



Manual da Equipe de Campo

Brasília-DF
2009



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância à Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Coordenação Nacional de Saúde Bucal



Manual da Equipe de Campo

Brasília, DF
2009

Projeto SBBrasil 2010

José Gomes Temporão
Ministro da Saúde

Alberto Beltrame
Secretário de Atenção à Saúde

Claunara Schilling Mendonça
Diretora do Departamento de Atenção Básica

Gilberto Alfredo Pucca Jr.
Coordenador de Saúde Bucal

Comitê Técnico Assessor em Vigilância em Saúde Bucal

Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Lenildo de Moura
Coord. Geral Doenças e Agravos Não-Transmissíveis/SVS

Marco Aurélio Peres
Universidade Federal de Santa Catarina

Maria do Carmo Matias Freire
Universidade Federal de Goiás

Maria Ilma de Souza Gruppioni Côrtes
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-MG

Mario Vianna Vettore
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP-Fiocruz

Paulo Capel Narvai
Faculdade de Saúde Pública da USP – FSP/USP

Paulo Sávio Angeiras de Góes
Universidade de Pernambuco – FOP-UPE

Samuel Jorge Moysés
Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC-PR

Coordenação Executiva do SBBrasil nos Centros Colaboradores e Ministério da Saúde

Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas
Centro Colaborador Univ. Fed. do Rio G. do Norte – UFRN

Nilcema Figueiredo
Centro Colaborador Univ. de Pernambuco – UPE

Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis
Centro Colaborador da Universidade Federal de Goiás – UFG

Rafaela da Silveira Pinto
Centro Colaborador Pontifícia Univ. Católica de Minas Gerais

Elisete Casotti
Centro Colaborador Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Regina Auxiliadora de Amorim Marques
Centro Colaborador Faculdade de Saúde Pública da USP

Antonio Carlos Nascimento
Centro Colaborador Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Karen Glazer de Anselmo Peres
Centro Colaborador Universidade Federal de Santa Catarina

Moacir Paludetto Jr.
Coordenação de Saúde Bucal/DAB/SAS/MS

Lenildo de Moura
Coord. Geral Doenças e Agravos Não-Transmissíveis/SVS

Coordenação Geral

Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Assessoria em Amostragem

Nilza Nunes da Silva
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP)



A série de manuais de apoio à realização do Projeto SBBrasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal está disponível para download no endereço www.saude.gov.br/bucal e pode ser utilizada livremente, desde que citada a fonte.

Sumário

1. Introdução	5
2. Instruções para os exames domiciliares	5
2.1. Setor Censitário (Unidade Territorial de Coleta).....	6
2.2. Arrolamento e sorteio de domicílios	9
2.2.1. Capitais e municípios com setores de base cartográfica 2000.....	11
2.2.1.1. Contagem Rápida de Domicílios.	11
2.2.1.2. Arrolamento e sorteio de domicílios	13
2.2.2. Municípios do interior com setores de base cartográfica 2007	15
3. Formulário de entrada de dados	15
3.1. Uso do PDA (Personal Digital Assistant)	15
3.2. Tela inicial e configurações.....	16
3.3. Informações Gerais.....	18
3.4. Avaliação socioeconômica, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida e autopercepção de saúde bucal.....	20
3.5. Índices de Condições Bucais	23
3.5.1. Condição da Oclusão Dentária.....	24
3.5.2. Traumatismo dentário.....	32
3.5.3. Edentulismo	33
3.5.4. Fluorose Dentária.....	36
3.5.5. Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento	37
3.5.6. Condição Periodontal	43
4. Referências	49

1. Introdução

Os três grandes levantamentos nacionais realizados em 1986, 1996 e 2003 foram de grande relevância para a construção de uma consistente base de dados relativa ao perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira. Contudo, é fundamental que a realização destes estudos faça parte de uma estratégia inserida no componente de vigilância à saúde da Política de Saúde, na perspectiva da construção de uma série histórica de dados de saúde bucal com o objetivo de verificar tendências, planejar e avaliar serviços.

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – se constitui num marco na história das Políticas Públicas no Brasil na medida em que incorpora uma agenda em discussão desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e traduz, em seus pressupostos operacionais, os princípios do Sistema Único de Saúde. Ao trabalhar os eixos da atenção à saúde bucal a partir do incremento da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, da implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas como elemento estruturante da atenção secundária, além das ações de caráter coletivo, o Brasil Sorridente se insere no conjunto de programas estratégicos na atual Política de Saúde.

Dentre os pressupostos dessa política, que visam à reorientação do modelo de atenção à saúde bucal, destacam-se: (a) “utilizar a Epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento” e (b) “centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença”. Tais pressupostos devem, portanto, ser postos em prática a partir de diversas estratégias, dentre elas a realização de pesquisas epidemiológicas de base nacional.

Desse modo, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SBBrasil 2010 faz parte de um processo histórico que se ampliou e se aprofundou com o Projeto SBBrasil 2003, o qual proporcionou um dos mais completos diagnósticos da saúde bucal dos brasileiros. Pretende-se, com este projeto, dar continuidade a esse processo, realizando uma pesquisa em moldes semelhantes, de maneira a construir uma série histórica, contribuindo para as estratégias de avaliação e planejamento dos serviços, ao mesmo tempo em que consolida um modelo metodológico e demarca o campo de atuação do componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal.

Do ponto de vista operacional, o SBBrasil 2010 possui uma lógica de organização em que os diferentes níveis de gestão do SUS (Municipal, Estadual e Federal) trabalham articuladamente, com a coordenação técnica dos Centros Colaboradores em Vigilância à Saúde e com o apoio de entidades de classe, universidades e centros de pesquisa.

Este *Manual da Equipe de Campo* é composto de duas partes. Na primeira estão descritos os procedimentos para obtenção da amostra de domicílios e composição das amostras de indivíduos em cada domínio demográfico definido no projeto. Na segunda parte, estão apresentados os padrões para a observação das condições de saúde bucal e para o registro das características socioeconômicas, de acesso e de autopercepção em saúde bucal. Lembramos, também, que as situações eventualmente não contempladas aqui deverão ser discutidas e resolvidas com as coordenações estaduais e com a coordenação técnica do Centro Colaborador.

2. Instruções para os exames domiciliares

Estudos epidemiológicos nos quais está prevista a coleta direta de dados em domicílios exigem a definição de alguns procedimentos metodológicos a fim de assegurar uniformidade na aplicação dos critérios e evitar a introdução de fontes de viés que possam comprometer a validade das inferências a serem alcançadas para cada domínio de estudo. O objetivo destas instruções é orientar as equipes de campo para a técnica de percurso nos setores sorteados e para a identificação precisa da unidade domiciliar sorteada.

2.1. Setor Censitário (Unidade Territorial de Coleta)

Esta pesquisa será realizada exclusivamente em domicílios das capitais e do Distrito Federal e dos 150 municípios do interior sorteados nas cinco regiões brasileiras. Em se tratando de uma pesquisa com base em uma amostra, não será necessário percorrer todos os domicílios do município, procedimento indicado apenas para os censos. Os domicílios que devem ser percorridos, contudo, devem ser alocados de modo aleatório, de modo a evitar vieses nos resultados encontrados.

Em cada município, um número específico de domicílios a serem percorridos já foi calculado, baseado na distribuição da cárie dentária na população e nas probabilidades de encontrar os indivíduos dos grupos etários de interesse (5 e 12 anos, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos). No anexo 1 podem ser conferidos o tamanho da amostra e o número de domicílios a ser percorrido em cada grupo etário.

Pelo fato de ser inviável o sorteio simples dos domicílios tomando como base o município como um todo, o processo de amostragem foi estruturado em dois estágios para os municípios de capitais e em três para o interior das cinco macrorregiões brasileiras. As unidades de amostragem são, respectivamente, setor censitário e domicílio para as capitais, e município, setor censitário, e domicílio para o interior. Operacionalmente, o setor censitário é a unidade territorial sobre a qual serão realizados os percursos para sorteio e identificação dos domicílios.

O país está dividido em unidades: estados, municípios, distritos e subdistritos. Dentro dos subdistritos, encontram-se os setores censitários, que se constituem, portanto, na menor unidade de agregação de domicílios em um município. O setor censitário é a unidade de controle cadastral formada por área contínua, situada em um único quadro urbano ou rural, com dimensão e número de domicílios ou de estabelecimentos definidos.

A Figura a seguir ilustra um exemplo desta subdivisão. No Brasil temos o estado de Roraima, cujo código do IBGE é 14 (o 1 que significa região Norte e o 4, pelo fato de ser o 4º estado em sentido horário a partir de Rondonia). Dentro do Estado de Roraima, sua capital Boa Vista tem um código de cinco dígitos (00100) e, dentro deste município há distritos e subdistritos. No exemplo da figura, um recorte do subdistrito 06 que fica dentro do distrito 05. Finalmente, dentro de cada subdistrito, há aglomerados de cerca de 300 domicílios que são os setores e que recebem um código de quatro dígitos. Neste exemplo, temos o setor 0070. A codificação completa do setor é, portanto, 140010005060070.

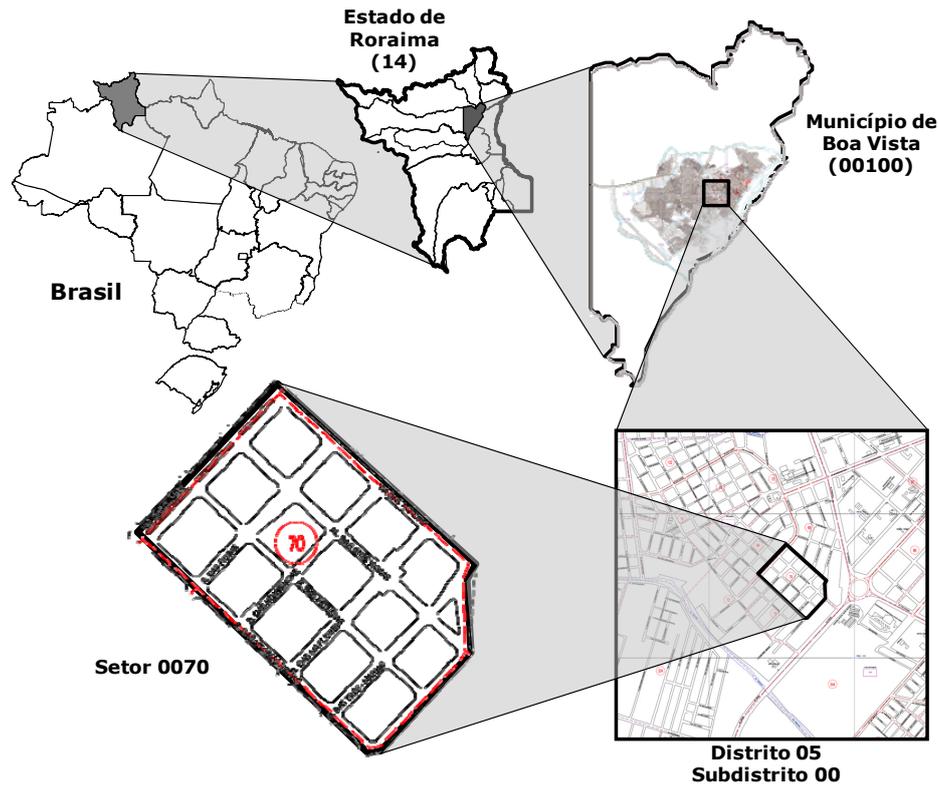


Figura 1. Exemplo de uma divisão territorial feita pelo IBGE.

Descrição do perímetro da unidade territorial de coleta

É a relação de acidentes topográficos naturais ou artificiais, arrolados de forma sequencial, que definem a linha imaginária do contorno da área do setor, garantia para que o pesquisador não invada a unidade territorial de coleta de outro ou omita parte da coleta da área sob sua responsabilidade.

Os setores censitários são classificados, pelo IBGE, com relação à sua situação e tipo. O quadro a seguir mostra esta classificação.

Quadro 1. Classificação dos setores censitários quanto à situação e tipo. Fonte IBGE, 2007.

Situação	Tipo
1 - Área urbanizada	0 - Comum ou não-especial
2 - Área não urbanizada	1 - Especial de aglomerado subnormal
3 - Área urbana isolada	2 - Especial quartéis, bases etc
4 - Aglomerado rural ext. urbana	3 - Especial alojamentos etc
5 - Aglomerado rural isolado	4 - Especial embarcações
6 - Aglomerado rural isolado - núcleo	5 - Especial aldeia indígena
7 - Aglomerado rural isolado - outros	6 - Especial penitenciárias, cadeias etc.
8 - Zona rural, exclusive aglomerado	7 - Especial asilos, orfanatos, hospitais

São possíveis, portanto, diversas combinações de situação e tipo. Dadas as características desta pesquisa, os setores utilizados serão apenas os urbanos de classificação "10" (situação "1" e tipo "0" - urbano não-especial) e "11" (situação "1" e tipo "1" - urbano especial e sub-normal). O exemplo mais comum de setores especiais são as favelas.

Na Figura a seguir, temos o exemplo de um mapa de setor censitário do modo como ele será disponibilizado às equipes, referente ao município de São Luís (MA). Observe que, no próprio mapa, constam todas as informações referentes ao setor.

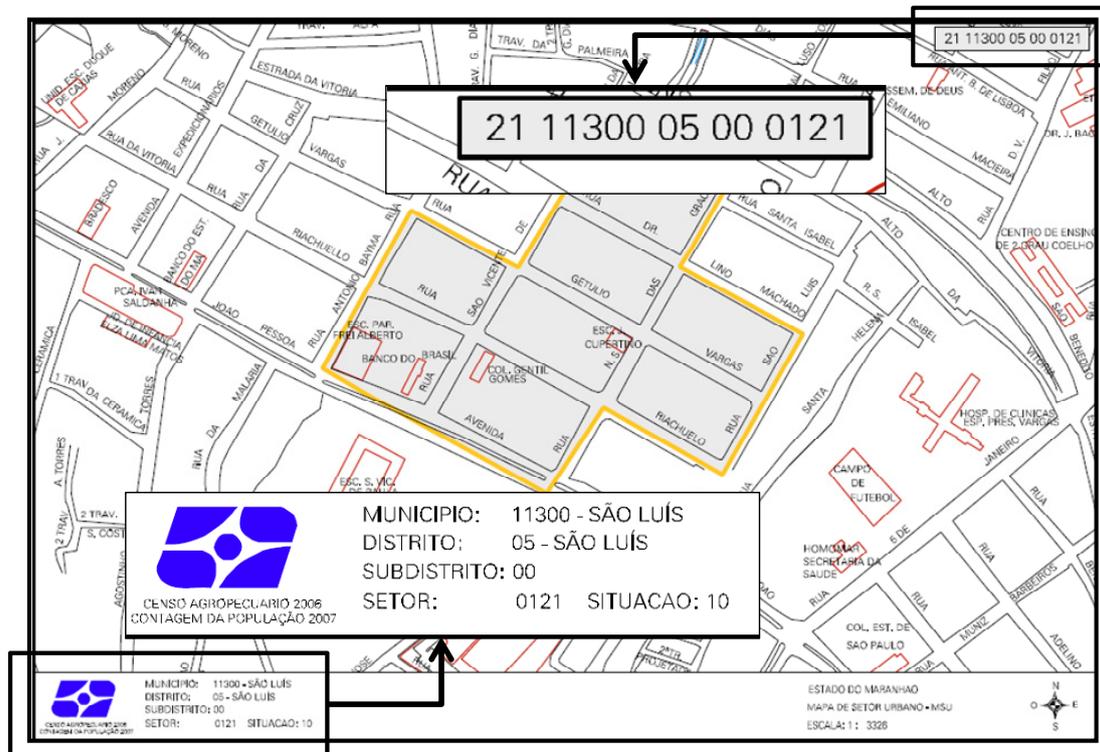


Figura 2. Exemplo de um mapa de setor censitário do município de São Luís (MA).
Fonte: IBGE, 2007.

