localização mais provável da lesão primária é registrada como *restaurada*. Quando não é possível avaliar essa probabilidade, tanto a coroa quanto a raiz são registradas como *restauradas*.

Nota: Com relação aos códigos 2(C) e 3(D), apesar de ainda não ser uma prática consensual, a presença de ionômero de vidro em qualquer elemento dentário será considerada, neste estudo, como condição para elemento restaurado.

4(E) - Dente Perdido Devido à Cárie.

Um dente permanente ou decíduo foi extraído *por causa* de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à *coroa*. *Dentes decíduos*: aplicar apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.

Nota: Nesses casos o código registrado na casela correspondente à raiz é **9** ou **7** (quando tiver um implante no lugar). Em algumas idades pode ser difícil distinguir entre dente não irrompido (código 8) e dente perdido (códigos 4 ou 5). Fazer relações (cronologia da erupção, experiência de cárie etc.) pode ajudar na tomada de decisão.

5(F) - Dente Perdido por Outra Razão.

Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

Nota: Nesses casos o código registrado na casela correspondente à raiz é "**7**" ou "**9**". O código para deciduos (**F**) nestes casos deverá ser mais utilizado na faixa etária de 18 a 36 meses, uma vez que, a partir dos 5 anos, geralmente o espaço vazio se deve à exfoliação natural e deverá ser codificado como coroa não erupcionada (código "**8**").

6(G) - Selante.

Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código **1** ou **B** (cárie).

Nota: Embora na padronização da OMS haja referência apenas à superfície *oclusal*, deve-se registrar a presença de selante localizado em qualquer superfície.

7(H) - Apoio de Ponte ou Coroa.

Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para *coroas instaladas por outras razões que não a cárie* ou para dentes com *facetas estéticas*. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como **4** ou **5**, enquanto o código **9** deve ser lançado na casela da raiz.

Implante: Registrar este código (**7**) na casela da raiz.

8(K) - Coroa Não Erupcionada.

Quando o dente permanente ou decíduo ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. *Não* inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.

Raiz Não Exposta

Não há exposição da superfície radicular, isto é, não há retração gengival para além da junção cimento-esmalte.

T(T) - Trauma (Fratura).

Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.

9(L) - Dente Excluído.

Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

Nota: Conforme a recomendação da FSP-USP, quando há 5 ou mais dentes com bandas o portador será excluído da amostra. Braquetes, em qualquer número, não inviabilizam os exames e, assim, não constituem obstáculo para aproveitamento do elemento amostral.

5.5.2. Necessidade de Tratamento

Imediatamente após registrar as *condições* da **coroa** e da **raiz**, e antes de passar ao espaço dentário seguinte, deve-se registrar o **tratamento indicado**. Quando não houver necessidade de tratamento, um "0" deve ser registrado no espaço correspondente. Isso precisa ser feito **sempre**, para evitar dificuldades no posterior processamento dos dados, uma vez que, não havendo registro, não será possível ao digitador saber o que aconteceu (se não há necessidade ou se o anotador esqueceu-se de preencher a casela).

Os **códigos** e **critérios** para as necessidades de tratamento são:

0 - Nenhum Tratamento.

A coroa e a raiz estão hígidas, ou o dente não pode ou não deve ser extraído ou receber qualquer outro tratamento.

1 - Restauração de uma superfície dentária

2 - Restauração de duas ou mais superfícies dentárias

3 - Coroa por qualquer razão

4 - Faceta Estética

5 - Tratamento Pulpar e Restauração.

O dente necessita tratamento endodôntico previamente à colocação da restauração ou coroa, devido à cárie profunda e extensa, ou mutilação ou trauma.

Nota: Nunca se deve inserir a sonda no fundo de uma cavidade para confirmar a presença de uma provável exposição pulpar.

6 - Extração

Um dente é registrado como **indicado para extração**, dependendo das possibilidades de tratamento disponíveis, quando:

- a cárie destruiu o dente de tal modo que não é possível restaurá-lo;
- a doença periodontal progrediu tanto que o dente está com mobilidade, há dor ou o dente está sem função e, no julgamento clínico do examinador, não pode ser recuperado por tratamento periodontal;
- um dente precisa ser extraído para confecção de uma prótese; ou
- a extração é necessária por razões ortodônticas ou estéticas, ou devido à impactação.

7 - Remineralização de Mancha Branca

8 - Selante

A indicação de selantes de fóssulas e fissuras não é uma unanimidade entre os cirurgiões-dentistas, havendo profissionais que não o indicam em nenhuma hipótese. Nesta pesquisa a necessidade de selante será registrada. Sua indicação, conforme *regra de decisão* adotada pela FSP-USP, será feita na presença simultânea das seguintes condições:

- o dente está presente na cavidade bucal há menos de 2 (dois) anos;
- o dente homólogo apresenta cárie ou foi atingido pela doença;
- há presença de placa clinicamente detectável, evidenciando higiene bucal precária.

Nota a respeito das necessidades de tratamento:

Os códigos 1 (restauração de uma superfície), 2 (restauração de 2 ou mais superfícies), 7 (remineralização de mancha branca) ou 8 (selante) serão usados para indicar o tratamento necessário para:

- tratar as cáries iniciais, primárias ou secundárias;
- tratar a descoloração de um dente ou um defeito de desenvolvimento;
- reparar o dano causado por trauma, abrasão, erosão ou atrição; ou
- substituir restaurações insatisfatórias ou selantes se existirem uma ou mais das seguintes condições:
 - margem deficiente, permitindo ou em vias de permitir infiltração na dentina. A decisão deve ser tomada com base no senso clínico do examinador, após ter inserido a sonda CPI na margem entre a restauração e o tecido duro ou após observar uma significativa descoloração do esmalte adjacente;
 - excesso marginal, causando irritação local do tecido gengival e não podendo ser removido por meio de um ajuste da restauração;
 - fratura, que possa causar a perda da restauração ou infiltração marginal;

9 - Sem Informação

Quando, por alguma razão, não for possível definir a necessidade de tratamento do dente. Via de regra, quando a condição da coroa for **9** (dente excluído), assinala-se **9** também na necessidade de tratamento. Na condição em que a coroa foi considerada não-erupcionada (**8**) ou dente perdido (**4** ou **5**), também deve ser assinalado **9** na casela referente à necessidade de tratamento.

