



**PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL**



**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL
NA CIDADE DE SÃO PAULO, 2008.**

MANUAL DO EXAMINADOR

São Paulo
Setembro de 2008

COORDENAÇÃO GERAL DA PESQUISA

Maria da Candelária Soares
Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal

Regina Auxiliadora Amorim Marques
Pesquisadora responsável

Antônio Carlos Frias
Caio Marcio Fillippos
Doralice Severo da Cruz

EQUIPE TÉCNICA DE CALIBRAÇÃO DE MULTIPLICADORES

Antonio Carlos Frias
Edna Alves Silva
Julie Silvia Martins (PSF- Sta. Marcelina)
Nilva Tiyomi Kitani (ET SUS CEFOR)
Regina Auxiliadora de Amorim Marques

EQUIPE TÉCNICA REGIONAL

Coordenadoria Regional de Saúde Norte	Célia Maria Casilho Fontana Cavaggione		
	Helen De Agostino	Hilda Mitito Ohara Pastor	Susana Baptista Ramos
Coordenadoria Regional de Saúde Sul	Niki Tezari de Almeida Gonçalves	Leila Baruque	
	Marta Lopes De Paula Cipriano		
Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste	Claudia Maria M. Horita	Maria Regina Rossi	Raul Pacci
	Elaine Silveiras Lenuzza	Maria Aparecida Akiko Okada	
Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste	Mario Nakanishi		
	Ana Elisa Aoki	Ana Maria Cordeiro	Elsa H. Schneider
Coordenadoria Regional de Saúde Leste	Rosmarí Lucchesi De Almeida	Rubens Nunes Jr	
	Regina Helena Pinheiro Sanches		
Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste	Maria Emília Carvalhaes Machado	Regiane de Santana Piva	Eloísa Maria Amirabile
	Zuleica Akeme Uehara		
Coordenadoria Regional de Saúde Leste	Breno Souza De Aguiar	Paula Furtado Fernandes Murça	Thiago Nogueira M Ferreira
	Ana Claudia P.Padilha Ana Paula Ricci	Regina Saldanha Gonçalves	Liede Robles Terzini

EQUIPE TÉCNICA REGIONAL DE CALIBRAÇÃO

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE

Equipe de Calibração

Ana Cristina Neves Martins Naristino A. Correa Íris Kubo
Luis Alberto Pereira Gomes Letícia Regina Marcelino

Supervisão Técnica de Saúde –Santana/Jaçanã

CD

Mª Elizabete A. Ferreira Orlando Antonio da Silva Glauca Gassi G. Kopper

ACD

Eleneuza B. Dos Santos Maria Lucinda de Oliveira Ana Cecília M. Pinheiro

Supervisão Técnica de Saúde Casa Verde/Cachoeirinha/Limão

CD

Luis Alberto Pereira Gomes Luciana Raquel de T. Arruda Maria Tereza Lanzoni Sedrão
ACD Paulo Renato Machado Filho -CD

Sonia Maria Aguado Oliveira

Supervisão Técnica de Saúde Vila Maria

CD

Margarida Odete Paes Jairo Muller

ACD

Benedita Fátima S. Rodrigues

Supervisão Técnica de Saúde Freguesia do Ó/Brasília

CD

Andréa Pereira Barbosa Vanessa Ormeni Franco Letícia Regina Marcelino

ACD

Noemi Moreira Marandola Elisete Aparecida Silva de Oliveira Edmilson Maurício da Silva

Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/ Perus

CD

Fausto De Almeida Castilho Junior Ana Cristina Neves Martins

ACD

Mônica Oliveira Delibero Angelo Marisete Ferreira Amorim

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL**Equipe de Calibração**

Lucina Pinto Sales Danielle de Cassia S Macedo Josimar Pereira da Silva

Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro/Cidade Ademar

CD

Marinez Ferraz Frizo Anselmo Eduardo Esteves Maria Lucia Leme F. Villela

ACD

Luciana Monteiro R Dias Lislley Costa Gonçalves Roselane S. V. Ferreira

Supervisão Técnica de Saúde Parelheiros

CD

Danielle De Cassia S. Macedo Tathiana Marinho Blanco Christiane Akemi Ikeda

ACD

Lucilene Dos Santos Tomé Araújo Magda Dos Santos Cantante Carmelita Da Silva Dos Santos