Na parte superior direita do mapa temos a codificação completa do setor, com os 15 dígitos referentes ao estado, município, distrito, subdistrito e setor. Na parte inferior esquerda, além destas informações, pode-se observar, ainda, sua classificação. No exemplo, temos um setor de situação "10", ou seja, urbano não-especial.

A área demarcada pela linha e que está destacada em cinza corresponde ao setor. É de fundamental importância para as equipes de campo que estes limites sejam respeitados, de modo a preservar a qualidade das informações e a representatividade do estudo. Note que, nas ruas limítrofes (como na Rua Lino Machado, do exemplo da figura), somente um lado pertence ao setor.

Domicílio

É o local de moradia, com entrada independente, constituído por um ou mais cômodos. Conseqüentemente também serão considerados domicílios os edifícios em construção, veículos, buracos, tendas, desde que destinados a alojar pessoas.

Domicílio particular permanente

Cada domicílio particular deve ter uma separação, ou seja, o domicílio deve ser limitado por paredes, muro, cerca, etc. e coberto por um teto, o que permite às famílias que o habitem isolarem-se das demais com a finalidade de dormir, preparar ou fazer as refeições, etc. Entende-se por entrada independente no domicílio particular, o acesso direto à moradia, sem passagens por cômodos destinados à moradia de outras pessoas.

Os cômodos ou construções anexas, com entradas independentes, utilizadas por membros dos domicílios, inclusive pelos empregados domésticos – quando não evidenciada a separação – serão considerados como parte do domicílio. No entanto, se os

moradores do domicílio prepararem suas refeições em separado (isto é, possuírem fonte própria de alimentação), as dependências que ocupam constituirão outro domicílio.

Casas de cômodos, cortiços e edifícios de apartamentos serão considerados um conjunto de domicílios particulares (isto é, cada um será considerado um domicílio particular).



EM RESUMO:

Segundo o IBGE, deve-se aplicar o critério de **Separação** e de **Independência** para definir a existência de um domicílio em separado. A **Separação** tem uma dimensão econômica (os moradores devem arcar com suas próprias despesas) e a **Independência** tem uma dimensão física (deve existir uma entrada independente para todos os moradores).

Em outras palavras, só é considerado domicílio quando houver uma entrada específica e independente e os moradores do local pagarem suas próprias contas. Deve-se pesquisar sempre a existência de outros domicílios que não são percebidos com facilidade.

2.2. Arrolamento e sorteio de domicílios

Após o sorteio dos setores, o procedimento para a localização dos domicílios segue duas estratégias diferentes, dependendo da base de dados de setores disponível para o município.

Como se sabe, o IBGE realiza a cada 10 anos o censo demográfico e é nestas ocasiões em que toda sua base de setores é atualizada. Entre os censos são realizadas as PNADs (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) e também outros estudos específicos. Nesta década, no ano de 2007, o IBGE realizou a Contagem Populacional em 5.435 municípios, a grande maioria com menos de 150 mil habitantes. Nos outros 128 municípios (os quais incluem grande parte das capitais e municípios de grande porte) não foi realizada a contagem populacional, portanto a última informação disponível é do ano do último censo (2000).

Desse modo, nos municípios sorteados para comporem a amostra do SBBrasil temos aqueles em que sua base de setores é de 2007 (portanto razoavelmente atualizada) e aqueles cuja base é do censo 2000, com quase uma década de defasagem. Neste sentido, foram elaboradas estratégias distintas para estes dois tipos de município, em que, para os que têm a base de 2000, deverá ser realizada uma atividade prévia para corrigir a defasagem no número de domicílios em cada setor censitário.

O Quadro 2 mostra a distribuição dos municípios da amostra do SBBrasil de acordo com o ano da base cartográfica de setores. Em seguida será feita a descrição das técnicas de localização dos domicílios nos dois tipos de municípios.

Quadro 2. Municípios da amostra de acordo com o domínio e o ano da base cartográfica dos setores censitários. Fonte: IBGE, 2009.

Capitais e Base Cartográfica 2000			Interior de Base Cartográfica 2007					
Reg	UF	Município	Reg	UF	Município	Reg	UF	Município
Norte	RO	110020 Porto Velho	Norte	RO	110013 Machadinho D'Oeste	Sudeste	ES	320320 Linhares
	AC	120040 Rio Branco		RO	110030 Vilhena		RJ	330270 Maricá
	AM	130260 Manaus		RO	110150 Seringueiras		RJ	330395 Pinheiral
	RR	140010 Boa Vista		AC	120020 Cruzeiro do Sul		SP	350620 Bento de Abreu
	PA	150080 Ananindeua		AC	120034 Manoel Urbano		SP	350760 Bragança Paulista
	PA	150140 Belém		AM	130050 Barreirinha		SP	351280 Cosmópolis
	PA	150680 Santarém		AM	130180 Ipixuna		SP	351410 Dois Córregos
	AP	160030 Macapá		AM	130185 Iranduba		SP	351515 Engenheiro Coelho
	TO	172100 Palmas		AM	130340 Parintins		SP	354130 Presidente Epitácio
	MA	211130 São Luís		AM	130420 Tefé		SP	354330 Ribeirão Pires
Nordeste	PI	221100 Teresina	Norte	PA	150180 Breves	Sul	SP	354910 S. João Boa Vista
	CE	230440 Fortaleza		PA	150210 Cametá		PR	410150 Arapongas
	CE	230730 Juazeiro do Norte		PA	150230 Capitão Poço		PR	410840 Francisco Beltrão
	RN	240810 Natal		PA	150275 Concórdia do Pará		PR	410860 Goioerê
	PB	250750 João Pessoa		PA	150330 Igarapé-Miri		PR	411320 Lapa
	PE	260410 Caruaru		PA	150375 Jacareacanga		PR	411360 Lobato
	PE	261160 Recife		PA	150390 Juruti		PR	411980 Planalto
	AL	270430 Maceió		PA	150405 Mãe do Rio		PR	412080 Quatro Barras
	SE	280030 Aracaju		PA	150520 Oeiras do Pará		PR	412855 Vera Cruz do Oeste
	BA	290570 Camaçari		PA	150553 Parauapebas		Sul	SC
BA	292740 Salvador	PA	150618 Rondon do Pará	SC	420940 Laguna			
Sudeste	MG	310620 Belo Horizonte	PA	150730 São Félix do Xingu	SC	421440 Rio das Antas		
	MG	310670 Betim	PA	150740 São Francisco do Pará	SC	421650 São Joaquim		
	MG	316720 Sete Lagoas	PA	150810 Tucuruí	SC	421670 São José do Cedro		
	MG	317020 Uberlândia	AP	160060 Santana	SC	421870 Tubarão		
	ES	320530 Vitória	TO	170370 Brejinho de Nazaré	Centro-Oeste	RS		430040 Alegrete
	RJ	330170 Duque de Caxias	TO	170900 Goiatins		RS		430160 Bagé
	RJ	330330 Niterói	TO	170950 Gurupi		RS		430470 Carazinho
	RJ	330455 Rio de Janeiro	Nordeste	MA		210370 Cururupu		RS
	SP	350600 Bauru		MA		210530 Imperatriz	RS	431000 Ibirubá
	SP	350950 Campinas		MA		210620 Luís Domingues	RS	431760 Sto. Antônio Patrulha
SP	351870 Guarujá	MA		211223 Trizidela do Vale		RS	432067 Sinimbu	
SP	353440 Osasco	PI		220260 Castelo do Piauí		RS	432145 Teutônia	
SP	354390 Rio Claro	CE		230110 Aracati		MS	500100 Aparecida Taboado	
SP	354850 Santos	CE		230365 Catunda		MS	500110 Aquidauana	
SP	355030 São Paulo	CE		230780 Marco	MS	500320 Corumbá		
SP	355280 Taboão da Serra	CE		230810 Mauriti	MS	500330 Coxim		
Sul	PR	410690 Curitiba		RN	240070 Alto do Rodrigues	MS	500755 Santa Rita do Pardo	
	PR	410830 Foz do Iguaçu	RN	240325 Parnamirim	MS	500800 Terenos		
	PR	411370 Londrina	PB	250050 Alagoinha	MT	510025 Alta Floresta		
	PR	412550 São José dos Pinhais	PB	251620 Sousa	MT	510250 Cáceres		
	SC	420240 Blumenau	PE	260005 Abreu e Lima	MT	510510 Juara		
	SC	420540 Florianópolis	PE	260590 Gameleira	MT	510558 Marcelândia		
	RS	430920 Gravataí	PE	260830 Jupi	MT	510562 Mirassol d'Oeste		
	RS	431340 Novo Hamburgo	PE	261220 Salgueiro	MT	510619 Nova Santa Helena		
	RS	431440 Pelotas	AL	270940 Viçosa	MT	510718 Ribeirãoascalheira		
	RS	431490 Porto Alegre	SE	280040 Arauá	MT	510730 São José Rio Claro		
Centro-Oeste	RS	431560 Rio Grande	Sudeste	BA	290060 Aiquara	MT	510840 Várzea Grande	
	MS	500270 Campo Grande		BA	290530 Cafarnaum	GO	520470 Campinorte	
	MT	510340 Cuiabá		BA	290550 Caldeirão Grande	GO	520490 Campos Belos	
	GO	520110 Anápolis		BA	291270 Ibirapitanga	GO	520735 Edealina	
	GO	520140 Aparecida de Goiânia		BA	291640 Itapetinga	GO	520860 Goianésia	
	GO	520870 Goiânia		BA	291950 Livramento de N.Sra.	GO	521040 Itaberaí	
	GO	521250 Luziânia		BA	293015 Serra do Ramalho	GO	521120 Itapuranga	
	DF	530010 Brasília		BA	293135 Teixeira de Freitas	GO	521380 Morrinhos	
				MG	310240 Alvorada de Minas	GO	521405 Mundo Novo	
				MG	311650 Claro dos Poções	GO	521523 Novo Gama	
		MG	312090 Curvelo	GO	521760 Planaltina			
		MG	312780 Grão Mogol	GO	522140 Trindade			
		MG	314560 Oliveira	GO	522170 Uruana			
		MG	314740 Paraopeba					
		MG	314790 Passos					

2.2.1. Capitais e municípios com setores de base cartográfica 2000

O sorteio da amostra de domicílios, dentro de cada setor censitário, será efetuado em duas etapas: a contagem rápida de domicílios seguida de seu arrolamento e sorteio. Esta primeira etapa visa fazer a correção do número total de domicílios particulares permanentes urbanos em cada setor.

2.2.1.1. Contagem Rápida de Domicílios.

1. No escritório

- Para cada setor censitário deve-se providenciar cópia do mapa usado no censo de 2000, com a descrição do seu perímetro. As coordenções locais receberão estes mapas, já impressos, dos instrutores, por ocasião da realização da oficina de treinamento.
- Incluir todas as atualizações disponíveis em guias do município ou de outras fontes oficiais (Secretarias de Saúde, Programa Saúde da Família)
- A seguir numerar, **usando sentido horário**, todas as quadras existentes no mapa.
- Marcar as faces de cada quadra com letras maiúsculas (A, B, C,...) e com um "X" o ponto de início e término do percurso que será realizado para contagem dos domicílios em cada quadra.
- Junto com a equipe de campo, localizar o setor censitário no território do distrito administrativo correspondente e traçar o caminho para alcançá-lo. Usar guia de ruas ou o cartograma, disponível para algumas cidades, que pode ser obtido com a coordenação executiva do SBBrasil nos Centros Colaboradores.

2. No Campo: Percurso e contagem de domicílios

2.1. Setor Censitário

- Em campo, conferir o perímetro do setor, seguindo rigorosamente a descrição do IBGE. O percurso deverá iniciar e concluir no mesmo ponto indicado no mapa do setor.
- Se necessário, incluir as novas atualizações, mostrando a localização do setor censitário e correções incluídas no seu perímetro.
- Caso haja modificação dentro do setor, ou o mapa esteja desatualizado, fazer um "croquis" do setor censitário (em folha separada), anotando as modificações e/ou esclarecendo as dúvidas.

2.2. Quarteirões ou Quadras

A unidade de percurso é o quarteirão. O percurso deve ser feito sempre no sentido horário (dos ponteiros do relógio), iniciando e terminando no "X" assinalado em cada quarteirão do mapa.

As figuras 3 e 4 ilustram como deve ser feito o percurso em cada quadra.

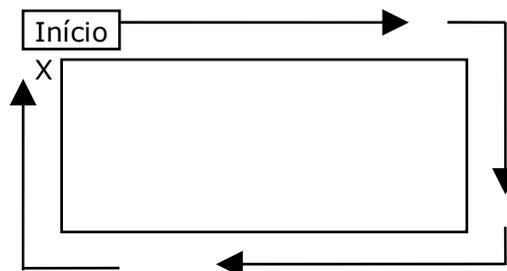


Figura 3. Esquema de percurso na quadra

Observação: Ao percorrer um quarteirão no sentido horário, as casas deste quarteirão – nessa caminhada – ficarão sempre à direita de quem o percorre.

Nota: Certifique-se **sempre** de que todo o quarteirão foi percorrido.

Quando houver **vilas, becos** ou **travessa sem saída**, entrar na mesma e iniciar o percurso pelo lado direito, no sentido em que vinha caminhando.