**QUADRO-RESUMO DOS CÓDIGOS PARA CÁRIE DENTÁRIA E
NECESSIDADE DE TRATAMENTO**

CÓDIGO			CONDIÇÃO/ESTADO
DENTES DECÍDUOS	DENTES PERMANENTES		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	HÍGIDO
B	1	1	CARIADO
C	2	2	RESTAURADO MAS COM CÁRIE
D	3	3	RESTAURADO E SEM CÁRIE
E	4	Não se aplica	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
F	5	Não se aplica	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
G	6	Não se aplica	APRESENTA SELANTE
H	7	7	APOIO DE PONTE OU COROA
K	8	8	NÃO ERUPCIONADO - RAIZ NÃO EXPOSTA
T	T	Não se aplica	TRAUMA (FRATURA)
L	9	9	DENTE EXCLUÍDO

CÓDIGO	TRATAMENTO
0	NENHUM
1	RESTAURAÇÃO DE 1 SUPERFÍCIE
2	RESTAURAÇÃO DE 2 OU MAIS SUPERFÍCIES
3	COROA POR QUALQUER RAZÃO
4	FACETA ESTÉTICA
5	PULPAR + RESTAURAÇÃO
6	EXTRAÇÃO
7	REMINERALIZAÇÃO DE MANCHA BRANCA
8	SELANTE
9	SEM INFORMAÇÃO

5.6. Doença Periodontal

A condição periodontal será avaliada com a utilização de três indicadores: os índices **CPI**, para as idades de 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, **PIP**, para 35-44 e 65-74 anos e uma verificação de alterações gengivais (AG) na idade de 5 anos.

5.6.1. Índice de Alterações Gengivais - AG

Sangramento gengival é um sinal objetivo e facilmente detectável de alteração gengival, aceito pela maioria dos profissionais e de simples compreensão pela população. Muitos índices de sangramento têm sido sugeridos, sendo que a maioria deles emprega uma variável dicotômica na determinação de ausência ou presença de sangramento. Por ser simples, não suscetível à interpretação subjetiva, e requerer um tempo pequeno de exame, é largamente utilizado em levantamentos e triagens de grupos populacionais e indicado para uso em saúde pública.

Este índice será utilizado neste levantamento para registrar as alterações gengivais em crianças de 5 anos de idade, durante o exame da dentição para cárie dentária, quando serão observadas as características das coroas dentárias. Quando for observado, após o exame, qualquer sinal de sangramento em 3 ou mais coroas, será indicada presença de sangramento (**código 1**). Se durante este exame, não for observado este sinal, será registrada ausência de sangramento (**código 0**). Deste modo, o tempo para a observação do sangramento será definido pelo tempo despendido no exame da condição dentária da criança. Preenche-se a casela com o código 9 para situações em que o exame não possa ser realizado ou para as faixas etárias nas quais este exame não é proposto.

Espera-se com este exame estimar a proporção de crianças com sinais evidentes de inflamação gengival e que necessitam, dentre outros aspectos, de higiene oral.

5.6.2. Índice Periodontal Comunitário - CPI

O *Índice Periodontal Comunitário* (emprega-se a sigla **CPI**, das iniciais do índice em inglês, pela facilidade fonética e pela sonoridade próxima ao consagrado CPO) permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa.

Sonda CPI - Para realizar o exame utiliza-se sonda específica, denominada **sonda CPI**, com esfera de 0,5 mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 mm e 5,5 mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5mm e 11,5 mm da ponta do instrumento (Figura 9).

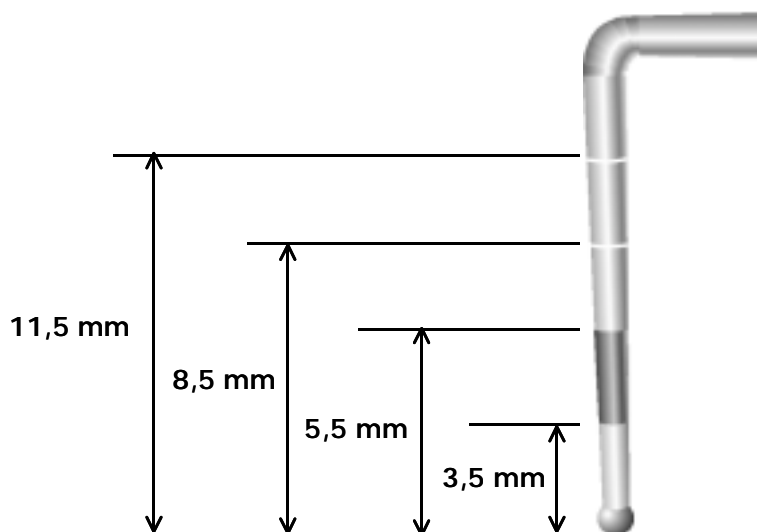


Figura 9. Sonda CPI, ilustrando as marcações com as distâncias, em milímetros, à ponta da sonda.

Sextantes - A boca é dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48 (Figura 10). A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (p. ex., comprometimento de furca, mobilidade etc.), é pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante é cancelado (quando há, p.ex., um único dente presente).

Nota: Não se considera o terceiro molar na contagem de dentes presentes no sextante, na faixa etária de 15 a 19 anos. Caso se detecte a presença de um dente e o terceiro molar nesta faixa etária, o sextante será excluído.

Dentes-Índices - São os seguintes os dentes-índices para cada sextante (se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, **não** se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares):

- Até 19 anos: 16, 11, 26, 36, 31 e 46.
- 20 anos ou mais: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47.

