

# Levantamentos em saúde bucal

métodos básicos - 5ª edição

Este manual OMS Levantamentos em Saúde Bucal – Métodos Básicos encoraja os países a realizarem levantamentos em saúde bucal padronizados que são comparáveis internacionalmente.

A versão brasileira foi traduzida pelos docentes da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), Profa. Dra. Maria Gabriela Haye Biazevic e Prof. Dr. Antônio Carlos Frias, com a devida autorização da OMS.

O manual oferece orientações para avaliar a condição de saúde bucal atual de uma população e as futuras necessidades de intervenções em saúde bucal.

As doenças bucais estão entre as doenças não comunicáveis mais prevalentes e importantes componentes da carga global de doença.

Os fatores de risco chaves são comuns às doenças bucais e crônicas. Apresentam-se orientações para avaliação dos fatores de risco. A abordagem da OMS pode facilitar a incorporação da saúde bucal nos sistemas nacionais de vigilância em saúde.

A vigilância da saúde bucal ao longo do tempo e o monitoramento de programas podem oferecer aos administradores, planejadores de saúde pública e aos gestores de saúde informações valiosas sobre a relevância e o custo-efetividade dos programas de intervenção em saúde pública.

Organização Mundial da Saúde, Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP).

ISBN 978-85-7040-008-6

Levantamentos em saúde bucal - métodos básicos - 5ª edição

# Levantamentos em saúde bucal

métodos básicos - 5ª edição





# **Levantamentos em saúde bucal**

métodos básicos

5ª edição



# Levantamentos em saúde bucal

métodos básicos

5ª edição

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP)

Tradução: Profa. Dra. Maria Gabriela Haye Biazevic

Revisão técnica: Prof. Dr. Antônio Carlos Frias



ODONTOLOGIA - USP

Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2013 sob o título Oral health surveys: basic methods – 5<sup>th</sup> ed. © World Health Organization 2013.

A Organização Mundial da Saúde forneceu os direitos de tradução e da publicação dos direitos de uma edição em Português à Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo (FOUSP) que é a única responsável pela qualidade e fidelidade da tradução em Português. No caso de qualquer inconsistência entre as edições em Inglês e em Português, a edição original em Inglês deverá ser a edição de referência original.

Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos – 5<sup>a</sup> ed. © Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo (FOUSP) 2017.  
ISBN 978-85-7040-008-6

# Sumário

<b>Prefácio</b>	1
Objetivos do manual	2
<b>Agradecimentos</b>	3
Apoio financeiro	4
<b>Introdução</b>	5
Objetivos do manual	8
Estrutura deste manual	10
<b>Seção 1: Princípios básicos dos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal</b>	11
<b>1.1 Delineamento de um levantamento em saúde bucal</b>	13
1.1.1 Características especiais das doenças bucais	13
1.1.2 Idades-índice e grupos etários	14
1.1.3 Seleção da amostra	16
1.1.4 Métodos probabilísticos de seleção	17
1.1.4.1 Amostragem sistemática	17
1.1.4.2 Amostragem estratificada	18
1.1.4.3 Amostragem de grupos em múltiplos estágios de sorteio	18
1.1.4.4 Probabilidade proporcional para tamanho da amostra	19
1.1.5 Levantamentos exploratórios	19
1.1.5.1 Subgrupos	21
1.1.5.2 Número de participantes	21
<b>1.2 Organização do levantamento</b>	23
1.2.1 Preparação do protocolo do levantamento	23
1.2.2 Obtenção da aprovação das autoridades	23

1.2.3	Orçamento	24
1.2.4	Convite	24
1.2.5	Intervenção de emergência e referência	25
1.2.6	Relatório de resultados	25
<b>1.3</b>	<b>Confiabilidade e validade dos dados</b>	<b>26</b>
1.3.1	Treinamento e calibração dos examinadores	26
1.3.2	Exames em duplicata	28
1.3.3	Estimativa da reprodutibilidade dos registros	28
<b>1.4</b>	<b>Implementação do levantamento</b>	<b>30</b>
1.4.1	Preparação geral	30
1.4.1.1	Contato com as autoridades	30
1.4.1.2	Mantendo um livro de registros/diário de campo	30
1.4.1.3	Exercícios preliminares ou estudo piloto	30
1.4.1.4	Fontes de fluoretos	31
1.4.2	Equipe e organização	32
1.4.2.1	Anotadores	32
1.4.2.2	Monitores	32
1.4.2.3	Revisão diária dos formulários	32
1.4.3	Instrumentos e suprimentos	32
1.4.4	Controle de infecções	33
1.4.5	Local de exame	34
1.4.6	Posição dos exames	34
1.4.7	Iluminação	35
1.4.8	Mesa ou plataforma	35
1.4.9	Assento do anotador	35
1.4.10	Fornecimento dos formulários do levantamento	35
1.4.11	Prevenção de lotação	36
1.4.12	Prevenção de ruídos	36
<b>1.5</b>	<b>Avaliação da condição de saúde bucal</b>	<b>37</b>
1.5.1	Fichas padronizadas	37
1.5.2	Códigos padronizados	37
1.5.3	Formulário de avaliação da saúde bucal	38
1.5.4	Identificação e seções de informação geral do formulário	40
1.5.5	Exame epidemiológico	44
1.5.5.1	Condição da dentição	45
1.5.5.2	Condição periodontal: Índice Periodontal Comunitário modificado	52
1.5.5.3	Perda de inserção	54
1.5.5.4	Fluorose dentária	55
1.5.5.5	Erosão dentária	56

1.5.5.6	Injúrias dentárias traumáticas	56
1.5.5.7	Lesões da mucosa bucal	57
1.5.5.8	Uso de prótese	59
1.5.5.9	Urgência com necessidade de intervenção ou encaminhamento	59
<b>Seção 2: Auto-avaliação de saúde bucal</b>		<b>61</b>
<b>2.1</b>	<b>Auto-avaliação de saúde bucal e riscos</b>	<b>63</b>
2.1.1	Sistema de informação em saúde bucal	63
2.1.2	Auto-avaliação de saúde bucal por meio da utilização de questionários	64
2.1.2.1	Treinamento dos entrevistadores e supervisão	65
2.1.3	Indicadores de risco de saúde bucal segundo a abordagem STEPS (sigla em inglês)	67
<b>2.2</b>	<b>De levantamentos a vigilância</b>	<b>70</b>
<b>Seção 3: Obtenção de assistência da OMS</b>		<b>73</b>
<b>3.1</b>	<b>Assistência pré-levantamento</b>	<b>75</b>
<b>3.2</b>	<b>Assistência pós-levantamento</b>	<b>77</b>
<b>3.3</b>	<b>Preparação de relatórios do levantamento</b>	<b>81</b>
<b>Referências</b>		<b>85</b>
<b>Anexo 1</b>	Ficha para avaliação da condição de saúde bucal de adultos 2013	87
<b>Anexo 2</b>	Ficha para avaliação da condição de saúde bucal de crianças, 2013	89
<b>Anexo 3</b>	Ficha para avaliação da condição de saúde bucal de adultos (por superfície dentária), 2013	91
<b>Anexo 4</b>	Ficha para avaliação da condição de saúde bucal de crianças (por superfície dentária), 2013	93
<b>Anexo 5</b>	Ficha para registro das manifestações bucais na presença de HIV/AIDS, 2013	95
<b>Anexo 6</b>	Atlas das principais doenças e condições bucais	97
<b>Anexo 7</b>	Questionário de saúde bucal para adultos, 2013	115
<b>Anexo 8</b>	Questionário de saúde bucal para crianças, 2013	119
<b>Anexo 9</b>	Tabelas de referência geradas de dados de levantamentos epidemiológicos	123
<b>Anexo 10</b>	Tabelas de referência geradas dos dados do inquérito STEP	127



# Prefácio

Os levantamentos em saúde bucal oferecem uma base segura para avaliar a condição atual de saúde bucal de uma população e suas futuras necessidades de atenção em saúde bucal. A Organização Mundial da Saúde (OMS) possui uma longa tradição em metodologia de levantamentos epidemiológicos, que inclui uma descrição dos critérios de diagnóstico que podem ser prontamente entendidos e aplicados por programas de saúde pública em todo o mundo. Guias têm sido elaborados para delineamento de amostras práticas e econômicas aplicáveis para o registro da prevalência de doenças bucais requeridas para o planejamento dos programas de saúde bucal. Ademais, a OMS estabelece princípios para descrever os dados e análise dos resultados.

O manual da OMS Levantamentos em Saúde Bucal – Métodos Básicos tem encorajado os países a realizar levantamentos em saúde bucal padronizados que são comparáveis internacionalmente. O Banco de Dados Global de Saúde Bucal da OMS (WHO Global Oral Health Data Bank) confronta os dados obtidos através dos levantamentos de países sobre a carga das doenças bucais e a OMS recomenda análises estatísticas em idades-índice de crianças e adultos. A realização regular de levantamentos de saúde bucal em um número de países tem revelado tendências importantes na condição de saúde bucal, particularmente entre crianças. De um lado, em diversos países de alta renda, a saúde bucal das crianças tem melhorado após a introdução e consolidação de programas de prevenção às doenças bucais. Níveis de doenças bucais que aumentam rapidamente, por outro lado, têm sido observados em um número de países de baixa e média renda em paralelo com as mudanças nas condições de vida e na adoção crescente de estilos de vida não saudáveis. Além dos determinantes sociais, um número de fatores de risco comportamentais influencia a saúde bucal, tais como uma dieta rica em açúcar, uso do tabaco, consumo excessivo de álcool e tradições fracas de higiene bucal. Disponibilidade e acessibilidade limitadas de serviços de saúde bucal e a falta de promoção de saúde e de programas preventivos efetivos estão também associados a saúde bucal pobre.

Desde a publicação da quarta edição, o OMS desenvolveu novas ferramentas para a implementação de levantamentos em saúde bucal. Em adição

ao exame epidemiológico da condição de saúde bucal, instrumentos foram desenvolvidos para o acompanhamento da saúde bucal auto-avaliada e dos fatores de risco relacionados. Em decorrência dos principais fatores de risco compartilhados entre doenças não transmissíveis e bucais, a abordagem da OMS STEPwise para Surveillance (STEPS, sigla em inglês) facilita a inclusão da saúde bucal nos sistemas nacionais de vigilância para doenças não transmissíveis.

## **Objetivos do manual**

Este manual objetiva encorajar aqueles que planejam levantamentos nacionais em saúde bucal a padronizar medidas das doenças e condições bucais que são importantes para o planejamento e avaliação de programas de saúde bucal, assim como assegurar a comparabilidade dos dados coletados em uma ampla gama de ambientes. Ele faz isso por meio da aplicação da abordagem global da OMS para vigilância de doenças crônicas num modelo operacional de integração da saúde bucal dentro dos sistemas de vigilância de doenças crônicas. A adoção desta abordagem:

- vai encorajar relatos sistemáticos dos dados das doenças e condições bucais;
- vai assegurar que os dados coletados são precisos e comparáveis dentro e entre países;
- vai encorajar a coleta de dados de saúde bucal auto-relatados e de fatores de risco consistentes com a abordagem STEP; e
- vai oferecer uma opção aos países que possuem um interesse especial na coleta de dados das principais condições bucais associadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV AIDS).

Este manual está dividido em três seções. A **Seção 1** fornece a informação preliminar para os que planejam o levantamento com relação aos métodos e as abordagens relevantes para a coleta de dados clínicos relacionados à condição de saúde bucal. A **Seção 2** cobre a auto-avaliação de saúde bucal e os fatores de risco avaliados por meio de questionários. A **Seção 3** descreve a atividade do levantamento tal como a análise de dados e o relatório do levantamento.

# Agradecimentos

Este manual foi preparado pelo Dr P.E. Petersen, da Organização Mundial da Saúde (OMS), e Dr R.J. Baez, da University of Texas Health Science Center em San Antonio, Texas, EUA.

A OMS agradece ao Dr C. Scully, do WHO Collaborating Centre for Oral Health-General Health, e da University of Bristol, Bristol, Reino Unido, e Dr M. Valderrama, Bogotá, Colômbia, pelo fornecimento das fotografias clínicas utilizadas neste manual para facilitar a identificação das doenças bucais.

Fazemos agradecimento especial por orientações técnicas a Dr E.D. Beltrán-Aguilar, Division of Oral Health, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, EUA; Dr N. Jürgensen, WHO Collaborating Centre for Community Oral Health Programmes and Research, University of Copenhagen, Copenhagen, Dinamarca; Dr H. Ogawa, WHO Collaborating Centre for Translation of Oral Health Science, University of Niigata, Niigata, Japão; Dr AJ Rugg-Gunn, Newcastle University, Reino Unido; Dr J. Stjernswärd, WHO Collaborating Centre for Education, Training and Research, Malmö University, Malmö, Suécia, e Dr D.M. O'Mullane e Dr H.P. Whelton, WHO Collaborating Centre for Oral Health Services Research, University of Cork, Cork, Irlanda.

As ferramentas do levantamento foram testadas em campo em diversos países em todo o mundo. Em particular, a OMS agradece ao Dr U. Nyandindi, Ministério da Saúde, National School Health Programme, Dar es Salaam, República Unida da Tanzânia; Dr F. Kahabuka, WHO Collaborating Centre for Primary Oral Health Care, Planning and Research, Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Dar es Salaam, República Unida da Tanzânia; Dr N. Razanamihaja, University of Majunga, Majunga, República de Madagascar; Dr L. Rajab, University of Jordan, Amman, the Hashemite Kingdom of Jordan; Dr A. Naseeb, Ministério da Saúde, Reino de Bahrein; Dr L. Zhu, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Preventive Dentistry, Peking University, Pequim, República da China; e Dr M.H. Khoshnevisan, Ministério da Saúde, Teerã, República Islâmica do Irã.

A OMS agradece o apoio da Academy of Dentistry International na preparação das tabelas de referência do levantamento.

### **Apoio financeiro**

A publicação deste manual recebeu o gentil suporte da Philip Dear Foundation, a seção europeia do International College of Dentists. A OMS é grata a essa valiosa contribuição. O manual irá facilitar a educação na área de saúde bucal coletiva e facilitar o acesso à versão online do manual será de grande auxílio para implementação de levantamentos nos países em desenvolvimento.

O objetivo deste manual é oferecer ferramentas práticas e robustas para planejamento e vigilância/acompanhamento da intervenção em saúde bucal; ademais, a abordagem padronizada torna os procedimentos de exame úteis em pesquisa. A OMS é grata pelos recursos gentilmente tornados disponíveis para a publicação deste manual pelo WHO Collaborating Centre for Translation of Oral Science, Niigata University, Niigata, Japão.

### **Versão online**

A versão online em inglês do WHO Oral health surveys – basic methods está disponível em [www.who.int/oral\\_health](http://www.who.int/oral_health).

A versão online em português do OMS Levantamentos em Saúde Bucal Métodos Básicos está disponível em: [http://www.fo.usp.br/?page\\_id=2822](http://www.fo.usp.br/?page_id=2822)

# Introdução

Os problemas de saúde pública associados com doenças bucais constituem uma carga importante nos países ao redor do globo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) possui uma longa tradição em metodologia e acompanhamento de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal. Desde 1971, quando a primeira edição do WHO Oral Health Surveys – Basic Methods foi publicada (1), muitos países ao redor do mundo têm utilizado os procedimentos descritos no manual para produzir informação com relação aos níveis atuais de doença e tendências ao longo do tempo, assim como mudanças na prevalência e severidade resultantes de programas comunitários para prevenção de doenças bucais (1-4). A OMS avalia regularmente a carga da doença por meio de dados dos países armazenados no WHO Global Oral Health Databank (disponível em [www.who.int/oral\\_health](http://www.who.int/oral_health)), e a importância para a saúde pública dos determinantes sociais e fatores de risco comportamentais tem sido reconhecida (5-7).

Com o objetivo de realizar comparações internacionais, a OMS encoraja os Países Membros a relatar informação sobre os níveis de doença utilizando métodos padronizados. Edições passadas deste manual (1-4) apresentaram uma gama de instrumentos e fichas de registro para utilização na coleta de dados epidemiológicos: critérios padronizados para registro das condições clínicas foram recomendados, focando nas lesões de mucosa oral e pré-câncer/câncer de boca, condição da dentição, fluorose dentária, cárie dentária e necessidades de tratamento, assim como condição protética e necessidades. Recomendações especiais foram feitas para assegurar a coleta de dados de alta qualidade por meio de procedimentos de exame claramente definidos, treinamento e calibração dos examinadores para avaliação da consistência intra-/inter-examinador. Os levantamentos básicos em saúde bucal da OMS têm se mostrado extremamente úteis na avaliação da condição de saúde bucal de populações, e para o desenvolvimento ou ajuste dos sistemas de saúde e avaliação dos programas em nível populacional.

Os levantamentos realizados ao longo da última década em diante baseados na quarta edição do *WHO Oral Health Surveys* (4) confirmam que dados da condição de saúde bucal são importantes para monitoramento dos

padrões de doença. Além da informação epidemiológica, entretanto, os gestores de saúde bucal e tomadores de decisão podem requerer informação sobre os fatores de risco associados com a saúde bucal, saúde bucal relacionada à qualidade de vida, cobertura e utilização dos serviços de saúde bucal, intervenção e cuidado, procedimentos administrativos, e qualidade da atenção e intervenções (8).

Para efetiva vigilância, a OMS sugere que os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal devam ser conduzidos regularmente a cada cinco ou seis anos na mesma comunidade ou local. A vigilância sustenta a ação de saúde pública ligando as políticas e programas de saúde aos dados. Em outras palavras, a vigilância fornece os meios de coleta, análise e interpretação contínua de dados populacionais (sejam contínuos ou periódicos), e a disseminação oportuna de tais dados para as autoridades ou gestores de programas de saúde pública. Conduzidos de maneira apropriada, os programas de vigilância asseguram que os países possuam a informação de que necessitam para ação imediata no controle da doença ou para planejar estratégias para prevenção de doenças e eventos adversos à saúde no futuro. Em suma, o objetivo da vigilância em saúde é assistir governantes, autoridades de saúde e profissionais de saúde na formulação de políticas e programas para a prevenção de doenças e mensuração de progresso, impacto e eficácia dos esforços para controlar as doenças prevalentes e restaurar a qualidade de vida.

Informação dos principais fatores de risco para doenças crônicas é o ponto de entrada chave para as autoridades de saúde no planejamento da promoção da saúde e programas de prevenção primária. Baseados nos instrumentos padronizados do levantamento e nos indicadores, definições, métodos e princípios de amostragem previamente acordados, a OMS tem desenvolvido novas ferramentas importantes para a avaliação de doenças crônicas e fatores de risco que são também altamente relevantes para a saúde bucal. Essas ferramentas de monitoramento podem ser utilizadas para coletar dados autorrelatados de saúde bucal, comportamento em saúde bucal, utilização de serviços de saúde odontológico, saúde bucal relacionada à qualidade de vida, e fatores de risco sócio-ambientais para a saúde bucal. As ferramentas da OMS foram desenvolvidas para sistemas de monitoramento claros que podem ser adaptados às necessidades e recursos locais.

A quinta edição do Levantamentos em Saúde Bucal da OMS – Métodos Básicos (*WHO Oral Health Surveys – Basic Methods*) faz as seguintes recomendações para os levantamentos de saúde bucal:

- A condição da dentição deveria ser registrada em conformidade com as recomendações dadas nas edições prévias deste manual. Isso irá assegurar que a prevalência e a incidência de cárie dentária continue a ser registrada utilizando critérios robustos relevantes à saúde pública. Sabe-se que classificações detalhadas de cárie dentária têm sido sugeridas para aplicação na prática clínica odontológica, onde equipamento

especializado pode estar disponível para uma avaliação mais detalhada do grau de envolvimento de tecido dentário. O registro específico das necessidades de tratamento dentário para dentes individuais não é mais recomendado.

- O registro da condição periodontal por sextantes ou dente-índice foi modificada para incluir a avaliação de sangramento gengival e registro de escores de bolsa para todos os dentes presentes. A justificativa para esta recomendação é que já que a condição da dentição é avaliada em todos os dentes presentes, o mesmo exame metuculoso deveria ser conduzido para avaliar a condição periodontal dos mesmos dentes. A presença de cálculo não é registrada porque não é uma doença em si.
- A recomendação de não sondar profundidade de bolsa em crianças com menos de 15 anos de idade permanece inalterada. Perda de inserção deveria ser registrada utilizando o dente-índice exceto em crianças com menos de 15 anos de idade, que novamente estão excluídas desta mensuração.
- O manual continua a recomendar o registro da presença de fluorose dentária porque embora ela não seja considerada uma doença ela auxilia os países no estabelecimento de dados de referência antes ou durante o monitoramento de programas comunitários de prevenção que incluam a fluorose para a prevenção de cárie dentária. O cálculo do índice de fluorose da comunidade (CFI, sigla em inglês) é recomendado para determinar se a fluorose é uma preocupação de saúde pública. O CFI permite a identificação de fluorose questionável em grupos comunitários. Dados clínicos sobre fluorose devem ser complementados com estudos sobre exposição aos fluoretos.
- Com base nos relatos recentes da alta incidência de erosão dentária relacionada ao consumo frequente de bebidas altamente ácidas, sucção ou mastigação de doces e chicletes com sabores muito ácidos, e outras dietas influenciadas culturalmente, uma seção especial foi incluída no formulário de coleta de dados para o registro de perda de substância dentária devido à erosão assim como o número de dentes envolvidos.
- Traumas orofaciais incluem injúrias da boca, incluindo dentes, lábios, gengivas, língua e ossos maxilares. O trauma dentário mais comum envolve fratura ou perda de um dente. Injúrias orofaciais podem resultar em deformidade e disfunção, reduzindo amplamente a qualidade de vida e contribuindo com impactos sociais e econômicos. Assim uma seção para o registro do trauma dentário e o número de dentes envolvidos foi adicionada ao formulário de coleta de dados.
- O registro da presença de próteses fixas ou removíveis foi incluído no formulário de avaliação adulto assim como uma indicação de acesso aos serviços de saúde. Entretanto, a qualidade ou a função da peça protética não é avaliada.

- O levantamento inclui o exame da mucosa bucal e o registro de condições extra bucais e sua localização utilizando codificação padronizada. Além dos formulários de registro básico, um formulário específico foi desenvolvido para o registro das lesões bucais mais comuns que ocorrem na infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e na síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).
- A seção sobre intervenção de urgência especifica os níveis recomendados de nível de tratamento em resposta a problemas bucais agudos e a necessidade de encaminhamento imediato a assistência especializada. Isso pode também incluir assistência preventiva ou atendimento odontológico de rotina para lesões de cárie amplas com ou sem dor associada ou infecção evidente. Intervenção urgente pode também ser necessária em casos de dor relatada e sinais óbvios de infecção severa, por exemplo, devido a um abscesso de origem dentária ou periodontal.

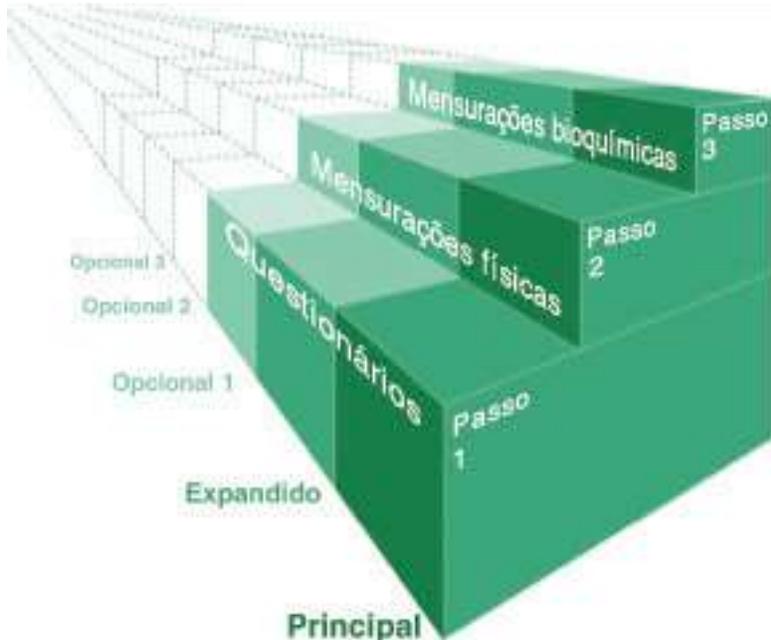
Os questionários básicos foram desenhados para adultos e crianças separadamente, e eles podem ser usados para a coleta de informação sobre auto-avaliação da condição de saúde bucal, hábitos de saúde bucal, comportamentos de risco, qualidade de vida e posição social. A análise dos fatores de risco é central para o desenvolvimento ou ajuste dos programas de promoção de saúde bucal. O efeito na saúde bucal dos fatores de risco podem ser estimados associando os dados clínicos e sócio-comportamentais.

## **Objetivos do manual**

Os objetivos deste manual são fornecer informação essencial para a organização e planejamento de levantamentos em saúde bucal realizados para a avaliação da condição de saúde bucal de uma população, e a coleta de dados de auto-avaliação de saúde bucal e de fatores sócio-comportamentais. Os objetivos deste manual são os seguintes:

### **1. Fornecimento de informação relevante para o planejamento de um levantamento sobre condição de saúde bucal. Isto inclui:**

- delineamento de levantamentos básicos em saúde bucal
- orientação sobre desenhos de amostra práticos adequados para avaliação de doenças bucais
- organização de um levantamento em saúde bucal
- implementação de um levantamento em saúde bucal
- formulários de avaliação e descrição de critérios diagnósticos e códigos
- recomendações para assegurar a confiabilidade dos dados
- orientações de ações pós-levantamento, incluindo dados essenciais



**Fig. 1.** Estrutura da abordagem da OMS STEPwise para vigilância de doenças crônicas (9).

- a ser relatados e o formato de relatório apropriado
- fornecimento de um plano para registro e referência a manuais da OMS para implementação de estudos epidemiológicos sobre doenças bucais relacionadas ao HIV/AIDS.

## **2. Fornecimento de informação relevante para o planejamento de um levantamento sobre auto-avaliação de saúde bucal e de fatores de risco**

A abordagem da OMS STEPwise para Surveillance (STEPS, sigla em inglês) é um processo sequencial (**Fig. 1**) (9): começa com a compilação de informação-chave sobre os fatores de risco e saúde auto-relatada utilizando um questionário, e então continua com mensurações físicas simples, seguidas por mensurações mais complexas para análise bioquímica. Os instrumentos podem incluir dados principais, expandidos e opcionais. O STEPS enfatiza que menos dados de boa qualidade são mais valiosos do que maiores quantidades de dados de pouca qualidade. Por meio da utilização das mesmas questões e protocolos padronizados, os países podem utilizar a informação produzida pelo STEPS tanto para avaliar tendências dentro do país quanto para realizar comparações entre países. A abordagem encoraja a coleta de

pequenas quantidades de informação útil em base regular e contínua.

A aplicação do STEPwise para os princípios de saúde bucal possui três passos:

- Passo 1: a aquisição de informação de auto-avaliação de condições bucais, práticas de saúde bucal, mensurações de dieta, utilização de tabaco e consumo de álcool, qualidade de vida, e posição social, todos eles baseados em definições padrões da OMS. Isto pode incluir dados sobre fatores de saúde geral que são de importância para as condições de saúde bucal, por exemplo, estatura, peso e circunferência abdominal como indicadores de condição nutricional, baixo peso ou obesidade, experiência de diabetes e marcadores de infecção por HIV.

- Passo 2: os dados clínicos coletados no Passo 2 são adicionados aos que foram obtidos no Passo 1. A implementação dos Passos 1 e 2 possui relevância para a maioria dos países.