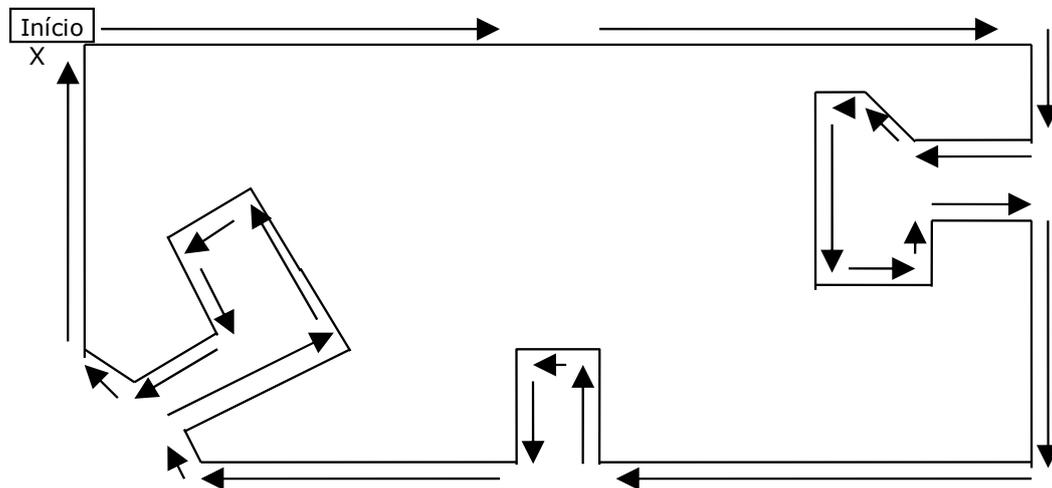


Figura 4. Esquema de percurso em uma quadra com vila ou travessa sem saída.

Notas:

1. Quando o setor censitário não possuir quadras, e os domicílios se distribuírem de maneira desorganizada no seu território, a unidade de percurso deve ser definida por **trechos de ruas ou caminhos**. Marque cada trecho com sinais permanentes como "poste", "cor da casa", "linha de trem" etc. e numere como fez para faces de quadra.
2. Ao percorrer os quarteirões pesquisar a existência de outros **domicílios que não são percebidos com facilidade**, tais como:
 - a) Domicílios que ficam atrás daqueles cujas janelas dão para a rua, ou seja, domicílio nos fundos do terreno. Uma forma de verificar a existência de outros domicílios além do que é visível, consiste em observar: campainha, caixa de luz, registro de água, caixa para cartas, entrada separada. Quando houver dúvida deve-se perguntar.
 - b) Domicílios existentes na mesma estrutura (casa, prédio, sobrado onde funcionam escritórios, casas de comércio, indústrias, postos de gasolina, etc.).
 - c) Domicílios em escolas, igrejas (que seriam os domicílios do guarda, zelador, etc.).
 - d) Hospitais, sanatórios, casas de repouso também podem abrigar domicílios.

2.3. Contagem de Domicílios

- a) Contar todos os domicílios situados à sua direita durante o percurso. Registrar, no mapa (em cada linha correspondente à face de uma quadra ou trecho de percurso), o número de domicílios existentes. Toda estrutura de moradia destinada a alojar pessoas é considerada domicílio. O domicílio poderá estar ocupado com pessoas visíveis, ocupado mas fechado, ou vazio. **Conte todos os tipos de domicílios**. Não esquecer que casas de cômodos, cortiços e edifícios de apartamentos serão considerados um conjunto de domicílios particulares (isto é, cada um será considerado um domicílio particular).
- b) Desconsidere quartéis, hospitais, hotéis, abrigos, orfanatos, casas comerciais, se não houver, pelo menos, uma família residindo em suas dependências.

- c) No caso de domicílios ou prédios em construção, anotar no verso da folha, indicando o número da quadra.

2.2.1.2. Arrolamento e sorteio de domicílios

O objetivo do arrolamento é identificar, localizar os domicílios e identificar as pessoas que deverão ser examinadas.

O arrolamento consiste em visitar cada setor censitário e registrar, nas folhas de listagens, o endereço do domicílio. Nas linhas sombreadas, registrar o número de pessoas com idades nos grupos demográficos indicados na parte superior da folha de arrolamento.

1. Material

- a) Cópia do mapa do setor censitário atualizado na etapa de contagem rápida. Também devem ser seguidas as mesmas instruções de percurso para as quadras ou quarteirões de um mesmo setor censitário.
- b) Folha de arrolamento de domicílios, nas quais devem ser anotadas as informações solicitadas em seus títulos (ver exemplo na Figura 5).

2. Procedimento

- a) No mapa do setor censitário, identificar o número da quadra e registrá-lo na coluna correspondente.
- b) Iniciar o percurso da quadra no ponto indicado no mapa, seguindo o sentido assinalado por numeração e setas.
- c) Na coluna 3 escrever o endereço de cada domicílio particular permanente identificado (DOMPPU). Cada linha destina-se a apenas um domicílio. Se, no mesmo número do endereço, existir mais de um domicílio, repetir o mesmo número na linha seguinte, e acrescentar os detalhes como, por exemplo, "fundos", "altos", "casa 1", "casa 2" etc. Nos endereços sem números, escrever detalhes da moradia tais como "portão vermelho", "poste na frente" etc.
- d) **Atenção:** cada linha destina-se a apenas um domicílio.
- e) Para cada linha sombreada, perguntar o número de moradores para cada grupo etário cuja casela está também sombreada. Em seguida, registrar a informação nas colunas correspondentes.
- f) Marcar com um "X" nas colunas correspondentes se o domicílio está *ocupado e participou, ocupado e recusou, ocupado mas fechado* ou *domicílio vago*.
- g) Registrar os problemas encontrados e eventuais ocorrências na coluna de observações.
- h) Ao preencher a última linha de cada folha, continue na folha seguinte, observando a numeração.
- i) **Atenção: não é permitido pular uma ou mais folhas.**



Observação Importante

A busca por um reduzido número de perdas deve ser constante na equipe de campo. Desse modo, para os domicílios vagos em que, sabidamente, não existem moradores, a equipe não deve retornar pra checagem. Entretanto, para os casos de domicílios marcados como “ocupado e recusou” e “ocupado mas fechado”, a equipe de campo deverá retornar mais 2 (duas) vezes, totalizando 3 (três) tentativas de realização da pesquisa nestes domicílios.

Uma tarefa importante do **coordenador municipal** na fase de campo é contribuir para uma boa taxa de aceitação da pesquisa, ou seja, que tenhamos um número muito pequeno de perdas e recusas. **Recusas** são situações em que após o primeiro contato a pessoa se nega a participar da pesquisa. É importante explicar que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder um questionário pode ser cansativo, mas deve-se insistir em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração. Muitas recusas são temporárias, ou seja, é uma questão de momento inadequado para o respondente. Possivelmente, em outro momento a pessoa poderá responder ao questionário. As recusas devem ser repassadas ao coordenador que analisará a situação e tomará a decisão. Dependendo do motivo da recusa, a troca da equipe de campo ou a visita do próprio coordenador pode ser uma solução para reverter a recusa. **Perdas** são todas as situações em que o entrevistado não responde o questionário por outros motivos que não seja recusa. Por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar, doente no momento da entrevista, viajando sem data para voltar entre outros.

Folha de Arrolamento e Sorteio de Domicílios Particulares Permanentes

Região Nordeste Município: Seringueiras Setor: 110150005000002 DOMPPU 157

Num	Quadra	Localização do Domicílio Rua, Nº, Complemento ou descrição do percurso	Grupos Demográficos					Domicílio Ocupado			Domicílio Vago	Observações
			5	12	65-74	15-19	35-44	Participou	Recusou	Fechado		
		Intervalo	3,1	3,1	3,1	15,7	6,3					
1	1	Rua Chico Mendes, 14		0				X				
2	1	Rua Chico Mendes, 16	1		1			X				
3												
4	1	Rua Chico Mendes, 20		1				X				
5	1	Rua Chico Mendes, 22	0		1			X				
6												
7	1	Rua Chico Mendes, 26		0		1						Retorno à tarde
8	1	Av. Jorge Teixeira, 33	0		0							
9	1	Av. Jorge Teixeira, 35					2	X				
10	1	Av. Jorge Teixeira, 37		0								
11	1	Av. Jorge Teixeira, 39	1		1			X				
12												
13												
14	1	Av. Jorge Teixeira, 39	0	1							X	
15	1	Av. Jorge Teixeira, 39							X			Retorno Fim de Semana

Figura 5. Exemplo de uma folha de arrolamento e respectivo preenchimento (números fictícios).

2.2.2. Municípios do interior com setores de base cartográfica 2007

Nestes municípios, o procedimento é praticamente o mesmo dos anteriores, com a diferença que não será realizada a contagem rápida de domicílios. Conforme destacamos, isso ocorre pelo fato de os mesmos terem uma base de setores mais atualizada, oriunda da Contagem Populacional realizada pelo IBGE em 2007.

Desse modo, cada coordenação municipal receberá os mapas dos setores e respectivas folhas de arrolamento e deve realizar o percurso dos setores conforme as instruções anteriores.

3. Formulário de entrada de dados

Serão descritas, a seguir, as instruções para o correto preenchimento da ficha de exame epidemiológico, contendo os códigos e critérios dos índices utilizados, bem como orientações a respeito dos diversos campos da ficha e do questionário socioeconômico. Considerando que o uso do formulário eletrônico será a forma padrão de entrada de dados, será ilustrado inicialmente o correto modo de usar deste dispositivo e as instruções específicas para a entrada de cada seção do formulário.

3.1. Uso do PDA (Personal Digital Assistant)

O PDA é um dispositivo eletrônico que pode ser considerado um computador de mão. O equipamento que será usado neste projeto será o modelo P550 da marca Mio, o qual foi gentilmente cedido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cada equipe do SBBrasil 2010 (examinador e anotador) receberá um equipamento para realizar a pesquisa nos domicílios.

Como é fácil observar, o PDA tem uma interface semelhante a um computador tipo desktop com Windows XP instalado (na verdade ele usa um sistema similar, o Windows Mobile, versão 6.0). A única diferença é que não há um teclado e todas as operações são realizadas pelo toque na tela por intermédio da "caneta" que acompanha o aparelho. Para realizar qualquer operação (abrir um programa, gerenciar arquivos ou configurar o aparelho, por exemplo) basta clicar no botão "Iniciar" (semelhante ao Windows XP só que situado no topo da tela – veja Figura a seguir).



Figura 6. Tela básica do PDA. Para acessar qualquer programa, clicar em "Iniciar". Exemplo para o Programa de Entrada de Dados do SBBrasil 2010.

Os cuidados que a equipe deve ter com o equipamento são, portanto, os mesmos que se deve com um computador, acrescidos de cuidados específicos, considerando que se trata de um equipamento mais sensível. É importante que a equipe consulte a documentação que acompanha o PDA, lendo-a com atenção para melhor se familiarizar e utilizar de modo adequado o aparelho. Se necessário, consulte também as instruções específicas disponíveis no sítio da pesquisa, lembrando que todas as dúvidas com relação ao uso que não estiverem em nenhuma das publicações de suporte podem ser sanadas com a coordenação da pesquisa.

Em algumas situações pode não ser possível o uso do PDA (defeitos no programa ou no aparelho, perda, roubo etc.). Obviamente espera-se que estas situações sejam muito raras e deve ser ressaltado que o projeto conta com uma quantidade extra de aparelhos para eventuais reposições. Mesmo com todos estes cuidados, o uso das fichas em papel pode ser necessário, de modo que descreveremos a seguir as instruções para o preenchimento dos dados, sempre referindo o uso do PDA e também das fichas.

3.2. Tela inicial e configurações

Após clicar em "Iniciar > Programas > SBBrasil 2010", a tela de abertura do programa mostra 4 operações fundamentais de uso: (a) Novo Registro, (b) Registro Antigo (c) Backup e (d) Configurações. Caso se esteja começando o trabalho em um determinado município, a primeira coisa a fazer é estabelecer as configurações que dizem respeito ao conjunto de informações relativas ao município.

Clique em "Configurações" e, em seguida, entre com as informações necessárias. Lembrar sempre de ativar o teclado, clicando no ícone situado abaixo da tela, quando este não aparecer automaticamente. O campo **município** deve ser preenchido com o código do IBGE, o qual pode ser obtido no mapa do setor censitário (Figura 2). Seguindo o exemplo, o município de São Luís (CE) possui o código **11300**.

Do mesmo modo que o anterior, a informação do setor censitário se encontra no próprio mapa que será utilizado pela equipe. As duas primeiras caselas se referem ao distrito, as duas seguintes ao subdistrito e as quatro últimas ao número do setor. No exemplo retirado da figura, o preenchimento fica assim:

Estado: **21** (Maranhão); Município: **11300** (São Luís); Setor Censitário: **05 00 0121**

Ao término do preenchimento, clique em "Salvar" no canto inferior direito (veja Figura a seguir).



Figura 7. Preenchimento das informações de configuração iniciais do programa.

Após a entrada dos dados iniciais, o programa alerta para a realização do primeiro backup dos dados. Clique em "Backup" para gravar os dados também na unidade de memória auxiliar. Em seguida, deve-se escolher a opção "Novo Registro" para começar uma nova ficha, cuja primeira parte contém informações relativas à equipe e ao seu campo de trabalho.

Domicílio

Neste campo deve ser assinalado o mesmo número constante na folha de arrolamento de domicílios (veja exemplo na Figura 5). Esta é uma numeração própria do levantamento e não deve ser confundida com o número da casa ou apartamento constante no endereço.

Original / Duplicata

Conforme discutido nas estratégias de treinamento e calibração, deverão ser reexaminados cerca de 5% da amostra no sentido de verificar a reprodutibilidade intra-examinador. Nesta casela, deve ser identificada a ficha original (que servirá como dado oficial) e a duplicata, utilizada para o cálculo da concordância.

No PDA basta clicar no botão de verificação. Na ficha, devem ser utilizados os códigos:

- 1 - Exame original
- 2 - Duplicata

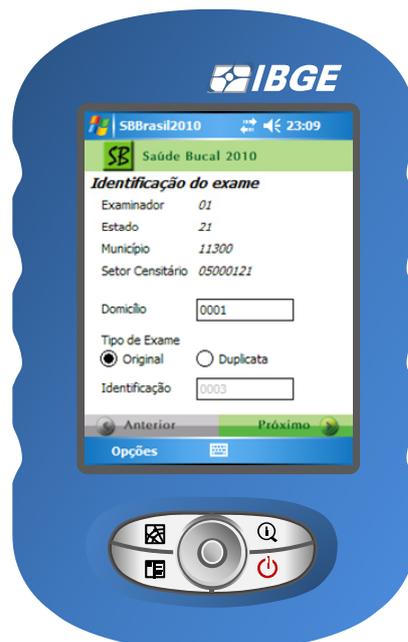
Número de Identificação

Este número é gerado automaticamente pelo software. Indica a sequência dos exames realizados. Para as situações em que se usa a ficha, deverá compor uma numeração seqüencial, por município, preenchida pelo coordenador municipal, após o término da coleta.