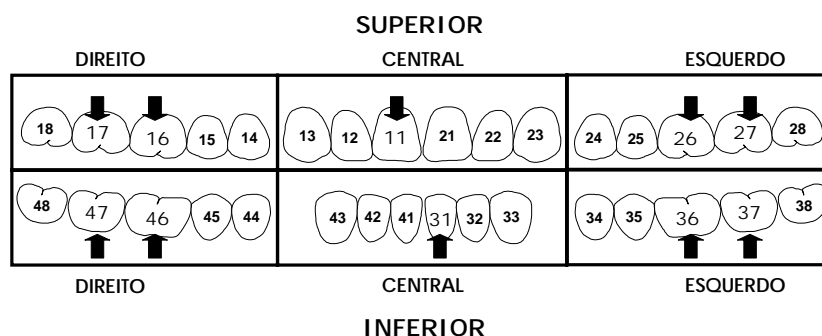


Figura 10. Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes-índices para CPI e PIP.

Exame - Pelo menos 6 pontos são examinados em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies **vestibular** e **lingual**, abrangendo as regiões *mesial*, *média* e *distal*. Os procedimentos de exame devem ser iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para

a área média e daí para a área méso-vestibular. Após, inspecionam-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda deve ser introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude, devem ser realizados. A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas (recomenda-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia).

Registros - Considerar que:

- a) em crianças com menos de 15 anos (portanto, na idade de 12 anos) não são feitos registros de bolsas (códigos 3 e 4), uma vez que as alterações de tecidos moles podem estar associadas à erupção e não à presença de alteração periodontal patológica;
- b) embora 10 dentes sejam examinados, apenas 6 anotações são feitas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada;
- c) quando não há no sextante pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para extração, cancelar o sextante registrando um "X".

Códigos - São os seguintes os códigos utilizados no CPI (Figura 11):

0 - sextante **hígido**;

1 - sextante com **sangramento** (observado diretamente ou com espelho, após sondagem);

2 - **cálculo** (qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível);

3 - **bolsa de 4 mm a 5 mm** (margem gengival na área preta da sonda);

4 - **bolsa de 6 mm ou mais** (área preta da sonda não está visível);

X - sextante **excluído** (menos de 2 dentes presentes);

9 - sextante **não examinado**.

Nota: Sabe-se que o tempo de resposta à sondagem da gengiva inflamada é variado. A OMS não define um período de tempo para a observação do sangramento à sondagem. A FSP-USP recomenda um tempo de observação após a sondagem de 10 a 30 segundos, critério utilizado na maioria dos índices com essa categoria de medida e recomendado também pelos pesquisadores que desenvolveram o CPI. Quanto à inclinação da sonda, em crianças com menos de 15 anos, nas quais não são feitos registros de bolsas (códigos 3 e 4), indica-se uma inclinação de aproximadamente 60° da sonda em relação ao longo eixo do dente, evitando-se o toque na base do sulco gengival como forma de diminuir a probabilidade de casos de sangramento falso-positivos.

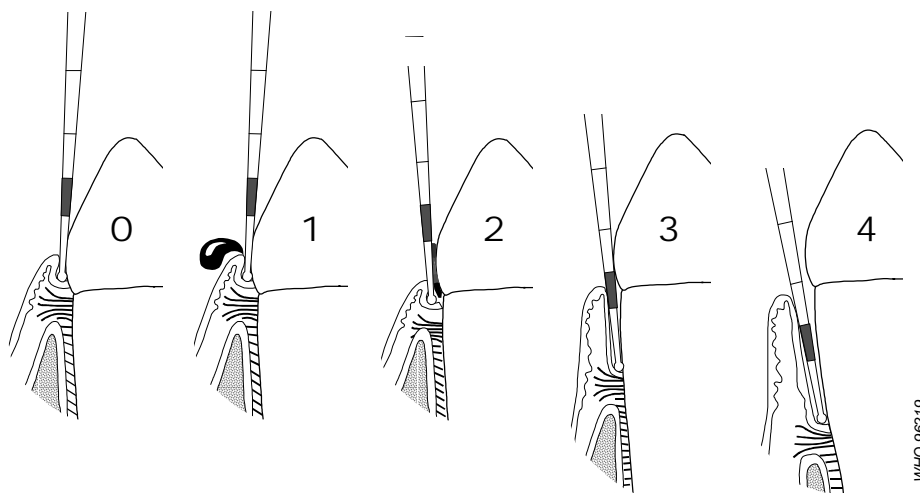


Figura 11. Codificação do Índice Periodontal Comunitário (CPI), ilustrando a posição da sonda para o exame.

5.6.3. Índice de Perda de Inserção Periodontal - PIP

O índice *Perda de Inserção Periodontal* (adotaremos a sigla "PIP", das iniciais em português) permite avaliar a condição da inserção periodontal, tomando como base a visibilidade da junção cimento-esmalte (JCE). Este índice permite comparações entre grupos populacionais e não há intenção de descrever a situação de indivíduos considerados isoladamente.

Relação com CPI – O PIP é basicamente um complemento do CPI. Os mesmos sextantes e dentes-índices são considerados, sob as mesmas condições. Entretanto, cabe alertar que o dente-índice onde foi encontrada a pior condição para o CPI pode não ser o mesmo com a pior situação para o PIP. O índice só será utilizado para as faixas etárias de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos.

Exame – A **visibilidade da JCE** é a principal referência para o exame. Quando a JCE não está visível e a pior condição do CPI para o sextante é menor do que 4 (bolsa com menos de 6mm), qualquer perda de inserção para o sextante é estimada em menos de 4mm (PIP = 0).

Códigos - São os seguintes os códigos utilizados no PIP (Figura 12):

0 - perda de inserção **entre 0 e 3 mm** (JCE não visível e CPI entre 0 e 3).

Ou seja: se o CPI for igual a 4, não há possibilidade de o PIP ser 0 (zero).

Se a JCE **não está visível** e o CPI é 4, ou se a JCE está visível, então:

1 - perda de inserção **entre 4 mm e 5 mm** (JCE visível na área preta da sonda CPI);

2 - perda de inserção **entre 6 mm e 8 mm** (JCE visível entre *limite superior* da área preta da sonda CPI e a *marca* de 8,5 mm);

- 3** - perda de inserção **entre 9 mm e 11 mm** (JCE visível *entre as marcas* de 8,5 mm e 11,5 mm);
- 4** - perda de inserção de **12 mm ou mais** (JCE visível *além da marca* de 11,5 mm);
- X** - sextante **excluído** (menos de 2 dentes presentes);
- 9 - sem informação** (JCE *nem visível nem detectável*). Utilizar este código também nas situações em que o exame não estiver indicado (outras faixas etárias que não as de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos).