- Passo 3: compreende informação obtida de análises bioquímicas, por exemplo, a coleta de saliva para estudar sua capacidade tampão ou para avaliação microbiana (por exemplo *Streptococcus mutans*). Entretanto, a OMS não recomenda mensurações de saúde bucal avançadas para países com recursos limitados.

A vigilância de saúde bucal se torna possível quando os dados sobre a condição de saúde bucal e dos fatores de risco são coletados sistematicamente e de forma regular. Países podem escolher coletar dados do Passo 1 ou Passo 2 ou ambos para planejamento e avaliação da intervenção em saúde bucal.

## **Estrutura deste manual**

A Seção 1 esboça os princípios de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal conforme recomendados pela OMS. Ela inclui orientação para realização do levantamento, critérios diagnósticos, confiabilidade dos dados e seleção dos participantes. Os formulários da OMS para avaliação de saúde bucal para registro dos achados clínicos são fornecidos como anexos a este manual. Os formulários fornecem elementos essenciais para o relato do levantamento e exemplos de tabelas que deveriam ser preparadas a partir da análise estatística dos dados que foram coletados são também fornecidas como anexos em separado. A Seção 2 explica a abordagem da OMS para o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde bucal integrados. O modelo de fator de risco, que fornece a base conceitual para a inclusão de saúde bucal auto-avaliada e os fatores de risco nos STEPS, é mais detalhada nesta seção. Mensurações adicionais tais como testes de diabetes, e estatura e peso para o cálculo do índice de massa corporal (IMC) podem ser incluídos. A Seção 3 descreve a análise dos dados e o relato dos resultados; além disso, esta seção fornece informação sobre assistência disponível na OMS.

# **Seção 1: Princípios básicos dos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal**



# **1.1 Delineamento de um levantamento em saúde bucal**

A realização de levantamentos populacionais para determinar a condição de saúde bucal e a necessidade de intervenção em comunidades constitui uma parte essencial dos gestores de saúde bucal e de outros administradores responsáveis por programas de saúde bucal. Nos locais em que não exista um escritório nacional ou regional especificamente responsável pelas atividades de saúde bucal, um membro de uma sociedade odontológica participante de instituições de treinamento em saúde bucal pode realizar regularmente levantamentos epidemiológicos das condições de saúde bucal.

Os métodos descritos neste manual podem ser utilizados para estimar:

- a distribuição e a severidade das principais doenças e condições bucais;
- a extensão nos quais os programas de saúde bucal coincidem com a necessidade de assistência de grupos populacionais e a necessidade de prevenção de doenças e de promoção da saúde orientadas para a comunidade; e
- a natureza e a urgência da(s) intervenção(ões) de saúde bucal necessária(s).

Se o levantamento inclui variáveis adicionais, o papel dos determinantes sociais de saúde bucal e os fatores de risco modificáveis mais comuns tais como higiene pessoal, dieta, uso de tabaco, consumo excessivo de álcool, utilização de serviços de saúde, e finalmente qualidade de vida relacionada à saúde bucal da população podem também ser avaliados.

## **1.1.1 Características especiais das doenças bucais**

A epidemiologia específica das doenças bucais permitiu o desenvolvimento de uma abordagem para realização de desenho amostral e de planejamento do levantamento para as doenças bucais mais comuns. As considerações especiais com relação às duas doenças bucais mais importantes - cárie dentária e doença periodontal – são fornecidas conforme segue:

- As doenças são fortemente relacionadas com a idade.
- As doenças existem em todas as populações, variando apenas em prevalência e severidade.

- Uma das doenças, a cárie dentária, é irreversível (ao nível de cavitação utilizado nos métodos descritos aqui), e portanto informação com relação à condição atual fornece dados não somente sobre a quantidade de doença presente mas também com relação à experiência prévia da doença.
- Existe documentação extensa sobre a variação dos perfis de doenças bucais entre grupos populacionais com níveis sócio-econômicos diferentes, características comportamentais e condições ambientais.
- Mensuração padronizada em cada indivíduo requer a realização de diversas observações; no caso de cárie para cada dente e para avaliação de condição periodontal para cada dente presente na boca, com exceção da perda de inserção, para a qual os seis sextantes são utilizados.

### **1.1.2 Idades-índice e grupos etários**

As seguintes idades e grupos etários são recomendados para levantamentos populacionais.

#### *5 anos*

Onde for praticável e plausível, crianças deveriam ser examinadas entre seus aniversários de cinco e seis anos. Esta idade é de interesse com relação aos níveis de cárie na dentição decídua, que podem exibir mudanças ao longo de um espaço de tempo mais curto do que na dentição permanente em outras idades-índice. Em alguns países, 5 anos é a idade também em que a criança inicia a escola primária (no Brasil, considerar Ensino Fundamental I, 6 anos de idade). Em países onde o ingresso ocorre aos 6 ou 7 anos de idade, estas idades podem ser utilizadas, embora a idade média deva ser relatada com os resultados. Nesses grupos etários mais velhos, a perda de incisivos decíduos não deve ser registrada por causa da dificuldade de diferenciação entre incisivos decíduos esfoliados normalmente dos perdidos devido à cárie ou trauma.

#### *12 anos*

Esta idade é especialmente importante por ser uma idade em que geralmente a criança deixa a escola primária (no Brasil, considerar fim do ensino fundamental I, apesar de não haver equivalência). Portanto em muitos países, esta é a última idade na qual uma amostra confiável pode ser facilmente obtida por meio do sistema escolar. Além disso, é provável que nesta idade todos os dentes permanentes exceto os terceiros molares tenham erupcionado. Por essas razões, a idade de 12 anos foi escolhida como o grupo etário de referência global para comparações internacionais e vigilância das tendências de

doença.

Em alguns países, entretanto, muitas crianças em idade escolar não frequentam a escola. Nessas circunstâncias, uma tentativa deveria ser feita para levantar de dois a três grupos de crianças que não frequentam provenientes de áreas diferentes para comparar sua condição de saúde bucal com as de crianças que ainda frequentam a escola.

#### *15 anos*

Aos 15 anos, os dentes permanentes foram expostos ao ambiente bucal por três a nove anos. A avaliação da prevalência de cárie em adolescentes pode portanto ser relevante. O grupo etário de 15-19 anos é também importante na avaliação da doença periodontal em adolescentes. Em países onde é difícil obter amostras confiáveis deste grupo etário, é usual examinar indivíduos em somente duas ou três áreas, uma na capital ou em outra cidade grande e uma na zona rural.

#### *35-44 anos (média = 40 anos)*

Este grupo etário é o grupo padrão para vigilância das condições de saúde bucal em adultos. Ao utilizar dados deste grupo etário, gestores e administradores podem avaliar o efeito total da cárie dentária, o nível de envolvimento periodontal severo, e os efeitos gerais da atenção à saúde fornecida. A amostragem de indivíduos adultos é frequentemente difícil. As amostras podem, entretanto, ser delineadas de grupos organizados, tais como escritórios ou trabalhadores de fábricas. A utilização pode também ser realizada em grupos prontamente acessíveis, por exemplo, em um mercado, para obter uma amostra razoavelmente representativa em situações onde uma amostra verdadeiramente representativa não é plausível. Cuidado deve ser tomado para evitar bias de seleção óbvios, tais como selecionar pacientes em clínicas de atenção médica.

#### *65-74 anos (média = 70 anos)*

O grupo etário de 65-74 anos se tornou mais importante com as mudanças na distribuição etária das populações e com o aumento mundial da expectativa de vida. Neste grupo etário, é possível estimar a manifestação de doenças bucais a partir de uma perspectiva do curso da vida. Dados para este grupo são necessários tanto para o planejamento de intervenções apropriadas para idosos quanto para a avaliação do efeito final dos programas de saúde bucal em uma população. A obtenção da amostra e o exame de membros representativos deste grupo etário não é frequentemente tão difícil quanto o de grupos etários mais jovens, já que idosos possuem mais probabilidade de estar nas

ou perto de suas casas, em clubes de terceira idade, centros-dia ou instituições durante o dia. Mesmo assim, deve ser tomado cuidado para realizar adequadamente a amostragem incluindo tanto pessoas que ficam em casa quanto membros ativos desse grupo etário.

As idades-índice acima mencionadas ou grupos etários são recomendadas para levantamentos nacionais da população em geral. Entretanto, alguns países podem ter interesse especial no estudo de condições que podem afetar a saúde bucal de crianças de idades inferiores e de grupos de adultos ou idosos especiais. Os países que planejam se empenhar em tais esforços são encorajados a considerar a utilidade e a confiabilidade dos dados que serão produzidos e a viabilidade do estudo, assim como a validade dos resultados e sua aplicabilidade de uma perspectiva de saúde pública. Onde o delineamento de estudo ou os critérios de exame não seguirem os métodos sugeridos neste manual, os estudos não podem ser endossados pela OMS e o conteúdo dos relatórios produzidos serão de responsabilidade do país que realizar esse exercício.

### **1.1.3 Seleção da amostra**

Antes da seleção da amostra, os gestores de saúde pública e os profissionais que planejam o levantamento devem decidir será o levantamento será realizado em nível local, regional ou nacional, as variáveis que serão examinadas no levantamento e os grupos etários que serão incluídos. É importante levar esses fatores em consideração especialmente mais tarde no processo, quando forem feitas inferências dos resultados do levantamento para a população da região ou do país.

Existem várias técnicas para estimar o tamanho da amostra de uma população para um levantamento epidemiológico em saúde bucal. Os dois métodos principais são a amostragem probabilística e a não-probabilística, dependendo da existência de uma probabilidade conhecida dos indivíduos serem selecionados para o levantamento. Dependendo dos recursos disponíveis e das condições técnicas, a amostragem probabilística pode ser executada de várias maneiras incluindo a amostragem randomizada, amostragem sistemática, amostragem randomizada estratificada por clusters, probabilidade proporcional ao tamanho, assim como outras variações. Existem diversos textos estatísticos (10,11) que descrevem as técnicas de amostragem disponíveis em detalhes, incluindo a determinação do tamanho da amostra, a precisão e o poder. Os pesquisadores são encorajados a consultar esses textos e obter assessoria de estatísticos como um passo preliminar no delineamento do levantamento. Em alguns locais, pesquisadores podem ter acesso a um especialista e estatística de saúde para orientação estatística no delineamento de um levantamento básico em saúde bucal.

### **1.1.4 Métodos probabilísticos de seleção**

Com uma amostra probabilística, cada indivíduo da população de estudo possui uma chance diferente de zero de ser incluído na amostra. Com esse desenho, o viés de seleção pode ser evitado dado que a taxa de resposta é alta, e a teoria estatística deve ser utilizada para obtenção de inferências a partir dos estimadores e parâmetros estatísticos no levantamento. Um fator crítico para qualquer modelo de seleção probabilística é a existência de um delineamento amostral a partir da qual os elementos da amostra podem ser selecionados. Em outras palavras, uma lista dos membros da população a ser incluída no levantamento deve estar disponível. As técnicas de amostragem casual simples (randomizada) requerem tanto a numeração de cada indivíduo no grupo todo, mescla dos números e – assim como numa loteria – delineando o número desejado de pessoas a ser examinadas ou a utilização de uma tabela de números aleatórios.

Questionamentos normalmente emergem tais como por que a população a ser estudada não é selecionada utilizando métodos de seleção probabilísticos. Isso se deve mais provavelmente à não disponibilidade da informação prévia para a seleção dos grupos populacionais a serem incluídos no estudo, incerteza sobre qual método de seleção probabilística utilizar, falta de total entendimento das várias alternativas, e a dificuldade no cumprimento de um método tão preciso.

A amostragem casual simples não é amplamente utilizada, um modelo estratificado é preferível para assegurar a inclusão de subgrupos importantes. Um número de técnicas foram desenvolvidas para ser utilizadas para seleção de amostras representativas para realização de levantamento da população alvo; dentre elas, as técnicas mais comumente utilizadas são a amostragem sistemática, amostragem randomizada estratificada, amostragem de clusters em multiestágios de sorteio e amostragem probabilística proporcional ao tamanho.

#### *1.1.4.1 Amostragem sistemática*

A amostragem sistemática envolve selecionar ao acaso a primeira pessoa de uma lista e em seguida selecionar cada  $x^o$  número ou elemento (pessoa) até que o número total de indivíduos esperados para compor a amostra tenha sido selecionado. Este número depende do número esperado de pessoas a ser examinadas e do número total disponível de acordo com uma lista pertencente a um grupo etário em particular. Esta informação é necessária de modo que a fração da amostragem possa ser calculada e utilizada para identificar o número (pessoa) na lista e sistematicamente identificar cada  $x^o$  pessoa até

que o número total desejado tenha sido selecionado. Se, por exemplo, houvessem 1800 idosos em uma instituição e o número amostral esperado fosse de 200, a fração de amostragem resultante seria 9. Um número aleatório é então escolhido entre 0 e 9 para selecionar a primeira pessoa e então toda nona pessoa listada é selecionada até que o total necessário para o elemento (pessoa) seja obtido. Portanto na amostra sistemática, cada pessoa na população listada possui a mesma probabilidade de ser selecionada para o exame.

#### *1.1.4.2 Amostragem estratificada*

Ao realizar levantamentos em uma população, é importante registrar o tipo de local onde os participantes moram. Geralmente, três tipos de descritores de comunidades são utilizados: urbana, periurbana e rural. Outra informação que possa estar disponível a respeito da população a ser estudada pode também ser utilizada para classificar a população em grupos e sub-grupos. Esta é a natureza fundamental da estratificação. Portanto, a população pode ser classificada em sub-grupos ou estratos, em seguida amostras separadas provenientes de cada estrato são sorteados. Se uma amostragem casual simples for selecionada de cada um desses estratos, a amostra total é chamada de uma amostra estratificada. Se a composição da população é conhecida com relação ao número de variáveis especificadas, por exemplo, idade, sexo e grupo étnico, a amostra pode ser selecionada para acompanhar essa composição. A estratificação é uma técnica apropriada para a obtenção de estimativas separadas para parâmetros populacionais para cada subgrupo, garantindo assim maior precisão dos dados por subgrupos. A amostragem estratificada apropriada requer identificação de cada unidade de enumeração segundo estratos antes da amostragem. Se tal informação não estiver prontamente disponível, o método não é viável.

#### *1.1.4.3 Amostragem de grupos em múltiplos estágios de sorteio / múltiplas etapas de amostragem*

Na maioria dos levantamentos, a população coberta é composta por grupos; cada um desses grupos pode ser denominado como estrato e amostras separadas são selecionadas a partir de cada grupo. Os grupos podem também ser designados de conglomerados (clusters), e neste caso uma amostra de conglomerados é primeiro incluída no delineamento do levantamento. Quando todas as pessoas dos conglomerados selecionados forem incluídas na amostra, o método é conhecido como amostragem por conglomerados; mas se somente uma amostra de pessoas é tirada de cada conglomerado selecionado, o método é chamado de amostragem em dois estágios de sorteio. O método pode também ser designado como amostragem em três estágios – ou simplesmente amostragem em múltiplos estágios – dependendo se o delineamento da

amostragem requer múltiplos níveis. Um exemplo típico é: seleção de um primeiro conglomerado amplo em um país, por exemplo um estado ou departamento, em seguida seleção de amostras de escolas (conglomerado de segundo nível), seguido de amostragem das salas de aula (conglomerado de terceiro nível) e finalmente amostras de estudantes. A amostragem multi-conglomerados (multiclusters) pode levar à perda de precisão, embora seja relativamente econômica em comparação com outros métodos. Entretanto, até que um tamanho de amostra suficientemente grande seja assegurado, o uso de amostragem por conglomerados não é a melhor abordagem.

#### *1.1.4.4 Probabilidade proporcional para tamanho da amostra*

Neste método de seleção de amostra, a probabilidade de uma pessoa ser amostrada é proporcional ao número de pessoas dentro de um grupo em particular. Isto permite amostragem mais robusta em subgrupos com poucos membros de modo a fornecer estimativas aceitáveis, não somente para a população como um todo, mas também para cada um dos seus subgrupos. Os níveis de matrículas nas escolas pode diferir entre comunidades, e mesmo dentro de uma mesma comunidade escolar, as salas podem ter números diferentes de alunos. Entretanto, a seleção das escolas pode ser realizada com probabilidade proporcional ao tamanho do delineamento. Para ser capaz de utilizar este método, listas de todas as escolas ou instituições que possuem indivíduos do grupo etário alvo devem estar disponíveis. Além disso, o número total de pessoas em cada grupo específico deve ser conhecido.

É importante saber a distribuição do gênero dentro de cada grupo etário a ser estudado. Baseado no conhecimento do número total de pessoas matriculadas e no número de seleções a serem feitas, a amostragem sistemática pode ser utilizada para obtenção de uma amostra sem reposição, ou seja evitando a possibilidade de uma escola ou classe ser selecionada mais que uma vez. É também importante saber o número de seleções a ser feitas de modo a que o intervalo da amostra possa ser calculado e o número total de unidades ou indivíduos seja estimado.

### **1.1.5 Levantamentos exploratórios**

Nos locais em que não há oportunidade de realizar estimativas de tamanho de amostra probabilísticas, um método de amostragem não-probabilístico é aplicado. Os fatores particulares associados com as doenças bucais mais comuns e a ampla experiência obtida em epidemiologia bucal nos últimos 35 anos têm permitido a definição de um método de amostragem para levantamentos prático e econômico, chamado de estudo exploratório.

O estudo exploratório é uma técnica de amostragem por

conglomerados que tem como objetivos incluir os subgrupos populacionais mais importantes que tenham probabilidade de possuir níveis de doença diferentes. Também orienta sobre o número apropriado de indivíduos em grupos-índices etários específicos em cada local. Dessa forma, informação clinicamente relevante e confiável para vigilância pode ser obtida a custo mínimo.

O método é adequado para obtenção da seguinte informação:

- prevalência global das principais doenças bucais e condições que afetam a população;
- variações nos níveis de doença e severidade em subgrupos da população. Isso permite a identificação de grupos com necessidades especiais de intervenção; e
- perfis etários de doenças bucais na população para garantir a avaliação de necessidade de intervenção em diferentes grupos etários, para fornecer informação sobre a severidade e progressão de doença, e para avaliar se os níveis de uma doença estão aumentando ou diminuindo.

Levantamentos exploratórios podem ser tanto levantamentos pilotos ou sistemáticos em base nacional, dependendo do número e do tipo de locais amostrais e grupos etários a ser incluídos.

Um levantamento piloto é aquele que inclui somente os subgrupos mais importantes na população e somente uma ou duas idades-índice, geralmente 12 anos e mais um grupo etário. Tal levantamento oferece uma quantidade mínima de dados para o início do planejamento. Dados adicionais deveriam então ser coletados para fornecer um baseline confiável para implementação e monitoramento de programas de saúde bucal.

Um levantamento sistemático incorpora locais de exame suficientes para cobrir todos os grupos etários da população (isto é, grupos com níveis de doença ou de necessidade de intervenção diferentes), e pelo menos três grupos etários ou idades índices recomendadas para exame pela OMS. Este delineamento de estudo é adequado para coleta de dados para propósitos de planejamento e monitoramento de programas de saúde bucal em todos os países apesar do nível de doença, disponibilidade de recursos ou complexidade da atenção. Em um país grande com muitas subdivisões geográficas e populacionais e uma estrutura complexa de sistema de saúde, um maior número de locais de amostragem serão necessários. O princípio básico da utilização de idades-índice e amostras-padrão em cada local em uma abordagem estratificada, entretanto, permanece válida. O método agora descrito é recomendado como um guia geral para levantamentos básicos em saúde bucal para planejamento, monitoramento em saúde e avaliação de programas de saúde bucal.

### *1.5.1.1 Subgrupos*

O número e distribuição dos locais para amostragem depende dos objetivos específicos do estudo. Os locais de amostragem são geralmente escolhidos para fornecer informações dos grupos populacionais prováveis de possuir níveis diferentes de doença bucal. A amostragem está geralmente baseada nas divisões administrativas de um país, isto é, a cidade que é capital, principais centros urbanos, e pequenas cidades e áreas rurais. Em países onde existem áreas geofísicas diferentes, é usual incluir pelo menos um local de amostragem de cada tipo de área.

Se existirem diferentes grupos étnicos na população com diferenças conhecidas ou suspeitas nos níveis de doença bucal, pode ser necessário incluir amostras separadas de cada um desses grupos nas principais divisões para o levantamento. Portanto, deveria ser feito o uso máximo do conhecimento disponível sobre variações entre os grupos diferentes de modo a limitar o número de sub-amostras adicionais necessárias. Uma vez que os diferentes subgrupos a ser incluídos é decidido, amostragem aleatória dos participantes dentro dos grupos é desejável.

A assistência dos administradores de saúde locais pode ser muito útil para a tomada da decisão final sobre quais subgrupos populacionais são significantes para o estudo e deveriam ser representados na amostra final. Para um levantamento de varredura ou estudo piloto de base nacional, são geralmente suficientes entre 10 e 15 locais de amostra. Se, entretanto, existem muitos centros urbanos grandes no país, pode ser necessário localizar diversos locais de amostragem adicionais em pelo menos duas dessas cidades.

### *1.1.5.2 Número de participantes*

O número de participantes a ser incluídos no levantamento de saúde bucal depende da técnica utilizada para conduzir as estimativas do tamanho da amostra, escopo do levantamento, precisão com as quais as inferências serão feitas, e recursos disponíveis. Em cada método de amostragem para o levantamento exploratório, o número de participantes a ser examinado em cada grupo etário índice varia de um mínimo de 25 a 50 para cada local amostrado, dependendo da prevalência esperada e da severidade da doença bucal. Por exemplo, um desenho de amostra para um levantamento adicional de varredura para cada idade índice ou grupo etário pode ser calculado como segue:

Urbana: 4 locais na capital ou área metropolitana  $(4 \times 25 = 100)$   
2 locais em cada uma de 2 cidades grandes  $(2 \times 2 \times 25 = 100)$   
Rural: 1 local em cada uma das 4 vilas em regiões diferentes  $(4 \times 25 = 100)$

Total para uma idade índice ou grupo etário: 12 locais x 25 participantes = 300

Se esta distribuição de cluster for aplicada para quatro idades índice na população de estudo:

$$\text{Amostra total: } 4 \times 300 = 1200$$

Tal desenho de amostra permite a identificação de diferenças significantes entre os grupos urbano e rural e, na maioria das situações, entre grupos socioeconômicos diferentes na capital e em outras cidades grandes. Áreas onde a prevalência de doença é muito maior ou muito menor do que a média nacional podem também ser identificadas a partir dos resultados deste tipo de levantamento. Deve ser observado que uma amostra de 25 participantes, com aproximadamente números iguais de mulheres e homens, é suficiente apenas em populações onde estima-se que os níveis de cárie dentária e de doença periodontal sejam baixos ou muito baixos.

Em populações onde se sabe que os níveis são altos, por exemplo, uma porcentagem de pessoas livres de cárie de 20% ou menor aos 12 anos de idade, o tamanho padrão de cada amostra deveria ser de aproximadamente 50 participantes e portanto o tamanho total da amostra deveria aumentar para cerca de 600 participantes em cada grupo etário. Se o nível de cárie dentária na população não for conhecido, será necessário estimar o nível de doença antes de iniciar um levantamento. Um modo rápido e efetivo para estimar a prevalência de cárie dentária na população é pela classificação de um grupo de participantes como livres de cárie ou não livres de cárie. Deveria ser possível, por exemplo, examinar duas ou três salas ou grupos etários de 12 anos de idade provenientes de diferentes níveis socioeconômicos, em dois ou três locais, escolas facilmente acessíveis onde as diferenças mais amplas possíveis na prevalência de doença possam ser esperadas. Se mais de 50% das crianças em uma sala forem livres de cárie, a prevalência de cárie é baixa, e se menos de 20% são livres de cárie, a prevalência é alta. Esta estimativa da prevalência pode então ser utilizada como um guia para decidir o tamanho padrão da amostra ao completar o protocolo de estudo.

## **1.2 Organização do levantamento**

### **1.2.1 Preparação do protocolo do levantamento**

É importante preparar um protocolo escrito para o levantamento, e ele deveria conter a seguinte informação:

1. propósito e principais objetivos do levantamento
2. descrição do tipo de informação a ser coletada e dos métodos que serão utilizados
3. descrição do delineamento e dos métodos de amostragem que serão utilizados
4. preparativos de pessoal e físicos
5. treinamento e calibração de examinadores
6. métodos estatísticos que serão utilizados ao analisar os dados
7. disseminação dos resultados
8. orçamento previsto
9. tempo previsto para realização das principais atividades e equipe responsável.

### **1.2.2 Obtenção da aprovação das autoridades**

A permissão para examinar grupos populacionais deve ser obtida da autoridade relevante local, regional ou nacional. Se crianças forem examinadas, por exemplo, as autoridades escolares deveriam ser abordadas, o propósito do levantamento deve ser explicado, e deve ser obtida a sua aprovação. Em algumas circunstâncias, a permissão por escrito dos pais deverá ser obtida (no Brasil, o projeto do levantamento deve ser submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa, e os pais/responsáveis legais devem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) antes que a criança seja examinada. É responsabilidade do organizador local do levantamento verificar as práticas locais com relação ao consentimento. O organizador do levantamento deve também notificar as autoridades de saúde, já que pode ser necessário agendar o levantamento para se adequar a outras atividades de saúde a serem levantadas.

É importante disponibilizar profissionais de odontologia e gestores de saúde bucal na área com detalhes do levantamento. Os escritórios locais de sociedades odontológicas e os profissionais da odontologia podem frequentemente auxiliar na obtenção da cooperação da comunidade com o levantamento, ou de seus pacientes que podem ser incluídos na amostra.

### **1.2.3 Orçamento**

Um orçamento para o levantamento deve ser preparado, listando os recursos necessários, incluindo as pessoas para realizar o levantamento. Levantamentos básicos em saúde bucal podem ser frequentemente realizados como rotina dos profissionais de saúde bucal da rede pública de saúde, e eles podem ser realizados com adicionais pequenos ao orçamento existente.

### **1.2.4 Convite**

A preparação de um convite para a coleta de dados é um aspecto importante do planejamento do levantamento. Se não for feito, a equipe de exame pode perder tempo esperando pela chegada dos participantes, ou podem ocorrer atrasos desnecessários.

O organizador pode estimar a partir de um levantamento preliminar, ou de experiência prévia, o tempo, em média, de cada exame. Como orientação, um exame básico de uma criança geralmente leva aproximadamente 10 minutos, enquanto que um exame completo de um adulto pode levar entre 15 e 20 minutos. Convites diários ou semanais podem então ser organizados. Eles devem estar disponíveis para a equipe do levantamento, assim como para as escolas e autoridades de saúde. Os convites devem permitir certa flexibilidade, assim atrasos inesperados não causarão grandes aborrecimentos no planejamento do tempo para execução do levantamento.

É importante para os examinadores do levantamento realizar observações confiáveis e julgamentos consistentes. Já que a fadiga contribui significativamente para a falta de acurácia e inconsistência, o convite não deveria demandar demais. Por exemplo, se 25-30 crianças em cada uma das diversas salas/escolas forem examinadas por um examinador, o levantamento planejado deveria incluir tempo para:

1. apresentar a equipe de exame ao/à diretor(a) da escola e aos professores envolvidos;
2. escolher um local apropriado para realizar os exames em cada escola, e organizar o equipamento;
3. examinar uma sala de crianças de 12 anos de idade;
4. realizar um breve relato oral ao diretor; e
5. viajar para a próxima escola.

Planejar um convite apropriado é também importante para levantamentos que serão realizados em populações adultas em, por exemplo, locais de trabalho ou em um mercado. Idosos podem ser examinados em lares de idosos ou em clubes da terceira idade ou em suas próprias residências.