Resumo do Preenchimento

No PDA



Na Ficha em Papel



Ficha de Exame

Examinador
 Preencher com código numérico referente ao examinador, sempre com dois algarismos.
 Valores válidos: **01 a 99**

Original / Duplicata
 Valores válidos:
1 – Original
2 – Duplicata

Nº IDENTIFICAÇÃO	ESTADO	MUNICÍPIO	SETOR CENSITÁRIO	DOMICÍLIO
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> Identificação Campo a ser preenchido pelo supervisor. Numerar sequencialmente, por município, após a revisão de todas as fichas. Valores válidos: 0001 a 9999 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> Estado Código do IBGE para a Unidade da Federação. Consultar no Mapa do Setor ou no anexo deste manual Valores válidos: 11 a 53 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> Município Código do IBGE para o Município. Consultar no Mapa do Setor ou no anexo deste manual. </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> Setor Censitário Número de 8 dígitos que representa o setor censitário. Os dois primeiros correspondem ao Distrito, o 3º e o 4º correspondem ao Subdistrito e os 4 últimos representam o número do setor. Consultar o Mapa do Setor. </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100%;"> Domicílio Colocar o número do domicílio constante na folha de arrolamento ou na lista de endereços PNAD Valores válidos: 0001 a 9999 </div>

3.3. Informações Gerais

Idade em anos

Deve ser preenchida com os anos completos do indivíduo, no momento do exame. No caso da ficha, preencher sempre as duas caselas. Para os casos em que o indivíduo não sabe informar com precisão, tentar estabelecer uma idade presumida a partir da consulta a familiares ou ao próprio entrevistado.

Sexo

No PDA, escolher na lista suspensa o sexo do indivíduo. Na ficha, observar e anotar um dos seguintes códigos:

- 1** – Masculino
- 2** – Feminino

Cor ou Raça

Será utilizado, como referência, o critério proposto pelo IBGE, de auto-declaração. Neste caso, deve-se ler as opções de cor ou raça para a pessoa e considerar aquela que for declarada. Caso a declaração não corresponda a uma das alternativas enunciadas no quesito, deve-se esclarecer as opções para que a pessoa se classifique na que julgar mais adequada.

- 1** – Branca para a pessoa que se enquadrar como branca
- 2** – Preta para a pessoa que se enquadrar como preta
- 3** – Amarela para a pessoa que se enquadrar como amarela (de origem japonesa, chinesa, coreana etc.). Deve-se esclarecer à pessoa, quando necessário, que a classificação amarela não se refere à pessoa que tem pele amarelada por sofrer de moléstia como empaludismo, malária etc.
- 4** – Parda para a pessoa que se enquadrar como parda ou se declarar mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça.

- 5 – Indígena** para a pessoa que se enquadrar como indígena ou se declarar índia. Esta classificação aplica-se tanto aos indígenas que vivem em aldeamento como aos que vivem fora do aldeamento.

Observação:

Para o caso das crianças de 5 e de 12 anos, deve-se utilizar a classificação dada pelos pais ou responsáveis.

Realização do Exame

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

No PDA, deve-se escolher na lista suspensa "Sim" ou "Não". No primeiro caso, o formulário prossegue com seu preenchimento normal. Caso se escolha "Não", surgem os motivos da não realização do exame e o formulário se encerra automaticamente.

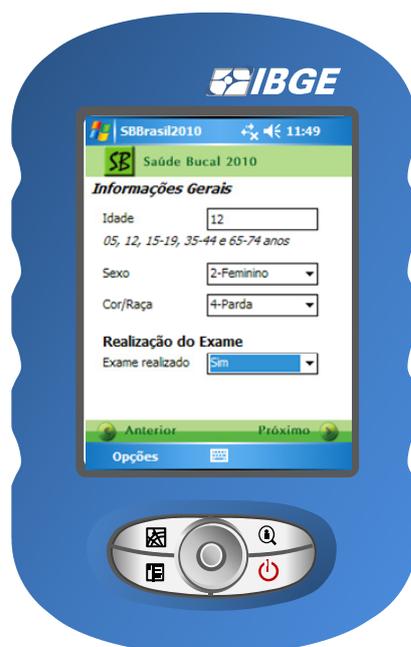
Para a situação em que se usa a ficha, os códigos e critérios são os seguintes:

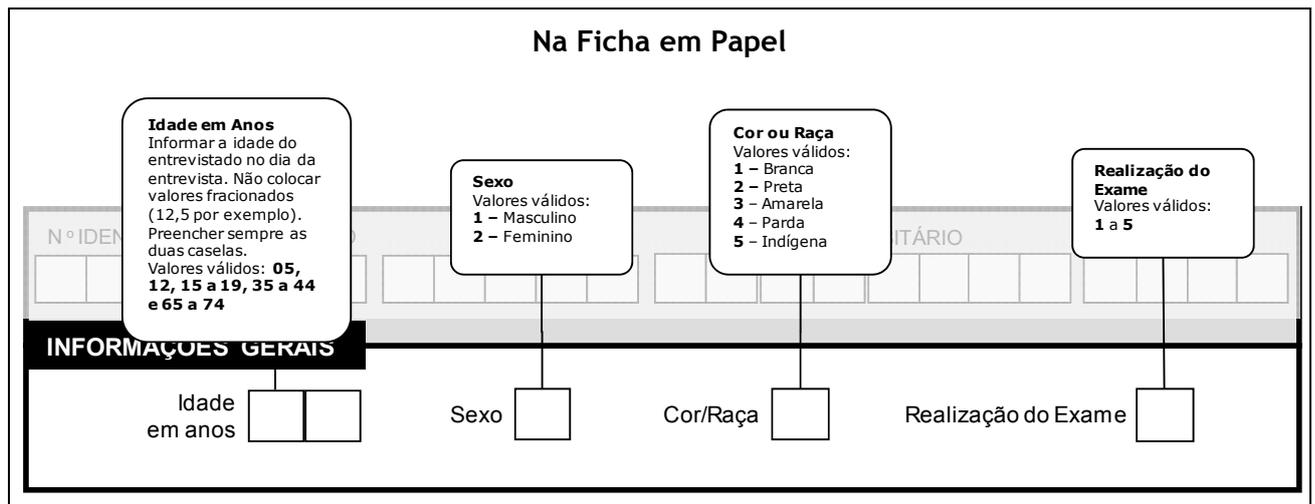
- 1** – Exame Realizado
- 2** – Exame não realizado por não ter sido autorizado pelo próprio indivíduo ou pelo responsável
- 3** – Exame não realizado, embora autorizado pelo responsável, porque a criança não permitiu
- 4** – Exame não realizado por ausência do morador no domicílio
- 5** – Exame não realizado por outras razões



Resumo do Preenchimento

No PDA





3.4. Avaliação socioeconômica, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida e autopercepção de saúde bucal

A aplicação do questionário se dá a partir de uma entrevista entre o pesquisador e os moradores do domicílio que preenchem as características de elegibilidade do estudo, com relação à idade/grupo etário. O comportamento do entrevistador tem uma influência muito grande nas respostas, portanto regras básicas devem ser seguidas:

- a) *Coloque as questões de maneira direta, clara e não ameaçadora.* Se as pessoas estão confusas ou defensivas, você não conseguirá a informação requerida. Leia as questões na forma como estão formuladas.
- b) *Elimine dicas que levam os entrevistados a responder de um modo em particular.* Muitos entrevistados buscarão agradar o entrevistador procurando respostas "corretas"; evite qualquer dica.
- c) *Goste da entrevista* (ou pelo menos aparente que está gostando). Não dê a impressão de que está entediado, aborrecido ou assustado. Varie sua voz e expressão facial.

Antes de entrevistar qualquer pessoa, o entrevistador se apresenta, explica o propósito da entrevista, pede permissão, apresenta o questionário que será utilizado. Devem ser enfatizados o sigilo das informações e o fato de não existirem respostas certas ou erradas.

Outras instruções importantes para a aplicação do questionário:

O questionário está dividido em 3 partes: (a) caracterização socioeconômica da família; (b) escolaridade, morbidade bucal referida e uso de serviços e (c) autopercepção e impactos em saúde bucal.

A primeira parte do questionário (questões de 1 a 4) deve ser aplicada ao **responsável pelo domicílio**, pois, como se pode observar, são questões comuns a todos os moradores. Neste caso, é importante estar atento que as respostas a estas questões deverão ser as mesmas, caso mais de um indivíduo seja entrevistado em um mesmo domicílio.

Na segunda e terceira partes (questões de 5 a 16) constam informações relativas ao indivíduo e devem, portanto, ser aplicadas a cada um dos moradores que preenchem os critérios de elegibilidade com relação à idade/grupo etário. Para o caso das crianças de 5 anos, estas questões de 5 a 16 devem ser respondidas pelo responsável.

Uma pequena simulação ajuda a entender esta regra:

Uma família é composta por uma **mãe de 39 anos** (responsável pelo domicílio), uma filha **adolescente de 16 anos** e um menino de **5 anos**. Neste caso, todos são elegíveis para participarem da pesquisa, pois pertencem aos grupos etários estudados. O pesquisador procede do seguinte modo:

- a) A mãe responde ao seu questionário, informando os dados necessários para as questões do primeiro bloco (1 a 4) bem como os outros dois blocos (5 a 16) com as questões relativas à sua pessoa.
- b) A mãe responde as questões relativas à criança de 5 anos do primeiro e segundo blocos (questões de 5 a 16). O entrevistador repete as mesmas respostas do primeiro bloco (1 a 4) neste questionário.
- c) O entrevistador aplica o questionário à adolescente de 16 anos (segundo e terceiro blocos), mantendo as mesmas respostas do primeiro bloco.

A seguir será feita uma descrição das instruções para o preenchimento das 16 questões. Boa parte das instruções a respeito do preenchimento, incluindo a forma adequada de realizar a pergunta já se encontra no questionário impresso.

Bloco 1 – Caracterização socioeconômica da família

Questão 1. Número de pessoas – *Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa?*

Refere-se ao número de pessoas que compõem a unidade familiar. Excluem-se deste item os empregados domésticos, visitas, indivíduos que moram de aluguel e não fazem parte da família e os inquilinos que residem naquele domicílio. Marcar 99 para “não sabe / não respondeu”.

Questão 2. Número de cômodos – *Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio?*

Deve ser informado o número total de cômodos. Preencher sempre com dois algarismos. Marcar 99 para “não sabe / não respondeu”.

Questão 3. Número de bens – *Quantos bens tem em sua residência?*

Considerar como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, micro-computador e número de carros. Varia de 0 a 11 bens, sendo que apenas o número de carros pode ser um ou dois. Marcar 99 para “não sabe / não respondeu”.

Questão 4. Renda familiar – *No mês passado, quanto receberam em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa-família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?*

Ler as alternativas para o entrevistado e marcar o código correspondente:

- 1 – Até 250 reais
- 2 – De 251 a 500 reais
- 3 – De 501 a 1.500 reais
- 4 – De 1.501 a 2.500 reais
- 5 – De 2.501 a 4.500 reais
- 6 – De 4.501 a 9.500 reais
- 7 – Mais de 9.500 reais
- 9 – Não sabe/não respondeu

Bloco 2 – Escolaridade, morbidade bucal referida e uso de serviços

Questão 5. Escolaridade – Deve-se fazer a pergunta: “Até que série o sr(a) estudou?”. Em seguida fazer a conversão, colocando o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação), considerando desde o primeiro ano do ensino fundamental. Para o caso de indivíduos com curso superior completo, considerar um

máximo de 4 (quatro) anos. Desse modo, este campo varia de 0 a 15 anos. Pós-graduação não será considerada.

Para o caso de analfabetos, colocar "00" e anotar "99" para o caso do entrevistado não saiba ou não queira responder.

Questão 6. Morbidade bucal referida – *O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?*

- 0 – Não
- 1 – Sim
- 9 – Não sabe / Não respondeu

Questão 7. Prevalência de dor de dente – *Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente?*

- 0 – Não
- 1 – Sim
- 8 – Não se aplica (se a pessoa não tem nenhum dente há pelo menos seis meses)
- 9 – Não sabe / Não respondeu

Questão 8. Gravidade da dor de dente – *Aponte na escala o quanto foi esta dor. 1 (um) significa muito pouca dor e 5 (cinco) uma dor muito forte*

Mostrar a escala ao respondente e, em seguida, marcar na casela, a resposta, sempre com dois algarismos (01, 02... 05). Anotar 88 caso o entrevistado não tenha nenhum dente (8 na questão 7). Para o caso de fichas em papel, utilize a escala do Anexo 3.

Questão 9. Uso de serviços de saúde bucal – *Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista?*

- 0 – Não
- 1 – Sim
- 9 – Não sabe / Não respondeu

Questão 10. Frequência de uso de serviços de saúde bucal – *Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez?*

- 1 – Menos de um ano
- 2 – Um a dois anos
- 3 – Três anos ou mais
- 8 – Não se aplica (para quem nunca foi ao dentista)
- 9 – Não sabe / Não respondeu

Questão 11. Local de uso de serviços de saúde bucal – *Onde foi a sua última consulta?*

- 1 – Serviço público
- 2 – Serviço particular
- 3 – Plano de Saúde ou Convênios
- 4 – Outros
- 8 – Não se aplica (para quem nunca foi ao dentista)
- 9 – Não sabe / Não respondeu

Questão 12. Motivo do uso de serviços de saúde bucal – *Qual o motivo da sua última consulta?*

- 1 – Revisão, prevenção ou check-up
- 2 – Dor
- 3 – Extração
- 4 – Tratamento

- 5 – Outros
- 8 – Não se aplica (para quem nunca foi ao dentista)
- 9 – Não sabe / Não respondeu

Questão 13. Avaliação de serviços de saúde bucal – O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta?

- 1 – Muito Bom
- 2 – Bom
- 3 – Regular
- 4 – Ruim
- 5 – Muito Ruim
- 8 – Não se aplica (para quem nunca foi ao dentista)
- 9 – Não sabe / Não respondeu

Bloco 3 – Autopercepção e impactos em saúde bucal

Questão 14. Grau de satisfação com a saúde bucal – Com relação aos seus dentes/boca o sr(a) está:

- 1 – Muito satisfeito
- 2 – Satisfeito
- 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito
- 4 – Insatisfeito
- 5 – Muito insatisfeito
- 9 – Não sabe / Não respondeu

Questão 15. Necessidade de prótese – O sr(a) considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente?