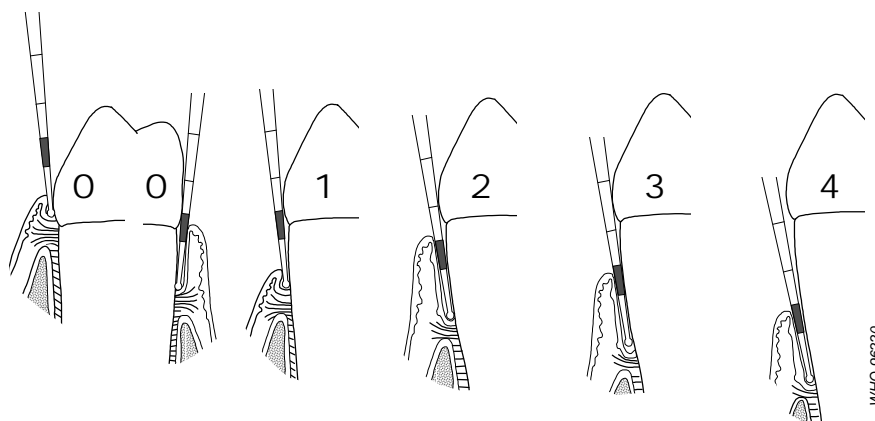


Figura 12. Codificação do Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP), ilustrando a posição da sonda para o exame.

5.7. Alterações de Tecido Mole

Assinala-se na casela a presença de qualquer alteração em tecido mole, a partir dos seguintes códigos:

- 0 - Ausência**
- 1 - Presença**
- 9 - Sem Informação**

5.8. Avaliação socioeconômica e autopercepção em saúde bucal

5.8.1. A Entrevista

A entrevista é um tipo de conversação, ela não exige uma ênfase diferente da interação social que acontece durante uma conversação normal. O trabalho do entrevistador é

tentar fazer com que os entrevistados falem livre e abertamente. O comportamento do entrevistador tem uma influência muito grande nas respostas, portanto regras básicas devem ser seguidas:

- a) *Ouçã mais do que fale.* A maioria dos entrevistadores fala muito. A entrevista não é uma plataforma para as opiniões e experiências pessoais dos entrevistadores.
- b) *Coloque as questões de maneira direta, clara e não ameaçadora.* Se as pessoas estão confusas ou defensivas, você não conseguirá a informação requerida.
- c) *Elimine dicas que levam os entrevistados a responder de um modo em particular.* Muitos entrevistados buscarão agradar o entrevistador procurando respostas 'corretas'; evite qualquer dica.
- d) *Goste da entrevista (ou pelo menos aparente que está gostando).* Não dê a impressão de que está entediado, aborrecido ou assustado. Varie sua voz e expressão facial (Robson, 1993).

O entrevistador deverá utilizar-se de um questionário e folhas separadas para marcar as respostas dos entrevistados. Antes de entrevistar qualquer pessoa, o entrevistador se apresenta, explica o propósito da entrevista, pede permissão, apresenta o questionário que será utilizado. Devem ser enfatizados o sigilo das informações e o fato de não existirem respostas certas ou erradas. As informações devem ser buscadas junto aos indivíduos examinados somente **nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos**. Nas perguntas com respostas fechadas, é recomendado que o entrevistador leia as respostas possíveis fazendo com que o entrevistado escolha uma das alternativas disponíveis. O modelo de ficha a ser utilizado está no anexo 2.

5.8.2. Caracterização socioeconômica

Inicialmente cabe uma conceituação do que seja **Renda e Unidade Familiar**.

A **Renda** é todo e qualquer rendimento auferido pelos membros (integrantes) da família no mês anterior ao da pesquisa, procedente de salários, vencimentos, gratificações, soldos, aluguel e sublocação de imóveis, de negócios em sociedade e de negócios próprios, de pensões e aposentadorias, de aluguel de vagas e/ou contribuição de pensionistas, por uso de moradia ou consumo de refeições. Rendimentos de valores e títulos mobiliários, desdobramento e reembolso de capitais, rendas do trabalho de profissões liberais, rendas de autônomos, biscateiros e transferências como pensão e aposentadorias, bolsa de estudos e outros ressarcimentos fazem parte deste conceito.

Unidade Familiar é o conjunto de pessoas que vivem juntas, ligadas ou não por laços de parentesco, às expensas de um mesmo orçamento doméstico, isto é, que reúnem suas rendas e retiram de um fundo comum assim constituído os recursos para suas despesas. A Unidade Familiar é, geralmente, constituída por um chefe, a mulher, filhos solteiros e filhos casados, desquitados ou viúvos, parentes e agregados que contribuam ou dependam do referido orçamento. Considera-se ainda, Unidade Familiar aquelas constituídas de uma só pessoa, desde que economicamente independente. Excluem-se da Unidade Familiar os empregados domésticos, visitas e os pensionistas e os inquilinos que residem naquele domicílio.

1. Número de pessoas

Refere-se ao **número de pessoas** que compõem a Unidade Familiar. Excluem-se deste item os empregados domésticos, visitas e os pensionistas e os inquilinos que residem naquele domicílio.

2. Escolaridade (anos de estudo)

Diz respeito ao **número de anos** de estudo do indivíduo examinado. A classificação segundo anos de estudo deve ser obtida em função da série e do grau que a pessoa está freqüentando ou havia freqüentado, considerando a última série concluída com aprovação. A correspondência é feita de modo que cada série concluída com aprovação seja computada como um ano de estudo. Se, por exemplo, o indivíduo estudou e concluiu a 4ª série do ensino fundamental, são computados 4 anos de estudo; se concluiu o primeiro ano do ensino médio, tem 9 anos de estudo e assim por diante.

3. Estudante

Esta pergunta está relacionada com o fato do examinado freqüentar alguma instituição formal de ensino ou não.

0 - Sim

1 - Não

4. Tipo de escola

Esta pergunta está relacionada com a natureza da instituição formal de ensino freqüentada pelo entrevistado.