### **1.2.5 Intervenção de emergência e referência**

Em uma condição de ameaça de vida ou uma condição que requeira atenção imediata detectada durante o exame, é responsabilidade do examinador ou do coordenador da equipe assegurar que ocorra o encaminhamento para uma unidade de saúde de referência. Uma lista de locais para encaminhamento e endereços deve ser preparada antes do levantamento. A equipe de exame que está realizando o levantamento não deve ser encorajada a realizar atendimento de urgência durante a execução dos exames bucais.

### **1.2.6 Relatório de resultados**

É apropriado, e frequentemente essencial, relatar os resultados do levantamento para as autoridades locais. O relatório pode ser um resumo simples do número de participantes examinados, e as observações gerais do examinador. Ele geralmente pode ser entregue pessoalmente, imediatamente após a finalização do levantamento. O relatório de resultados deve também ser preparado para os pais das crianças participantes ou para os adultos que participaram do levantamento. Orientações para os pais/pessoas devem ser gerais de modo a evitar conflitos entre os conselhos dados pela equipe do levantamento e os profissionais locais de saúde bucal. As crianças e os adultos participantes do levantamento se beneficiarão de saber se necessitam de alguma assistência odontológica; este formato de relatório de resultados pode auxiliar em quaisquer necessidades de saúde bucal relevantes dos participantes, tais como melhora nas práticas de higiene bucal, modificação de hábitos e estilos de vida pouco saudáveis (riscos), organização de rotina, intervenção bucal pronta ou urgente para uma doença bucal, dor ou infecção, ou manifestação bucal de uma doença sistêmica que irá demandar avaliação por parte de um dentista ou um médico. Um relatório técnico completo requer mais tempo para ser preparado, mas deveria ser enviado assim que estiver completo.

## **1.3 Confiabilidade e validade dos dados**

### **1.3.1 Treinamento e calibração dos examinadores**

Embora os examinadores possam diferir na sua avaliação da condição de saúde bucal dos indivíduos, deve haver alta concordância entre as avaliações em grupos populacionais (12). Quando um levantamento epidemiológico é realizado por uma equipe, é essencial que os examinadores participantes sejam treinados para realizar julgamentos clínicos consistentes. Existem duas principais razões para variabilidade na classificação clínica:

- inconsistência na codificação em níveis diferentes de uma doença bucal;  
e
- fatores físicos e psicológicos relacionados ao examinador, tais como fadiga, flutuações no interesse do estudo, e diferenças na acuidade visual e no senso tátil.

Todos eles afetam o julgamento dos examinadores de tempos em tempos e em graus diferentes. Os objetivos da padronização e calibração portanto são assegurar interpretação uniforme, entendimento e aplicação, por todos os examinadores, dos critérios e códigos para as várias doenças e condições a ser observadas e registradas, e que cada examinador possa examinar consistentemente.

Quando um levantamento for conduzido por um grupo de examinadores, recomenda-se que um epidemiologista experiente que esteja treinado de acordo com os métodos recomendados para levantamentos básicos em saúde bucal seja definido para atuar como o padrão-ouro para a equipe do levantamento. O calibrador deveria examinar pelo menos 25 participantes que também serão examinados por cada membro da equipe do levantamento.

Assistência no treinamento e na calibração podem estar disponíveis pela OMS. O treinamento na utilização dos critérios leva geralmente dois dias com mais dois ou três adicionais requeridos para a calibração. Tempo adicional pode ser necessário a depender do número de examinadores que requerem treinamento e do número de índices que serão utilizados num levantamento. Um intervalo de pelo menos alguns dias é desejável entre o treinamento e a

calibração para permitir que os examinadores tenham tempo para assimilar seu conhecimento dos índices e para praticar os procedimentos.

É necessário avaliar a consistência de cada examinador (reprodutibilidade intra-examinador) e também as variações entre os examinadores (reprodutibilidade inter-examinador). Cada examinador deveria primeiramente praticar o exame em um grupo de 10 participantes. Cada examinador então deveria examinar independentemente o mesmo grupo de 20 ou mais participantes e comparar os achados com aqueles de outros examinadores na equipe. Onde houver grandes discrepâncias, os participantes deveriam ser re-examinados, de modo que as diferenças inter-examinadores possam ser revisadas e resolvidas pelo grupo de discussão. É essencial que um grupo de examinadores seja capaz de examinar com consistência razoável, utilizando um padrão comum. Em geral, o nível de consistência para a maioria das avaliações deve estar na faixa de 85-95% (12). Se as avaliações feitas por certos examinadores forem consistentemente diferentes da maioria, apesar das tentativas de corrigir suas performances, eles deveriam ser excluídos da equipe de exame. Deveria estar claro para todos os potenciais examinadores antes que os exames se iniciem que a habilidade para realizar avaliações padronizadas não corresponde a uma medida de habilidade clínica.

Se todos os membros da equipe de exame não conseguirem realizar avaliações de uma maneira consistente, variações regionais ou do grupo na prevalência ou severidade da doença podem ser perdidas ou interpretadas erroneamente. Já que sempre haverá alguma variação entre os examinadores, é aconselhável que, no levantamento real, eles deveriam examinar proporções similares de cada subgrupo principal da população da amostra.

Quando somente um examinador está envolvido e um treinador com experiência não está disponível, o examinador deveria primeiro praticar o exame em um grupo de 10 participantes com uma faixa ampla de níveis de condição de doença. O examinador deveria então determinar com qual consistência ele ou ela pode aplicar os critérios de diagnóstico por meio do exame de um grupo de 25 participantes duas vezes, idealmente em dias sucessivos, e com um intervalo de pelo menos 30 minutos entre os exames. Esses participantes deveriam ser pré-selecionados de modo a que possam coletivamente representar a total faixa de condições que se espera que sejam avaliadas no levantamento real. Por meio da comparação dos resultados dos dois exames, o examinador pode obter uma estimativa da extensão e natureza de suas variações diagnósticas. Se a variabilidade for grande, o examinador deveria revisar a interpretação dos critérios e conduzir exames adicionais até que consistência aceitável seja alcançada.

### **1.3.2 Exames em duplicata**

Os examinadores podem mudar o modo como aplicam os critérios diagnósticos durante o curso de uma série de avaliações. Para permitir a detecção e correção dessa tendência, é aconselhável que cada examinador realize exames em duplicata em 5-10% da amostra (não menos do que 25 participantes) no levantamento real. Os grupos etários mais convenientes para exames em duplicata são provavelmente os grupos de 12 e 15 anos de idade por causa do acesso fácil. Se o levantamento incluir grupos etários adultos, exames duplicados podem ser coordenados para realização nesses indivíduos. Tanto quanto for possível, o examinador não deveria ser capaz de identificar os participantes que são re-examinados, ou saber que um participante foi examinado previamente, já que essa informação pode afetar o rigor ou a qualidade do exame em duplicata. O anotador, ou talvez um professor de escola local, deveria ser requerido para organizar o re-exame dos participantes durante a realização do levantamento. Exames em duplicata deveriam ser realizados no início do levantamento (ou seja, imediatamente após a calibração), aproximadamente na metade e ao fim do levantamento.

### **1.3.3 Estimativa da reprodutibilidade dos registros**

A consistência inter e intra-examinadores pode ser avaliada de diversas formas, a mais simples sendo a porcentagem de concordância entre os escores, ou seja a porcentagem de participantes alocados no mesmo escore por dois examinadores. No caso de cárie dentária, entretanto, se a prevalência da doença for baixa, este método não oferece uma avaliação precisa da reprodutibilidade. Um modo mais confiável de avaliar a concordância global entre examinadores é o coeficiente kappa ( $k$ ) (12-14). O coeficiente kappa relaciona a medida real de concordância com o grau de concordância que poderia ocorrer devido ao acaso. O coeficiente kappa pode ser calculado utilizando uma tabela 2 x 2 (Tabela 1).

Quando aplicada para registros de cárie dentária ao nível de dente:

a = proporção de dentes que ambos os examinadores consideram sadios

b = proporção de dentes que o examinador 1 considera sadio e o examinador 2 considera cariado

c = proporção de dentes que o examinador 1 considera cariado e o examinador 2 considera sadio

d = proporção de dentes que ambos os examinadores consideram cariados

A fórmula do coeficiente Kappa é:

$$K = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e} \quad (1)$$

Tabela 1. Cálculo do coeficiente kappa em exames para cárie dentária.

Examinador 2	Examinador 1		
	<i>Sadio</i>	<i>Cariado</i>	Total
<i>Sadio</i>	a	c	a + c
<i>Cariado</i>	b	d	b + d
Total	a + b	c + d	a + b + c + d

onde:

$P_0$  = proporção de concordância observada (a + d);

$P_e$  = proporção de concordância que poderia ser esperada ao acaso (a+c) x (a+b) para dentes sádios, e (b+d) x (c+d) para dentes cariados. Conseqüentemente

$$P_e = \frac{(a+c) \times (a+b) + (b+d) \times (c+d)}{(a+b+c+d)^2} \quad (2)$$

O coeficiente Kappa é interpretado conforme segue (12):

- <0,20 concordância pobre
- 0,21–0,40 concordância fraca
- 0,41–0,60 concordância moderada
- 0,61–0,80 concordância substancial
- 0,81–1,00 concordância quase perfeita

Os princípios para estimar a reprodutibilidade de registros clínicos se aplicam ao registro de cárie dentária, condições periodontais, fluorose dentária, erosão dentária e condições de mucosa bucal. Possuir imagens das condições disponíveis podem ajudar na avaliação clínica. O grau de concordância com relação ao registro da cárie dentária é relativamente fácil de calcular. Entretanto, devido à natureza da doença periodontal, testar a reprodutibilidade dos escores periodontais é mais complexo. Dessa forma os critérios para avaliação deveriam ser rigorosamente discutidos como parte do exercício de calibração.

## **1.4 Implementação do levantamento**

### **1.4.1 Preparação geral**

#### *1.4.1.1 Contato com as autoridades*

A organização de um levantamento começa bem antes da data em que se pretende iniciar os exames. As autoridades nas instituições ou organizações onde as pessoas serão examinadas devem ser contatadas com antecedência. Em escolas, por exemplo, o diretor ou professor-chefe deveria ser consultado sobre os prazos limite da escola e quando as crianças deveriam estar disponíveis para avaliação, e se existe uma área adequada ou sala que possa ser utilizada para as avaliações. O diretor deve também ser capaz de fornecer informação básica sobre a condição socioeconômica e nutricional das crianças, fontes de água local, acessibilidade sazonal da escola, e quaisquer atividades de promoção de saúde ou educação em saúde realizadas na escola. Se os adultos forem incluídos, haverá necessidade de coordenar sua participação com seus locais de trabalho, ou para idosos, serviços sociais, casas de repouso ou outras instituições de cuidados deverão ser consultadas.

#### *1.4.1.2 Mantendo um livro de registros/diário de campo*

O coordenador do levantamento deveria manter um diário de campo no qual a localização dos exames de cada dia, o número de pessoas examinadas, e informação sobre cada levantamento é registrada. Ocasionalmente, observações feitas e impressões formadas naquele momento possuem um papel importante na avaliação posterior dos resultados. Se não forem claramente descritas no momento da observação, elas podem tanto ser esquecidas ou lembradas de modo pouco preciso.

#### *1.4.1.3 Exercícios preliminares ou estudo piloto*

Para pesquisadores que planejam seu primeiro levantamento de saúde bucal, é útil examinar duas classes de crianças de 12 anos de idade, ou um grupo de adultos, como um exercício preliminar. Isso dará à equipe do levantamento

uma oportunidade de trabalhar juntos e de identificar e discutir quaisquer problemas organizacionais ou técnicos que possam surgir. A calibração do examinador e o treinamento dos anotadores podem ser feitos ao mesmo tempo. Uma atividade mais realista simulando todos os aspectos do levantamento pode ser conduzida em uma comunidade urbana ou rural. Todos os membros da equipe que serão envolvidos no levantamento, incluindo administradores, coordenadores, examinadores e anotadores, deveriam participar. Cada membro da equipe deveria ter a oportunidade de exercitar sua responsabilidade atribuída como participante do levantamento. Todas as atividades contempladas deveriam ser desenvolvidas de acordo com a descrição global dos deveres.

O encarregado geral do levantamento deveria assegurar que todos os membros da equipe realizem o melhor de sua habilidade. Isto permitirá o desenvolvimento de um levantamento de um modo eficiente e a obtenção da informação que é confiável e válida. Um estudo piloto irá economizar tempo precioso, identificar as potenciais dificuldades e modificações prontas que podem ser necessárias antes que o levantamento real seja iniciado.

#### *1.4.1.4 Fontes de fluoretos*

A água fluoretada é a principal fonte de exposição ao flúor, mas fluoretos podem estar presentes nos alimentos, nas bebidas e em outras fontes. Deveria ser obtida informação sobre as fontes de fluoreto disponíveis para a população que participará do levantamento, incluindo água, sal, leite e dentifrícios, assim como os níveis de utilização de fluoretos tópicos e outros produtos com potencial de afetar o desenvolvimento de cárie dentária.

Em algumas situações é importante saber se os grupos populacionais já foram ou estão expostos a fluoretos e tal informação pode ser obtida no momento do levantamento de saúde bucal. Uma amostra da água utilizada para consumo pode ser coletada em cada local de exame e enviada a um laboratório para análise do conteúdo de flúor. Garrafas ou tubos limpos de polietileno de aproximadamente 30-50 ml de capacidade deveriam ser utilizados para esse propósito. Eles deveriam ser enxaguados com água destilada antes de serem enxaguados duas vezes com a água a ser analisada. As garrafas deveriam então ser enchidas, fechadas firmemente e claramente etiquetadas com um marcador permanente, com a data da coleta, local e fonte da água. Em muitos países, é possível obter serviços de análises de flúor por meio das empresas públicas de fornecimento de água.

## **1.4.2 Equipe e organização**

### *1.4.2.1 Anotadores*

Cada examinador deveria ser auxiliado por um anotador alerta e cooperativo que segue as instruções precisamente e anota números e letras. O examinador deveria dar ao anotador instruções claras sobre o registro dos dados no formulário de avaliação. O significado dos termos que serão utilizados deveriam ser explicados ao anotador e ele ou ela deveria ser instruído com relação aos sistemas de codificação de modo que, com a prática, ele seja capaz de reconhecer erros óbvios ou omissões feitas pelo examinador. Antes que o levantamento comece, o examinador deveria praticar anotando os achados de alguns exames preliminares. Instruções especiais devem ser dadas e prática adicional deve ser realizada se o anotador não estiver familiarizado com os símbolos alfabéticos ou numéricos utilizados na ficha de avaliação. Falhas ao assegurar que o anotador está realizando entradas claras podem resultar em confusão entre os códigos mais tarde no processo.

Quando sistemas de entrada direta computadorizados são usados, os anotadores deveriam receber instruções específicas e treinamento para sua utilização.

### *1.4.2.2 Monitores*

É desejável ter um monitor local em cada local de exame para manter um fluxo constante de participantes para o(s) examinador(es) e para incluir informação descritiva geral nos formulários de registro. O monitor deveria também checar os registros finalizados com respeito à precisão e integridade, de modo que a informação perdida possa ser obtida antes que a equipe de levantamento se desloque para outro local. Esta pessoa deveria também ser responsável por assegurar que os examinadores possuam um fornecimento adequado de instrumentais esterilizados.

### *1.4.2.3 Revisão diária dos formulários*

É muito importante que cada examinador revise os formulários (fichas de exame e inquéritos) ao final de cada dia, para verificação se todos os campos estão correta e completamente preenchidos.

## **1.4.3 Instrumentos e suprimentos**

A quantidade e o peso dos instrumentais e provisões utilizados no levantamento deveria ser mantido a um mínimo; entretanto, número suficiente de instrumentais deveria estar disponível para evitar a necessidade de interromper temporariamente os exames enquanto o instrumental utilizado estiver

sendo esterilizado Os seguintes instrumentais e provisões são necessários para cada examinador:

- instrumental para exame bucal: espelhos de boca planos; sondas periodontais metálicas (sonda Community Periodontal Index- sonda CPI) que está de acordo com as especificações da OMS, ou seja, ponta romba de 0,5mm; banda preta entre 3,5 e 5,5mm e marcas de 8,5 e 11,5mm a partir da ponta esférica; e diversos pares de pinças;
- recipientes (um para instrumentais usados e outro para desinfetar ou esterilizar os instrumentais) e solução concentrada para desinfecção em quantidade suficiente;
- luvas de borracha;
- Recipiente para lavagem tanto com água quanto com sabão ou solução desinfetante;
- toalhas de mão de pano ou papel; e
- gaze.

Geralmente, um mínimo de 30 espelhos de boca e 30 sondas periodontais por examinador deveriam ser fornecidas, pois essa quantidade permite que alguns instrumentais sejam esterilizados enquanto outros estão sendo utilizados. Instrumentais usados deveriam ser colocados em solução desinfetante, e então lavados e bem secos antes da esterilização.

#### **1.4.4 Controle de infecções**

O coordenador e toda a equipe que participa do levantamento deve estar ciente da possibilidade de infecção cruzada durante a realização dos levantamentos e manuseio de instrumentais contaminados (15). Os padrões e as recomendações nacionais deveriam ser responsabilmente seguidos tanto com relação ao controle de infecção quanto para o descarte do lixo.

Os examinadores são responsáveis pela manutenção de um controle de infecção adequado nos procedimentos do levantamento. Durante o seu treinamento, deveria ser enfatizado que todas as áreas da cavidade bucal podem ser totalmente examinadas com o uso apropriado de espelhos bucais e de sonda periodontal, e sem a necessidade de manipulação digital dos tecidos bucais. Isso reduz o risco de infecção cruzada. O uso de máscaras e luvas descartáveis e utilização de óculos de proteção são também recomendados.

A equipe do levantamento deve possuir soluções desinfetantes disponíveis em quantidade suficiente. Na ausência de uma autoclave da equipe de campo, recomenda-se que seja feita parceria com equipes de saúde local para realização de esterilização apropriada do instrumental em autoclaves.



**Fig. 2.** Exame de saúde bucal sendo realizado em um campo escolar.

### **1.4.5 Local de exame**

O local para realização dos exames deveria ser planejado e organizado para o máximo de eficiência e facilidade de operação. A organização exata será determinada pela condição física do local, mas certas características controláveis deveriam ser mantidas em mente. Os exames podem ser realizados em um consultório odontológico ou em campo. A falta de uma construção adequada ou de uma consultório odontológico não impede que o levantamento seja realizado. Se necessário, exames podem ser realizados em ambiente externo (**Fig. 2**).

### **1.4.6 Posição dos exames**

A posição de exame dos participantes vai depender do mobiliário disponível. A situação mais confortável é o participante deitado em uma mesa ou banco com o examinador sentado atrás da cabeça do participante. Os participantes podem também ser examinados sentados em uma cadeira de encosto alto com o examinador em pé atrás ou em frente da cadeira. Se não houver mobília disponível, os participantes podem ser examinados deitados em um pano no chão com o examinador sentado com as pernas cruzadas atrás da cabeça do participante.

### **1.4.7 Iluminação**

A iluminação deveria ser a mais consistente possível ao longo do levantamento. Se a eletricidade estiver disponível em todos os locais, uma luz portátil leve para exame (em espectro de cor azul-branca) deveria ser usada. Mudanças inflamatórias e estruturais dos tecidos orais são mais difíceis de detectar sob luz artificial normal (coloração amarelo-avermelhada) do que sob luz natural ou artificial regular. Se luzes elétricas ou operadas por baterias não estiverem disponíveis em alguns locais do levantamento, luz natural deveria ser utilizada em todos os locais.

Se uma fonte de luz artificial for usada, a localização dos pontos de suprimento de energia afetarão o posicionamento das mesas e cadeiras. O participante deveria se afastar de qualquer fonte de luz natural para evitar variação a iluminação. Entretanto, se somente luz natural estiver sendo utilizada, o participante deveria estar posicionado de modo a receber o máximo de iluminação, ao mesmo tempo evitando o desconforto de luz solar direta tanto para o participante quanto para o examinador. A cadeira ou mesa deveria estar direcionada para a abertura (por exemplo janela) através da qual a luz está entrando na sala e ser posicionada ou mais próximo possível.

### **1.4.8 Mesa ou plataforma**

Uma mesa ou plataforma para acomodar o instrumental odontológico e recipientes deveria estar ao fácil alcance do examinador.

### **1.4.9 Assento do anotador**

O anotador deveria se sentar perto o suficiente do examinador para que instruções e códigos sejam facilmente ouvidos e para que o examinador confira se os achados estão sendo registrados corretamente. Este arranjo também permite que o anotador vá conferindo se o escore registrado se relaciona com a região ou dente que acabou de ser examinado.

### **1.4.10 Fornecimento dos formulários do levantamento**

Um adequado suprimento de formulários do levantamento (fichas de exame e inquéritos de avaliação), pranchetas e clips, lápis apontados, borrachas e cópias das instruções de registro, listas de códigos e critérios de mensuração deveriam estar facilmente disponíveis. Computadores portáteis para alimentação digital direta da informação pode também ser útil. Cuidado deve ser exercitado para fazer back up constante dos dados.

#### **1.4.11 Prevenção de lotação**

Se possível, a área de exame deveria ser segmentada ou organizada de modo a que os participantes entrem por um ponto e saiam por outro. Os participantes não deveriam ter permissão para aglomerar-se ao redor do examinador ou anotador mas sim deveriam entrar na área de exame um por vez.

#### **1.4.12 Prevenção de ruídos**

Altos níveis de ruídos e conversas em voz alta na área de exame podem impedir que o anotador ouça os escores ditados pelo examinador e podem distrair o examinador e o anotador, interrompendo o “fluxo” do exame.

## 1.5 Avaliação da condição de saúde bucal

### 1.5.1 Fichas padronizadas

Fichas adequadas e padronizadas para registro das avaliações epidemiológicas de saúde bucal conforme descritas neste manual são fornecidas no **Anexo 1** (para adultos) e **Anexo 2** (para crianças). A ficha para avaliação de crianças inclui somente as variáveis relevantes para indivíduos jovens. Os coordenadores do levantamento que necessitarem registrar a condição da dentição segundo o dente podem utilizar os formulários especiais desenhados para este propósito (veja **Anexo 3** e **Anexo 4**). Os investigadores deveriam providenciar previamente as cópias a serem reproduzidas.

Um formulário de avaliação simplificado para registro das manifestações bucais comuns do vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) é fornecido no **Anexo 5**. O pesquisador é aconselhado a consultar a publicação da OMS *Guide for epidemiological studies of oral manifestations of HIV infection* (17), disponível em [who.int/oral\\_health](http://who.int/oral_health). A publicação inclui informação sobre planejamento prático e implementação de levantamentos de lesões bucais relacionadas com HIV/AIDS. As condições consideradas essenciais para registrar são infecções fúngicas, infecções bacterianas, infecções virais e neoplasmas.

A **Anexo 6** ilustra as principais condições bucais relevantes para um levantamento padrão de saúde bucal. As condições mostradas nas Pranchas 1-71 podem ser úteis para o diagnóstico diferencial de lesões, aumentando a precisão da codificação durante o exame.

### 1.5.2 Códigos padronizados

Códigos padronizados devem ser utilizados em todas as seções da(s) ficha(s). Se esta orientação não for observada, a OMS será incapaz de fazer recomendações para o processamento dos dados e resumo dos resultados. Se algumas das avaliações de saúde bucal não for realizada, ou não for aplicável ao grupo etário em exame, as seções não utilizadas da ficha deveriam ser canceladas



**Fig. 3.** Escrita clara evita confusão entre os números e letras que se assemelham entre si (ver texto).

com uma linha diagonal, ou pela utilização do código 9 na casela apropriada (= não registrado).

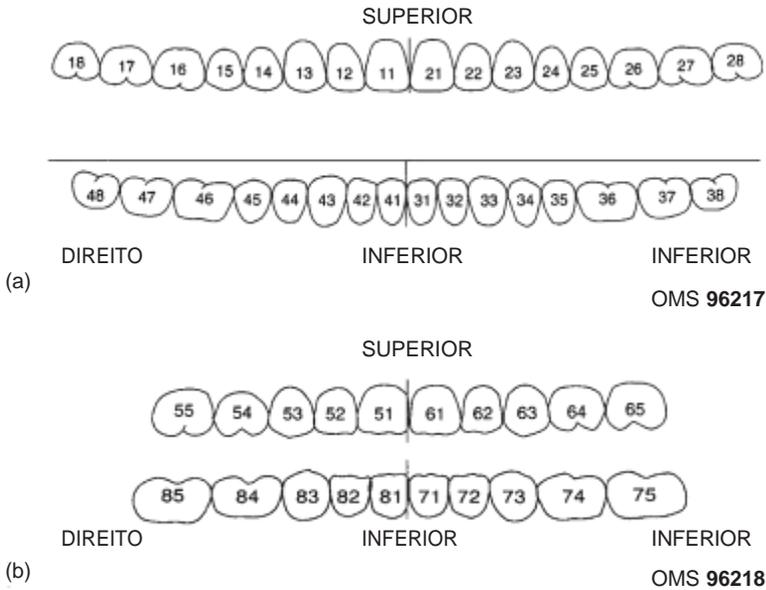
Os formulários estão desenhados para facilitar o processamento computadorizado das observações. Cada casela possui um número de identificação (o número pequeno entre parênteses), que representa uma localização em um arquivo eletrônico. Os códigos de registro são mostrados próximos das caselas apropriadas. Para minimizar o número de erros, todas as entradas devem estar claras e sem ambiguidades. Similaridades confundidoras nas entradas ocorrem comumente ao escrever 1 e 7, 2 e 4, 6 e 0, e B e 8. Para evitar confusão e entradas incorretas que criam problemas para o processamento eletrônico e conseqüentemente resultados pouco precisos, os numerais deveriam ser escritos claramente (**Fig. 3**).

Novamente, enunciação clara é essencial ao ditar os resultados para que os anotadores possam diferenciar sem erros códigos com sons semelhantes, por exemplo B e D. Os examinadores podem ditar os códigos utilizando palavras comuns na linguagem local por exemplo, em Português, pode-se usar Amor, Bola, Casa, Dado, Gato, Faca e Xadrez ao invés de A, B, C, D, G, F, X para facilitar o entendimento claro por parte do anotador.

Os números de dois dígitos acima ou abaixo de algumas caselas indicam dentes específicos de acordo com o sistema de notação dentário da OMS e da FDI (antigamente chamada de *Fédération Dentaire Internationale*, agora *World Dental Federation*) (18). O primeiro dígito indica o quadrante da boca em que o dente está e o segundo dígito o dente real (**Fig. 4**). Ao nomear um dente, o examinador deveria chamar o número do quadrante e então o número do dente, por exemplo o incisivo lateral superior direito (12) é chamado de “um-dois” e não “doze”; o terceiro molar inferior esquerdo (38) deveria ser chamado de “três-oito” ao invés de “trinta e oito”.

### 1.5.3 Formulário de avaliação da saúde bucal

O formulário padrão para avaliação da saúde bucal de adultos (**Anexo 1**) inclui as seguintes seções:



**Fig. 4.** Notação dentária da OMS/FDI utilizada para condificação dos dentes: (a) notação para dentes permanentes e (b) notação para dentes decíduos.

- informação de identificação do levantamento
- informação geral
- condições extra-bucais
- condição dentária (coroa, raiz)
- condição periodontal
- perda de inserção
- fluorose dentária
- erosão dentária
- trauma dentário
- lesões de mucosa bucal
- uso de prótese
- urgência de intervenção e necessidade de referenciamento
- anotações.