- 0 – Não
- 1 – Sim
- 9 – Não sabe / Não respondeu

Questão 16. Impactos em saúde bucal – Nesta questão são feitas 9 perguntas, a partir da assertiva "Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr(a), nos últimos seis meses?". Em cada uma das nove perguntas assinalar:

- 0 – Não
- 1 – Sim
- 9 – Não sabe / Não respondeu

Veja a forma como são feitas as perguntas na ficha constante no anexo

3.5. Índices de Condições Bucais

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

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

maior uniformidade possível. Há, portanto, diferenças de significado em determinadas ações aparentemente iguais às realizadas no contexto da clínica. É fundamental que as diferenças entre exame clínico e exame epidemiológico sejam bem compreendidas, uma vez que têm grande importância prática. No exame clínico o CD está preocupado com a terapia que se seguirá ao diagnóstico. No exame epidemiológico o CD, mesmo quando registra as necessidades de tratamento, não está, no momento do exame, preocupado com a terapia, mas com o que uma determinada condição significa para um grupo populacional, de acordo com certos padrões definidos anteriormente para cada pesquisa.

Os exames serão feitos utilizando-se espelho bucal plano e a sonda para exame epidemiológico bucal (sonda OMS), sob luz natural, com o examinador e a pessoa examinada sentados. Preferencialmente, o local para realização dos exames deve ser bem iluminado e ventilado.

Sugere-se que a sequência de exames seja feita obedecendo à ordem da ficha, ou seja, dos índices menos invasivos para os mais invasivos. Estima-se a realização de cerca de 20 exames por dia.

Os índices serão utilizados segundo os códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na publicação *Oral health surveys: basic methods*, quarta edição (1997). A maioria dos códigos adotados também coincide com os propostos pela OMS, mas há situações em que os códigos não são os mesmos. Nas situações em que a metodologia proposta pela OMS não apresenta suficiente detalhamento, ou é imprecisa ou ambígua, estão indicados os critérios que foram adotados no Projeto SBBrasil 2003 (Manual do Examinador) como regras de decisão complementares.



Observação Importante

Esta é uma pesquisa que visa o estabelecimento de um diagnóstico coletivo e, em tese, não se propõe a resolver os problemas de saúde bucal de modo mais imediato. Do ponto de vista ético, entretanto, em qualquer pesquisa devem ser contempladas alternativas para o atendimento dos casos mais complexos. Desse modo, durante o exame bucal para verificação dos agravos pesquisados no SBBrasil 2010 a equipe de campo pode se deparar com determinada lesão de tecidos moles que necessite confirmação diagnóstica, ou mesmo o paciente auto-referir uma determinada lesão. Nesses casos, é fundamental que o paciente seja formalmente referenciado para a equipe de saúde bucal que presta cuidados ao mesmo para que, dentro dos fluxos estabelecidos por cada uma das instituições, seja dado o devido encaminhamento ao caso.

3.5.1. Condição da Oclusão Dentária

A oclusão dentária será avaliada a partir de dois índices, nas idades de **5 e 12 anos** e no grupo etário de **15 a 19 anos**.

Para a idade de 5 anos, será utilizado o Índice de Má-Oclusão proposto pela OMS na 3ª edição do *Oral Health Surveys* com modificações incluídas a partir da proposta de Foster e Hamilton (1969). Para a idade de 12 anos e para o grupo etário de 15 a 19 anos será utilizado o Índice de Estética Dental (da sigla em inglês DAI, mantida aqui para efeito de padronização).

a) Condição da Oclusão em Dentição Decídua (*)

Serão avaliados quatro aspectos, descritos a seguir.

(*) Este índice é o resultado da aplicação do Índice de Má-Oclusão da OMS (3ª Edição do Manual, 1987) ao qual foram incorporados os critérios de Foster e Hamilton (1969) para a dentição decídua.

Chave de caninos

0 – Classe I

Cúspide do canino superior no mesmo plano vertical que a superfície distal do canino inferior quando em oclusão cêntrica. Marcar classe I caso: cúspide do canino superior estiver da face distal do inferior até a primeira cúspide do primeiro molar inferior.

1 – Classe II

Cúspide do canino superior numa relação anterior à superfície distal do canino inferior quando em oclusão cêntrica. Marcar classe II caso: cúspide do canino superior estiver topo a topo ou em relação mais mesial com o canino inferior.

2 – Classe III

Cúspide do canino superior numa relação posterior à superfície distal do canino inferior quando em oclusão cêntrica. Marcar classe III caso: cúspide do canino superior estiver topo a topo com a cúspide do primeiro molar inferior ou em relação mais posterior.

9 – Sem Informação

Quando não for possível realizar o exame ou para o caso de exame em outras faixas etárias.

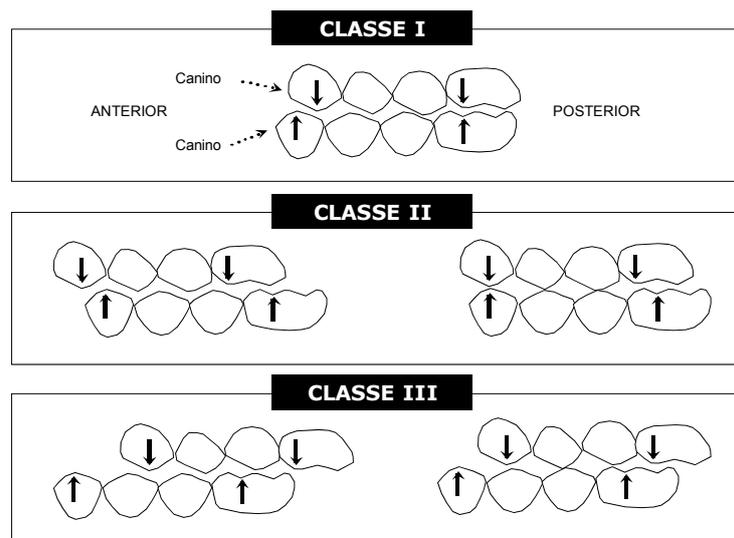


Figura 8. Avaliação da Chave de Caninos para oclusão em dentição decídua.

Sobressaliência

0 – Normal

Existe sobressaliência dos incisivos centrais decíduos superiores não excedendo 2 mm.

1 – Aumentada

Existe sobressaliência dos incisivos centrais decíduos superiores excedendo 2 mm.

2 – Topo a Topo

Incisivos centrais decíduos superiores e inferiores com as bordas incisais em topo.

3 – Cruzada Anterior

Incisivos centrais decíduos inferiores ocluindo em relação anterior aos incisivos centrais decíduos superiores.

9 – Sem Informação

Quando não for possível realizar o exame ou para o caso de exame em outras faixas etárias.

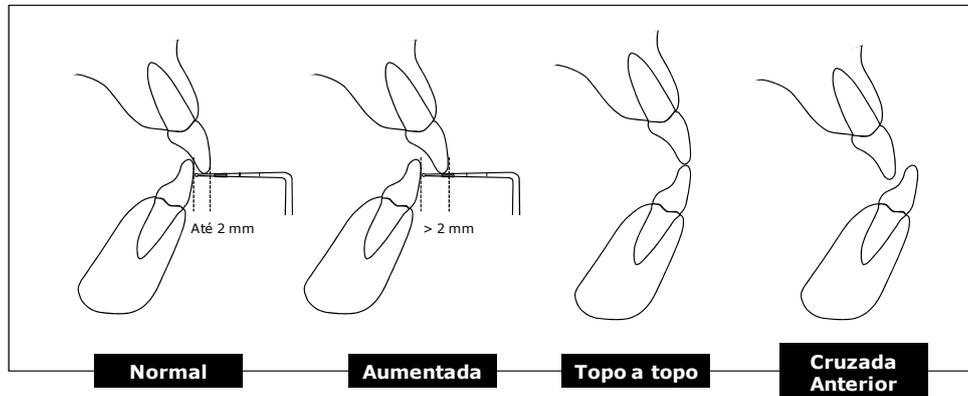


Figura 9. Avaliação da Sobressaliência para oclusão em dente decíduo

Sobremordida

0 – Normal

Superfícies incisais dos incisivos centrais inferiores decíduos com contato nas superfícies palatais dos incisivos centrais superiores decíduos quando em oclusão cêntrica.

1 – Reduzida

Superfícies incisais dos incisivos centrais inferiores decíduos sem contato nas superfícies palatais ou as incisais dos incisivos centrais superiores decíduos quando em oclusão cêntrica.

2 – Aberta

Superfícies incisais dos incisivos centrais inferiores decíduos apresentam-se abaixo do nível das superfícies incisais dos incisivos centrais superiores decíduos quando em oclusão cêntrica.

3 – Profunda

Superfícies incisais dos incisivos centrais inferiores decíduos tocando o palato quando em oclusão cêntrica.

9 – Sem Informação

Quando não for possível realizar o exame ou para o caso de exame em outras faixas etárias.

Mordida cruzada posterior

Molares decíduos superiores ocluindo numa relação lingual com os molares decíduos inferiores quando em oclusão cêntrica.

0 – Presença

1 – Ausência

9 – Sem Informação

Quando não for possível realizar o exame ou para o caso de exame em outras faixas etárias.

b) Índice de Estética Dental (DAI)

Em sua quarta edição, o Manual da OMS propõe um índice de avaliação de oclusopatias, proposto anos antes por Cons e colaboradores (1989), chamado de DAI (Dental Aesthetic Index). O princípio básico do DAI é de uma combinação de medidas (não somente de problemas oclusais) as quais, em seu conjunto, expressam o estado oclusal do indivíduo e, conseqüentemente, sua necessidade de tratamento, devido à composição do índice que considera comprometimento estético além da oclusão. Ao todo são 11 medidas obtidas, considerando três grandes dimensões a serem avaliadas, a *dentição*, o *espaço* e a *oclusão* propriamente dita.

Além da inspeção visual, a sonda OMS será utilizada nos exames. Nas situações em que a oclusão não for avaliada, os respectivos campos serão preenchidos com o código "X".

Dentição

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

Espaço

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

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

0 – Sem apinhamento

1 – Apinhamento em um segmento

2 – Apinhamento em dois segmentos

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

0 – Sem espaçamento

1 – Espaçamento em um segmento

2 – Espaçamento em dois segmentos

Diastema Incisal – É definido como o espaço, em milímetros, entre os dois incisivos centrais superiores permanentes, quando estes perdem o ponto de contato. Diastemas em outras localizações ou no arco inferior (mesmo envolvendo incisivos) não são considerados. O valor a ser registrado corresponde ao tamanho em mm medido com a sonda OMS. Nos casos de ausência de incisivos centrais, assinalar código "x". A sonda deve ser posicionada de acordo com o ilustrado na Figura 10.

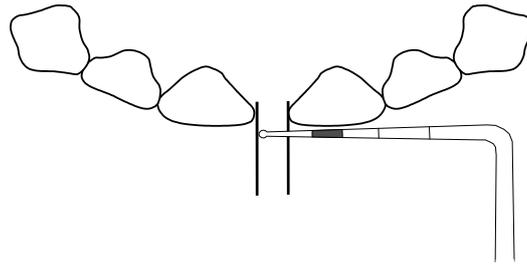


Figura 10. Medição do diastema incisal em milímetros. Considerar o número inteiro mais próximo.

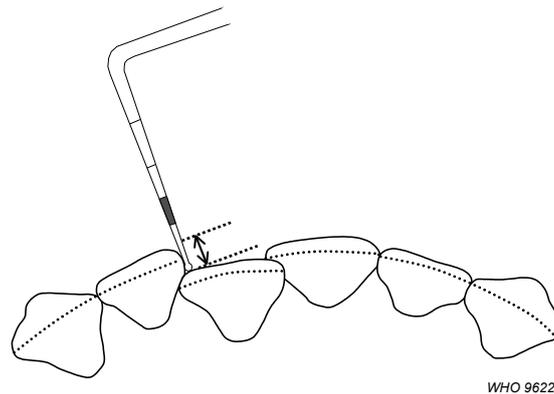


Figura 11. Medição do desalinhamento anterior com a sonda OMS.

Desalinhamento Maxilar Anterior – Podem ser giroversões ou deslocamentos em relação ao alinhamento normal. Os 4 incisivos superiores são examinados, registrando-se a maior irregularidade entre dentes adjacentes. A medida é feita, em mm, com a sonda OMS, cuja ponta é posicionada sobre a superfície vestibular do dente posicionado mais para lingual, num plano paralelo ao plano oclusal e formando um ângulo reto com a linha do arco. Desalinhamento pode ocorrer com ou sem apinhamento (Figura 11).

Desalinhamento Mandibular Anterior – O conceito de desalinhamento e os procedimentos são semelhantes ao arco superior (Figura 11).

Oclusão

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

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

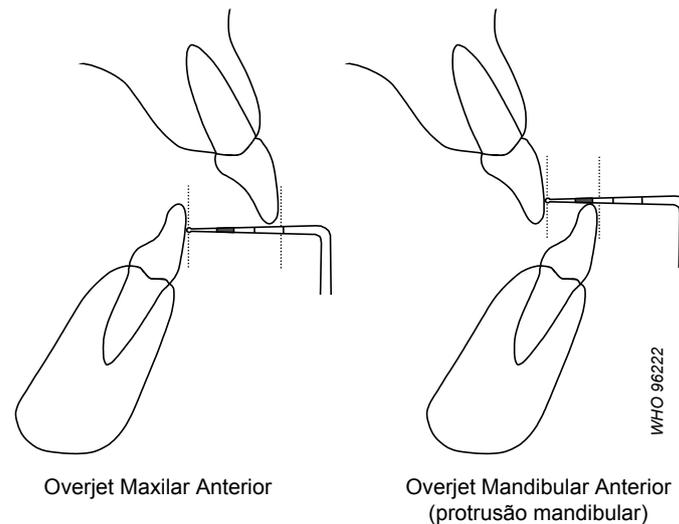


Figura 12. Medição do overjet maxilar e mandibular anterior com a sonda OMS.

Overjet Mandibular Anterior – O *overjet* mandibular é caracterizado quando algum incisivo inferior se posiciona anteriormente ou por vestibular em relação ao seu correspondente superior. A protrusão mandibular, ou mordida cruzada, é medida com a sonda OMS e registrada em milímetros. Os procedimentos para mensuração são os mesmos descritos para o *overjet* maxilar. Não são levadas em conta (sendo, portanto, desconsideradas) as situações em que há giroversão de incisivo inferior, com apenas parte do bordo incisal em cruzamento (Figura 12).

Mordida Aberta Vertical Anterior – Se há falta de ultrapassagem vertical entre incisivos opostos caracteriza-se uma situação de mordida aberta. O tamanho da distância entre os bordos incisais é medido com a sonda OMS e o valor, em mm, registrado no campo correspondente (Figura 13).