0 - Não é estudante

1- **Pública**. Quando o indivíduo freqüenta escola/universidade pública, ou seja, pertencente ao governo (municipal, estadual ou federal) e pela qual não pague mensalidades/anuidades.

2 - **Privada**. Quando o indivíduo freqüenta escola/universidade privada, ou seja, aquela em que são cobradas mensalidades ou anuidades.

4 - **Outras**. Refere-se a instituição que não se enquadre nas categorias anteriores

5. Moradia

Refere-se à condição da moradia da Unidade Familiar.

1 -**Própria**. Entende-se aquela moradia a qual algum de seus residentes detém a propriedade do domicílio.

2 - **Própria em aquisição**. São os domicílios nos quais algum de seus membros detém a propriedade, mas a mesma encontra-se em fase de aquisição por meio de financiamentos.

3 - **Alugada**. Corresponde às famílias que vivem de aluguel em imóveis pertencentes a terceiros.

4 - **Cedida**. Refere-se a famílias que residem em imóveis cedidos por terceiros sem custo para os ocupantes.

5 - **Outros**. São categorias que não se enquadram nas anteriores.

6. Número de cômodos da casa

Refere-se ao número de ambientes da moradia utilizados pelos residentes para necessidades básicas como repouso, estar, preparação de alimentos, higiene, entre outros. Garagens são excluídas deste cálculo.

7. Renda familiar

Deve ser obtida a renda mensal da **família**, considerando como tal a soma dos rendimentos mensais dos componentes da Unidade Familiar. Deve ser assinalada a **renda em reais**, sem centavos.

8. Renda pessoal

Deve ser obtida a renda mensal da **pessoa examinada**, considerando como o valor de seu provimento mensal, excluído o rendimento das demais pessoas da Unidade Familiar. Deve ser assinalada a **renda em reais**, sem centavos.

9. Posse de automóvel

Refere-se ao número de veículos automotores que um ou mais membros da Unidade Familiar é possuidor. Motocicletas não são consideradas como veículos automotores.

- 0- não possui
- 1- possui um automóvel
- 2- possui dois ou mais automóveis

5.8.3. Acesso a serviços odontológicos

10. Já foi ao dentista alguma vez na vida?

Diz respeito à consulta odontológica por parte do entrevistado durante toda a sua vida.

- 0 - Sim
- 1 - Não

11. Há quanto tempo?

Indica o tempo desde a última consulta

- 0 - Nunca foi ao dentista
- 1 - Menos de 1 ano
- 2 - De 1 a 2 anos
- 3 - Há 3 ou mais anos

12. Onde?

0 - **Nunca foi ao dentista**. Assinalar esta alternativa nos casos em que a questão 10 foi 1.

1 - **Serviço Público**. Qualquer serviço que pertença à rede SUS ou, caso não pertença ao SUS, seja mantidos pelo poder público (PAS em São Paulo, por exemplo). É importante enfatizar que os serviços *gratuitos* não necessariamente podem se encaixar nesta categoria.

2 - **Serviço Privado Liberal**. Enquadram-se nesta categoria consultórios e clínicas odontológicas, em cujo atendimento ocorreu o pagamento direto ao profissional.

3 - **Serviço Privado Suplementar (Planos e Convênios)**. Quando o atendimento ocorreu em clínicas e/ou consultórios odontológicos privados, mas o pagamento foi coberto por algum tipo de plano de saúde, seguro ou convênio com empresas.

4 - **Serviço Filantrópico.** Tipo de serviço em que não foi cobrado o atendimento e que pertence a entidades filantrópicas (igrejas, clubes, fundações, associações etc.)

5 - **Outros.** Quando não é possível se enquadrar em nenhuma das categorias anteriores.

13. Por quê?

Motivo pelo qual o entrevistado foi atendido.

0 - **Nunca foi ao dentista.** Assinalar esta alternativa nos casos em que a questão 10 foi 1.

1 - **Consulta de rotina/reparos/manutenção.** Quando a procura se deu para verificar a existência de necessidades, mas estas não foram percebidas pelo entrevistado.

2 - **Dor.** Quando a procura se deu por causa de dor (em qualquer nível) nos dentes e/ou nas gengivas.

3 - **Sangramento gengival.** Quando a procura se deu em razão de sangramento gengival percebido pelo entrevistado.

4- **Cavidades nos dentes.** Quando o entrevistado percebeu a existência de cavidades nos dentes e procurou atendimento.

5 - **Ferida, caroço ou manchas na boca.** Quando a procura se deu por causa da percepção, por parte do entrevistado, de feridas, caroços ou manchas em sua boca.

6 - **Rosto inchado.** Quando a procura ocorreu motivada pela percepção de rosto inchado com ou sem a presença de dor.

7 - **Outros.** Quando não foi possível enquadrar em nenhuma das categorias anteriores.

14. Como avalia o atendimento?

Diz respeito à avaliação, por parte do entrevistado, do atendimento recebido. Relaciona-se à qualidade do atendimento recebido, desde a forma como foi atendido pelo(s) profissional (is) à eventual resolução do problema. Pede-se ao entrevistado que enquadre o atendimento em uma das categorias abaixo.

0 - **Nunca foi ao dentista.** Assinalar esta alternativa nos casos em que a questão 10 foi 1.

1 - **Péssimo**

2 - **Ruim**

3 - **Regular**

4 - **Bom**

5 - **Ótimo**

15. Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?

0 - **Sim**

1 - **Não**

16. Considera que necessita de tratamento atualmente?

0 - **Sim**

1 - **Não**

5.8.4. Autopercepção em Saúde Bucal

As questões de 17 a 20 são relativas à forma como o entrevistado classifica determinados aspectos de sua saúde bucal. Deve-se pedir para que se enquadre nas categorias **0 - Não sabe / Não informou**, **1 - Péssima**, **2 - Ruim**, **3 - Regular**, **4 - Boa**, **5 - Ótima**.