O formulário de avaliação da saúde bucal padrão correspondente para crianças (**Anexo 2**) inclui as seguintes seções:

- informação de identificação do levantamento
- informação geral
- condição dentária

- condição gengival
- fluorose dentária
- erosão dentária
- trauma dentário
- lesões de mucosa bucal
- urgência de intervenção

Com relação às lesões de mucosa bucal, se a amostra for composta somente por crianças, uma decisão deve ser tomada para registrar somente aquelas lesões que são frequentemente observadas em crianças ao invés de todas as lesões que podem ocorrer em adultos. Recomenda-se fortemente que a ficha apropriada seja utilizada ao realizar levantamento em crianças ou adultos.

#### **1.5.4 Identificação e seções de informação geral do formulário**

Durante o planejamento do levantamento, uma lista de locais de exame e uma lista dos examinadores que serão envolvidos no estudo deveria ser feita, e um código atribuído a cada examinador. A lista dos códigos deveria também incluir os códigos numéricos a serem usados para outras informações relevantes tais como o conteúdo de fluoreto na água utilizada para beber, e a utilização de suplementos fluoretados. O pesquisador deveria escrever o nome do país no qual o levantamento está sendo realizado em letras maiúsculas na ficha original de avaliação antes de realizar cópias adicionais. As caselas 1-4 na ficha estão reservadas para o código da OMS do país no qual o levantamento está sendo realizado e não deveria ser preenchido por nenhum pesquisador.

Informação essencial inclui ano, mês e dia do exame (Caselas 5-10). O número de identificação é o único identificador individual para a pessoa sob exame (Caselas 11-14); códigos são também dados para indicar se o exame é original ou é uma duplicata (Casela 15) e pelo examinador individual responsável pelo exame (Caselas 16 e 17).

Na seção de informação geral, os seguintes pontos são registrados: o nome (escreva a resposta caso seja possível registrar), sexo (Casela 18), data de nascimento (Caselas 19-24), idade (Caselas 25 e 26), grupo étnico (Caselas 27 e 28), outro grupo (Caselas 29 e 30), anos de estudo (Caselas 31 e 32), ocupação (Casela 33), localização geográfica/comunidade (Caselas 34 e 35), tipo de localização (Casela 36), e outros dados específicos do levantamento (Caselas 37-42). Achados do exame extra-bucal são registrados nas Caselas 43 e 44.

*Data do exame (Caselas 5-10)*

O ano, mês e dia deveria ser registrado no formulário ao momento do exame. Registrar o dia permite ao pesquisador retomar os exames realizados em algum dia em particular que necessite ser revisado ou conferido.

*Número de identificação (Caselas 11-14)*

Cada participante examinado deveria receber um número de identificação. Este número deveria sempre ter o mesmo número de dígitos do número total de participantes a ser examinados. Assim, se se pretende examinar 1200 pessoas, o primeiro participante deveria ser numerado como 0001.

Se possível, os números de identificação deveriam ser colocados nos formulários antes de começar os exames do dia, porque é importante assegurar que cada número de identificação seja utilizado apenas uma vez. Verificação cruzada é necessária quando mais de um examinador está participando em um levantamento. Se um total de 1200 participantes vão ser examinados por dois examinadores, o examinador 1 deveria utilizar os números 0001-0600 e o examinador 2 deveria utilizar 0601-1200.

*Exame original ou em duplicata (Casela 15)*

Se o participante for re-examinado para avaliar reprodutibilidade, o primeiro exame (original) é pontuado “1” e quaisquer exames subsequentes, duplicatas são codificados “2”, “3”, “4”, etc. na Casela 15. Para todos os participantes em que exames em duplicata foram feitos, somente os dados do primeiro exame são incluídos na análise do levantamento. Para avaliar a reprodutibilidade intra-examinador, o primeiro exame (original) é codificado “1” e o segundo exame realizado pelo mesmo examinador é codificado “2”. Quando os achados do levantamento são analisados, o grau de reprodutibilidade intra-examinador, indicado pela porcentagem de concordância e pela estatística kappa, pode ser calculado e registrado. É importante que o método selecionado seja claramente explicado para evitar má interpretação na entrada dos dados.

*Examinador (Caselas 16 e 17)*

Se mais de um examinador estiver participando do levantamento, a cada examinador deveria ser atribuído um código específico, que deveria ser incluído nos Caselas 16 e 17. Se um examinador calibrador estiver participando do levantamento, a ele ou ela deveria ser também atribuído um código específico.

*Nome*

O nome do participante pode ser escrito em letras bastão (de forma), começando pelo nome da família. Deveria ser observado que, em alguns países, a identificação dos participantes do levantamento por nome não é permitida, nesse caso o espaço deveria ser deixado em branco.

*Sexo (Casela 18)*

Esta informação deveria ser registrada no momento do exame porque não é sempre possível atribuir um sexo a uma pessoa somente pelo nome (que pode ou não ser registrado). O código relevante (1 = masculino, 2 = feminino) é incluído na Casela 18.

*Data de nascimento (Caselas 19-24)*

Onde possível, o ano (Caselas 19 e 20), mês (Boxes 21 e 22), e dia do nascimento (Caselas 23 e 24) deveriam ser incluídos para finalidade de verificação cruzada.

*Idade (Caselas 25 e 26)*

A idade deveria ser registrada como a idade no último aniversário (por exemplo, uma criança no décimo terceiro ano de vida possui 12 anos de idade). Se a idade for menor do que dez anos, incluir “0” na Casela 25 (por exemplo 6 anos é codificado como “06”). Em comunidades em que a idade for expressa em termos diferentes, uma conversão deve ser feita. Se a idade do participante não for conhecida, pode ser necessário fazer uma estimativa com base em, por exemplo, condição de erupção dentária, ou, para adultos, eventos principais da vida ou ocasiões na comunidade. Onde a idade tiver sido estimada, a maneira utilizada para estimá-la deveria ser registrada.

*Grupo étnico (Caselas 27 e 28)*

Em diferentes países, grupos étnicos e outros são identificados de diferentes maneiras, por área ou país de origem, raça, cor, idioma, religião ou pertencimento tribal. Autoridades de saúde locais e de educação deveriam ser consultadas antes de tomar uma decisão sobre a classificação/codificação do grupo étnico relevante que deveria ser utilizado.

Mais de 10 grupos étnicos podem existir oficialmente em um país; dessa forma um código de entrada de dois dígitos deveria ser utilizado. Sabendo-se que frequentemente não é possível identificar a origem étnica de uma pessoa baseada somente no nome, informação sobre o grupo étnico deve ser registrada no momento do exame utilizando informação fornecida pelo participante/responsável. Em alguns países, informação sobre etnia pode ser obtida

de agências governamentais ou dados administrativos escolares no momento da seleção da amostra.

*Outro grupo (Caselas 29 e 30)*

Os códigos podem ser utilizados para identificação de diferentes grupos dentro da população.

*Número de anos na escola (Caselas 31 e 32)*

Esta informação é útil para avaliação do nível de educação, que é um fator importante na análise de saúde bucal. Em crianças, as caselas podem ser utilizadas para registrar a série na escola alcançada pela criança (**Anexo 2**).

*Ocupação (Casela 33)*

Um sistema de codificação deveria ser criado de acordo com o uso local para identificar ocupações diferentes e o código apropriado incluído.

*Localização geográfica da comunidade (Caselas 34 e 35)*

Nesses levantamentos, a utilização de códigos para identificar as escolas como parte do levantamento é importante já que a informação obtida de condição de saúde bucal pode ser utilizada para planejamento de estratégias aplicáveis a grupos etários específicos em uma escola em particular. Uma vez que as escolas tenham sido selecionadas, os códigos podem ser atribuídos.

As caselas 34 e 35 deveriam ser utilizadas para registrar o local onde o exame está sendo realizado. Isso permite localizações geográficas (vilas etc.) a serem identificadas (01-98). Uma lista com cada local e seu código numérico deveria ser preparada. Geralmente apenas alguns poucos códigos são necessários. O código “99” deveria ser incluído se esta informação não for registrada.

A informação da comunidade é muito útil para gestores de saúde para planejamento e revisão de programas ou estratégias. Se amostras de água para consumo humano forem coletadas durante o levantamento, o nome da comunidade será essencial para o mapeamento de fluoretos nas fontes de água para beber e para determinar se a concentração está abaixo, adequado ou acima dos níveis ótimos.

*Tipo de localização (Casela 36)*

O fundamento para incluir esses dados é a obtenção de informação geral sobre as condições ambientais locais e a disponibilidade de serviços em cada lugar. Três códigos são utilizados:

1. área urbana.
2. área periurbana: este código foi incluído de modo a identificar áreas ao redor das cidades principais que podem possuir características similares às daquelas de áreas rurais, com muito poucas instalações de saúde de qualquer tipo e geralmente sem ou com acesso limitado a serviços de saúde bucal.
3. Área rural ou pequena vila.

*Outros dados (Caselas 37-42)*

Campos são fornecidos para inclusão de um código de dois dígitos para mais de três condições ou dados a seres registrados. As condições e códigos devem ser definidas antes do início do levantamento. Esses campos tem sido disponibilizados para registro de outras informações sobre os participantes examinados ou sobre a localização do levantamento. Informação tal como exposição a um programa específico de saúde bucal, uso de tabaco ou palitos de dente, status de refugiado, condição socioeconômica, ambiente físico, e nível de fluoreto na água para consumo humano podem ser registrado aqui; se o consumo de açúcar for de interesse, um sistema de codificação deveria ser definido pelo investigador por meio do qual a quantidade e a frequência de consumo recebam códigos adequados.

Adicionalmente, duas caselas são reservadas para registro de qualquer anormalidade identificada pelo examinador durante o exame extra-oral do complexo oro-facial.

### **1.5.5 Exame epidemiológico (Caselas 43 e 44)**

A cavidade bucal é parte do complexo orofacial e os examinadores deveriam registrar qualquer anormalidade evidente dos tecidos da face, nariz, bochechas ou queixo. A condição e sua localização são registradas usando os seguintes códigos recomendados:

*Condição (Casela 43)*

- 0 = Normal
- 1 = Ulcerações, feridas
- 2 = Erosões
- 3 = Fissuras
- 4 = Câncer de boca
- 5 = Nódulos linfáticos aumentados
- 6 = Quaisquer outras anormalidades
- 9 = Não registrado

## Localização (Casela 44)

- 1 = Face
- 2 = Pescoço
- 3 = Nariz
- 4 = Bochechas
- 5 = Queixo
- 6 = Comissuras
- 7 = Borda avermelhada
- 8 = Maxilares

## 1.5.5.1 Condição da dentição

(Caselas 45-108 da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Adultos e 45—72 da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Crianças)

O exame para cárie dentária deveria ser realizado como um espelho de boca plano. O uso de radiografia para detecção de cáries proximais não é recomendado porque o equipamento é de uso impraticável na maioria das situações de campo. Da mesma forma, o uso de fibra ótica não é recomendado.

**Tabela 2.** Codificação da condição da dentição – dentes decíduos e permanentes.

Código		Condição	
Dentes decíduos	Dentes permanentes		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	Hígido
B	1	1	Cariado
C	2	2	Restaurado, com cárie
D	3	3	Restaurado, sem cárie
E	4	–	Perdido devido à cárie
–	5	–	Perdido por outra razão
F	6	–	Selante de fissuras
G	7	7	Apoio de ponte ou coroa ou <i>veneer</i> / implante
–	8	8	Dente não erupcionado (coroa) / raiz não exposta
–	9	9	Não registrado

Embora seja reconhecido que ambas técnicas auxiliares reduzam a subestimação da cárie dentária, complicações logísticas e objeções frequentes por parte dos pacientes se exporem a radiação superam quaisquer potenciais vantagens.

Examinadores deveriam adotar uma abordagem sistemática para a avaliação da condição da dentição, tendo em mente os seguintes pontos:

- o exame deveria ocorrer de uma maneira ordenada de um dente ou espaço dentário ao dente ou espaço dentário adjacente;
- um dente deveria ser considerado presente na boca quando qualquer parte dele esteja visível;
- se um dente permanente e um decíduo ocuparem o mesmo espaço dentário, somente a condição do dente permanente deve ser registrada.

A condição da dentição permanente (coroa e raízes) é registrada utilizando escores numerados e a condição dos dentes decíduos é registrada utilizando escores de letras (Tabela 2) nas mesmas caselas. As Caselas 45-76 são utilizadas para dentes superiores e as Caselas 77-108 para dentes inferiores. As Caselas correspondentes na Ficha de Condição de Saúde Bucal de Crianças são as Caselas 45-58 e 59-72.

Uma entrada deve ser feita em cada casela pertencente à condição de coroa e raiz de um dente (Anexo 1). Em crianças, a condição radicular não é avaliada; dessa forma as caselas correspondentes foram omitidas da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Crianças (Anexo 2).

Considerável cuidado deveria ser tomado para identificar restaurações que pigmentam os dentes, que podem ser extremamente difíceis de detectar.

Os critérios para diagnosticar uma condição dentária e o código são apresentados conforme segue (códigos aplicados para dentes decíduos são dados entre parênteses):

0 (A) *Coroa hígida*. Uma coroa é codificada como hígida se não mostrar evidência de cárie clínica tratada ou não tratada (veja Prancha 1, código A, e Prancha 6, código 0). Os estágios de cárie que precedem cavitação, assim como outras condições similares aos estágios iniciais de cárie, são excluídos porque eles não podem ser identificados com segurança na maioria das condições de campo nas quais os levantamentos epidemiológicos são realizados. Assim, uma coroa com os seguintes defeitos, na ausência de outros critérios positivos, deveria ser codificada como hígida (veja Pranchas 7 e 8):

- manchas brancas ou com aspecto de giz; manchas descoloridas ou

- rugosas que não são macias ao toque com uma sonda CPI de metal;
- sulcos ou fissuras do esmalte manchados que não possuem cavitação visível ou amolecimento do fundo ou das paredes detectáveis com uma sonda CPI;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte em um dente mostrando sinais de fluorose dentária severa a moderada;
- lesões que, com base da sua distribuição ou história, ou em exame, parecem ter ocorrido devido à abrasão

*Raiz hígida.* Uma raiz é registrada como hígida quando está exposta e não mostra evidência de cárie clínica tratada ou não tratada (veja Prancha 9).

- 1 (B) *Coroa cariada.* Cárie é registrada como presente quando uma lesão em um sulco ou fissura, ou em uma superfície lisa do dente, possui cavidade evidente, esmalte sem suporte, ou fundo ou parede amolecidos de modo detectável (veja Pranchas 2-4 para dentição decídua, e Pranchas 10-12 para dentição permanente). Um dente com uma restauração temporária, ou que está selado mas também cariado, deveria também ser incluído nesta categoria. Nos casos onde a coroa foi destruída pela cárie e somente a raiz está presente, considera-se que a cárie foi originada na coroa e é registrada somente como coroa cariada. A sonda CPI deveria ser usada para confirmar a evidência visual de cárie na(s) superfície(s) do dente. Onde existirem quaisquer dúvidas, a cárie não deveria ser registrada como presente.

*Raiz cariada.* A cárie é registrada como presente quando uma lesão se mostra amolecida ou com aspecto de couro à sondagem com a sonda CPI. Se a lesão cariada da coroa não envolver a raiz, ela deveria ser registrada como cárie radicular. Para lesões de cárie simples envolvendo tanto a coroa quanto a raiz, o local provável de origem da lesão deveria ser registrado como sítio cariado. Quando não for possível identificar o local de origem, tanto a coroa quanto a raiz deveriam ser codificadas como cariadas. Em geral, a cárie radicular não é registrada em crianças e nos adolescentes ou adultos jovens.

- 2 (C) *Coroa restaurada, com cárie.* Uma coroa é considerada restaurada, com cárie, quando possui uma ou mais restaurações permanentes e uma ou mais áreas que estão cariadas. Não é feita distinção entre cárie primária ou secundária e o mesmo código se aplica independentemente das lesões cariosas estarem em contato com a(s) restauração(ões) (veja Pranchas 13 e 14).

*Raiz restaurada, com cárie.* Uma raiz é considerada restaurada, com cárie, quando possui uma ou mais restaurações permanentes e uma ou mais áreas que estão cariadas. Não é feita distinção entre cárie primária e secundária. No caso de restaurações envolvendo tanto a coroa quanto a raiz, a identificação do local de origem é mais difícil. Para qualquer restauração envolvendo tanto a coroa quanto a raiz com cárie secundária, o local mais provável da lesão primária de cárie é registrado como restaurado, com cárie. Quando não for possível identificar o sítio de origem da lesão de cárie primária, tanto a coroa quanto a raiz deveriam ser codificadas como restauradas, com cárie.

- 3 (D) *Coroa restaurada, sem cárie.* Uma coroa é considerada restaurada, sem cárie, quando uma ou mais restaurações permanentes estão presentes e não há cárie em nenhuma parte da coroa (veja Pranchas 5 e 15). Um dente com coroa devido a cárie progressiva é registrado nesta categoria. Um dente com coroa por outras razões que não a cárie ou com suporte de prótese é codificada 7 (G).

*Raiz restaurada, sem cárie.* Uma raiz é considerada restaurada, sem cárie, quando possui uma ou mais restaurações permanentes e não há cárie em nenhuma porção da raiz. No caso de restaurações envolvendo tanto a coroa quanto a raiz, a identificação da lesão primária é mais difícil. Para qualquer restauração envolvendo tanto a coroa quanto a raiz, o local mais provável da lesão de cárie primária é registrado como restaurado. Quando não for possível identificar a localização de origem, tanto a coroa quanto a raiz deveriam ser codificadas como restauradas.

- 4 (E) *Dente perdido, devido à cárie.* Este código é utilizado para dentes permanentes ou decíduos que foram extraídos devido à cárie e são registrados de acordo com a condição da coroa (veja Pranchas 16 e 17). Para dentes decíduos perdidos, este escore deveria ser utilizado somente se o participante estiver em uma idade em que a esfoliação normal não seria suficiente para explicar a ausência.

*Nota: A condição radicular de um dente registrado como perdido devido à cárie deveria ser codificada como “7” ou “9”.*

Em alguns grupos etários, pode ser difícil distinguir entre dentes não erupcionados (código 8) e dentes perdidos (códigos 4 ou 5). Conhecimento básico dos padrões de erupção dentária, a aparência do rebordo alveolar na área do espaço do dente em questão, e a presença de cárie em outros dentes na boca podem ser pistas úteis para tomar uma decisão se um dente não

erupcionou ou se foi extraído. O código 4 somente deveria ser utilizado para dentes considerados perdidos por cárie. Por conveniência, em arcos totalmente edentados, um único “4” deveria ser incluído nas Caselas 45 e 60; e 77-92, conforme apropriado, e os respectivos pares de números ligados por linhas retas. Tal procedimento poderia também ser aplicado na ficha de exame para registro em nível de superfície dentária for utilizado (**Anexo 3 e Anexo 4**).

5 (-) *Dente permanente perdido devido a outra razão.* Este código é utilizado para dentes permanentes considerados ausentes por ausência congênita, ou extraídos por razões ortodônticas ou devido a doença periodontal, trauma, etc. (veja Prancha 18). Assim como para o código 4, duas entradas do código 5 podem ser unidas por uma linha nos casos de arcos totalmente edentados.

*Nota: A condição radicular de um dente registrado como 5 deveria ser codificada como “7” ou “9”.*

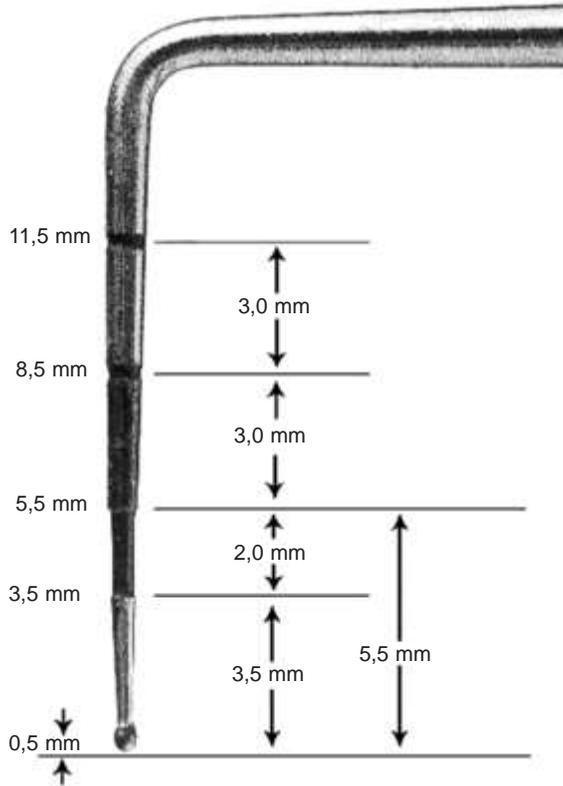
6 (F) *Selante de fissura.* Este código é usado para dentes nos quais um selante de fissuras está presente na superfície oclusal, em sulcos ou para dentes em que a fissura oclusal foi largada com uma broca romba ou em forma de chama, e um compósito foi colocado (veja Prancha 19). Se um dente com selante possui cárie, ele deveria ser codificado como 1 ou B.

7 (G) *Apoio de ponte ou coroa.* Este código é usado para condição de coroa para indicar que um dente faz parte de pilar de ponte fixa. Este código pode também ser usado para coroas colocadas por outras razões que cárie e para *veneers* ou facetas que cobrem a superfície labial de um dente, em que não há evidência de cárie ou uma restauração (veja Prancha 20).

*Nota: Dentes perdidos repostos por pânticos de próteses fixas são codificados 4 ou 5 com relação à condição da coroa, ao passo que a condição radicular é codificada como 9.*

*Implante.* Este código é usado para condição de raiz para indicar que um implante foi incluído como um apoio.

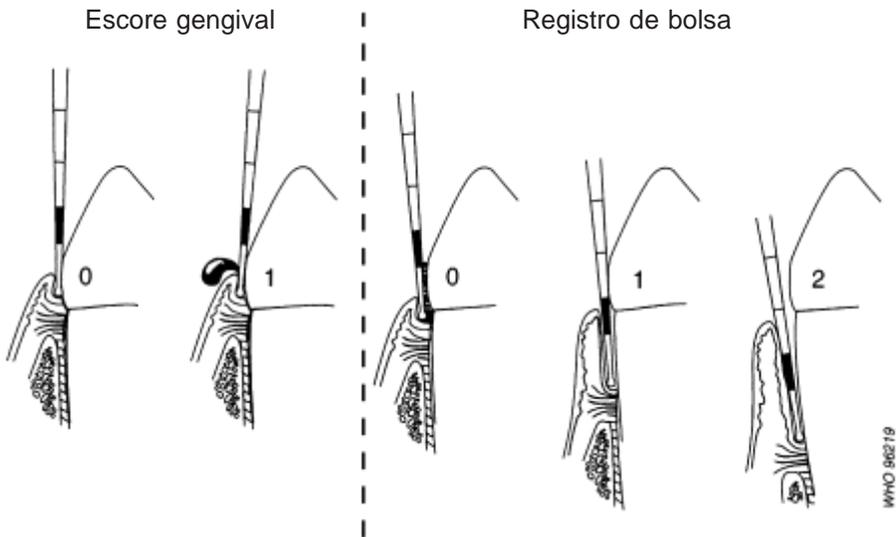
8 (-) *Dente não erupcionado (coroa).* Esta classificação está restrita a dentes permanentes e é usada somente para um espaço dentário com um dente permanente não erupcionado, mas não para dente decíduo. Dentes registrados como não erupcionados são excluídos de todos os cálculos relacionados à cárie dentária (veja Prancha 1 (incisivos) e Prancha 21). Esta categoria não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, ou dentes perdidos devido a trauma etc. Para diagnóstico diferencial entre dentes perdidos e não erupcionados, veja código 5.



**Fig. 5.** Sonda OMS para Índice Periodontal Comunitário (CPI, da sigla em inglês) recomendada para exame clínico.

*Raiz não exposta.* Este código indica que a superfície radicular não está exposta; não há recessão gengival para além da junção cimento-esmalte (JCE).

9 (-) Não registrado (ou dente excluído do exame). Este código é usado para um dente permanente erupcionado que não pode ser examinado por quaisquer razões tais como bandas ortodônticas, hipoplasia severa, etc. Este código é utilizado para condição radicular para indicar tanto que o dente foi extraído ou que cálculo está presente em tal extensão que o exame radicular não é possível.



**Fig. 6.** Codificação de condição periodontal consistente com o Índice Periodontal Comunitário modificado (CPI modificado), mostrando o posicionamento correto da sonda OMS CPI (CPI, sigla proveniente do inglês).

### **Índices de cárie dentária: dente (CPO-D, ceod) e superfície (CPO-S, ceos)**

Informação sobre o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) pode ser derivada diretamente dos dados nas Caselas 45-76 e 77-108 (**Anexo 1**). O componente “C” inclui todos os dentes com códigos 1 ou 2. O componente “P” corresponde aos dentes codificados com 4 em participantes menores de 30 anos de idade, e os códigos 4 e 5 em participantes com 30 anos e mais, ou seja, perdido devido à cárie ou por qualquer outra razão. O componente “O” inclui somente dentes com código 3. A base para o cálculo do CPOD são 32 dentes, ou seja, todos os dentes permanentes incluindo os terceiros molares. Dentes codificados como 6 (selante de fissura) ou 7 (apoio de ponte ou coroa) não estão incluídos nos cálculos do índice CPOD. No caso de dentes decíduos, o cálculo do índice ceod é similar, ou seja, obtendo a informação dos dados referentes aos códigos A, B, C e D e E da ficha de avaliação da saúde bucal (**Anexo 2**).

Quando um levantamento é realizado com um objetivo em particular, por exemplo avaliação de um programa de prevenção de doença, os gestores podem desejar registrar a condição dentária segundo superfície dentária e calcular os índices CPOS e ceos. As fichas para registro para este propósito estão disponíveis no **Anexo 3** (para adultos) e **Anexo 4** (para crianças).

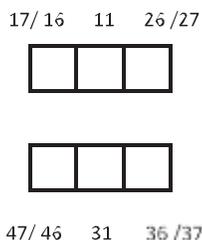
Um índice CPO aplicável a raízes pode facilmente ser calculado para cada dente conforme dados para cada dente são coletados durante o exame; este índice é especialmente relevante em grupos populacionais de idosos.

*1.5.5.2 Condição periodontal: Índice Periodontal Comunitário (CPI, da sigla em inglês) modificado*

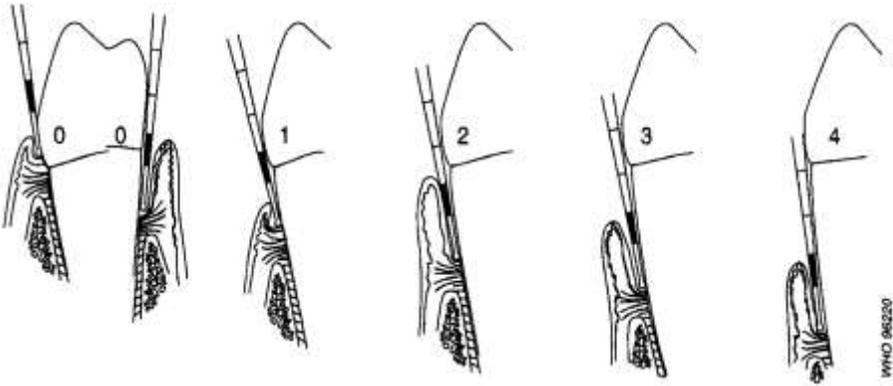
Dois indicadores de condição periodontal são usados para esta avaliação: sangramento gengival e bolsas periodontais. Uma sonda CPI especialmente desenhada, leve, de metal com uma ponta esférica de 0,5-mm é usada, com uma marcação preta entre 3,5 e 5,5 mm, e anéis aos 8,5 e 11,5 mm da ponta esférica (Fig. 5) (19). Todos os dentes presentes na boca são examinados com relação à ausência ou presença de sangramento gengival e ausência ou presença de bolsas periodontais; a profundidade da bolsa é mensurada com a sonda periodontal da OMS CPI.