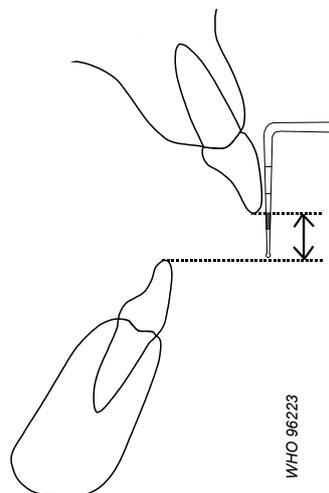


Figura 13. Medição da mordida aberta vertical anterior com a sonda OMS.

Relação Molar Ântero-Posterior – A avaliação é feita com base na relação entre os primeiros molares permanentes, superior e inferior. Se isso não é possível porque um ou ambos estão ausentes, não completamente erupcionados, ou

alterados em virtude de cárie ou restaurações, então os caninos e pré-molares são utilizados. Os lados direito e esquerdo são avaliados com os dentes em oclusão e apenas o maior desvio da relação molar normal é registrado. Os seguintes códigos são empregados (Figura 14):

0 – Normal

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

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

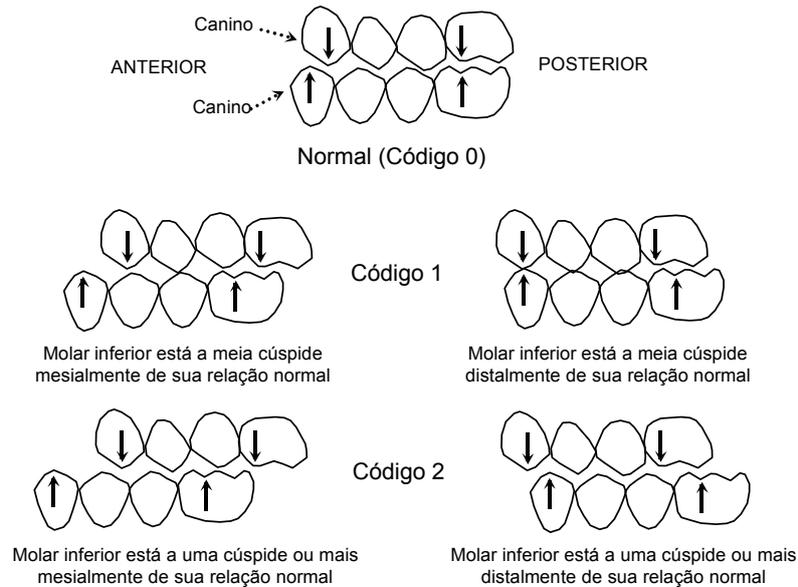
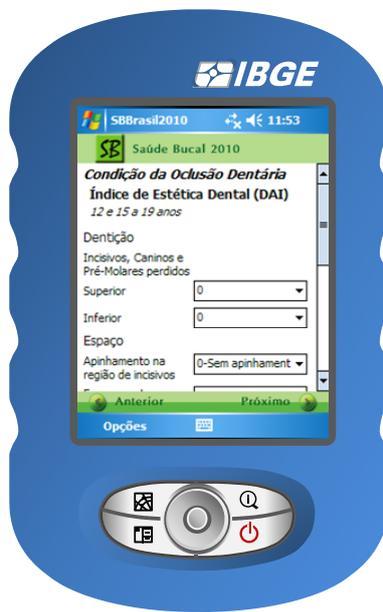


Figura 14. Avaliação da relação molar ântero-posterior.



Resumo do Preenchimento

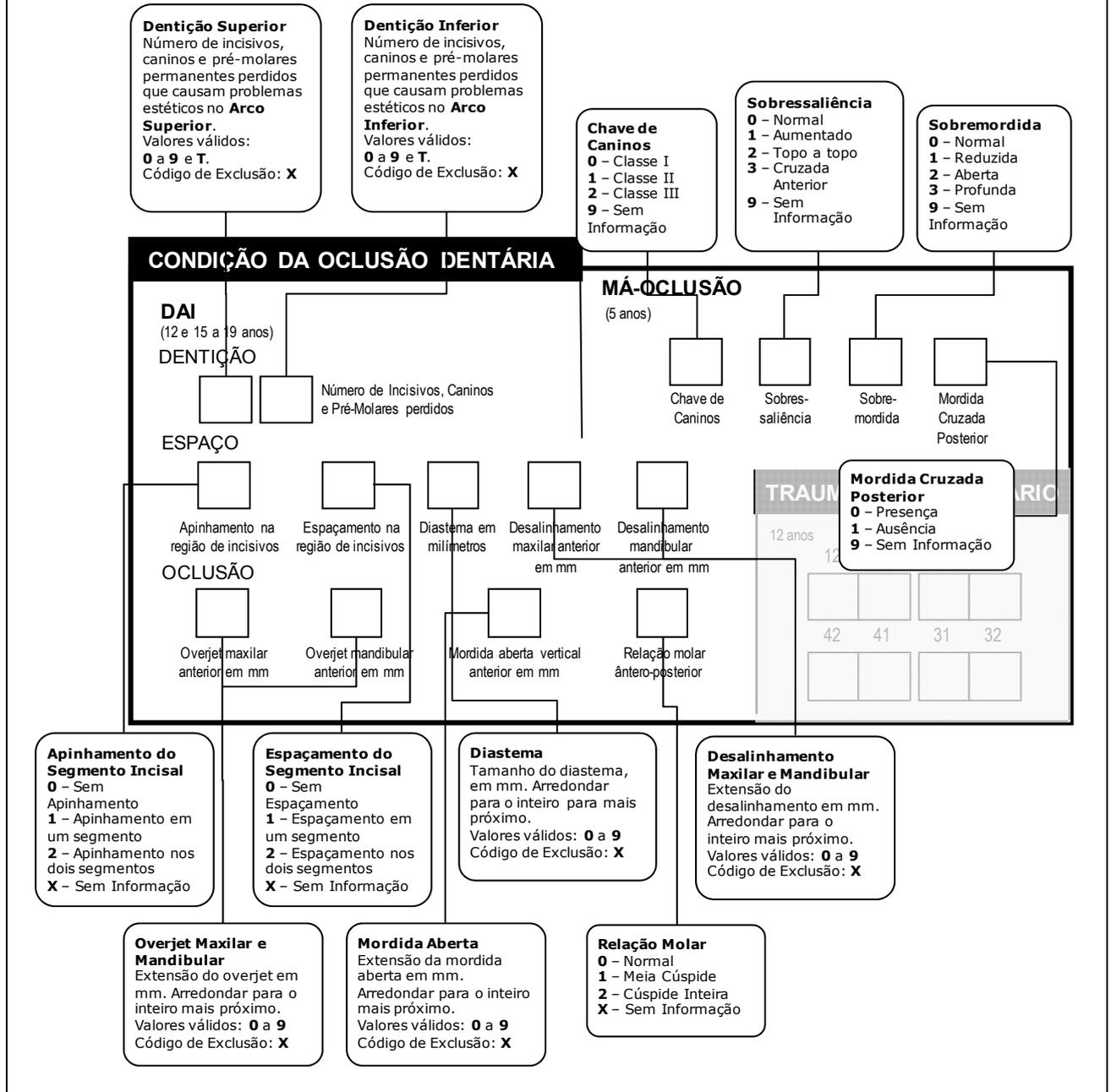
No PDA





Resumo do Preenchimento

Na Ficha em Papel



3.5.2. Traumatismo dentário

O Traumatismo Dentário será avaliado na idade de **12 anos**.

Embora na aferição da condição dentária os dentes que apresentem lesões traumáticas sejam codificados, há uma nítida perda de informação, particularmente por dois aspectos. Em primeiro lugar nos casos em que há uma lesão de cárie associada, perde-se a informação do trauma, uma vez que prevalece a informação de cárie dentária. Em segundo lugar a informação é demasiado simplificada, podendo uma pequena fratura ser codificada do mesmo modo que uma perda de estrutura dentária de maiores proporções.

Além disso, não é possível saber quando o dente é perdido por trauma, pois o mesmo código é usado para perdas por outro motivo.

Desse modo, é importante que o traumatismo dentário seja avaliado como uma medida específica, em separado. Para tanto utilizaremos apenas os critérios que indiquem sinais de fratura coronária e avulsão dentária, conforme descrição no quadro a seguir. Para este exame, serão considerados apenas os incisivos superiores e inferiores permanentes.

Quadro 3. Códigos e critérios para Traumatismo Dentário.

Código	Critério	Descrição
0	Nenhum traumatismo	Nenhum sinal de fratura ou ausência dentária devido a traumatismo
1	Fratura de esmalte	Perda de pequena porção da coroa envolvendo apenas esmalte, ou fratura envolvendo esmalte.
2	Fratura de esmalte e dentina	Perda de porção maior da coroa envolvendo esmalte e dentina (nota-se a diferença de coloração, sendo mais amarelada para a estrutura dentinária) ou fratura envolvendo esmalte e dentina
3	Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar	Perda de porção maior da coroa envolvendo esmalte, dentina (nota-se a diferença de coloração, sendo mais amarelada para a estrutura dentinária) e exposição da polpa, sangramento ou ponto escuro na porção central da estrutura de dentina exposta ou fratura envolvendo esmalte, dentina e polpa
4	Ausência do dente devido a traumatismo	Ausência do dente devido à avulsão ou dente perdido devido a traumatismo
9	Exame não realizado	O dente não pode ser examinado devido a uso de aparelho ortodôntico ou outro motivo.

3.5.3. Edentulismo

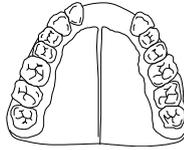
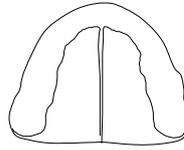
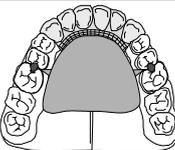
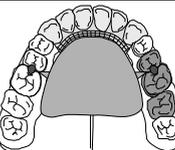
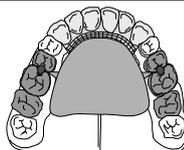
O Edentulismo será avaliado nos grupos etários de **15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos**.

A inclusão do uso e das necessidades de prótese na população, neste projeto, atende a três indicações: seguem a orientação da OMS para levantamentos epidemiológicos, permite a comparação histórica e atende às necessidades de planejamento específicas desta área, particularmente quando se considera um dos eixos da Política Nacional de Saúde Bucal, relativo à atenção secundária através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

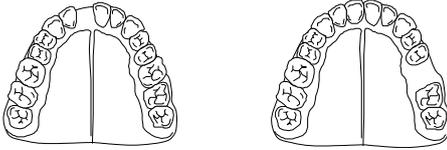
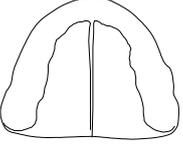
Na prática, a avaliação do uso e necessidade de prótese ajuda a entender o agravo "edentulismo", servindo, ao mesmo tempo, para estimar a gravidade do problema pela análise conjunta dos dados de uso e necessidade e para subsidiar ações de planejamento a partir da análise das necessidades.

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

Quadro 4. Códigos e critérios para Uso de Prótese.

Uso de Prótese		
Código	Critério	Exemplos
0	Não usa prótese dentária	 Nenhum espaço protético  Desdentado parcial, mas sem prótese presente  Desdentado total e sem prótese presente
1	Usa uma ponte fixa	 Uma ponte fixa posterior  Uma ponte fixa anterior
2	Usa mais do que uma ponte fixa	 Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)
3	Usa prótese parcial removível	 Prótese Parcial Removível anterior
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	 Prótese removível anterior e ponte fixa posterior  Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores
5	Usa prótese dentária total	 Prótese total
9	Sem informação	

Quadro 5. Códigos e critérios para Necessidade de Prótese.

Necessidade de Prótese		
Código	Critério	Exemplos
0	Não necessita de prótese dentária	 <p>Todos os dentes presentes Espaços protéticos presentes com prótese Desdentado total mas com presença de prótese</p>
1	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de <u>um elemento</u>	 <p>Espaço protético unitário anterior Espaço protético unitário posterior</p>
2	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de <u>mais de um elemento</u>	 <p>Espaço protético anterior de mais de um elemento Espaço protético posterior de mais de um elemento</p>
3	Necessita uma <u>combinação de próteses</u> , <i>fixas e/ou removíveis</i> , para substituição de um e/ou mais de um elemento	 <p>Espaços protéticos em vários pontos da boca</p>
4	Necessita prótese dentária total	 <p>Desdentado total sem estar usando prótese no momento</p>
9	Sem informação	

Uma observação importante é que a verificação da necessidade de prótese deve incluir uma avaliação da *qualidade* da prótese quando a mesma está presente. Os dois índices não são excludentes, ou seja, é possível estar usando e também necessitar de uma prótese. Para que haja uniformidade nesta avaliação, o critério de decisão para determinar que uma prótese que está em uso é inadequada e, portanto, deve ser trocada, será baseado nas seguintes condições:

- a) Retenção – está folgada ou apertada
- b) Estabilidade e reciprocidade – apresenta deslocamento ou báscula
- c) Fixação – lesiona os tecidos
- d) Estética – apresenta manchas ou fraturas e não está adequada ao perfil facial do paciente

Caso pelo menos uma dessas condições esteja presente, recomenda-se a troca da prótese e, portanto, procede-se a avaliação da necessidade.

3.5.4. Fluorose Dentária

A Fluorose Dentária será avaliada em crianças de **12 anos**.

Pela necessidade de acompanhar os efeitos do uso de medidas de saúde pública de amplo impacto como a fluoretação das águas, o uso de creme dental fluoretado, programas preventivos de aplicação tópica de flúor e suas implicações na saúde da população coberta, justifica-se a inclusão da fluorose como problema a ser pesquisado.

Dean, em 1934 desenvolveu a primeira classificação de fluorose dentária sendo mais tarde modificada por ele. A classificação conhecida como Índice de Dean tem sido usada por muitos anos para descrever a fluorose o que permite a comparação com um volume maior de estudos. Desse modo, neste projeto, para registro da ocorrência de fluorose, e seguindo as recomendações da OMS, sugere-se a utilização deste índice, com o exame dos dois dentes mais afetados e um escore a ser registrado. Os critérios e códigos para registro estão descritos no Quadro a seguir.

Quadro 6. Critérios e valores para a classificação de dentes fluoróticos de acordo com o Índice de Dean.