17. Como classificaria sua saúde bucal?

18. Como classificaria a aparência de seus dentes e gengivas?

19. Como classificaria sua mastigação?

20. Como classificaria sua fala devido aos dentes e gengivas?

21. De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas?

0 - Não sabe / Não informou

1 - Não afeta

2 - Afeta pouco

3 - Afeta mais ou menos

4 - Afeta Muito

22. O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 3 meses?

Neste caso, pede-se ao entrevistado que especifique o grau de dor provocada por dentes e/ou gengivas nos 3 meses anteriores à data da entrevista. As categorias são as seguintes:

0 - Nenhuma Dor, 1 - Pouca Dor, 2 - Média Dor, 3 - Muita Dor

6. Bibliografia

BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. **Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários**. São Paulo: Hucitec-Unicef, 1998. 176p.

BRASIL. Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana**. 1986. 137p.

CONS, N. C. et al. Utility of the dental aesthetic index in industrialized and developing countries. **J Pub Health Dent**. v. 49, n. 3, 1989, p. 163-6.

DEAN, H.T. Classification of mottled enamel diagnosis. **J Am Med Assoc**. v. 21, p. 1421-6. 1934.

FEDERATION DENTAIRE INTERNACIONALE. Global goals for oral health in the year 2000. **Int. Dent. J**. v. 32, n. 1, 1982. p. 74-7.

FEJERSKOV, O. MANJI, F., BAELUM, V., MÖELER, I.J. **Fluorose dentária: um manual para profissionais de saúde**. São Paulo: Santos, 1994. 122 p.

HOLMGREN, C. CPITN: Interpretations and limitations. **Int Dent J**. v. 44, n. 5 (Suppl 1). 1994. p. 533-46.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Manual do recenseador** - CD 1.09. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 151p.

KLEIN, H., PALMER, C.E. Dental caries in american indian children. **Public Health Bull**, 239. Washington, GPO, 1938.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal**: manual de instruções. 3 ed. São Paulo: Santos, 1991

SOUZA, S.M.D. Levantamento epidemiológico em saúde bucal - cárie dental - 1a etapa. **Jornal ABO Nacional**. 1996: nov/dez. p. 8B.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Faculdade de Saúde Pública, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Levantamento das Condições de Saúde Bucal - Estado de São Paulo, 1998**. Caderno de Instruções. São Paulo, 1998. [mimeo]

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys**. Geneva: ORH/EPID, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys**: basic methods. 3 ed. Geneva: ORH/EPID, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys**: basic methods. 4 ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.

Anexo 1. Ficha de Cadastro dos Domicílios (Municípios do 4º e 5º estratos)



Condições de Saúde Bucal da
População Brasileira no Ano 2.000

Ficha de Cadastro das Visitas

Setor Censitário n.º _____

Quadra/Vila Rural n.º _____

	Endereço	Nº de pessoas residentes nos grupos etários				Agendamento (Data e período) ou motivo da recusa
		18 a 36m	15 a 19	35 a 44	65 a 74	
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

SUMÁRIO

N.º Domicílios identificados: _____ N.º de Domicílios vazios ou com moradores ausentes: _____

Número de Moradores	18-36 meses	15-19 anos	35-44 anos	65-74 anos
Identificados (m)				
Examinados (e)				
Recusaram (r)				
Ausentes (a)				
Taxa de resposta (TR)				

TR = (e) / (m)

Nome completo do examinador: _____ CRO _____ Data ___/___/___

Anexo 2. Ficha de Cadastro dos Domicílios (Municípios do 1º, 2º e 3º estratos)



Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2.000

Ficha de Cadastro das Visitas

Quadra/Vila Rural nº _____

	Endereço	Nº de pessoas residentes nos grupos etários					Agendamento (Data e período) ou motivo da recusa
		18 a 36m	5 anos	15 a 19	35 a 44	65 a 74	
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							


SUMÁRIO Nº Domicílios identificados: _____ Nº de Domicílios vazios ou com moradores ausentes: _____

Número de Moradores	18-36 meses	5 anos	15-19 anos	35-44 anos	65-74 anos
Identificados (m)					
Examinados (e)					
Recusaram (r)					
Ausentes (a)					
Taxa de resposta (TR)					

TR = (e) / (m)

Nome completo do examinador: _____ CRO _____ Data ___/___/___

Anexo 3. Cartão de agendamento do exame domiciliar

	Condições de Saúde Bucal da População Brasileira Agendamento do exame domiciliar
Nome:	_____
Endereço:	_____
Cidade	_____ Estado _____
Data de Nascimento	_____
Data para o exame	_____ Período _____
Examinador	_____



Ficha de Exame

ORIG./DUP.

Nº IDENTIFICAÇÃO <input type="text"/>	ESTADO <input type="text"/>	MUNICÍPIO <input type="text"/>	FLÚOR <input type="text"/>	ANOS FLUORETAÇÃO <input type="text"/>
SETOR CENSITÁRIO <input type="text"/>	QUADRA / VILA <input type="text"/>	ESCOLA <input type="text"/>	EXAMINADOR <input type="text"/>	

INFORMAÇÕES GERAIS

Idade em anos Sexo Grupo Étnico

Idade em meses (somente para bebês) Localização Geográfica Realização do Exame

EDENTULISMO

15-19, 35-44 e 65-74 anos

USO DE PRÓTESE

Sup Inf

NECESSIDADE DE PRÓTESE

Sup Inf

ANORMALIDADES DENTOFACIAIS

DAI

(12 e 15-19 anos)

DENTIÇÃO

Número de I,C, e PM perdidos

ESPAÇO

Apinhamento na região de incisivos

Espaçamento na região de incisivos

Diastema em milímetros

Desalinhamento maxilar anterior em mm

Desalinhamento mandibular anterior em mm

OCCLUSÃO

Overjet maxilar anterior em mm

Overjet mandibular anterior em mm

Mordida aberta vertical anterior em mm

Relação molar ântero-posterior

MÁ-OCCLUSÃO

(5 anos)

FLUROSE DENTÁRIA

12 anos e 15-19 anos

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raiz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raiz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOENÇA PERIODONTAL

AG (5 anos)

CPI

12 anos
15-19 anos
35-44 anos
65-74 anos

17/16	11	26/27
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
47/46	31	36/37

PIP

35-44 anos
65-74 anos

17/16	11	26/27
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
47/46	31	36/37