**Avaliação do sangramento gengival e mensuração de bolsas periodontais**

A gengiva de todos os dentes presentes na boca deveria ser examinada inserindo cuidadosamente a sonda OMS CPI entre a gengiva e o dente para avaliar a ausência ou a presença de sangramento à sondagem (Fig. 6). A força de pressão utilizada não deveria ser maior do que 20 g. Um teste prático para estabelecer essa força é pedir aos examinadores para posicionar a sonda sob a unha do polegar e pressionar até que ocorra branqueamento. Alternativamente, os examinadores podem utilizar um espelho e inserir a sonda no sulco gengival de seus próprios dentes anteriores usando a força mais leve possível que permitirá movimento da esfera da sonda ao longo da superfície do dente. Esses exercícios deveriam ser realizados como parte do treinamento quando os examinadores forem calibrados para confiabilidade e consistência.



**Fig. 7.** Os dentes-índice para registro da perda de inserção em participantes com idade de 15 anos e mais.



**Fig. 8.** Exemplos dos códigos para perda de inserção com uma sonda OMS CPI (4).

Quando a sonda for inserida, a esfera deveria seguir a configuração anatômica da superfície da raiz do dente. Se o participante que está sendo examinado sentir dor durante a sondagem, isso é indicativo de que está sendo utilizada força demais. A esfera da sonda deveria ser inserida gentilmente no sulco gengival ou bolsa e a total extensão do sulco ou bolsa ser explorado. Por exemplo, coloque a sonda na bolsa da superfície disto-vestibular do segundo molar, o mais próximo possível do ponto de contato com o terceiro molar, mantendo a sonda paralela ao longo eixo do dente. Movimente a sonda gentilmente, com movimentos curtos para cima e para baixo, ao longo dos sulcos ou bolsas vestibulares, em direção à superfície mesial do segundo molar. Um procedimento similar é realizado para as superfícies linguais, começando na região disto-lingual do segundo molar.

Todos os dentes presentes deveriam ser sondados e pontuados na casela correspondente. Bolsas periodontais não são registradas em indivíduos menores de 15 anos de idade. Os códigos para registrar sangramento e bolsas são dados abaixo.

#### *Escores de sangramento gengival*

*(Caselas 109-124 e 141-156 da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Adultos; Caselas 73-86 e 87-100 da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Crianças)*

0 = Ausência de condição/sextante hígido (veja Prancha 22, adulto).

1 = Presença de condição (veja Prancha 23 criança; Prancha 24 adolescente; Prancha 25 adulto).

9 = Dente excluído (veja Prancha 28, Dente 16).

X = Dente ausente (veja Pranchas 16 e 17, áreas posteriores em adultos).

*Escores de bolsa*

(Caselas 125–140 e 157–172)

- 0 = Ausência da condição/sextante hígido (veja Prancha 22).
- 1 = Bolsa de 4-5 mm (veja Prancha 26).
- 2 = Bolsa de 6 mm ou mais (veja Prancha 27).
- 9 = Dente excluído (veja Prancha 28, Dente 16).
- X = Dente ausente (veja Pranchas 16 e 17, regiões posteriores).

*1.5.5.3 Perda de inserção*

(Caselas 173-178 na Ficha de Condição de Saúde Bucal de Adultos)

Informação sobre perda de inserção pode ser coletada dos dentes-índice (**Fig. 7**). O sistema CPI é designado para obter uma estimativa da destruição de inserção periodontal acumulada ao longo da vida e desse modo permite comparações entre grupos populacionais. Não é feito para descrever a extensão total de perda de inserção em um indivíduo. A perda de inserção é registrada dividindo a boca em sextantes, definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43, e 44-48. O método mais confiável para exame da perda de inserção em cada sextante é realizar o registro imediatamente após registrar a condição gengival e os escores de bolsa. Conforme mencionado acima, a perda de inserção não deveria ser registrada para indivíduos com menos de 15 anos de idade.

*Dentes-índices*

Os dentes-índices, que são os dentes a serem examinados, são mostrados na **Figura 7**.

Os dois molares em cada sextante posterior são pareados para registro e, se um estiver faltando, não há substituição. Se nenhum dente-índice estiver presente em um sextante qualificado para exame, todos os dentes presentes naquele sextante são examinados e o maior escore é registrado como sendo o escore para o sextante.

A extensão da perda de inserção é registrada usando a sonda CPI e aplicando os seguintes códigos (Fig. 8):

- 0 = 0-3 mm
- 1 = 4-5 mm (JCE dentro da faixa preta) (veja Prancha 26)
- 2 = 6-8 mm (JCE entre o limite superior da faixa preta e a marca de 8,5 mm)
- 3 = 9-11 mm (JCE entre a marca de 8,5 mm e a de 11,5 mm)
- 4 = 12 mm ou mais (JCE acima da marca de 11,5 mm) (veja Prancha 28, dente 16)
- X = sextante excluído

9 = não registrado

#### 1.5.5.4 Fluorose dentária

(Casela 179 da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Adultos; Casela 101 da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Crianças)

Lesões de fluorose são geralmente simétricas bilateralmente e tendem a mostrar um padrão estriado horizontal através do dente. Os pré-molares e os segundos molares são os mais frequentemente afetados, seguidos dos incisivos superiores. Os incisivos inferiores são os dentes menos afetados.

O examinador deveria notar o padrão de distribuição de quaisquer defeitos, usando os critérios do índice de Dean (20), e tomar uma decisão se eles são típicos de fluorose. Defeitos classificados nas categorias “questionável” a “leve” – que são as condições mais prováveis de encontrar – podem consistir de linhas fracas ou manchas e tendem a se misturar no esmalte ao redor. Para facilitar a diferenciação entre lesões de fluorose de outras opacidades não relacionadas à fluorose, é importante lembrar que as lesões de fluorose são observadas geralmente próximas nas bordas dos incisivos ou nas pontas de cúspides; entretanto, dependendo da severidade, as lesões podem estar evidentes em outras áreas do dente e ser facilmente visíveis em pré-molares e molares. Opacidades não relacionadas com fluorose podem ser localizadas no centro da superfície com formato regular, embora possam afetar a coroa como um todo. As lesões de fluorose aparecem geralmente como linhas finas, com aparência fosca e opacidades não fluoróticas possuem aparência arredondada ou oval no formato. As lesões de fluorose podem também ser mais facilmente observadas com a luz direcionada de maneira tangencial ao passo que as opacidades não fluoróticas podem ser facilmente observadas com a luz direcionada de maneira perpendicular à superfície do dente.

A codificação é feita com base nos dois dentes mais severamente afetados. Se os dois dentes não estiverem igualmente afetados, o escore é baseado na aparência do dente menos afetado. Quando um dente é classificado, o examinador deveria começar com o nível mais alto do índice, “severa”, e eliminar cada escore até que ele ou ela chegue na condição presente. Se existir alguma dúvida, o menor escore deveria ser atribuído.

Os códigos e critérios são conforme segue:

0 = *Normal*. A superfície do esmalte é lisa, polida e geralmente cor creme clara (veja Prancha 29)

1 = *Questionável*. O esmalte mostra pequena diferença com relação à translucidez normal do esmalte e que pode variar de poucas manchas esbranquiçadas a pontos ocasionais (veja Pranchas 30-33)

2 = *Muito leve*. Áreas pequenas, opacas, brancas como papel espalhadas irregularmente pelo dente mas envolvendo menos que 25% da superfície vestibular (veja Pranchas 34 e 35)

- 3 = *Leve*. Opacidades brancas do esmalte envolvendo mais que 25% (veja Código 2) e menos que 50% da superfície do dente (veja Pranchas 36 e 37)
- 4 = *Moderada*. As superfícies do esmalte mostram desgaste evidente, e manchas castanhas são frequentemente desfigurantes (veja Pranchas 38 e 39)
- 5 = *Severa*. As superfícies do esmalte estão severamente afetadas e a hipoplasia é tão evidente que a forma geral do dente pode ser afetada. Observam-se áreas com depressões ou desgastes e as manchas castanhas estão generalizadas; os dentes frequentemente possuem uma aparência de corrosão (veja Pranchas 40 e 41)
- 8 = *Excluído* (por exemplo, dente com coroa)
- 9 = *Não registrado*

#### *1.5.5.5 Erosão dentária*

*(Caselas 180-182 da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Adultos; Caselas 102-104 da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Crianças)*

Dados sobre a prevalência, severidade e número de dentes afetados pela erosão dentária ajudaria os gestores de saúde pública para estimar se essa condição constitui um problema de saúde pública. A erosão dentária resulta da perda progressiva de tecido dentário calcificado por meio de processos químicos não associados à ação bacteriana. O esmalte é perdido pela exposição a ácidos que podem ser provenientes de fontes dietéticas ou podem ser intrínsecos, isto é em indivíduos que sofrem de bulimia, refluxo gastro-esofágico ou consumo crônico de álcool e vômitos recorrentes.

Os seguintes códigos 1-3 são utilizados onde a coroa de um dente mostra uma lesão erosiva em graus diferentes:

- 0 = Sem sinal de erosão (veja Prancha 42)
- 1 = Lesão em esmalte (veja Prancha 43)
- 2 = Lesão em dentina (veja Prancha 43, 44 e 46)
- 3 = Envolvimento pulpar (veja Pranchas 44-46)

A severidade da erosão dentária é registrada de acordo com o dente com o maior escore de erosão. Adicionalmente, o número de dentes envolvidos é registrado.

#### *1.5.5.6 Injúrias dentárias traumáticas*

*(Caselas 183-185 da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Adultos; Caselas 105-107 da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Crianças)*

(186)	2	4	(189)
(187)	2	1	(190)
(188)			(191)

**Fig. 9.** Codificação para leucoplasia em duas localizações principais.

(186)	1	1	(189)
(187)	1	2	(190)
(188)	6	6	(191)

**Fig. 10.** Codificação para mais que duas localizações lesões bucais.

Os dentes afetados por traumatismo dentário são codificados conforme segue:

- 0 = Sem sinal de injúria
- 1 = Injúria tratada
- 2 = Somente fratura em esmalte (veja Prancha 47)
- 3 = Fratura em esmalte e dentina (veja Prancha 48)
- 4 = Envolvimento pulpar (veja Prancha 49)
- 5 = Dente perdido devido a traumatismo (veja Prancha 50)
- 6 = Outro dano
- 9 = Dente excluído

Além do grau/condição do traumatismo, a severidade do traumatismo pode ser mensurada em termos de número de dentes envolvidos.

#### 1.5.5.7 Lesões da mucosa bucal

(Caselas 186-191 da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Adultos; Caselas 108-113 da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Crianças)

A mucosa bucal e os tecidos moles dentro e ao redor da boca deveriam ser examinados em cada participante. O exame deveria ser completo e sistemático, e realizado na seguinte sequência:

1. mucosa labial e sulco labial (superior e inferior)
2. parte labial das comissuras e mucosa bucal (direita e esquerda)

3. língua (superfícies dorsal e ventral, margens)
4. soalho da boca
5. palato duro e mole
6. rebordo alveolar/gengiva (superior e inferior).

Tanto dois espelhos planos ou um espelho e o manuseio da sonda periodontal podem ser utilizados para afastar os tecidos. As caselas 186-188 (108-110 em crianças) deveriam ser utilizadas para registrar a ausência, presença, ou presença suspeita das condições codificadas 1-7. Os examinadores deveriam estar alertas para, e podem realizar uma tentativa de diagnóstico, dessas condições durante o exame clínico. O código 8 deveria ser utilizado para registrar uma condição não mencionada na lista; por exemplo, leucoplasia pilosa ou sarcoma de Kaposi. Quando for possível, a tentativa de diagnóstico deveria ser especificada no espaço fornecido, para até três condições.

Os seguintes códigos se aplicam a adultos:

- 0 = Sem condição anormal
- 1 = Tumor maligno (câncer de boca) (veja Prancha 51)
- 2 = Leucoplasia (veja Prancha 52)
- 3 = Líquen plano (veja Prancha 53)
- 4 = Ulceração (aftosa, herpética, traumática) (veja Pranchas 54-57)
- 5 = Gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA; veja Prancha 58)
- 6 = Candidíase (veja Pranchas 59 e 60)
- 7 = Abscesso (veja Pranchas 61 e 62).
- 8 = Outra condição (especificar se possível) (por exemplo, queratose, veja Prancha 63; e manchas de Koplic, *pequenos pontos brancos que aparecem na mucosa bucal, manifestações clínicas do sarampo*) (veja Prancha 64)
- 9 = Não registrado

O registro da leucoplasia e líquen planus não é considerado importante em crianças.

Além disso, as localizações principais da lesão de mucosa oral deveriam ser registradas nas Caselas 189-191 para adultos e Caselas 111-113 para crianças, conforme segue:

- 0 = Linha cutaneomucosa
- 1 = Comissuras
- 2 = Lábios
- 3 = Sulcos
- 4 = Mucosa bucal
- 5 = Soalho da boca
- 6 = Língua
- 7 = Palato duro e/ou mole
- 8 = Rebordo alveolar/gengiva
- 9 = Não registrado

Por exemplo, se um participante adulto possui leucopasia em ambas as mucosas bucais e comissuras, os códigos deveriam ser feitos conforme mostrado na Figura 9.

#### *1.5.5.8 Uso de prótese*

*(Caselas 192 e 193 da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Adultos)*

A presença de próteses removíveis deveria ser registrada para cada maxilar (Casela 192, maxilar superior; Casela 193, maxilar inferior). Os códigos são conforme segue:

- 0 = Sem prótese
- 1 = Prótese parcial
- 2 = Prótese total
- 9 = Não registrado

#### *1.5.5.9 Urgência com necessidade de intervenção ou encaminhamento*

*(Casela 194 da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Adultos; Casela 114 da Ficha de Condição de Saúde Bucal de Crianças)*

É responsabilidade do examinador ou líder da equipe assegurar que seja feito referenciamento para uma instalação de saúde apropriada, se necessário. Existe uma necessidade imediata de assistência se dor, infecção ou enfermidade grave estiver presente ou for provável de ocorrer ao menos que seja providenciado tratamento dentro de um certo período de tempo. Esse período pode variar de alguns dias a um mês, dependendo da disponibilidade de serviços de saúde disponíveis. Exemplos de condições que requerem atenção imediata são abscesso periapical e GUNA. Cárie dentária em estágio avançado e abscessos alveolares crônicos podem também ser registrados nesta casela. Uma condição de ameaça à vida (câncer de boca ou lesões cancerizáveis) ou qualquer outra condição severa que seja uma manifestação bucal clara de uma doença sistêmica deveria ter sido registrada na seção de mucosa bucal e um código deveria também ser incluído na Casela 194 na ficha de condição de saúde bucal de adultos e na Casela 114 na ficha de condição de saúde bucal de crianças.

Os seguintes códigos de urgência da intervenção são recomendados:

- 0 = Sem necessidade de tratamento (veja Prancha 65)
- 1 = Necessidade de tratamento preventivo ou de rotina (veja Prancha 66)
- 2 = Tratamento imediato incluindo remoção de tecido (veja Prancha 67)
- 3 = Tratamento imediato (de urgência) necessário devido à dor ou infecção dentária ou de origem bucal (veja Prancha 68-70)
- 4 = Referenciado para avaliação minuciosa ou tratamento médico/odontológico (condição sistêmica) (veja Prancha 71)



## **Seção 2: auto-avaliação de saúde bucal**



## 2.1 Auto-avaliação de saúde bucal e riscos

### 2.1.1 Sistema de informação em saúde bucal

A OMS recomenda que os países deveriam estabelecer um sistema completo de informação em saúde bucal para monitoramento e avaliação continuada dos programas nacionais de saúde bucal (8). Os componentes essenciais de um sistema de informação em saúde bucal estão descritos na **Figura 11**. Informação clara sobre a cobertura da assistência à saúde bucal, oferta de serviços, qualidade da assistência, e desfechos intermediários e finais da intervenção em saúde bucal são importantes para assegurar um sistema nacional de saúde bucal efetivo. Dados populacionais sobre a condição de saúde bucal e a prevalência de fatores de risco são relevantes para a vigilância dos padrões de doença e para o entendimento das tendências ao longo do tempo; além disso, tal informação fornece subsídios para o planejamento e ajuste das intervenções pelas autoridades de saúde. As informações registradas na ficha de exame epidemiológico discutidas na Seção I deste manual permitem realizar uma avaliação de resultado dos programas; na seção de Informação Geral da ficha, é possível a inclusão de múltiplos códigos para o registro de intervenção(ões) específica(s) com relação a certos grupos alvo na descrição de locais para realização de procedimentos de codificação da gestão em saúde.

Informação sistemática sobre a prevalência dos fatores de risco é importante para o planejamento de ações de prevenção às doenças bucais orientadas para a comunidade e de programas de promoção de saúde bucal. Ao unir dados epidemiológicos de saúde bucal com dados de fatores de risco em uma base de dados comum, os efeitos na saúde bucal de fatores sócio-comportamentais poderiam ser estimados e intervenções estratégicas relevantes poderiam ser planejadas. Consequentemente, os programas de saúde bucal podem ser planejados mais efetivamente de modo a alcançar as necessidades de grupos populacionais específicos. Além do descrito acima, informação sobre a auto-avaliação de saúde bucal é essencial para identificação de abordagens apropriadas na promoção de saúde bucal.

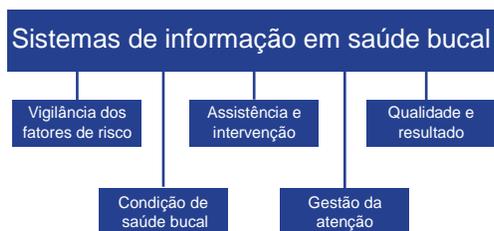


Fig. 11. Componentes de um sistema de informação em saúde bucal (5).

### 2.1.2 Auto-avaliação de saúde bucal por meio da utilização de questionários

De acordo com a abordagem STEPS (sigla em inglês) (Fig. 1), o Passo 1 (Step 1) representa a coleta de dados de saúde por meio de questionários. Quando planejados de modo apropriado, os questionários podem ser muito úteis para obtenção de informação confiável sobre a condição e riscos à saúde (21, 22). De modo muito importante, a coleta de dados consome menos tempo e possui custo menor para o país. Os participantes que respondem ao questionário do levantamento devem estar apropriadamente informados sobre os objetivos do estudo; cada participante deve ter o anonimato assegurado e ser informado de que os dados serão utilizados somente para propósitos de estatística. Assim, o consentimento informado deve ser obtido. Os participantes também possuem o direito de saber sobre qualquer publicação de resultados preliminares. Nos locais em que os questionários envolverem escolares, o diretor ou professor responsável e a equipe envolvida com o levantamento devem estar informados de modo apropriado sobre os resultados.

Os questionários de saúde devem ser simples e incluir questões robustas. Um questionário de saúde prático deveria levar de 15-20 minutos para ser completado. Questionários estruturados implicam que:

1. todas as questões foram formuladas e as possibilidades de resposta foram preparadas anteriormente;
2. a sequência para responder às questões é fixa;
3. as questões filtro devem ser respondidas somente por algumas pessoas;
4. as questões estão formuladas de uma maneira padronizada: elas foram construídas utilizando linguagem de fácil entendimento; e
5. a lista com as alternativas de resposta deveria ser compreensível e suficiente.

Os questionários devem ser pré-testados para avaliar a validade aparente (*face validity*, em inglês) e a aceitabilidade das questões. Este procedimento

pode auxiliar a evitar potenciais erros de interpretação de uma questão mal formulada por parte dos respondentes e com isso perguntar sobre dois ou mais itens em uma questão.

Os questionários de auto-avaliação podem ser preparados tanto para que sejam completados por meio de entrevista quanto para auto-preenchimento. A escolha do método de coleta dos dados dependerá de diversos fatores tais como a habilidade dos participantes para responder às questões, circunstâncias práticas, disponibilidade de equipe, recursos disponíveis para a coleta dos dados, e tempo disponível para o levantamento. A coleta de dados por meio de entrevista pode assegurar que as respostas às questões são dadas pelos participantes selecionados. Comparadas com questionários de auto-preenchimento, as entrevistas produzem taxas de resposta um pouco mais altas. Existe maior grau de flexibilidade nas respostas ao passo que as respostas ao questionário escrito tendem a ser limitantes. Os entrevistadores devem realizar as perguntas exatamente do modo como estão escritas, e na mesma sequência em que elas aparecem no questionário; a entrevista, entretanto, permite explicação adicional com relação ao significado de uma questão.

Assim como nos registros epidemiológicos, existem potenciais fontes de variação nas respostas obtidas por meio de entrevistas. A variação pode ocorrer devido à variabilidade intraentrevistador ou variabilidade interentrevistador. A variabilidade intraentrevistador pode ocorrer se um entrevistador não for consistente no modo em que ele ou ela faz as perguntas e/ou registra as respostas. Quando há mais de um entrevistador, pode haver variabilidade interentrevistador, nas situações em que vários entrevistadores não são consistentes no modo em que fazem as perguntas e/ou registram as respostas. O modo como um entrevistador apresenta as questões pode afetar as respostas dadas pelos respondentes; desse modo questões potenciais de confiabilidade deveriam ser abordadas durante o treinamento.

Em questionários para auto-preenchimento, o respondente lê todas as questões e as opções fixas de resposta para si mesmo. Este tipo de questionário tende a ser mais curto de modo a reduzir o risco de fadiga do respondente. Às vezes uma questão pode ser construída baseada em informação especificada pelas categorias de respostas. Entretanto, em comparação às entrevistas, os questionários para auto-preenchimento são práticos, por exemplo, eles podem ser postados (enviados) ao respondente. Além disso, o efeito externo de um entrevistador lendo as questões e as respostas é evitado e o respondente pode ter mais tempo para fornecer respostas corretas às questões.

### *2.1.2.1 Treinamento dos entrevistadores e supervisão*

Entrevistadores necessitam de treinamento apropriado para alcançar consistência e uma abordagem sistemática para implementação de um levantamento de saúde em forma de questionário. Os entrevistadores devem estar

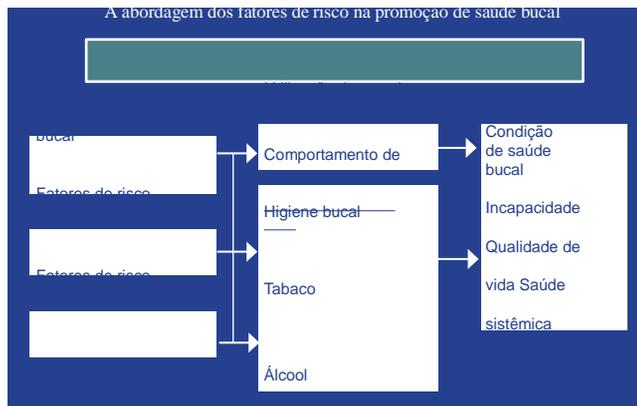
familiarizados com os objetivos do levantamento do questionário e da lógica por trás das questões incluídas.

O treinamento para uso de questionários estruturados deveria focar nas seguintes áreas:

- contatar os respondentes futuros e fornecer uma introdução ao levantamento que explique seus objetivos e confirme que a participação no levantamento é anônima;
- ler as questões conforme escritas e seguir as instruções no cronograma de entrevista, por exemplo em conexão com questões filtro;
- estilos apropriados para realizar as perguntas e a abordagem;
- registrar exatamente o que é dito;
- manter um estilo de entrevista que não inclua viés nas respostas dos respondentes;
- manter uma atitude de neutralidade de modo a evitar influenciar as respostas do respondente; e
- realizar treinamento de campo e pré-teste do questionário.

A supervisão dos entrevistadores pode ser feita de várias formas:

- checagem das taxas de resposta dos entrevistadores individualmente;
- gravação em áudio de pelo menos uma amostra de entrevistas;
- exame dos agendamentos completados para determinar se quaisquer questões estão sendo omitidas ou se estão sendo completadas de modo apropriado; e
- convidar novamente uma amostra de respondentes (geralmente em torno de 10%) para confirmar se eles foram entrevistados e pedir sua opinião sobre a conduta do entrevistador.



**Fig. 12.** Fatores de risco à saúde bucal relevantes para planejamento e vigilân-

cia dos programas de intervenção em saúde bucal (5).

*Auto-avaliação de saúde bucal e riscos*

### **2.1.3 Indicadores de risco de saúde bucal segundo a abordagem STEPS (sigla em inglês)**

A OMS propôs um modelo operacional (**Fig. 12**) para uso por pesquisadores e gestores de saúde pública ao considerar uma intervenção apropriada (5). Este modelo objetiva guiar a obtenção de dados enfocando os determinantes sócio-ambientais e os fatores de risco para a saúde bucal modificáveis tais como dieta/nutrição, utilização de tabaco e consumo excessivo de álcool. Além disso, levanta-se informação sobre exposição ambiental a fluoretos, práticas de higiene bucal e utilização de serviços de saúde bucal disponíveis. Qualidade de vida, saúde bucal e saúde sistêmica são considerados desfechos importantes dos fatores distais e proximais especificados. Dessa forma o modelo fornece uma base conceitual e prática para associar a saúde bucal a avaliação de doenças crônicas relevantes

A OMS recomenda a utilização de questionários estruturados e simplificados para coletar dados de auto-avaliação de saúde bucal e fatores de risco em adultos (**Anexo 7**) e em crianças e adolescentes (**Anexo 8**). Ambos os questionários foram testados em estudos piloto em vários países em todo o mundo. O questionário simplificado inclui as questões centrais consideradas essenciais para monitoramento nacional de saúde bucal, entretanto, as questões e respostas podem ser adaptadas para âmbitos local ou nacional. Um país pode desejar incluir questões adicionais e a OMS pode auxiliar os coordenadores de um levantamento na preparação de um questionário expandido para atender a necessidades específicas.

As variáveis incluídas no questionário adulto são as que seguem:

- Questão 1 – informação geral (número de ID, sexo, localização)
- Questão 2 – idade
- Questão 3 – auto-avaliação do número de dentes presentes
- Questão 4 – experiência de dor/desconforto com os dentes e a boca
- Questão 5 – uso de prótese removível
- Questão 6 – auto-avaliação da condição dos dentes e gengivas
- Questão 7 – frequência de escovação dentária
- Questão 8 – uso de acessórios (fio dental, escova interdental, etc.) para higiene bucal
- Questão 9 – uso de pasta de dente contendo flúor
- Questão 10 – consultas odontológicas
- Questão 11 – razão da visita odontológica
- Questão 4 e Questão 12 – experiência de qualidade de vida reduzida devido a problemas bucais
- Questão 13 – consumo de alimentos e bebidas açucarados
- Questão 14 – uso de tabaco: tipo e frequência
- Questão 15 – consumo de álcool

Questão 16 – grau de escolaridade

As variáveis incluídas no questionário de crianças/adolescentes são as que seguem:

Questão 1 – informação geral (número de ID, sexo, localização)

Questão 2 – idade

Questão 3 – auto-avaliação da condição dos dentes e gengivas

Questão 4 – experiência de dor/desconforto relacionado aos dentes

Questão 5 – consultas odontológicas

Questão 6 – razão da consulta odontológica

Questão 7 – frequência de escovação dentária

Questão 8 – uso de acessórios (fio dental, escova interdental, etc.) para higiene bucal

Questão 9 – uso de pasta de dente contendo flúor

Questão 4 e Questão 10 - experiência de qualidade de vida reduzida devido problemas bucais

Questão 11 – consumo de alimentos e bebidas açucarados

Questão 12 – uso de tabaco: tipo e frequência

Questão 13 e Questão 14 – grau de escolaridade dos pais

Um levantamento feito por meio de questionário sobre os riscos à saúde bucal (Passo 1, *Step 1*) pode ser realizado como uma atividade isolada ou em combinação com um levantamento epidemiológico de saúde bucal (Passo 2, *Step 2*). Em um levantamento combinado, os dados podem oferecer uma oportunidade para avaliação do impacto à saúde dos fatores de risco; isto é possível somente quando códigos de identificação (ID) idênticos são alocados em ambos os levantamentos e o questionário é aplicado logo antes que os dados epidemiológicos são coletados.