Classificação	Valor	Critério de diagnóstico
Normal	0	O esmalte apresenta translucidez usual com estrutura semi-vitriforme. A superfície é lisa, polida, cor creme clara.
Questionável	1	O esmalte revela pequena diferença em relação à translucidez normal, com ocasionais manchas esbranquiçadas. Usar este código quando a classificação "normal" não se justifica.
Muito Leve	2	Áreas esbranquiçadas, opacas, pequenas manchas espalhadas irregularmente pelo dente, mas envolvendo não mais que 25% da superfície. Inclui opacidades claras com 1mm a 2 mm na ponta das cúspides de molares (picos nevados).
Leve	3	A opacidade é mais extensa, mas não envolve mais que 50% da superfície.
Moderada	4	Todo o esmalte dentário está afetado e as superfícies sujeitas à atrição mostram-se desgastadas. Pode haver manchas castanhas ou amareladas freqüentemente desfigurantes.
Grave	5	A hipoplasia está generalizada e a própria forma do dente pode ser afetada. O sinal mais evidente é a presença de depressões no esmalte, que parece corroído. Manchas castanhas generalizadas.
Sem Informação	9	Quando, por alguma razão (próteses, p. ex.), um indivíduo não puder ser avaliado quanto à fluorose dentária. Utilizar este código também nas situações em que o exame não estiver indicado (65 a 74 anos, p.ex.).

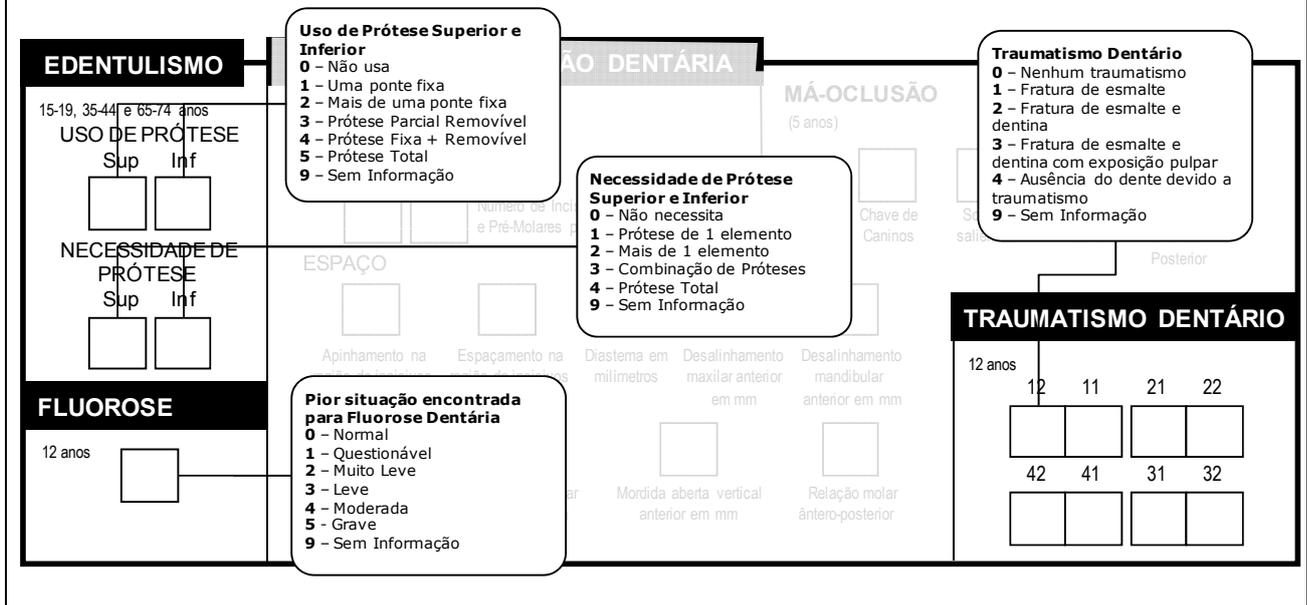


Resumo do Preenchimento

No PDA



Na Ficha em Papel



3.5.5. Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento

Serão avaliados três aspectos em cada espaço dentário: as condições da coroa e da raiz e a necessidade de tratamento. A condição de coroa e a necessidade de tratamento serão avaliados em **todas as idades e grupos etários** e a condição de raiz somente nos grupos etários de **35 a 44** e **65 a 74 anos**.

Após o exame de cada espaço, o examinador dirá os três respectivos códigos para serem anotados e passará ao espaço dentário seguinte. Para as idades de 5, 12, 15 a 19 anos

não será avaliada a condição da raiz, registrando-se o código 9 (dente excluído) em todas as caselas correspondentes. Serão empregados códigos alfabéticos para dentes decíduos e numéricos para dentes permanentes.

Os diferentes espaços dentários serão abordados de um para o outro, sistematicamente, iniciando do terceiro molar até o incisivo central do hemiarco superior direito (do 18 ao 11), passando em seguida ao incisivo central do hemiarco superior esquerdo e indo até o terceiro molar (do 21 ao 28), indo para o hemiarco inferior esquerdo (do 38 ao 31) e, finalmente, concluindo com o hemiarco inferior direito (do 41 ao 48).

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

a) Cárie Dentária

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

0(A) – Coroa Hígida

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

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

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

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

1(B) – Coroa Cariada

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

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

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

Nota: Quando a coroa está completamente destruída pela cárie, restando apenas a raiz, deve-se registrar o código "1" apenas na casela correspondente à coroa e o código "9" na casela da raiz.

2(C) – Coroa Restaurada mas Cariada.

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

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

3(D) – Coroa Restaurada e Sem Cárie

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

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

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

4(E) – Dente Perdido Devido à Cárie

Um dente permanente ou decíduo foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à coroa. No caso de dentes decíduos, deve-se aplicar apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.

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

5(F) – Dente Perdido por Outra Razão

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

Nesses casos, o código registrado na casela correspondente à raiz é “**7**” ou “**9**”. O código para decíduos (**F**) nestes casos deverá ser utilizado com certa cautela, uma vez que, a partir dos 5 anos, geralmente o espaço vazio se deve à exfoliação natural, devendo ser codificado como coroa não erupcionada (código “**8**”).

6(G) – Selante

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

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

7(H) – Apoio de Ponte ou Coroa

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

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

8(K) – Coroa Não Erupcionada

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

Raiz Não Exposta

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

T(T) – Trauma (Fratura)

Parte da superfície coronária foi perdida em conseqüência de trauma e não há evidência de cárie. Restaurações decorrentes de fratura coronária devem ser registrados como Trauma (T).

9(L) – Dente Excluído

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

Quando há 5 ou mais dentes com bandas o portador será excluído da amostra. Braquetes, em qualquer número, não inviabilizam os exames e, assim, não constituem obstáculo para aproveitamento do elemento amostral.

b) Necessidade de Tratamento

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

Os códigos e critérios para as necessidades de tratamento são:

0 – Nenhum Tratamento

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

1 – Restauração de uma superfície dentária

Quando é exigido, para a recuperação da estrutura dentária, uma restauração de qualquer tipo que envolva apenas uma face do dente.

2 – Restauração de duas ou mais superfícies dentárias

Quando é exigido, para a recuperação da estrutura dentária, uma restauração de qualquer tipo que envolva duas ou mais faces do dente.

3 – Coroa por qualquer razão

Quando o dente necessita de uma cobertura coronária, seja por trauma, cárie ou causa desconhecida.

4 – Faceta Estética

Quando a superfície dentária está destruída ou com comprometimento estético que exija um tratamento com facetas laminadas.

5 – Tratamento Pulpar e Restauração

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

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

6 – Extração

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

- a cárie destruiu o dente de tal modo que não é possível restaurá-lo;

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

7 – Remineralização de Mancha Branca

Quando o dente apresenta mancha branca ativa que necessite de tratamento remineralizador à base de flúor ou outro composto.

8 – Selante

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

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

Nota a respeito das necessidades de tratamento:

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

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

9 – Sem Informação

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

Quadro 7. Resumo dos códigos e critérios para CPO-D/ceo-d.

Código			Condição
Dentes Decíduos	Dentes Permanentes		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	Hígido
B	1	1	Cariado
C	2	2	Restaurado mas com cárie
D	3	3	Restaurado e sem cárie
E	4	Não se aplica	Perdido devido à cárie
F	5	Não se aplica	Perdido por outras razões
G	6	Não se aplica	Apresenta selante
H	7	7	Apoio de ponte ou coroa
K	8	8	Não erupcionado - raiz não exposta
T	T	Não se aplica	Trauma (fratura)
L	9	9	Dente excluído

Quadro 8. Códigos e critérios para necessidade de tratamento.

Código	Tratamento
0	Nenhum
1	Restauração de 1 superfície
2	Restauração de 2 ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer razão
4	Faceta estética
5	Tratamento pulpar e restauração
6	Extração
7	Remineralização de mancha branca
8	Selante
9	Sem informação

a) Índice Periodontal Comunitário – CPI

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

Sonda OMS – Para realizar o exame utiliza-se sonda específica, denominada sonda OMS, com esfera de 0,5 mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 mm e 5,5 mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5 mm e 11,5 mm da ponta do instrumento (Figura 15).

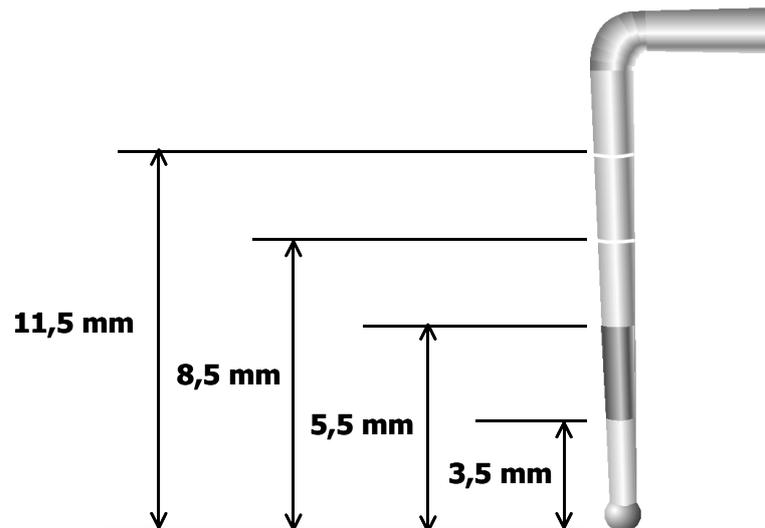


Figura 15. Sonda CPI, ilustrando as marcações com as distâncias, em milímetros, à ponta da sonda.

Sextantes – A boca é dividida em sextantes definidos pelos grupos de dentes: 18 a 14, 13 a 23, 24 a 28, 38 a 34, 33 a 43 e 44 a 48 (Figura 16). A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (p. ex., comprometimento de furca, mobilidade etc.), é pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante é cancelado (quando há, por exemplo, um único dente presente).

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

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

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

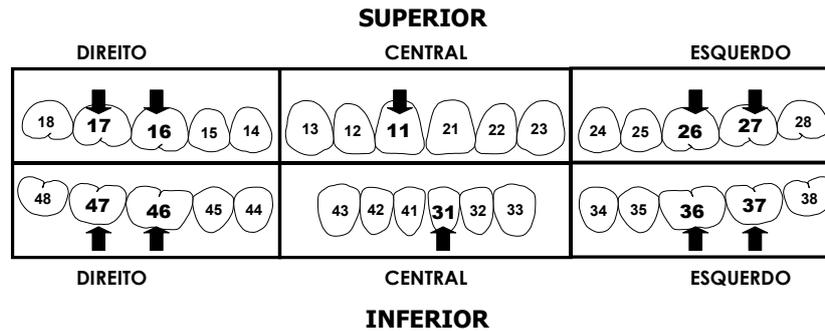


Figura 16. Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes-índices para CPI e PIP.

Exame – Pelo menos 6 pontos são examinados em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame devem ser iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área méso-vestibular. Após, inspecionam-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda deve ser introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude, devem ser realizados. A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas (recomenda-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia).

Registros – Considerar que:

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

Códigos e Critérios

O registro das condições deve ser feito de forma separada para sangramento, cálculo e bolsa, do seguinte modo.

Sangramento:

- 0 – Ausência
- 1 – Presença
- X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)
- 9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

Cálculo Dentário:

- 0 – Ausência
- 1 – Presença
- X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)
- 9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

Bolsa Periodontal:

- 0 – Ausência
- 1 – Presença de Bolsa Rasa: Quando a marca preta da sonda fica parcialmente coberta pela margem gengival. Como a marca inferior da área preta corresponde a 3,5 mm e a superior 5,5 mm, a bolsa detectada deve estar entre 4 e 5 mm.

- 2 – *Presença de Bolsa Profunda*: Quando a área preta da sonda fica totalmente coberta pela margem da gengiva. Como a marca superior da área preta fica a 5,5 mm da ponta, a bolsa é de, pelo menos 6 mm.
- X – *Sextante excluído* (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)
- 9 – *Não examinado* (quando o índice não se aplica à idade em questão)

Na Figura a seguir, exemplos destas condições.

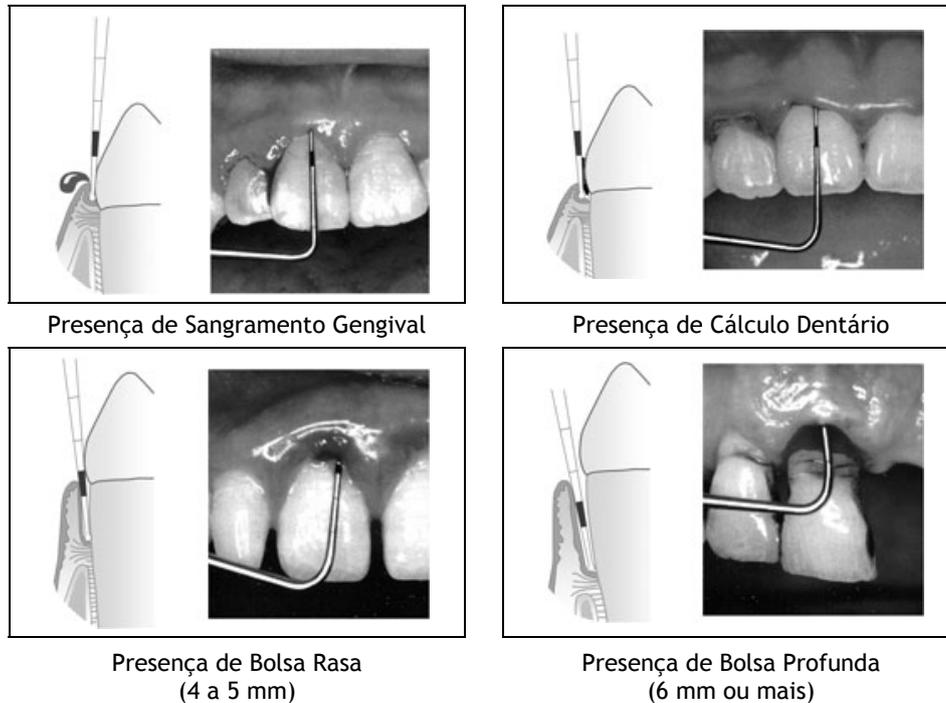


Figura 17. Exemplos de condições a serem registradas para o Índice Periodontal Comunitário (CPI).