Todos os grupos etários

ALTERAÇÕES TECIDO MOLE



Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000

Formulário de avaliação sócioeconômica, acesso e auto percepção em saúde bucal

CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONÔMICA		
<p>1 Número de pessoas</p> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>2 Escolaridade (anos de estudo)</p> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>3 Estudante</p> <input type="checkbox"/> 0 - Sim <input type="checkbox"/> 1 - Não
<p>4 Tipo de Escola</p> <input type="checkbox"/> 0 - Não é estudante <input type="checkbox"/> 1 - Pública <input type="checkbox"/> 2 - Privada <input type="checkbox"/> 3 - Outros	<p>5 Moradia</p> <input type="checkbox"/> 1 - Própria <input type="checkbox"/> 2 - Própria em aquisição <input type="checkbox"/> 3 - Alugada <input type="checkbox"/> 4 - Cedida <input type="checkbox"/> 5 - Outros	<p>6 Número de cômodos da casa</p> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>7 Renda Familiar (em reais)</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>8 Renda Pessoal (em reais)</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>9 Posse de automóvel</p> <input type="checkbox"/> 0 - Não possui <input type="checkbox"/> 1 - Possui um automóvel <input type="checkbox"/> 2 - Possui dois ou mais automóveis
ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS		
<p>10 Já foi ao dentista alguma vez na vida?</p> <input type="checkbox"/> 0 - Sim <input type="checkbox"/> 1 - Não	<p>11 Há quanto tempo?</p> <input type="checkbox"/> 0 - Nunca foi ao dentista <input type="checkbox"/> 1 - Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> 3 - 3 ou mais anos	<p>12 Onde?</p> <input type="checkbox"/> 0 - Nunca foi ao dentista <input type="checkbox"/> 1 - Serviço Público <input type="checkbox"/> 2 - Serviço Privado Liberal <input type="checkbox"/> 3 - Serviço Privado (planos e convênios) <input type="checkbox"/> 4 - Serviço filantrópico <input type="checkbox"/> 5 - Outros
<p>13 Por quê?</p> <input type="checkbox"/> 0 - Nunca foi ao dentista <input type="checkbox"/> 1 - Consulta de rotina/reparos/manutenção <input type="checkbox"/> 2 - Dor <input type="checkbox"/> 3 - Sangramento gengival <input type="checkbox"/> 4 - Cavidades nos dentes <input type="checkbox"/> 5 - Feridas, caroços ou manchas na boca <input type="checkbox"/> 6 - Outros	<p>14 Como avalia o atendimento?</p> <input type="checkbox"/> 0 - Nunca foi ao dentista <input type="checkbox"/> 1 - Péssimo <input type="checkbox"/> 2 - Ruim <input type="checkbox"/> 3 - Regular <input type="checkbox"/> 4 - Bom <input type="checkbox"/> 5 - Ótimo	<p>15 Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?</p> <input type="checkbox"/> 0 - Sim <input type="checkbox"/> 1 - Não
<p>16 Considera que necessita de tratamento atualmente?</p> <input type="checkbox"/> 0 - Sim <input type="checkbox"/> 1 - Não		
AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL		
<p>17 Como classificaria sua saúde bucal?</p> <input type="checkbox"/> 0 - Não sabe / Não informou <input type="checkbox"/> 1 - Péssima <input type="checkbox"/> 2 - Ruim <input type="checkbox"/> 3 - Regular <input type="checkbox"/> 4 - Boa <input type="checkbox"/> 5 - Ótima	<p>18 Como classificaria a aparência de seus dentes e gengivas?</p> <input type="checkbox"/> 0 - Não sabe / Não informou <input type="checkbox"/> 1 - Péssima <input type="checkbox"/> 2 - Ruim <input type="checkbox"/> 3 - Regular <input type="checkbox"/> 4 - Boa <input type="checkbox"/> 5 - Ótima	
<p>19 Como classificaria sua mastigação?</p> <input type="checkbox"/> 0 - Não sabe / Não informou <input type="checkbox"/> 1 - Péssima <input type="checkbox"/> 2 - Ruim <input type="checkbox"/> 3 - Regular <input type="checkbox"/> 4 - Boa <input type="checkbox"/> 5 - Ótima	<p>20 Como classificaria a sua fala devido aos seus dentes e gengivas?</p> <input type="checkbox"/> 0 - Não sabe / Não informou <input type="checkbox"/> 1 - Péssima <input type="checkbox"/> 2 - Ruim <input type="checkbox"/> 3 - Regular <input type="checkbox"/> 4 - Boa <input type="checkbox"/> 5 - Ótima	
<p>21 De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas?</p> <input type="checkbox"/> 0 - Não sabe / Não informou <input type="checkbox"/> 1 - Não afeta <input type="checkbox"/> 2 - Afeta pouco <input type="checkbox"/> 3 - Afeta mais ou menos <input type="checkbox"/> 4 - Afeta muito	<p>22 O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses?</p> <input type="checkbox"/> 0 - Nenhuma Dor <input type="checkbox"/> 1 - Pouca Dor <input type="checkbox"/> 2 - Média Dor <input type="checkbox"/> 3 - Muita Dor	

Uso de Prótese Superior e Inferior

0 - Não usa

1 - Uma Ponte Fixa

2 - Mais de P. Fixa

3 - P. Parcial Removível

4 - P. Fixa + Removível

5 - Prótese Total

9 - Sem Informação

Necessidade de Prótese Superior e Inferior

0 - Não necessita

1 - Prótese 1 elemento

2 - Mais de 1 elemento

3 - Combinação de Próteses

4 - Prótese Total

9 - Sem Informação

Número de Incisivos, Caninos e Pré-Molares extraídos que provocam problemas estéticos do Arco Superior.

Valores válidos: 0 a 9

Código de exclusão: x

Número de Incisivos, Caninos e Pré-Molares extraídos que provocam problemas estéticos do Arco Inferior.