A depender do perfil dos respondentes, os questionários fornecidos no **Anexo 7** e no **Anexo 8** podem ser preenchidos tanto pelo entrevistador ou podem ser auto-preenchidos. Em geral, crianças com 12 anos de idade e adolescentes são considerados capazes de auto-preenchimento, ao passo que os pais/responsáveis precisam ser envolvidos para coletar dados de crianças menores. Já que os questionários de saúde bucal incluem perguntas padronizadas, onde o levantamento for realizado por meio de entrevista, ele pode ser realizado por pessoas não ligadas à odontologia. Entrevistar requer treinamento de campo apropriado da equipe envolvida e um estudo piloto com 15-20 participantes deveria ser realizado antes do levantamento real para assegurar a relativa validade e a precisão.

A abordagem da OMS STEPwise para vigilância de doenças crônicas (STEPS) incorpora um módulo sobre saúde bucal de adultos (9). Entretanto, o questionário sobre saúde bucal do adulto incluído na versão padrão do STEPS não tem como enfoque o consumo de açúcares, uso de tabaco e álcool, e educação, pois esses itens já fazem parte do módulo geral. Além disso, o questionário principal da OMS STEPS inclui questões específicas sobre saúde geral e condições de doença que são relevantes para a saúde bucal, como diabetes, HIV/AIDS, condição nutricional, e índice de massa corporal (IMC). A OMS STEPS contém questões robustas para mensuração de diabetes a partir da história médica ou informação sobre diagnóstico, e Índice de Massa Corporal (IMC) definido como o peso (kg) dividido pelo quadrado da altura (m) e a relação cintura-quadril (RCQ) definida como a circunferência da cintura (cm) dividida pela circunferência do quadril (cm).

Para planejamento e avaliação de programas de saúde bucal sediados em escolas, um questionário especial foi disponibilizado pela OMS. Esse questionário pode ser utilizado para coleta de informações sobre saúde bucal a partir dos professores da escola e sobre conhecimento sobre saúde bucal, atitudes e práticas, fontes de informação sobre saúde bucal e atividades de ensino nas salas de aula.

Finalmente, questionários separados da OMS estão disponíveis para pessoas afetadas pelo HIV/AIDS, crianças com infecções, e o papel dos professores de escolas. Tais questionários podem ser relevantes para aplicação juntamente com o exame epidemiológico das manifestações bucais de HIV/AIDS.

## **2.2 De levantamentos à vigilância**

A vigilância consiste na realização – contínua ou periódica – de coleta, análise e interpretação de dados populacionais de saúde e a disseminação oportuna de tais dados aos usuários (8). Quando conduzida de modo adequado, a vigilância assegura que os tomadores de decisão e os gestores de saúde pública possuam a informação de que necessitam para controlar a doença naquele momento ou para planejar estratégias para prevenir as doenças ou os efeitos adversos de saúde no futuro. Uma abordagem sistemática para a coleta de dados auxilia os países a observar e avaliar padrões e tendências de doenças emergentes. Indicadores operacionais e objetivos são um pré-requisito para a formulação de políticas de saúde e ações de vigilância. Em suma, o objetivo da coleta de dados é auxiliar governos, autoridades de saúde e profissionais de saúde na formulação de políticas, especificação de padrões e desenvolvimento de programas para prevenção de doenças, e mensurar o progresso, impacto e eficácia para controlar as doenças que já estão afetando suas populações.

A vigilância de saúde bucal efetiva requer indicadores de resultados bem definidos, indicadores de auto-avaliação de saúde bucal e de assistência, fatores de risco importantes, e resposta dos sistemas de saúde. Os indicadores de saúde bucal utilizados na saúde pública devem atender a certos critérios. Ou seja, a informação deve cobrir as condições de saúde bucal relevantes para a saúde pública no que se refere à carga da doença de modo que seja:

1. mensurável e robusta;
2. de fácil entendimento;
3. relevante para a qualidade de vida;
4. claramente relacionada com fatores de risco passíveis de modificação;
5. que contribua para a prevenção de doenças bucais e promoção de saúde bucal por meio de resposta dos sistemas de saúde.

O presente manual de levantamento das condições de saúde bucal fornece os instrumentos-chave para avaliação dos principais componentes da carga das doenças bucais e condições subsequentes. Por exemplo, a perda dentária é o desfecho definitivo de uma experiência ocorrida ao longo da vida

de cárie dentária e de doença periodontal severas e afeta enormemente a qualidade de vida de pessoas em termos de capacidade funcional reduzida (por exemplo, mastigar e morder), auto-estima e relações sociais. Uma gama de indicadores pode ser:

- aumento relativo da porcentagem de crianças com idade com 5 ou 6 anos que estão livres de cárie;
- redução relativa da média do índice CPOD entre crianças com 12 anos de idade;
- redução relativa da porcentagem de idosos (65-74 anos) com perda dentária completa dos dentes naturais;
- aumento relativo da porcentagem de idosos (65-74 anos) que possui uma dentição funcional (20 ou mais dentes naturais).

A informação sobre o número de dentes naturais presentes em adultos pode também ser coletada por meio de questionário, se isso for entendido como um levantamento isolado.

Gestores de saúde pública podem desejar formular indicadores de saúde adicionais relevantes para a vigilância de programas de saúde bucal específicos em uma comunidade, por exemplo, indicadores de doença periodontal (CPI modificado) e incidência de câncer de boca.

O questionário STEPS especifica indicadores de vigilância de auto-avaliação de saúde bucal, experiência de problemas de saúde bucal, práticas de auto-cuidado, qualidade de vida, fatores de risco para a saúde bucal tais como consumo de açúcar e uso de tabaco, e a utilização de serviços de saúde. Tais indicadores são importantes para países na avaliação de programas que enfoquem as dimensões comportamentais da saúde bucal.

O manual geral da OMS STEPwise está delineado para produzir dados de vigilância nacionais a respeito das principais doenças crônicas, auto-avaliação de saúde bucal e fatores de risco frequentes. Tais dados criam a base para uma vigilância global de saúde e para a realização de comparações entre países. A OMS recomenda a coleta de dados de vigilância globais que podem informar sobre a experiência das pessoas com relação a qualidade de vida ruim em relação à sua saúde bucal, se a atenção básica em saúde bucal está disponível e acessível, e se os sistemas de saúde respondem a condições de bucais severas. Eles (os dados) podem estar baseados em indicadores tais como:

- redução relativa na porcentagem de crianças com idades de 5, 6 e 12 anos e de adolescentes com 15 anos que relatam qualidade de vida ruim devido a dor, desconforto ou problemas com a boca/dentes;
- aumento relativo na porcentagem de crianças com 5, 6 e 12 anos e de adolescentes com 15 anos com acesso a serviços de atenção básica em

saúde bucal;

- redução relativa na porcentagem de adultos (35-44 e 65-74 anos) que relatam qualidade de vida ruim devido a dor, desconforto ou problemas com a boca/dentes;
- aumento relativo na porcentagem de (35-44 e 65-74 anos) com acesso a serviços de atenção básica em saúde bucal;
- aumento relativo na porcentagem de pessoas em grupos de alto risco (por exemplo, usuários de tabaco, *betel quid*, e pessoas que apresentam consumo excessivo de álcool) rastreados para câncer de boca pelo menos uma vez.

Em geral, a vigilância da saúde bucal é negligenciada na saúde pública moderna. Entretanto, a vigilância em saúde bucal pode ser incorporada com sucesso em esquemas nacionais de vigilância em saúde já que apenas alguns poucos indicadores cruciais poderiam oferecer informação suficiente para avaliação valiosa da oportunidade adequada para uma intervenção de saúde pública. Este manual defende adesão minuciosa a abordagens padronizadas para a realização de levantamentos de saúde bucal, e isso irá auxiliar a OMS no armazenamento de dados essenciais, consistentemente comparáveis, no Banco de Dados de Saúde Bucal Global (*Global Oral Health Data Bank*) da OMS.

## **Seção 3: Obtenção de assistência da OMS**



A OMS considera de grande importância os levantamentos básicos em saúde bucal para planejamento, avaliação e vigilância de programas de saúde bucal e, quando possível, a Organização oferece assistência direta ou por meio de um de seus centros colaboradores ou consultores. A OMS pode auxiliar com o planejamento do levantamento, incluindo orientação com relação ao plano de amostragem, estimativas do tamanho da amostra e o uso adequado dos formulários de avaliação padronizados. Os objetivos de tal assistência são manter o uso uniforme dos métodos de levantamento e ajudar os pesquisadores a desenvolver os objetivos e o planejamento do levantamento para atender às suas necessidades específicas. Antes de buscar a assistência da OMS, os pesquisadores poderiam achar útil discutir o levantamento e o plano para sua realização com colegas experientes junto ao Ministério da Saúde ou da Educação para que fatores de importância e de interesse não sejam negligenciados ou omitidos. Ao solicitar assistência pré-levantamento à OMS, os pesquisadores deverão fornecer a seguinte informação:

- nome e endereço do pesquisador principal;
- propósito e objetivos do levantamento planejado;
- área(s) e região(ões) que serão estudadas;
- especificações sobre a população alvo, por exemplo número ou porcentagem da população em idade escolar e o número ou porcentagem daqueles que frequentam a escola;
- idade(s) da população a ser estudada, por exemplo crianças, adultos, idosos ou todos os grupos etários;
- se se espera uma amostragem probabilística e, se sim, a população de referência a partir da qual a amostra seria selecionada;
- se uma abordagem exploratória será utilizada;
- estimativas dos níveis de cárie dentária, doença periodontal ou outras condições bucais para as idades em consideração (cópias de relatórios de levantamento prévios deveriam ser enviados caso existam);

- ### 3.1 • Assistência pré-levantamento
- subgrupos importantes dentro da população, por exemplo grupos étnicos, pessoas com condição socio-econômica desfavorável, incluindo a proporção da população em tais grupos; e
  - se um levantamento utilizando questionários com fatores de risco for planejado, se se trata de um levantamento isolado ou em conjunto com exame epidemiológico.

Assistência para treinamento e calibração de potenciais examinadores pode, em certas circunstâncias, ser disponibilizada pela OMS. Mediante concordância prévia, um epidemiologista experiente que tenha sido treinado nos métodos recomendados para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal pode ser indicado para realizar as sessões de treinamento e calibração como um examinador padrão-ouro.



## 3.2 Assistência pós-levantamento

Mediante acordo prévio, a OMS pode auxiliar, orientar e facilitar o uso de um programa de entrada de dados no Epi Info, SPSS ou STATA para a análise dos dados obtidos por meio dos procedimentos recomendados neste manual, fornecidos de modo a que o formato padronizado e os códigos tenham sido utilizados. A análise pode ser realizada utilizando um programa padrão de computador que produzirá um grupo de tabelas padrão (veja **Anexo 9** e **Anexo 10**). Os dados obtidos serão sistematicamente incluídos no Banco de Dados de Saúde Bucal Global (*Global Oral Health Data Bank*) da OMS.

Para os pesquisadores que não tiverem acesso a locais informatizados, a OMS poderia obter assistência, por exemplo, por meio de um Centro Colaborador da OMS.

### *Variáveis geradas*

Com relação à cárie dentária, a prevalência e severidade da doença deveria ser registrada em termos de indicadores epidemiológicos padrão:

- Proporção de pessoas das idades-índices com uma ou mais lesões de cárie não tratadas ( $D > 0$ ;  $d > 0$ ) e com experiência de cárie ( $CPOD > 0$ ;  $ceod > 0$ ). Os valores de CPOD e ceod de 0 são equivalentes a uma situação de livres de cárie. Isto se aplica tanto para as dentições permanente quanto decídua.
- Médias e medidas de variação (por exemplo desvio-padrão ou erros padrão das médias) das idades-índices de severidade de cárie para os seguintes indicadores selecionados:
  - cd (número de dentes cariados na dentição decídua)
  - ed (número de dentes perdidos devido à cárie na dentição decídua)
  - od (número de dentes restaurados na dentição decídua)
  - cod (número de dentes cariados e restaurados na dentição decídua)
  - ceod (número de dentes cariados, perdidos devido à cárie e

	restaurados na dentição decídua)
CD	(número de Dentes Cariados na dentição permanente)
PD	(número de Dentes Perdidos devido à cárie na dentição permanente)
OD	(número de Dentes Restaurados na dentição permanente)
COD	(número de Dentes Cariados e Restaurados na dentição permanente)
CPOD	(número de Dentes Cariados, Perdidos devido à cárie e Restaurados na dentição permanente)

O índice CPO pode também ser calculado para raízes dentárias desde que esses dados sejam obtidos de cada dente individualmente; isso é de importância particular no grupo etário de 65-74 anos.

Quando os dados forem coletados segundo superfície dentária (veja **Anexo 3** e **Anexo 4**), um segundo grupo de tabelas com os indicadores correspondentes deveria ser preparada.

- Contribuição de cada componente no total do índice de cárie segundo idades-índices entre os indivíduos examinados:
  - Porcentagem de dentes C/CPOD ou c/ceod (porcentagem de dentes cariados dividido pelo índice total de experiência de cárie).
  - Porcentagem de dentes P/CPOD ou e/ceod (porcentagem de dentes perdidos devido à cárie dividido pelo índice total de experiência de cárie).
  - Porcentagem de dentes O/CPOD ou o/ceod (porcentagem de dentes restaurados dividido pelo índice total de experiência de cárie).
- O nível de experiência de cárie na dentição decídua ou permanente pode seguir os critérios de severidade da OMS (5). Para os grupos etários-índices típicos de crianças (12 anos) e adultos (35-44 anos), as seguintes médias CPOD podem ser consideradas para resumir o grau de experiência de cárie:

**Crianças de 12 anos de idade (CPOD)**

Muito baixa < 1,2

Baixa 1,2-2,6

Moderada 2,7-4,4

Alta 4,5-6,5

Muito alta >6,5

**Adultos de 35-44 anos de idade (CPOD)**

Muito baixa < 5,0

Baixa 5,0-8,9

Moderada 9,0-13,9

Alta >13,9

Da mesma forma, o nível de cárie dentária entre crianças de 5/6 anos de idade (ceod) e 65-74 anos (CPOD) poderia ser descrito com base em

categorias de experiência de cárie.

O resumo dos dados da prevalência de cárie conforme indicado nesta segunda seção deveria ser realizado após estratificação da amostra como um todo, segundo:

- grupo etário
- localizações geográficas/regiões/unidades
- sexo
- grupo étnico.

Se o delineamento do estudo necessitar do registro da condição da dentição segundo superfície, por exemplo, na avaliação do efeito de programas de intervenção em saúde pública, isso pode ser feito utilizando as fichas fornecidas no **Anexo 3** e no **Anexo 4**. A categorização correspondente do nível de cárie dentária pode então ser derivada.

#### *Condição periodontal (CPI) modificada*

A condição de saúde gengival segundo grupo etário (crianças e adultos) deveria ser relatada fornecendo o número de indivíduos e porcentagem de indivíduos que não possuem sangramento à sondagem (escore 0), e sangramento à sondagem (escore 1). A condição da saúde gengival também pode ser descrita pelo número e porcentagem de dentes com sangramento (escore 1) e sem sangramento (escore 0). Além disso, o número e porcentagem de dentes excluídos, e o número e porcentagem de dentes ausentes deveria ser relatado.

A prevalência de adultos com escores específicos de bolsa é relatado segundo grupo etário utilizando as seguintes variáveis:

- número e porcentagem de indivíduos com ausência da condição (escore 0);
- número e porcentagem de indivíduos com bolsas de 4-5 mm (escore 1); e
- número e porcentagem de indivíduos com bolsas de 6mm ou mais (escore 2).

A severidade da doença periodontal é indicada pelas seguintes variáveis (23):

- número e porcentagem de dentes presentes com ausência da condição (escore 0);
- número e porcentagem de dentes com bolsas de 4-5 mm (escore 1); e
- número e porcentagem de dentes com bolsas de 6mm ou mais (escore 2).

Além disso, o número e porcentagem de dentes excluídos, e o número e porcentagem de dentes ausentes deveria ser relatado.

O sistema CPI modificado inclui registro de sinais de doença periodontal em todos os dentes que estão presentes. Entretanto, se um pesquisador estiver interessado em comparar seus achados atuais com aqueles de levantamentos nos quais versões anteriores do sistema CPI foram aplicadas, a análise pode ficar restrita apenas ao indicador dentes.

#### Análise dos dados do questionário

A análise completa das respostas às questões de saúde bucal relacionadas à qualidade de vida (Q12), consumo de alimentos e bebidas açucarados (Q13), consumo de tabaco (Q14), e uso prejudicial de álcool (Q15) irá requerer criar outras variáveis. Q10, Q11, e Q12 são questões correspondentes no questionário para crianças. Índices comportamentais podem ser gerados a partir dessas questões por meio da adição de escores aos itens escolhidos pelo participante (22). Pontos de corte para categorias (3 ou 5) podem então ser determinadas a partir de distribuições empíricas.

## 3.3 Preparação de relatórios do levantamento

O relatório do levantamento deve conter a seguinte informação:

1. *Declaração dos propósitos do levantamento*: Esta declaração deveria incluir uma descrição clara e sucinta dos objetivos do levantamento e
2. *Materiais e métodos*: Neste tópico, é usual incluir o seguinte:
  - *Área e população*: Esta seção incluirá uma descrição geral da região geográfica e da amostra de pessoas que foram examinadas.
  - *Natureza da informação coletada e os métodos utilizados*: Uma descrição é necessária com relação ao tipo de informação coletada e dos métodos utilizados para coletar os dados, por exemplo, por meio de questionários auto-aplicados, entrevista ou exame clínico. É também essencial indicar o ano da coleta dos dados. Se for feita referência aos métodos descritos neste manual, pode não ser necessário descrever o exame epidemiológico em detalhes.
  - *Métodos de amostragem*: Uma explicação deveria ser fornecida sobre o método de amostragem utilizado, o tamanho total da amostra e de sub-amostras, taxa de resposta, e a extensão na qual a amostra é considerada representativa da população alvo. O relatório deveria descrever os critérios utilizados para agrupar os diferentes elementos em conglomerados urbanos, periurbanos e rurais, e fornecer descrição do processo utilizado para selecionar escolas, salas de aula, estudantes, adultos, idosos etc. O número e a descrição das pessoas que foram selecionadas para a amostra mas que não foram examinadas, e quaisquer problemas de amostragem encontrados, deveriam também ser relatados. Se uma amostra probabilística tiver sido utilizada, o relatório deveria explicar como a amostra final foi obtida, por exemplo, amostra estratificada, amostra sistemática ou amostra probabilística proporcional ao tamanho. Também é importante indicar se qualquer ponderação (uso de peso de sorteio amostral) foi incluída na análise dos dados, assim como o *software* utilizado para esse propósito, se algum tiver sido utilizado.

- *Equipe e organização física:* É aconselhável dar uma breve explicação da organização física nos locais de exame, do equipamento utilizado, e da organização, treinamento e experiência da equipe utilizada na coleta, processamento e tabulação dos dados. Deveriam ser descritas as estratégias para padronização e calibração dos examinadores e dos entrevistadores, e para a checagem da consistência dos examinadores ao longo da realização do levantamento.
  - *Análise estatística e procedimento e uso de computador (softwares específicos):* Os métodos estatísticos utilizados na compilação das tabelas finais resumidas a partir dos dados crus deveriam ser descritos brevemente ou referências apropriadas deveriam ser fornecidas. Pode ser feita referência, por exemplo, aos métodos descritos neste manual, onde relevante. Se a análise dos dados foi realizada em nível nacional, informação deve ser fornecida no relatório sobre o software (por exemplo Epi Info, SPSS, STATA) utilizado para este propósito.
  - *Análise de custo:* Informação sobre os custos do levantamento e o tempo gasto na coleta dos dados é de interesse considerável. O relato de custos de planejamento, exercícios de treinamento e calibração, trabalho de campo, supervisão, análise estatística, salários e despesas gerais facilita a avaliação crítica dos métodos de levantamento e fornece dados econômicos úteis.
  - *Precisão e reprodutibilidade dos resultados:* É importante incluir dados sobre a variabilidade inter e intraexaminador conforme obtido nos exames de calibração pré-levantamento e sobre os exames em duplicata realizados durante o levantamento. Esta informação dá ao gestor da área e ao leitor do relatório uma identificação do grau de erro do examinador que pode ser aplicado aos resultados. Os relatórios do levantamento em saúde bucal deveriam incluir uma descrição das atividades de calibração, incluindo como e quando o processo de calibração foi realizado, quantos examinadores e anotadores foram treinados, as variáveis incluídas na calibração, e a porcentagem individual e geral (de todos os examinadores) de concordância e coeficiente *kappa* calculado para precisão intra e interexaminador.
3. *Resultados:* Os resultados podem ser apresentados de várias formas. Brevidade é importante. O texto deveria conter uma descrição curta dos resultados mais importantes e tabelas resumidas. Alguns diagramas, gráficos, histogramas, gráficos em barras ou em forma de pizza podem ser utilizados para ilustrar pontos que não estão facilmente explicados no texto nem facilmente visíveis nas tabelas. Um regra básica tanto para figuras quanto para tabelas é que elas deveriam ser claramente elaboradas de modo a que sejam compreensíveis sem precisar consultar o texto.

O resumo básico das tabelas fornecidas pelo programa padrão da OMS se refere a duas áreas principais: (a) condição de saúde bucal e intervenção de urgência (**Anexo 9**) e (b) auto-avaliação de saúde bucal e riscos (**Anexo 10**). Um resultado claro dos resultados deverá incluir tabelas auto-explicativas e independentes com totais no topo da tabela.

Tabelas específicas por idade deveriam ser produzidas para outras condições incluídas no levantamento; por exemplo, se um levantamento obteve dados para prevalência de lesões de mucosa bucal, essas variáveis devem ser descritas para cada grupo e então segundo localização geográfica, sexo e etnia, se apropriado. Nos locais onde observações categóricas tiverem sido registradas, a tabela deveria incluir o número e a porcentagem para cada categoria. Isso se aplica a várias condições clínicas e respostas aos questionários.

Em geral, os dados de questionário geram variáveis categóricas ou ordinais. O número de respostas para cada questão individual deveria ser calculado e as porcentagens fornecidas em tabelas padronizadas. Além das distribuições univariada e bivariada simples, o grupo de dados permite análises estratificadas e multivariadas baseadas na distribuição de frequências; análises que requeiram associações mais complexas irão requerer o uso de técnicas de análise de regressão, e estas estão incluídas nas ferramentas estatísticas padrão tais como SPSS, SAS ou STATA. O uso de tais ferramentas é também pertinente onde os dados epidemiológicos e do questionário tenham sido agrupados.

4. *Discussão e conclusões:* Os resultados do levantamento deveriam ser discutidos sistematicamente.
  - A condição de saúde bucal da população deveria ser comparada com dados de levantamentos prévios de uma população semelhante se tais dados estiverem disponíveis. Além disso, a comparação dos dados atuais pode ser feita com resultados de levantamentos de grupos etários semelhantes em locais vizinhos ou países.
  - As limitações do levantamento deveriam descrever os aspectos do levantamento que poderiam ser melhorados.
  - As implicações dos resultados do levantamento para a promoção de saúde bucal e prevenção integrada das doenças, o desenvolvimento ou o ajuste de programas de saúde, deveriam ser esclarecidos. Além disso, o relatório deveria incluir sugestões para a organização prática de programas dentro do contexto de um sistema nacional de saúde pública.
  - A intervenção de urgência da população examinada deveria ser registrada juntamente com uma breve discussão das diferentes categorias de intervenção para os grupos etários relacionados.
5. *Sumário ou resumo:* Um breve sumário do relatório é necessário, de um

tamanho adequado para ser utilizado como um resumo (aproximadamente 250 palavras). Os objetivos do estudo e o número de pessoas examinadas deveriam ser descritos, além de alguns dos resultados mais importantes sobre a condição dentária e saúde periodontal e outras condições bucais em dois ou três grupos etários e para a amostra como um todo; por exemplo, a proporção de participantes afetados pela cárie e a proporção de dentes com sangramento gengival e bolsas. A proporção de participantes que necessitam de intervenção pronta e urgente pode ser incluída. Qualquer resultado pouco comum ou não esperado deveria ser considerado. Dependendo das condições do levantamento, os achados obtidos a partir da amostra podem ser generalizáveis a nível de país e recomendações de saúde pública deveriam ser feitas de acordo.

# Referências

1. *Basic Oral Health Survey Methods*, 1st ed. Geneva, World Health Organization, 1971.
2. *Oral health surveys. Basic methods*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 1977.
3. *Oral health surveys. Basic methods*, 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 1987.
4. *Oral Health Survey. Basic methods*, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 1997.
5. *The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Geneva, World Health Organization, 2003.
6. Petersen PE. Oral health. In: Heggenhaugen K, Quah S, eds. *International encyclopedia of public health*, Vol. 4. San Diego, CA, Academic Press, 2008:677–685.
7. Petersen PE. Socio-behavioural risk factors in dental caries – international perspectives. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2005, 33:274–279.
8. Petersen PE et al. Oral health information systems – towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:686–693.
9. WHO STEPS *Surveillance Manual: The WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance*. Geneva, World Health Organization, 2005.
10. Armitage P, Berry G, Matthews JNS. *Statistical methods in medical research*, 4th ed. Oxford, Blackwell Science, 2002.
11. Lesaffre E et al. *Statistical and methodological aspects of oral health research*. Chichester, John Wiley & Sons Ltd, 2009.
12. Eklund S, Moller IJ, LeClercq MH. Calibration of examiners for oral epidemiological surveys. World Health Organization, 1993 (ORH/EIS/EPID.93.1).
13. Bulman JS, Osborne JF. Measuring diagnostic consistency. *British Dental Journal*, 1989, 166:377–381.
14. Landis JR, Kock GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 1977, 33:159–174.

15. Cuny E et al. *Infection control in practice – oral health care*. WHO Collaborating Centre for Community Oral Health Programmes and Research; Organization for Safety and Asepsis Procedures (OSAP); University of Copenhagen, Faculty of Health Sciences, Copenhagen, 2010.
16. Baez RJ, Baez XL. Use of pressure cookers for sterilization of clinical instruments. *Journal of Dental Research*, 1998, 77:Abstract 1774.
17. Melnick SL et al. *A guide for epidemiological studies of oral manifestations of HIV infection*. Geneva, World Health Organization, 1993.
18. ISO TC106 - ISO 3950:2009 Dentistry – *Designation system for teeth and areas of the oral cavity*.
19. WHO *Expert Group on Equipment and Materials for Oral Care (EGEMOC)*. *The periodontal probe for use with the Community Periodontal Index of Treatment Needs*. Geneva, World Health Organization, 1990 (unpublished document available on request from Oral Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
20. Dean HT. The investigation of physiological effects by the epidemiological method. In: Moulton FR, ed. *Fluoride and dental health*. Washington, DC, American Association for the Advancement of Science, 1942, (Publication No. 19):23–31.
21. *Health Interview Surveys – Towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996.
22. Bryan A. *Social research methods*. Oxford, Oxford University Press, 2012 (Online Resource Centres).
23. Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease. *Periodontol 2000*, 2012, 60:15–39.