Observação importante:

Sabe-se que o tempo de resposta à sondagem da gengiva inflamada é variado. A OMS não define um período de tempo para a observação do sangramento à sondagem. Recomenda-se um tempo de observação após a sondagem de 10 a 30 segundos, critério utilizado na maioria dos índices com essa categoria de medida e recomendado também pelos pesquisadores que desenvolveram o CPI. Quanto à inclinação da sonda, em crianças de 12 anos, nas quais não são feitos registros de bolsas, indica-se uma inclinação de aproximadamente 60° da sonda em relação ao longo eixo do dente, evitando-se o toque na base do sulco gengival como forma de diminuir a probabilidade de casos de sangramento falso-positivos.

b) Índice de Perda de Inserção Periodontal - PIP

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

Relação com CPI – O PIP é basicamente um complemento do CPI. Os mesmos sextantes e dentes-índices são considerados, sob as mesmas condições. Entretanto, cabe alertar que o dente-índice onde foi encontrada a pior condição para o CPI pode não ser o

mesmo com a pior situação para o PIP. O índice só será utilizado para as faixas etárias de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos.

Exame – A **visibilidade da JCE** é a principal referência para o exame. Quando a JCE não está visível e a pior condição do CPI bolsa para o sextante é igual a “1”, qualquer perda de inserção para o sextante é estimada em menos de 4mm (PIP = 0).

Códigos – Os códigos utilizados no PIP estão ilustrados no Quadro a seguir.

Quadro 9. Códigos e critérios para o Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP).

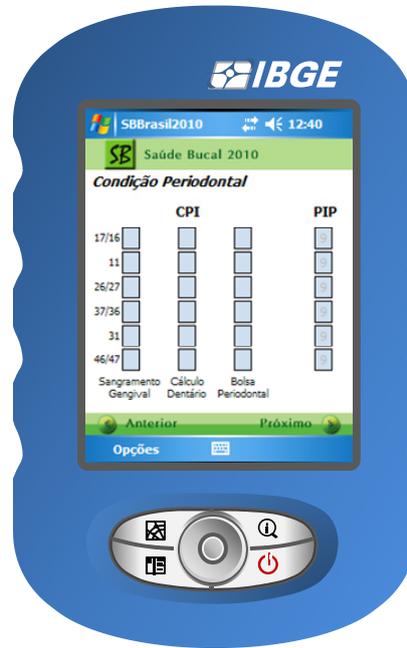
Código	Condição	Critério
0	Perda de inserção entre 0 e 3 mm	JCE não visível e CPI entre 0 e 3.
1	Perda de inserção entre 4 mm e 5 mm	JCE visível na área preta da sonda CPI.
2	Perda de inserção entre 6 mm e 8 mm	JCE visível entre limite superior da área preta da sonda CPI e a marca de 8,5 mm.
3	Perda de inserção entre 9 mm e 11 mm	JCE visível entre as marcas de 8,5 mm e 11,5 mm.
4	Perda de inserção de 12 mm ou mais	JCE visível além da marca de 11,5 mm
X	Sextante Excluído	Quando menos de dois dentes funcionais estão presentes
9	Não examinado	Quando não se aplica à idade em questão

Exemplos	



Resumo do Preenchimento

No PDA



Na Ficha em Papel

CONDIÇÃO PERIODONTAL

CPI: 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos
 PIP: 35 a 44 e 65 a 74 anos

	SANGRAMENTO GENGIVAL	CÁLCULO DENTÁRIO	BOLSA PERIODONTAL	PIP
17/16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26/27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37/36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46/47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sangramento Gingival

0 - Ausência
 1 - Presença
 X - Excluído
 9 - Não Examinado

Bolsa Periodontal

0 - Ausência
 1 - Presença de Bolsa Rasa
 2 - Presença de Bolsa Profunda
 X - Excluído
 9 - Não Examinado

Perda de Inserção (PIP)

0 - Perda de 0 a 3 mm
 1 - Perda entre 4 e 5 mm
 2 - Perda entre 6 e 8 mm
 3 - Perda entre 9 e 11 mm
 4 - Perda de 12 mm ou mais
 X - Excluído
 9 - Não Examinado

Cálculo Dentário

0 - Ausência
 1 - Presença
 X - Excluído
 9 - Não Examinado

4. Referências

- CONS, N. C. et al. Utility of the dental aesthetic index in industrialized and developing countries. J Pub Health Dent. v. 49, n. 3, 1989, p. 163-6.
- DEAN, H.T. Classification of mottled enamel diagnosis. J Am Med Assoc. v. 21, p. 1421-6. 1934.
- FEJERSKOV, O. MANJI, F., BAELUM, V., MÖELER, I.J. Fluorose dentária: um manual para profissionais de saúde. São Paulo: Santos, 1994. 122 p.
- GIL, C., NAKAMAE, A.E.M. Índice de qualidade do trabalho protético (IQP): um estudo metodológico. Revista da Pós-Graduação, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 38-46, 2000.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Manual do recenseador - CD 1.09. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 151p.
- KLEIN, H., PALMER, C.E. Dental caries in american indian children. Public Health Bull, 239. Washington, GPO, 1938.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Faculdade de Saúde Pública, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Levantamento das Condições de Saúde Bucal - Estado de São Paulo, 1998. Caderno de Instruções. São Paulo, 1998. [mimeo]
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys. Geneva: ORH/EPID, 1993.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Oral health surveys: basic methods. 3 ed. Geneva: ORH/EPID, 1987.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Oral health surveys: basic methods. 4 ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.

Anexo 1.

Tabela 1. Número de indivíduos (n) e respectivo número de domicílios (Dom) de acordo com a idade e os domínios da amostra (capital e interior)

Capital	Idades / Grupos Etários										Total de Exames Realizados	Nº final de domicílios sorteados
	5 anos		12 anos		15 a 19 anos		35 a 44 anos		65 a 74 anos			
	n	Dom	n	Dom	n	Dom	n	Dom	n	Dom		
Boa Vista	250	3.561	250	3.653	200	568	390	825	250	2.993	1.340	3.653
Rio Branco	250	3.376	250	3.441	481	1.379	559	1.251	250	2.884	1.790	3.441
Manaus	250	3.769	250	3.408	238	681	553	1.151	250	3.238	1.541	3.769
Porto Velho	250	3.238	250	3.561	200	577	487	999	250	4.093	1.437	4.093
Belém	250	4.397	250	3.913	200	626	780	1.544	250	2.120	1.730	4.397
Macapá	250	2.955	250	3.152	200	535	467	1.106	250	3.769	1.417	3.769
Palmas	250	3.671	250	3.238	212	589	443	919	250	5.124	1.405	5.124
São Luís	250	4.290	250	4.036	200	622	508	1.133	250	2.855	1.458	4.290
Teresina	250	4.218	250	4.290	200	642	813	1.842	250	2.662	1.763	4.290
Fortaleza	250	4.550	250	4.148	200	626	668	1.428	250	2.241	1.618	4.550
Natal	250	4.692	250	4.416	262	871	390	844	250	2.057	1.402	4.692
João Pessoa	250	4.972	250	4.442	210	679	502	1.054	250	2.007	1.462	4.972
Recife	250	5.250	250	4.663	200	699	475	968	250	1.734	1.425	5.250
Maceió	250	3.890	250	4.036	228	736	502	1.088	250	2.545	1.480	4.036
Aracaju	250	4.496	250	4.550	200	694	505	1.074	250	2.145	1.455	4.550
Salvador	250	4.782	250	4.692	200	713	398	815	250	2.368	1.348	4.782
Belo Horizonte	250	6.156	250	5.865	200	890	457	1.099	250	1.812	1.407	6.156
Vitória	250	6.113	250	5.987	200	913	476	1.181	250	1.920	1.426	6.113
Rio de Janeiro	250	6.028	250	6.028	200	966	411	1.014	250	1.489	1.361	6.028
São Paulo	250	5.637	250	5.749	200	913	415	970	250	1.904	1.365	5.749
Curitiba	250	6.493	250	5.781	204	882	480	1.122	250	2.113	1.434	6.493
Florianópolis	250	6.840	250	6.137	200	897	307	742	250	2.036	1.257	6.840
Porto Alegre	250	6.737	250	6.096	200	951	321	853	250	1.572	1.271	6.737
Campo Grande	250	5.425	250	5.229	200	779	469	1.139	250	2.237	1.419	5.425
Cuiabá	250	5.198	250	5.325	200	781	427	1.029	250	2.738	1.377	5.325
Goiânia	250	5.826	250	5.564	253	1.062	375	872	250	2.309	1.378	5.826
Brasília	250	5.106	250	4.960	200	772	526	1.157	250	2.913	1.476	5.106
Interior/Região												
Norte	250	3.073	250	3.289	214	577	597	1.506	250	2.261	1.561	3.289
Nordeste	250	3.610	250	3.940	235	731	618	1.634	250	1.695	1.603	3.940
Sudeste	250	5.306	250	5.413	211	883	581	1.485	250	1.623	1.542	5.413
Sul	250	6.021	250	5.605	208	892	546	1.406	250	1.509	1.504	6.021
Centro-Oeste	250	4.896	250	5.076	256	1.000	547	1.336	250	1.955	1.553	5.076

Anexo 2 – Ficha de Exame e Questionário



Ficha de Exame

EXAMINADOR ORIG./DUP.

Nº IDENTIFICAÇÃO	ESTADO	MUNICÍPIO	SETOR CENSITÁRIO	DOMICÍLIO
<input type="text"/>				

INFORMAÇÕES GERAIS

Idade em anos Sexo Cor/Raça Realização do Exame

<p>EDENTULISMO</p> <p>15-19, 35-44 e 65-74 anos USO DE PRÓTESE Sup <input type="text"/> Inf <input type="text"/></p> <p>NECESSIDADE DE PRÓTESE Sup <input type="text"/> Inf <input type="text"/></p>	<p>CONDIÇÃO DA OCLUSÃO DENTÁRIA</p> <p>DAI (12 e 15 a 19 anos) DENTIÇÃO <input type="text"/> <input type="text"/> Número de Incisivos, Caninos e Pré-Molares perdidos</p> <p>ESPAÇO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Apinhamento na região de incisivos Espaçamento na região de incisivos Diastema em milímetros Desalinhamento maxilar anterior em mm Desalinhamento mandibular anterior em mm</p> <p>OCLUSÃO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ovejet maxilar anterior em mm Ovejet mandibular anterior em mm Mordida aberta vertical anterior em mm Relação molar ântero-posterior</p>	<p>MÁ-OCLUSÃO (5 anos)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Chave de Caninos Sobres-saliência Sobre-mordida Mordida Cruzada Posterior</p>
---	--	---

<p>FLUOROSE</p> <p>12 anos <input type="text"/></p>	<p>TRAUMATISMO DENTÁRIO</p> <p>12 anos</p> <table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>11</td> <td>21</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>42</td> <td>41</td> <td>31</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	12	11	21	22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	42	41	31	32	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
12	11	21	22																		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		
42	41	31	32																		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																		

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

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

	18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28
				15	14	13	12	11	21	22	23	24	25			

	48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	37	38
				45	44	43	42	41	31	32	33	34	35			

Coroa, Raiz, Trat. (Grids for dental conditions)

CONDIÇÃO PERIODONTAL

CPI: 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos
PIP: 35 a 44 e 65 a 74 anos

	17/16	11	26/27	37/36	31	46/47
SANGRAMENTO GENGIVAL	<input type="text"/>					
CÁLCULO DENTÁRIO	<input type="text"/>					
BOLSA PERIODONTAL	<input type="text"/>					



Avaliação socioeconômica, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida e autopercepção de saúde bucal

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

- 1** Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa? Marcar **99** para "não sabe / não respondeu"
- 2** Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? Marcar **99** para "não sabe / não respondeu"
- 3** Quantos bens tem em sua residência?
Considerar como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, micro-computador, e número de carros. Vaia de **0** a **11** bens. Marcar **99** para "não sabe / não respondeu"
- 4** No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?
1-Até 250; **2**-De 251 a 500; **3**-De 501 a 1.500; **4**-De 1.501 a 2.500; **5**-De 2.501 a 4.500; **6**-De 4.501 a 9.500; **7**-Mais de 9.500; **9**-Não sabe/não respondeu

ESCOLARIDADE, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E USO DE SERVIÇOS

- 5** Até que série o sr(a) estudou?
Fazer a conversão e anotar o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação). Marcar **99** para "não sabe / não respondeu"
- 6** O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?
0-Não; **1**-Sim; **9**-Não sabe / Não respondeu
- 7** Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente?
0-Não; **1**-Sim; **8**-Não se aplica; **9**-Não sabe / Não respondeu
- 8** Aponte na escala o quanto foi esta dor **1** (um) significa muito pouca dor e **5** (cinco) uma dor muito forte (mostrar a escala no anexo do manual)
- 9** Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista?
0-Não; **1**-Sim; **9**-Não sabe / Não respondeu
- 10** Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez?
1-Menos de um ano; **2**-Um a dois anos; **3**-Três anos ou mais; **8**-Não se aplica; **9**-Não sabe / Não respondeu
- 11** Onde foi a sua última consulta?
1-Serviço público; **2**-Serviço particular; **3**-Plano de Saúde ou Convênios; **4**-Outros; **8**-Não se aplica; **9**-Não sabe / Não respondeu
- 12** Qual o motivo da sua última consulta?
1-Revisão, prevenção ou check-up; **2**-Dor; **3**-Extração; **4**-Tratamento; **5**-Outros; **8**-Não se aplica; **9**-Não sabe / Não respondeu
- 13** O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta?
1-Muito Bom; **2**-Bom; **3**-Regular; **4**-Ruim; **5**-Muito Ruim; **8**-Não se aplica; **9**-Não sabe / Não respondeu

AUTOPERCEPÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL

- 14** Com relação aos seus dentes/boca o sr(a) está:
1-Muito satisfeito; **2**-Satisfeito; **3**-Nem satisfeito nem insatisfeito; **4**-Insatisfeito; **5**-Muito insatisfeito; **9**-Não sabe / Não respondeu
- 15** O sr(a) considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente?
0-Não; **1**-Sim; **9**-Não sabe / Não respondeu
- 16** Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr(a), nos últimos seis meses? **0**-Não; **1**-Sim; **9**-Não sabe / Não respondeu
- | | |
|---|---|
| 16.1. Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes? <input type="text"/> | 16.5. Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes? <input type="text"/> |
| 16.2. Os seus dentes o incomodaram ao escovar? <input type="text"/> | 16.6. Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes? <input type="text"/> |
| 16.3. Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)? <input type="text"/> | 16.7. Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar? <input type="text"/> |
| 16.4. Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes? <input type="text"/> | 16.8. Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho? <input type="text"/> |
| | 16.9. Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes? <input type="text"/> |

Anexo 3 – Escala de Dor