Valores válidos: 0 a 9

Código de exclusão: x

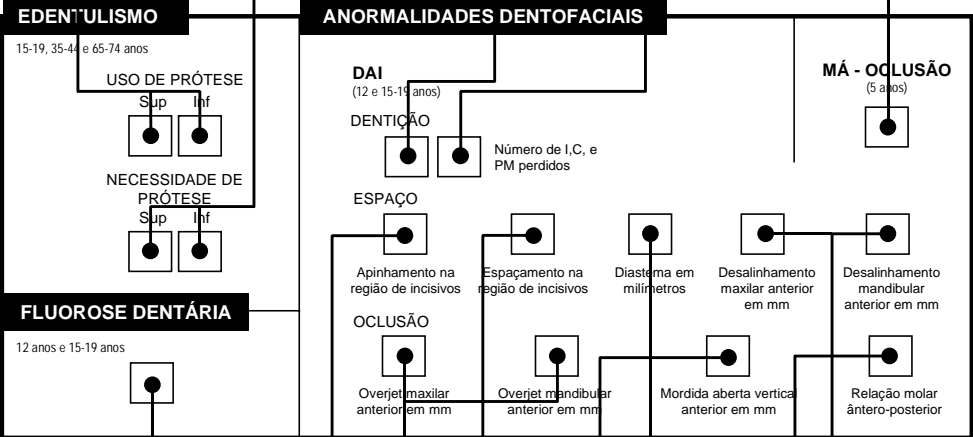
Má-Oclusão para idade de 5 anos.

0 - Normal

1 - Leve

2 - Moderada ou Severa

Para outras idades, código 9



FLUOROSE DENTÁRIA

12 anos e 15-19 anos

Pior situação encontrada para Fluorese Dentária:

0 - Normal

1 - Questionável

2 - Muito Leve

3 - Leve

4 - Moderada

5 - Severa

9 - Sem Informação

Apinhamento do Segmento Incisal.

0 - Sem Apinhamento

1 - Apinhamento em um segmento

2 - Apinhamento nos dois segmentos

x - Sem Informação

Espaçamento do Segmento Incisal.

0 - Sem Espaçamento

1 - Espaçamento em um segmento

2 - Espaçamento nos dois segmentos

x - Sem Informação

Tamanho do diastema, em milímetros.

Arredondar para o inteiro mais próximo.

Valores válidos: 0 a 9

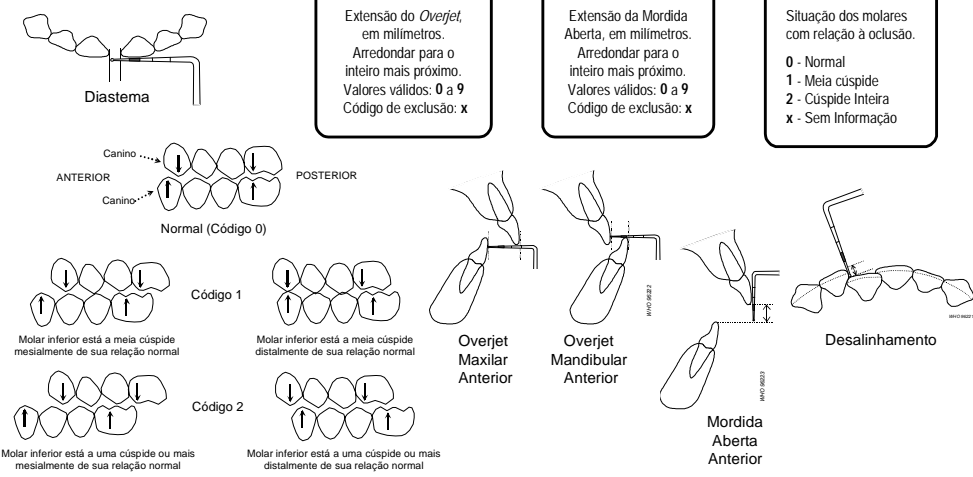
Código de exclusão: x

Extensão do desalinhamento, em milímetros.

Arredondar para o inteiro mais próximo.

Valores válidos 0 a 9

Código de exclusão: x



Resumo dos Códigos para Preenchimento

Para detalhes sobre os critérios, consulte o manual

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

CÓDIGO			CONDIÇÃO/ESTADO
DENTES DECIDUOS	DENTES PERMANENTES		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	HÍGIDO
B	1	1	CARIADO
C	2	2	RESTAURADO MAS COM CÁRIE
D	3	3	RESTAURADO E SEM CÁRIE
E	4	N/A	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
F	5	N/A	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
G	6	N/A	APRESENTA SELANTE
H	7	7	APOIO DE PONTE OU COROA
K	8	8	NÃO ERUPCIONADO - RAIZ NÃO EXPOSTA
T	T	N/A	TRAUMA (FRATURA)
L	9	9	DENTE EXCLUÍDO

CÓDIGO	TRATAMENTO
0	NENHUM
1	RESTAURAÇÃO DE 1 SUPERFÍCIE
2	RESTAURAÇÃO DE 2 OU MAIS SUPERFÍCIES
3	COROA POR QUALQUER RAZÃO
4	FACETA ESTÉTICA
5	PULPAR + RESTAURAÇÃO
6	EXTRAÇÃO
7	REMINERALIZAÇÃO DE MANCHA BRANCA
8	SELANTE
9	SEM INFORMAÇÃO

DOENÇA PERIODONTAL

AG (5 anos)

CPI

12 anos

15-19 anos

35-44 anos

65-74 anos

17/16 11 26/27

PIP

35-44 anos

65-74 anos

ALTERAÇÕES TECIDO MOLE

Todos os grupos etários

Índice de Alterações Gingivais.

0 - Ausência de Sangramento

1 - Presença de Sangramento

9 - Sem Informação

Índice Periodontal Comunitário (CPI).

0 - hígido

1 - sangramento

2 - cálculo

3 - bolsa de 4 a 5 mm

4 - bolsa de 6 mm ou mais

X - sextante excluído

9 - sextante não examinado

Índice de Perda de Inserção (PIP).

0 - PI entre 0 e 3 mm

1 - PI entre 4 e 5 mm

2 - PI entre 6 e 8 mm

3 - PI entre 9 e 11 mm

4 - PI de 12 mm ou mais

X - sextante excluído

9 - sextante não examinado

Presença de qualquer alteração em tecidos moles da boca

0 - Ausência

1 - Presença

9 - Sem Informação