## Organização Mundial da Saúde

### Ficha de Condição de Saúde Bucal de Adultos, 2013

Deixar em branco	Ano	Mês	Dia	No. Identificação	Orig./Dupl	Examinador												
(1) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (4)	(5) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (10)	(11) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (14)		<input type="text"/> (15)	(16) <input type="text"/> <input type="text"/> (17)													
<b>Informação Geral:</b>				<b>Sexo</b> 1=M, 2=F	<b>Data de nascimento</b>	<b>Idade em anos</b>												
(Nome) _____				<input type="text"/> (18)	(19) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (24)	(25) <input type="text"/> <input type="text"/> (26)												
<b>Grupo étnico</b> (27) <input type="text"/> <input type="text"/> (28)	<b>Outro grupo</b> (29) <input type="text"/> <input type="text"/> (30)	<b>Anos na escola</b> (31) <input type="text"/> <input type="text"/> (32)	<b>Ocupação</b> <input type="text"/> (33)															
<b>Comunidade</b> (localização geográfica) (34) <input type="text"/> <input type="text"/> (35)	<b>Localização</b> Urbana (1) Periurbana (2) Rural (3) <input type="text"/> (36)																	
<b>Outros dados</b> _____ (37) <input type="text"/> <input type="text"/> (38)	<b>Outros dados</b> _____ (39) <input type="text"/> <input type="text"/> (40)																	
<b>Outros dados</b> _____ (41) <input type="text"/> <input type="text"/> (42)	<b>Exame extra-oral</b> _____ (43) <input type="text"/> <input type="text"/> (44)																	
<b>Condição da dentição</b>				<b>Dentes permanentes</b>														
Coroa	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	<b>Condição</b> 0 = Hígido 1 = Cariado 2 = Restaurado com cárie 3 = Restaurado sem cárie 4 = Perdido devido à cárie 5 = Perdido por outra razão 6 = Selante de fissuras 7 = Apoio de ponte ou coroa 8 = Não erupcionado 9 = Não registrado	
(45) <input type="text"/>														(60)				
Raiz																		(76)
(61) <input type="text"/>																		
Coroa																	(92)	
Raiz																	(108)	
(77) <input type="text"/>																		
(93) <input type="text"/>	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
<b>Condição periodontal (CPI Modificado)</b>				<b>Sangramento gengival</b>														
Sangramento	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	<b>Escore</b> 0 = Ausência de condição/ sextante hígido 1 = Presença de condição 9 = Dente excluído X = Dente ausente	
(109) <input type="text"/>														(124)				
Bolsa																	(140)	
(125) <input type="text"/>																		
Sangramento																	(156)	
Bolsa																	(172)	
(141) <input type="text"/>	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	<b>Bolsa</b> 0 = Ausência da condição/ sextante hígido 1 = Bolsa de 4-5 mm 2 = Bolsa de 6 mm ou mais 9 = Dente excluído X = Dente ausente	
(157) <input type="text"/>																		



# Organização Mundial da Saúde

## Ficha de Condição de Saúde Bucal de Adultos, 2013

<p><b>Perda de inserção</b></p> <p><b>Severidade</b>          0 = 0-3 mm          1 = 4-5 mm          2 = 6-8 mm          3 = 9-11 mm          4 = 12 mm ou mais          X = sextante excluído          9 = não registrado          * Não registrado abaixo dos 15 anos de idade</p> <p style="text-align: center;"><b>Dentes índices</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">17/16</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td style="text-align: center;">26/27</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(173) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;">(175) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(176) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;">(178) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table> <p>Junção cimento-esmalte (JCE) dentro da faixa preta          JCE entre o limite superior da faixa preta e a marca          JCE entre a marca de 8,5 mm e a de 11,5 mm          JCE acima da marca de 11,5 mm</p>	17/16	11	26/27	(173) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(175) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(176) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(178) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<p><b>Fluorose dentária</b> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (179)</p> <p><b>Severidade</b>          0 = Normal          1 = Questionável          2 = Muito leve          3 = Leve          4 = Moderada          5 = Severa          8 = Excluído (coroa, restauração, braquete)          9 = Não registrado (dente não erupcionado)</p>
17/16	11	26/27								
(173) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(175) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>								
(176) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(178) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>								
<p><b>Erosão dentária</b></p> <p>Severidade <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (180)</p> <p>0 = Sem sinal de erosão          1 = Lesão em esmalte          2 = Lesão em dentina          3 = Envolvimento pulpar</p> <p>Número de dentes afetados  <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (181) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (182)</p>	<p><b>Injúrias dentárias traumáticas</b></p> <p>Condição <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (183)</p> <p>0 = Sem sinal de injúria          1 = Injúria tratada          2 = Somente fratura em esmalte          3 = Fratura em esmalte e dentina          4 = Envolvimento pulpar          5 = Dente perdido devido a traumatismo          6 = Outro dano          9 = Dente excluído</p> <p style="text-align: center;">afetados  <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (184) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (185)</p>									
<p><b>Lesões da mucosa bucal</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (186)</td> <td style="width: 50%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (189)</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (187)</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (190)</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (188)</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (191)</td> </tr> </table> <p><b>Condição</b>          0 = Sem condição anormal          1 = Tumor maligno (câncer de boca)          2 = Leucoplasia          3 = Líquen plano          4 = Ulceração (aftosa, herpética, traumática)          5 = Gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA)          6 = Candidíase          7 = Abscesso          8 = Outra condição (especificar se possível)          9 = Não registrado</p> <p><b>Localização</b>          0 = Linha cutâneo-mucosa          1 = Comissuras          2 = Lábios          3 = Sulcos          4 = Mucosa bucal          5 = Soalho da boca          6 = Língua          7 = Palato duro e/ou mole          8 = Rebordo alveolar/gengiva          9 = Não registrado</p>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (186)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (189)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (187)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (190)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (188)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (191)	<p><b>Uso de prótese</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Superior <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (192)</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Inferior <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (193)</td> </tr> </table> <p><b>Condição</b>          0 = Sem prótese          1 = Prótese parcial          2 = Prótese total          9 = Não registrado</p>	Superior <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (192)	Inferior <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (193)	
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (186)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (189)									
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (187)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (190)									
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (188)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (191)									
Superior <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (192)	Inferior <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (193)									
<p><b>Urgência com necessidade de intervenção ou encaminhamento</b> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (194)</p> <p>0 = Sem necessidade de tratamento          1 = Necessidade de tratamento preventivo ou de rotina          2 = Tratamento imediato incluindo remoção de tecido          3 = Tratamento imediato (de urgência) necessário devido à dor ou infecção dentária ou de origem bucal          4 = Referenciado para avaliação minuciosa ou tratamento médico/odontológico (condição sistêmica)</p>										



# Organização Mundial da Saúde

## Ficha de Condição de Saúde Bucal de Crianças, 2013

Deixar em branco	Ano	Mês	Dia	No. Identificação	Orig./Dupl	Examinador																																																																																			
(1) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (4)	(5) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (10)	(11) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (14)	<input type="text"/> (15)	(16) <input type="text"/> <input type="text"/> (17)																																																																																					
<b>Informação Geral:</b>				<b>Sexo</b> 1=M, 2=F	<b>Data de nascimento</b>	<b>Idade em anos</b>																																																																																			
(Nome) _____				<input type="text"/> (18)	(19) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (24)	(25) <input type="text"/> <input type="text"/> (26)																																																																																			
<b>Grupo étnico</b> (27) <input type="text"/> <input type="text"/> (28)		<b>Outro grupo</b> (29) <input type="text"/> <input type="text"/> (30)		<b>Anos na escola</b> (31) <input type="text"/> <input type="text"/> (32)	<b>Ocupação</b> <input type="text"/> (33)																																																																																				
<b>Comunidade</b> (localização geográfica) (34) <input type="text"/> <input type="text"/> (35)				<b>Localização</b> Urbana (1) Periurbana (2) Rural (3) <input type="text"/> (36)																																																																																					
<b>Outros dados</b> _____ (37) <input type="text"/> <input type="text"/> (38)				<b>Outros dados</b> _____ (39) <input type="text"/> <input type="text"/> (40)																																																																																					
<b>Outros dados</b> _____ (41) <input type="text"/> <input type="text"/> (42)				<b>Exame extra-oral</b> _____ (43) <input type="text"/> <input type="text"/> (44)																																																																																					
<b>Condição da dentição</b>					<b>Dente Decíduo</b>																																																																																				
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td></td> </tr> <tr> <td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td> </tr> <tr> <td>Coroa</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Coroa</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td> </tr> </table>						55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	Coroa	<input type="text"/>		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				Coroa	<input type="text"/>		47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	<b>Condição</b> A 0 = Hígido B 1 = Cariado C 2 = Restaurado com cárie D 3 = Restaurado sem cárie E 4 = Perdido devido à cárie F 5 = Perdido por outra razão G 6 = Selante de fissuras H 7 = Apoio de ponte ou coroa I 8 = Não erupcionado J 9 = Não registrado																									
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																																																																															
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27																																																																												
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"/>																																																																												
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																															
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"/>																																																																												
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37																																																																											
<b>Condição periodontal</b>					<b>Fluorese dentária</b> <input type="text"/> (101)																																																																																				
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td></td> </tr> <tr> <td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td> </tr> <tr> <td>Coroa</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Coroa</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td> </tr> </table>						55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	Coroa	<input type="text"/>		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				Coroa	<input type="text"/>		47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	<b>Condição</b> 0 = Normal                      3 = Leve 1 = Questionável            4 = Moderada 2 = Muito leve                5 = Severa 8 = Excluído (coroa, restauração, bráquete) 9 = Não registrado (dente não erupcionado)																									
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																																																																															
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27																																																																												
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"/>																																																																												
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																															
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"/>																																																																												
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37																																																																											
<b>Sangramento gengival</b>																																																																																									
Escalas 0 = Ausência de condição/sextante hígido      9 = Dente excluído 1 = Presença de condição                              X = Dente ausente																																																																																									
<b>Erosão dentária</b>		<b>Injúrias dentárias</b>		<b>Lesões da mucosa</b>		<b>Urgência com necessidade de intervenção ou encaminhamento</b> <input type="text"/> (114)																																																																																			
Condição <input type="text"/> (102)  Severidade <input type="text"/> (102)  0 = Sem sinal de erosão 1 = Lesão em esmalte 2 = Lesão em dentina 3 = Envolvimento pulpar  Número de dentes <input type="text"/> <input type="text"/> (103) <input type="text"/> <input type="text"/> (104)		Condição <input type="text"/> (105)  0 = Sem sinal de injúria 1 = Injúria tratada 2 = Somente fratura em esmalte 3 = Fratura em esmalte e dentina 4 = Envolvimento pulpar 5 = Dente perdido devido a traumatismo 6 = Outro dano  Número de dentes <input type="text"/> <input type="text"/> (106) <input type="text"/> <input type="text"/> (107)		Condição <input type="text"/> (108) <input type="text"/> (111) <input type="text"/> (109) <input type="text"/> (112) <input type="text"/> (110) <input type="text"/> (113)  0 = Sem condição anormal 1 = Ulceração (aftosa, herpética, traumática) 2 = Gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA) 3 = Candidíase 4 = Abscesso 8 = Outra condição (especificar se possível) 9 = Não registrado		0 = Linha cutâneo-mucosa 1 = Comissuras 2 = Lábios 3 = Sulcos 4 = Mucosa bucal 5 = Soalho da boca 6 = Língua 7 = Palato duro e/ou mole 8 = Rebordo alveolar/gengiva 9 = Não registrado		0 = Sem necessidade de tratamento 1 = Necessidade de tratamento preventivo ou de rotina 2 = Tratamento imediato incluindo remoção de tecido 3 = Tratamento imediato (de urgência) necessário devido à dor ou infecção dentária ou de origem bucal 4 = Referenciado para avaliação minuciosa ou tratamento médico/odontológico (condição sistêmica)																																																																																	





## Organização Mundial da Saúde

### Ficha de Condição de Saúde Bucal de Adultos (segundo superfície dentária), 2013

Deixar em branco	Ano	Mês	Dia	No. Identificação	Orig./Dupl	Examinador												
(1) <input type="text"/>	(5) <input type="text"/>	(6) <input type="text"/>	(7) <input type="text"/>	(11) <input type="text"/>	(15) <input type="text"/>	(17) <input type="text"/>												
<b>Informação Geral:</b>				<b>Sexo</b> 1=M, 2=F	<b>Data de nascimento</b>	<b>Idade em anos</b>												
(Nome) _____				(18) <input type="text"/>	(19) <input type="text"/>	(25) <input type="text"/>												
<b>Grupo étnico</b> (27) <input type="text"/>	<b>Outro grupo</b> (29) <input type="text"/>	<b>Anos na escola</b> (31) <input type="text"/>	<b>Ocupação</b> (33) <input type="text"/>															
<b>Comunidade</b> (localização geográfica) (34) <input type="text"/>	<b>Localização</b> Urbana (1) Periurbana (2) Rural (3) <input type="text"/>																	
<b>Outros dados</b> _____ (37) <input type="text"/>	<b>Outros dados</b> _____ (39) <input type="text"/>																	
<b>Outros dados</b> _____ (41) <input type="text"/>	<b>Exame extra-oral</b> _____ (43) <input type="text"/>																	
<b>Condição da dentição</b>						<p><b>Dentes permanentes</b></p> <p><b>Condição</b></p> <p>0 = Hígido                  1 = Cariado                  2 = Restaurado com cárie                  3 = Restaurado sem cárie                  4 = Perdido devido à cárie                  5 = Perdido por outra razão                  6 = Selante de fissuras                  7 = Apoio de ponte ou coroa                  8 = Não erupcionado                  9 = Não registrado</p>												
Ocl	18	17	16	15	14		13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	(45-54)
Mes																	(55-70)	
Palat																	(71-86)	
Dist																	(87-102)	
Vest																	(103-118)	
Ocl	48	47	46	45	44		43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	(119-128)
Mes																	(129-144)	
Palat																	(145-160)	
Dist																	(161-176)	
Vest																	(177-192)	
<b>Condição periodontal (CPI Modificado)</b>						<p><b>Sangramento gengival</b></p> <p><b>Escore</b></p> <p>0 = Ausência de condição/                  sextante hígido                  1 = Presença de condição                  9 = Dente excluído                  X = Dente ausente</p> <p><b>Bolsa</b></p> <p><b>Escore</b></p> <p>0 = Ausência de condição/                  sextante hígido                  1 = Bolsa de 4-5 mm                  2 = Bolsa de 6 mm ou mais                  9 = Dente excluído                  X = Dente ausente</p>												
Sangramento (193)	18	17	16	15	14		13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	(280)
Bolsa (209)																	(224)	
Sangramento (225)																	(240)	
Bolsa (241)																	(256)	



## Organização Mundial da Saúde

### Ficha de Condição de Saúde Bucal de Adultos, 2013

<p><b>Perda de inserção</b></p> <p><b>Severidade</b>                  0 = 0-3 mm                  1 = 4-5 mm    Junção cimento-esmalte (JCE) dentro da faixa preta                  2 = 6-8 mm    JCE entre o limite superior da faixa preta e a marca de 8,5 mm                  4 = 12 mm ou mais    JCE acima da marca de 11,5 mm                  X = sextante excluído                  9 = não registrado                  * Não registrado abaixo dos 15 anos de idade</p>		<p style="text-align: center;"><b>Dentes índices</b></p> <p style="text-align: center;">17/16    11    26/27</p> <p>(257) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (259)</p> <p>(260) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (262)</p>		<p><b>Fluorose dentária</b>    <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (263)</p> <p><b>Severidade</b>                  0 = Normal                  1 = Questionável                  2 = Muito leve                  3 = Leve                  4 = Moderada                  5 = Severa                  8 = Excluído (coroa, restauração, bráquete)                  9 = Não registrado (dente não erupcionado)</p>	
<p><b>Erosão dentária</b></p> <p>Severidade    <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (264)</p> <p>0 = Sem sinal de erosão                  1 = Lesão em esmalte                  2 = Lesão em dentina                  3 = Envolvimento pulpar</p> <p>Número de dentes afetados  <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (265) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (266)</p>		<p><b>Injúrias dentárias traumáticas</b></p> <p>Condição    <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (267)</p> <p>0 = Sem sinal de injúria                  1 = Injúria tratada</p> <p>3 = Fratura em esmalte e dentina                  4 = Envolvimento pulpar                  5 = Dente perdido devido a traumatismo                  6 = Outro dano</p> <p style="text-align: center;">afetados                  (268) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (269)</p>			
<p><b>Lesões da mucosa bucal</b></p> <p><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (270)    <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (273)</p> <p><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (271)    <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (274)</p> <p><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (272)    <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (275)</p> <p><b>Condição</b>                  0 = Sem condição anormal                  1 = Tumor maligno (câncer de boca)                  2 = Leucoplasia                  3 = Líquen plano                  4 = Ulceração (aftosa, herpética, traumática)                  5 = Gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA)                  6 = Candidíase                  7 = Abscesso                  8 = Outra condição (especificar se possível)                  9 = Não registrado</p> <p><b>Localização</b>                  0 = Linha cutâneo-mucosa                  1 = Comissuras                  2 = Lábios                  3 = Sulcos                  4 = Mucosa bucal                  5 = Soalho da boca                  6 = Língua                  7 = Palato duro e/ou mole</p>			<p><b>Uso de prótese</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Superior</b>    <b>Inferior</b></p> <p><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (276)    <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (277)</p> <p><b>Condição</b>                  0 = Sem prótese                  1 = Prótese parcial                  2 = Prótese total                  9 = Não registrado</p>		
<p><b>Urgência com necessidade de intervenção ou encaminhamento</b>    <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (278)</p> <p>0 = Sem necessidade de tratamento                  1 = Necessidade de tratamento preventivo ou de rotina                  2 = Tratamento imediato incluindo remoção de tecido                  3 = Tratamento imediato (de urgência) necessário devido à dor ou infecção dentária ou de origem bucal                  4 = Referenciado para avaliação minuciosa ou tratamento médico/odontológico (condição sistêmica)</p>					





## Organização Mundial da Saúde

### Ficha de Condição de Saúde Bucal de Crianças (segundo superfície dentária), 2013

<p><b>Condição periodontal</b></p> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">             55 54 53 52 51 61 62 63 64 65              17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27              (173) <input type="text"/> (186)         </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">             85 84 83 82 81 71 72 73 74 75              (187) <input type="text"/> (200)         </div> <div style="text-align: center;">             47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37         </div> <p><b>Sangramento gengival</b>  <b>Escores</b>              0 = Ausência de condição/sextante hígido      9 = Dente excluído              1 = Presença de condição                              X = Dente ausente</p>		<p><b>Fluorese dentária</b> <input type="text"/> (201)</p> <p>Condição</p> <p>0 = Normal                              3 = Leve              1 = Questionável                  4 = Moderada              2 = Muito leve                      5 = Severa</p> <p>8 = Excluído (coroa, restauração, bráquete)              9 = Não registrado (dente não erupcionado)</p>	
<p><b>Erosão dentária</b></p> <p>Severidade <input type="text"/> (202)</p> <p>0 = Sem sinal de erosão              1 = Lesão em esmalte              2 = Lesão em dentina              3 = Envolvimento pulpar</p> <p>Número de dentes <input type="text"/> (203) <input type="text"/> (204)</p>	<p><b>Injúrias dentárias traumáticas</b></p> <p>Condição <input type="text"/> (205)</p> <p>0 = Sem sinal de injúria              1 = Injúria tratada              2 = Somente fratura em esmalte              3 = Fratura em esmalte e dentina              4 = Envolvimento pulpar</p> <p>Número de dentes <input type="text"/> (206) <input type="text"/> (207)</p>	<p><b>Lesões da mucosa bucal</b></p> <p>Condição <input type="text"/> (208) <input type="text"/> (211)</p> <p><input type="text"/> (209) <input type="text"/> (212)</p> <p><input type="text"/> (210) <input type="text"/> (213)</p> <p>0 = Sem condição anormal              1 = Ulceração (aftosa, herpética, traumática)              2 = Gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA)              3 = Candidíase              4 = Abscesso              8 = Outra condição (especificar se possível)              9 = Não registrado</p> <p>0 = Linha cutâneo-mucosa              1 = Comissuras              2 = Lábios              3 = Sulcos              4 = Mucosa bucal              5 = Soalho da boca              6 = Língua              7 = Palato duro e/ou mole              8 = Rebordo alveolar/gengiva</p>	<p><b>Urgência com necessidade de intervenção ou encaminhamento</b> <input type="text"/> (214)</p> <p>0 = Sem necessidade de tratamento              1 = Necessidade de tratamento preventivo ou de rotina              2 = Tratamento imediato incluindo remoção de tecido              3 = Tratamento imediato (de urgência) necessário devido à dor ou infecção dentária ou de origem bucal              4 = Referenciado para avaliação minuciosa ou tratamento médico/odontológico (condição sistêmica)</p>



## Organização Mundial da Saúde

### Ficha de Manifestações Bucais em HIV/AIDS, 2013

<b>País:</b> _____						
Deixar em branco	Ano	Mês	Dia	No. Identificação	Orig./Dupl	Examinador
(1) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (4)	(5) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (10)	(11) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (14)	<input type="text"/> (15)	(16) <input type="text"/> <input type="text"/> (17)		
<b>Informação Geral:</b>			<b>Sexo</b> 1=M, 2=F	<b>Data de nascimento</b>	<b>Idade em anos</b>	
_____ (Nome)			<input type="text"/> (18)	(19) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (24)	(25) <input type="text"/> <input type="text"/> (26)	
<b>Grupo étnico</b> (27) <input type="text"/> <input type="text"/> (28)	<b>Outro grupo</b> (29) <input type="text"/> <input type="text"/> (30)	<b>Anos na escola</b> (31) <input type="text"/> <input type="text"/> (32)	<b>Ocupação</b> <input type="text"/> (33)			
<b>Comunidade</b> (localização geográfica) (34) <input type="text"/> <input type="text"/> (35)		<b>Localização</b> Urbana (1) Periurbana (2) Rural (3) <input type="text"/> (36)				
<b>Outros dados</b> _____ (37) <input type="text"/> <input type="text"/> (38)		<b>Outros dados</b> _____ (39) <input type="text"/> <input type="text"/> (40)				
<b>Outros dados</b> _____ (41) <input type="text"/> <input type="text"/> (42)		<b>Outros dados</b> _____ (43) <input type="text"/> <input type="text"/> (44)				
<b>Exame extra-oral</b> _____ (45) <input type="text"/> <input type="text"/> (46)		<b>Exame extra-oral</b> _____ (47) <input type="text"/> <input type="text"/> (48)				
<b>Peso em kg</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (49-50)			<b>Febre</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (54)			
<b>Altura em cm</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (51-52)			1 = Presente    2 = Ausente			
<b>Candidíase</b>						
1 = Presente    2 = Ausente						
<b>Eritematosa</b>		<b>Hiperplásica</b>		<b>Pseudomembranosa</b>		
<input type="text"/> (55)		<input type="text"/> (56)		<input type="text"/> (57)		
<b>Localização da lesão</b>						
1 = Presente    2 = Ausente						
<input type="text"/> (58)	<input type="text"/> (59)	<input type="text"/> (60)	<input type="text"/> (61)	<input type="text"/> (62)		
<b>Língua</b>	<b>Gengiva</b>	<b>Lábio/mucosa bucal</b>	<b>Palato</b>	<b>Faringe</b>		



## Organização Mundial da Saúde

### Record Form for Oral Manifestations in HIV/AIDS, 2013

	1 = Presente ., tick	2 = Ausente ., tick	
Queilite angular.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(63)
Leucoplasia pilosa bucal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(64)
Gengivite ulcerativa necrosante (GUN).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(65)
Periodontite ulcerativa necrosante (PUN).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(66)
Estomatite necrosante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(67)
Estomatite/gengivite herpética e/ou labial.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(68)
Herpes zoster.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(69)
Molusco contagioso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(70)
Citomegalovírus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(71)
Verrugas/papilomavírus humano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(72)
Sarcoma de Kaposi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(73)
Ulcerações aftosas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(74)
Outras ulcerações.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(75)
Boca seca devido à fluxo salivar reduzido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(76)
Inchaço/tumefação uni ou bilateral de glândulas salivares maiores.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(77)
Outro(s) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(78)

## **Atlas das principais doenças e condições bucais**

As imagens incluídas neste anexo complementam os critérios e os códigos recomendados que deveriam ser utilizados ao registrar as lesões e condições bucais observadas no levantamento epidemiológico.

### **Agradecimentos**

Scully C, Welbury R, Flaitz C, Paes de Almeida O. *Orofacial health and disease in children and adolescents*, 2nd ed. London: Martin Dunitz, 2002 (Pranchas 45, 51, 57, 60, 61, 64).

Scully C, Flint SR, Porter SR, Moos KF. *Oral and maxillofacial diseases*, 3rd ed. London: Informa Healthcare, 2008 (Pranchas 52–56, 58, 59, 62, 63).

Dr M. Valderrama (Pranchas 9, 22, 26, 27).

Dr R. Baez (Pranchas 1, 3–8, 15, 17–21, 23–25, 28, 36–42, 46–50, 65–71).

Dr G. Menghini /Dr R. Baez (Pranchas 29–35).

Dr P.E. Petersen (Pranchas 2, 11, 12, 16, 43, 44).



## Condição dos dentes



Prancha 1



Prancha 2



Prancha 3



Prancha 4



Prancha 5

### *Notas explicativas*

Prancha 1 Código A: dentição decídua sadia; código 8: incisivos centrais superiores não erupcionados; e código 0: primeiros molares permanentes saudáveis / hígidos

Prancha 2 Código B: cárie – dentição decídua

Prancha 3 Código B: cárie – dentes 52, 51, 61 e 62

Prancha 4 Código B: cárie – dentes 51 e 61; código D: Restaurado sem cárie – dente 64

Prancha 5 Código D: Restaurado sem cárie – dentes 75 e 85



**Prancha 6**



**Prancha 7**



**Prancha 8**



**Prancha 9**



**Prancha 10**



**Prancha 11**



**Prancha 12**



**Prancha 13**



**Prancha 14**

*Notas explicativas*

- Prancha 6 Código A e código 0: dentições decídua e permanente sadias
- Prancha 7 Código 0: Sulcos ou fissuras escurecidos sadios no esmalte que não possuem sinais visíveis de esmalte sem suporte
- Prancha 8 Código 0: coroa hígida com áreas escurecidas e fissuradas / fluorose
- Prancha 9 Código 0: raiz sadia / hígida
- Prancha 10 Código 1: cárie – dentição permanente
- Prancha 11 Código 1: cárie – dentes 22 e 23
- Prancha 12 Código 1: cárie – dentes 34 e 35
- Prancha 13 Código 2: restaurado com cárie – dente 36
- Prancha 14 Código 1: cárie – dente 37; Código 3: restaurado sem cárie – Dente 36



**Prancha 15**



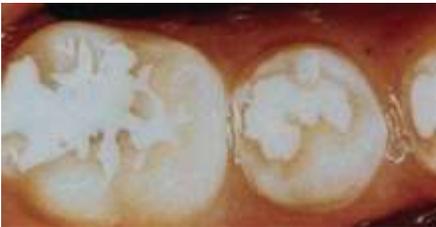
**Prancha 16**



**Prancha 17**



**Prancha 18**



**Prancha 19**



**Prancha 20**



**Plate 21**

*Notas explicativas*

- Prancha 15 Código 3: restaurado sem cárie – dentição permanente
- Prancha 16 Código 4: perdido devido à cárie
- Prancha 17 Código 1: cárie; código 4 – perdido devido à cárie dentária
- Prancha 18 Código 5: perdido devido a outra razão
- Prancha 19 Código 6: selante de fissuras
- Prancha 20 Código 7: coroas ou *vener* – dentes 11 e 21
- Prancha 21 Código 8: dente não erupcionado

**Condição periodontal**

*Notas explicativas*

- Prancha 22 Sangramento gengival score 0: ausência da condição
- Prancha 23 Sangramento gengival score 1: presença da condição (criança)



**Prancha 22**



**Prancha 23**



**Prancha 24**



**Prancha 25**



**Prancha 26**



**Prancha 27**



**Prancha 28**

Prancha 24 Sangramento gengival escore 1: presença da condição (adolescente)

Prancha 25 Sangramento gengival escore 1: presença da condição (adulto)

Prancha 26 Profundidade de bolsa escore 1: 4-5 mm

Prancha 27 Profundidade de bolsa escore 2: 6 mm ou mais

Prancha 28 Sangramento gengival escore 9: excluído – dente 16

## Fluorose dentária



Prancha 29



Prancha 30



Prancha 31



Prancha 32



Prancha 33



Prancha 34



**Prancha 35**

*Notas explicativas*

Prancha 29 Código 0: normal/sem sinal de fluorose

Prancha 30 Escore 1: fluorose questionável

Prancha 31 Escore 1: fluorose questionável

Prancha 32 Escore 1: fluorose questionável

Prancha 33 Escore 1: fluorose questionável

Prancha 34 Escore 2: fluorose muito leve

Prancha 35 Escore 2: fluorose muito leve



**Prancha 36**



**Prancha 37**



**Prancha 38**



**Prancha 39**



**Prancha 40**



**Prancha 41**

*Notas explicativas*

- Prancha 36 Escore 3: fluorose leve
- Prancha 37 Escore 3: fluorose leve
- Prancha 38 Escore 4: fluorose moderada
- Prancha 39 Escore 4: fluorose moderada
- Prancha 40 Escore 5: fluorose severa
- Prancha 41 Escore 5: fluorose severa

**Erosão dentária**



**Prancha 42**



**Prancha 43**



**Prancha 44**



**Prancha 45**



**Prancha 46**

*Notas explicativas*

Prancha 42 Código 0: sem sinal de erosão

Prancha 43 Código 1: lesão em esmalte – dente 11; escore 2: lesão em dentina – dente 21

Prancha 44 Código 3: envolvimento pulpar – dentes 11 e 21

Prancha 45 Código 3: envolvimento pulpar – dentes 11, 21, 22 e 23

Prancha 46 Código 2: lesão em dentina – dentes 51 e 51; código 3: envolvimento pulpar – dente 61

**Injúrias dentárias traumáticas**



**Prancha 47**



**Prancha 48**



**Prancha 49**



**Prancha 50**

*Notas explicativas*

Prancha 47 Código 2: somente fratura em esmalte

Prancha 48 Código 3: fratura em esmalte e dentina – dentes 11 e 21

Prancha 49 Código 4: envolvimento pulpar – dente 12

Prancha 50 Código 5: dente perdido devido a traumatismo

**Lesões da mucosa bucal**



**Prancha 51**



**Prancha 52**



**Prancha 53**



**Prancha 54**



**Prancha 55**



**Prancha 56**

*Notas explicativas*

O primeiro código mostra a condição e o segundo, a localização.

Prancha 51 Código 1 e código 2: carcinoma de lábio

Prancha 52 Código 2 e código 6: leucoplasia

Prancha 53 Código 3 e código 4: líquen plano

Prancha 54 Código 4 e código 6: afta na língua

Prancha 55 Código 4 e código 1: ulceração aftosa recorrente

Prancha 56 Código 4 e código 5: ulceração aftosa recorrente



**Prancha 57**



**Prancha 58**



Prancha 59



Prancha 60



Prancha 61



Prancha 62



Prancha 63



Prancha 64

*Notas explicativas*

O primeiro código mostra a condição e o segundo, a localização.

Prancha 57 Código 4 e código 2: ulceração herpética

Prancha 58 Código 5 e código 8: gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA)

Prancha 59 Código 6 e código 6: candidíase

Prancha 60 Código 6 e código 7: candidíase (afta)

Prancha 61 Código 7 e código 7: abscesso

Prancha 62 Código 7 e código 9: abscesso

Prancha 63 Código 8 e código 8: queratose

Prancha 64 Código 8 e código 6: manchas de Koplik

**Urgência com necessidade de intervenção ou encaminhamento**



**Prancha 65**



**Prancha 66**



**Prancha 67**



**Prancha 68**



**Prancha 69**



**Prancha 70**



**Prancha 71**

*Notas explicativas*

Prancha 65 Código 0: sem necessidade de tratamento

Prancha 66 Código 1: necessidade de tratamento preventivo ou de rotina (raspagem)

Prancha 67 Código 2: necessidade de tratamento imediato

Prancha 68 Código 3: tratamento imediato (de urgência) necessário

Prancha 69 Código 3: tratamento imediato (de urgência) necessário

Prancha 70 Código 3: tratamento imediato (de urgência) necessário

Prancha 71 Código 4: referenciado para avaliação minuciosa





2-6 vezes por semana.....	<input type="checkbox"/>	5			
Uma vez por dia.....	<input type="checkbox"/>	6			
Duas ou mais vezes por dia .....	<input type="checkbox"/>	7			
<b>8. Você utiliza algum dos seguintes itens para escovar/higienizar seus dentes? Ler cada item</b>					
	Sim	Não			
	1	2			
Escova de dentes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>					
Palito de madeira.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>					
Palito de plástico .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>					
Fio dental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>					
<b>9.</b>					
	Sim	Não			
a) Você usa pasta de dente para limpar seus dentes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Você usa pasta de dente com flúor? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Não sei.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>10. Faz quanto tempo que você visitou o dentista pela última vez?</b>					
Menos do que 6 meses .....	<input type="checkbox"/>	1			
6-12 meses.....	<input type="checkbox"/>	2			
Mais do que 1 ano mas menos do que 2 anos.....	<input type="checkbox"/>	3			
2 anos ou mais porém menos do que 5 anos.....	<input type="checkbox"/>	4			
5 anos ou mais .....	<input type="checkbox"/>	5			
Nunca fui ao dentista .....	<input type="checkbox"/>	6			
<b>11. Qual foi a razão de sua última visita ao dentista?</b>					
Consulta de aconselhamento.....	<input type="checkbox"/>	1			
Dor ou problema com os dentes, gengivas ou boca .....	<input type="checkbox"/>				
2 Tratamento / retorno .....	<input type="checkbox"/>				
3					
Check up de rotina / tratamento .....	<input type="checkbox"/>	4			
<b>12. Por causa da condição de seus dentes ou boca, com que frequência você experimentou algum dos seguintes problemas durante os últimos 12 meses?</b>					
	Muito frequente	Frequente	Às vezes	Não	Não sei
	4	3	2	1	0
(a) Dificuldade para morder alimentos ....	<input type="checkbox"/>				
(b) Dificuldade para mastigar alimentos ..	<input type="checkbox"/>				
(c) Dificuldade com a fala/problema para pronunciar palavras .....	<input type="checkbox"/>				

(d) Boca seca .....	<input type="checkbox"/>				
(e) Se sentiu constrangido devido à aparência dos dentes .....	<input type="checkbox"/>				
(f) Se sentiu tenso por causa de problemas com os dentes ou a boca .....	<input type="checkbox"/>				
(g) Evitou sorrir por causa dos dentes .....	<input type="checkbox"/>				
(h) Teve sono interrompido .....	<input type="checkbox"/>				
(i) Faltou ao trabalho .....	<input type="checkbox"/>				
(j) Dificuldade em realizar atividades do dia-a-dia .....	<input type="checkbox"/>				
(k) Se sentiu menos tolerante com a(o) companheira(o) ou pessoas que são próximas a você .....	<input type="checkbox"/>				
(l) Reduziu a participação em atividades sociais .....	<input type="checkbox"/>				

**13. Com que frequência você come ou bebe algum dos seguintes alimentos, mesmo em pequenas quantidades? (Leia cada item)**

	Várias vezes ao dia	Todos os dias	Algumas vezes na semana	Uma vez por semana	Algumas vezes por mês	Raro/ nunca
	6	5	4	3	2	1
Frutas frescas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolachas, bolos, bolos recheados .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tortas doces, rosquinhas doces.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geleia, mel ou doce de leite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiclete contendo açúcar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doces/balas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doces caseiros (doce de abóbora, marmelada etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas em calda .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brigadeiro, beijinho, doces de festa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limonada, coca-cola ou outros refrigerantes ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chá com açúcar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café com açúcar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>14. Com que frequência você usa os seguintes tipos de tabaco?</b>							
(Leia cada item)	Todos os dias	Algumas vezes na semana	Uma vez na semana	Algumas vezes no mês	Raro	Nunca	
	6	5	4	3	2	1	
Cigarro.....	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>							
Charuto .....	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>							
Cachimbo.....	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Tabaco para mascar .....	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Rapé .....	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>							
<b>15. Durante os últimos 30 dias, nos dias em que você consumiu álcool, quantos drinques você <i>geralmente</i> bebeu por dia?</b>							
Menos do que 1 drinque.....	<input type="checkbox"/>	0					
1 drinque.....	<input type="checkbox"/>	1					
2 drinques.....	<input type="checkbox"/>	2					
3 drinques.....	<input type="checkbox"/>	3					
4 drinques.....	<input type="checkbox"/>	4					
5 ou mais drinques.....	<input type="checkbox"/>	5					
Não consumi álcool durante os últimos 30 dias .....	<input type="checkbox"/>	9					
<b>16. Qual o seu grau de escolaridade?</b>							
Não fui à escola (analfabeto).....	<input type="checkbox"/>	1					
Ensino fundamental incompleto - 1º ciclo (até 5º ano).....	<input type="checkbox"/>						
2 Ensino fundamental completo - 1º ciclo (até 5º ano).....	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> 3 Ensino fundamental incompleto - 2º ciclo (até 9º ano).....	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> 4 Ensino fundamental completo - 2º ciclo (até 9º ano).....	<input type="checkbox"/>	5					
Ensino médio incompleto.....	<input type="checkbox"/>					6	
Ensino médio completo.....	<input type="checkbox"/>					7	
Superior incompleto.....	<input type="checkbox"/>					6	
Superior completo.....	<input type="checkbox"/>					7	
Fiz pós-graduação (qualquer grau).....	<input type="checkbox"/>						
<i>Isto completa nosso questionário. Muito obrigada(o) por sua cooperação!</i>							
Ano	Mês	Dia	Entrevistador	Município	Estado	Região	País
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



<b>Se você não foi ao dentista nos últimos 12 meses, vá para a questão 7</b>			
<b>6. Qual foi a razão para sua última visita ao dentista?</b> (Coloque um tique ou um xis em apenas uma caixa)			
Dor ou problema com dentes, gengivas ou boca .....	<input type="checkbox"/>	1	
Tratamento / retorno.....	<input type="checkbox"/>	2	
Check up de rotina / tratamento.....	<input type="checkbox"/>	3	
Não sei / não lembro.....	<input type="checkbox"/>	9	
<b>7. Com que frequência você escova seus dentes?</b> (Coloque um tique ou um xis em apenas uma caixa)			
Nunca.....	<input type="checkbox"/>	1	
Algumas vezes por mês (2-3 vezes).....	<input type="checkbox"/>	2	
Uma vez por semana.....	<input type="checkbox"/>	3	
Algumas vezes por semana (2-6 vezes).....	<input type="checkbox"/>	4	
Uma vez por dia .....	<input type="checkbox"/>	5	
Duas ou mais vezes por dia.....	<input type="checkbox"/>	6	
<b>8. Você utiliza algum dos seguintes itens para escovar/limpar seus dentes?</b> (Ler cada item)			
	Sim	Não	
	1	2	
Escova de dentes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palito de madeira.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palito de plástico .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fio dental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Carvão vegetal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Talco (bicarbonato) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Por favor especifique_____			
<b>9.</b>			
	Sim	Não	
a) Você usa pasta de dente para limpar seus dentes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
b) Você usa pasta de dente com flúor? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Não sei..... <input type="checkbox"/>			
<b>10. Por causa da condição dos seus dentes e de sua boca, você experimentou algum dos seguintes problemas durante o último ano?</b>			
	Sim	Não	Não sei
	1	2	0
(a) Eu não estou satisfeito com a aparência dos meus dentes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) ) Eu frequentemente evito sorrir e rir por causa dos meus dentes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Outra crianças fazem <i>bullying</i> comigo			

por causa dos meus dentes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(d) A dor de dente ou desconforto causado pelos meus dentes me fizeram perder aulas na escolas ou perder dias inteiros de escolar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(e) Tenho dificuldade para morder alimentos sólidos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(f) Tenho dificuldade para mastigar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**11. Com que frequência você come ou bebe algum dos seguintes alimentos, mesmo em pequenas quantidades? (Leia cada item)**

	Várias vezes ao dia	Todos os dias	Algumas vezes na semana	Uma vez por semana	Algumas vezes por mês	Nunca
	6	5	4	3	2	1
Frutas frescas.....	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>						
Bolachas, bolos, bolos recheados .....	<input type="checkbox"/>					
Tortas doces, rosquinhas doces.....	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>						
Geleia, mel ou doce de leite.....	<input type="checkbox"/>					
Chiclete contendo açúcar.....	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Doces/balas .....	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Doces caseiros (doce de abóbora, marmelada etc) .....	<input type="checkbox"/>					
Frutas em calda .....	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>						
Brigadeiro, beijinho, doces de festa .....	<input type="checkbox"/>					
Limonada, coca-cola ou outros refrigerantes ..	<input type="checkbox"/>					
Chá com açúcar.....	<input type="checkbox"/>					
Café com açúcar .....	<input type="checkbox"/>					

<b>12. Com que frequência você usa os seguintes tipos de tabaco?</b>							
(Leia cada item)							
	Todos os dias	Algumas vezes na semana	Uma vez na semana	Algumas vezes no mês	Raro	Nunca	
	6	5	4	3	2	1	
Cigarro, charuto ou cachimbo .....	<input type="checkbox"/>						
Tabaco para mascar ou rapé .....	<input type="checkbox"/>						
<b>13. Qual o seu grau de escolaridade que o seu pai completou (ou seu padrasto, responsável ou outro adulto do sexo masculino que vive com você)?</b>							
Não foi à escola (analfabeto) .....							<input type="checkbox"/> 1
Ensino fundamental incompleto - 1º ciclo (até 5º ano).....							<input type="checkbox"/>
2 Ensino fundamental completo - 1º ciclo (até 5º ano).....							<input type="checkbox"/>
3 Ensino fundamental incompleto - 2º ciclo (até 9º ano).....							<input type="checkbox"/>
4 Ensino fundamental completo - 2º ciclo (até 9º ano).....							<input type="checkbox"/>
5 Ensino médio incompleto .....							<input type="checkbox"/>
6							
Superior incompleto (faculdade).....							<input type="checkbox"/> 8
Superior completo (faculdade) .....							<input type="checkbox"/> 9
<b>14. Qual o seu grau de escolaridade que o sua mãe completou?</b>							
Não foi à escola (analfabeto) .....							<input type="checkbox"/> 1
Ensino fundamental incompleto - 1º ciclo (até 5º ano).....							<input type="checkbox"/>
2 Ensino fundamental completo - 1º ciclo (até 5º ano).....							<input type="checkbox"/>
3 Ensino fundamental incompleto - 2º ciclo (até 9º ano).....							<input type="checkbox"/>
4 Ensino fundamental completo - 2º ciclo (até 9º ano).....							<input type="checkbox"/>
5 Ensino médio incompleto .....							<input type="checkbox"/>
6							
Superior incompleto (faculdade).....							<input type="checkbox"/> 8
Superior completo (faculdade) .....							<input type="checkbox"/> 9
Fez pós-graduação (qualquer grau).....							<input type="checkbox"/> 10
<i>Isto completa nosso questionário. Muito obrigada(o) por sua cooperação!</i>							
Ano	Mês	Dia	Entrevistador	Município	Estado	Região	País
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Tabelas de referência geradas de dados de levantamentos epidemiológicos

As seguintes tabelas descritivas podem ser elaboradas por um software estatístico (Epi Info, SPSS, STATA) a partir dos dados epidemiológicos coletados em um levantamento básico de saúde bucal. Resultados de referência são produzidos para a amostra total e para cada subgrupo pertinente, isto é para os seguintes grupos etários: 5-6, 12, 15-19, 35-44 e 65-74 anos. Dados tabulados são desagregados segundo grupo etário e sexo, a podem ser adicionalmente estratificados segundo grupo étnico, educação, ocupação, localização geográfica e tipo.

### Informação geral

**Tabela 1** Distribuição da amostra total segundo sexo e idade ou grupo etário.

**Tabela 2** Distribuição da amostra total segundo grupo étnico.

**Tabela 3** Distribuição da amostra total segundo ocupação.

**Tabela 4** Distribuição da amostra total segundo localização geográfica.

**Tabela 5** Distribuição da amostra total segundo tipo de localização.

**Tabela 6** Outros dados – número de participantes segundo código (Caselas 37-42).

**Tabela 7** Distribuição total da amostra segundo condições extra-bucais.

### Avaliação epidemiológica

**Tabela 8** Número médio de dentes decíduos presentes por pessoa.

**Tabela 9** Número e porcentagem de participantes com cárie na dentição decídua; número e porcentagem de participantes com cárie não tratada na dentição decídua; número e porcentagem de participantes com valores específicos de ceod (cariados, perdidos devido à cárie e restaurados na dentição decídua).

**Tabela 10** Número médio de dentes cariados na dentição decídua (cd) por pessoa; média do número de dentes restaurados na dentição decídua (od) por pessoa; número médio de dentes decíduos perdidos (ed) por pessoa; número médio de dentes decíduos com experiência de cárie (ceod) por pessoa.

**Tabela 11** Número médio de dentes permanentes presentes por pessoa.

**Tabela 12** Número e porcentagem de participantes que têm ou tiveram cárie

na dentição permanente (CPOD); número e porcentagem de participantes com cárie não tratada (CD); número e porcentagem de participantes com valor específico de CPOD.

**Tabela 13** Número médio de dentes permanentes cariados (CD) por pessoa; número médio de dentes permanentes restaurados (OD) por pessoa; número médio de dentes permanentes perdidos devido à cárie (PD) por pessoa; número médio de dentes permanentes com experiência de cárie (CPOD) por pessoa.

**Tabela 14** Número e porcentagem de participantes com e sem dentes naturais.

**Tabela 15** Número e porcentagem de participantes com selantes de fissuras.

**Tabela 16** Número e porcentagem de participantes adultos com cárie radicular.

**Tabela 17** Número médio de dentes por participante adulto com cárie radicular.

**Tabela 18** Número e porcentagem de participantes adultos com cárie coronária e/ou radicular.

**Tabela 19** Número médio de dentes por participante adulto com cárie coronária e/ou radicular.

**Tabela 20** Número e porcentagem de participantes com condições periodontais saudáveis.

**Tabela 21** Número e porcentagem de participantes com sangramento gengival.

**Tabela 22** Baseada no maior escore, número e porcentagem de participantes com bolsas rasas; número e porcentagem de participantes com bolsas profundas ( $\geq 6$  mm).

**Tabela 23** Número médio e porcentagem média de dentes presentes com sangramento gengival

**Tabela 24** Número médio e porcentagem média de dentes presentes com bolsas rasas (4-5 mm).

**Tabela 25** Número médio e porcentagem média de dentes presentes com bolsas profundas ( $\geq 6$  mm).

**Tabela 26** Número e porcentagem de participantes com perda de inserção, baseado no maior escore.

**Tabela 27** Número médio de sextantes com perda de inserção, segundo escore; número médio de sextantes excluídos do exame; número médio de sextantes não registrados.

**Tabela 28** Número e porcentagem de participantes com fluorose de esmalte, segundo nível de severidade.

**Tabela 29** Índice de fluorose da comunidade (CFI, sigla em inglês) em crianças segundo idades específicas: idades 5-6 (se houver), 12 e 15, segundo região.

**Tabela 30** Número e porcentagem de pessoas com erosão dentária, segundo

severidade; número médio e porcentagem de dentes afetados pela erosão dentária por pessoa.

**Tabela 31** Número e porcentagem de pessoas afetadas por injúrias traumáticas; número médio e porcentagem de dentes com injúrias tradadas; número médio e porcentagem de fraturas de esmalte; número médio e porcentagem de fraturas de esmalte e dentina; número médio e porcentagem de fraturas envolvendo a polpa; número médio e porcentagem de dentes perdidos devido a trauma; número médio e porcentagem de outro dano causado por trauma; número médio e porcentagem de dentes afetados por trauma por pessoa.

**Tabela 32** Número e porcentagem de participantes sem anormalidades da mucosa bucal; número e porcentagem de participantes com lesões de mucosa bucal; tumor maligno (câncer de boca), leucoplasia, líquen plano, ulceração (aftosa, herpética, traumática), gengivite necrosante aguda, candidíase, abscesso, ou outra condição.

**Tabela 33** Número e porcentagem de participantes com prótese(s) removível(is) nos maxilares superior ou inferior.

**Tabela 34** Número e porcentagem de participantes com necessidade urgente de uma intervenção diferente.



## **Tabelas de referência geradas dos dados do inquérito STEP**

As seguintes tabelas são sugeridas como tabelas de referência que deveriam ser geradas a partir de um levantamento de saúde bucal, incluindo o componente questionário. O questionário pode ter sido implementado como uma atividade isolada. As tabelas deveriam incluir dados desagregados segundo indicado pela OMS em grupos etários e sexo e também segundo variáveis padrão de base, por exemplo, grupo étnico, localização geográfica, tipo de localização, ocupação e educação.

Informação geral é descrita de acordo com as orientações para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal.

### **Questionário de adultos**

- Tabela 1** Porcentagem de participantes que não possuem dentes naturais, que possuem 1-9, 10-19, ou 20 ou mais dentes naturais.
- Tabela 2** Porcentagem de participantes com dor ou desconforto causados por seus dentes ou por sua boca durante os últimos 12 meses.
- Tabela 3** Porcentagem de participantes que possuem próteses removíveis.
- Tabela 4** Porcentagem de participantes que possuem prótese total superior, prótese total inferior, ou prótese total superior e inferior.
- Tabela 5** Porcentagem de participantes que possuem condição dentária ruim ou muito ruim entre os que possuem dentes naturais.
- Tabela 6** Porcentagem de participantes que possuem condição gengival ruim ou muito ruim entre os que possuem dentes naturais.
- Tabela 7** Porcentagem de participantes segundo frequência de escovação dentária.
- Tabela 8** Porcentagem de participantes que nunca higienizam seus dentes.
- Tabela 9** Porcentagem de participantes que utilizam escova de dentes, palitos de dente de madeira, palitos de dente plásticos, fio dental, carvão vegetal, talco (bicarbonato), ou algo mais para limpar seus dentes.
- Tabela 10** Porcentagem de participantes que utilizam pasta de dente entre aqueles que higienizam seus dentes.
- Tabela 11** Porcentagem de participantes que utilizam pasta de dente contendo flúor entre aqueles que utilizam dentífrico.
- Tabela 12** Porcentagem de participantes que nunca receberam atenção odontológica.

- Tabela 13** Porcentagem de participantes segundo o tempo da última visita ao dentista.
- Tabela 14** Principal razão para a última visita ao dentista entre aqueles que visitaram em algum momento.
- Tabela 15** Porcentagem de participantes que experimentaram alguma dificuldade para morder/mastigar alimentos durante os últimos 12 meses.
- Tabela 16** Porcentagem de participantes com dificuldade de fala/pronúncia durante os últimos 12 meses.
- Tabela 17** Porcentagem de participantes que se sentiram incomodados com a aparência de seus dentes durante os últimos 12 meses.
- Tabela 18** Porcentagem de participantes que se sentiram tensos por causa de problemas com seus dentes ou boca durante os últimos 12 meses.
- Tabela 19** Porcentagem de participantes que evitaram sorrir por causa de seus dentes durante os últimos 12 meses.
- Tabela 20** Porcentagem de participantes cujo sono foi frequentemente interrompido durante os últimos 12 meses.
- Tabela 21** Porcentagem de participantes que perderam dias de trabalho por causa de seus dentes ou boca durante os últimos 12 meses.
- Tabela 22** Porcentagem de participantes que experimentaram dificuldades para a realização de suas atividades diárias durante os últimos 12 meses.
- Tabela 23** Porcentagem de participantes menos tolerantes com o(a) companheiro(a) ou pessoas próximas durante os últimos 12 meses.
- Tabela 24** Porcentagem de participantes que diminuíram sua participação em atividades sociais durante os últimos 12 meses.
- Tabela 25** Porcentagem de participantes segundo frequência de consumo de vários tipos de alimentos/bebidas.
- Tabela 26** Porcentagem de participantes segundo frequência de consumo de vários tipos de tabaco.
- Tabela 27** Porcentagem de participantes segundo consumo diário de bebidas alcoólicas.
- Tabela 28** Porcentagem de participantes segundo grau de escolaridade completo.

## **Questionário de crianças**

- Tabela 1** Porcentagem de crianças que possuem condição da dentição ruim ou muito ruim.
- Tabela 2** Porcentagem de crianças que possuem condição gengival ruim ou muito ruim.

- Tabela 3** Porcentagem de crianças que relataram ter possuído experiência de dor ou desconforto em seus dentes ou boca durante os últimos 12 meses.
- Tabela 4** Porcentagem de crianças segundo frequência de visitas a um dentista durante os últimos 12 meses.
- Tabela 5** Porcentagem de crianças que não visitaram o dentista durante os últimos 12 meses.
- Tabela 6** Porcentagem de crianças que nunca visitaram o dentista.
- Tabela 7** Porcentagem de crianças segundo principal razão da última visita ao dentista.
- Tabela 8** Porcentagem de crianças segundo frequência de higiene dentária.
- Tabela 9** Porcentagem de crianças que nunca higienizaram os dentes.
- Tabela 10** Porcentagem de crianças que utilizam escova de dentes, palitos de dente de madeira, palitos de dente plásticos, fio dental, carvão vegetal, talco (bicarbonato) ou algo mais para limpar seus dentes.
- Tabela 11** Porcentagem de crianças que utilizam pasta de dente para higienizar seus dentes.
- Tabela 12** Porcentagem de crianças que utilizam pasta de dente fluoretada para higienizar seus dentes.
- Tabela 13** Porcentagem de crianças que não se sentem satisfeitas com a aparência de seus dentes.
- Tabela 14** Porcentagem de crianças que frequentemente evitam sorrir e rir por causa de seus dentes.
- Tabela 15** Porcentagem de crianças que relatam que outras crianças realizam *bullying* de seus dentes.
- Tabela 16** Porcentagem de crianças que perdem aulas na escola devido a dor ou desconforto com seus dentes.
- Tabela 17** Porcentagem de crianças que possuem dificuldades para morder alimentos duros.
- Tabela 18** Porcentagem de crianças que possuem dificuldades para mastigar alimentos.
- Tabela 19** Porcentagem de crianças segundo frequência de consumo de vários alimentos/bebidas.
- Tabela 20** Porcentagem de crianças segundo frequência de consumo de tabaco.
- Tabela 21** Porcentagem de crianças segundo grau de educação do pai.
- Tabela 22** Porcentagem de crianças segundo grau de educação do mãe.