Supervisão Técnica de Saúde Capela Do Socorro

CD

Priscila J. Rodrigues Ana Priscila Ferreira Cristina Mayumi Higuchi

ACD

Willia de Sales de Oliveira Maria Conceição S. Trigo Dalsiza Maria Justino

Supervisão Técnica de Saúde M'Boi Mirim

CD

Luciane Yurika Koga Lilian Candido da Silva Tatiana Albuquerque P F Padula

ACD

Antonia dos Santos Cleusa Magoço Silva Sirlene Maria Bento da S.Santos

Supervisão Técnica de Saúde Campo Limpo

CD

Aline Moraes Lisiane Soares Ferreira Ana Cristina B S Machado

Samuel Jimenes Manzolli

ACD

Éster Pinto Silmara Z. dos Santos Miriam Sylvia B de Carvalho

Lourdes Pereira Oliveira

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE**Equipe de Calibração**

Grace Vitória Lima Chan Rissato Waldnei Soares Edna Alves Silva

Supervisão Técnica de Saúde Vila Mariana/Jabaquara

CD

Grace Vitória Lima Chan Rissato Leda Basile Chubaci Silvana Maria Elias Pinto Vieira

ACD

Cássia Maria Coto De Paula Souza Maria Aparecida Vieira Silva Maria Ap.de Fátima Arantes

Supervisão Técnica de Saúde Ipiranga

CD		
Mariana Monetti	Edna Alves Silva	Lucia Yacie Hirano Hatano
Alice Tiekko Nakagawa		
ACD		
Maria Luiza da Silveira	Michelle Xavier H. Baruque	Ana Alice dos Santos

Supervisão Técnica de Saúde Sapopemba

CD		
Thiago Vidal Vianna	Leandra Fernandes Leitão	Shirley Silvana Sanches
ACD		
Roberta Jacques Correa	Alcimara Gonçalves Lasneau	Maria do Carmo Mendonça

Supervisão Técnica de Saúde Mooca / Aricanduva

CD		
Ana Maria Pedroso De Campos Neta	Luzia Meire Ferreira Rall	Sheyla Castro de Almeida
ACD		
Raquel De Souza R Justino	Márcia C Benedicto Cunha	Berenice Izabel A. Siqueira

Supervisão Técnica de Saúde - Penha

CD		
Waldnei Soares	Márcio M. Brito de Almeida	Daniel Vitor Kunitake
ACD		
Nizaldi Gladys N. Dos Reis	Paulo Roberto Piu Puppi	Janete Ap. Pereira de Souza

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO-OESTE**Equipe de Calibração**

Maria Emília Carvalhaes Machado	Cássia Helena Reali	Celso Eduardo Reparate
Annelise Nazareth Ribeiro Cunha		

Supervisão Técnica de Saúde Sé

CD		
Maria Emília Carvalhaes Machado	Cássia Helena Reali	Celso Eduardo Reparate
Annelise Nazareth Ribeiro Cunha	Anelena Coelho Aguiar	
ACD		
Rosilene Pessoa de Mello	Gesiete Torres de O. Sabino	Inês de Fátima Munareto
Graziella Aparecida de Santana	Cristiane Alves de Souza	

Supervisão Técnica de Saúde Butantã

CD		
Márcia Suemi Uehara	Ângela Priscila Der T. Fontes	Sônia Regina P. Caetano
Mariângela Ribeiro Martins		
ACD		
Tânia Aparecida Bindi		

Supervisão Técnica de Saúde Lapa/Pinheiros

CD		
Rosely Machado Coelho	Kátia Cristina Andrade	Miriam Spessoto

ACD

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE LESTE**Equipe de Calibração**

Breno Souza de Aguiar	Monike Petrini V Teraoka	Regina Saldanha Gonçalves
Maria Carolina Ribeiro da Silva	Ângela Libert Alves	

Supervisão Técnica de Saúde Guaianases

CD		
Monike Petrini V. Teraoka	Suzana Maria Velloso Dutra	Lucia de Fatima Borges Dias
ACD		
Sandra Matiazzo	Adinei Mangia Dutra	Daniela Boneti César

Supervisão Técnica de Saúde Cidade Tiradentes

CD

Maria Carolina Ribeiro da Silva Luciano D'Arcadia

ACD

Bernadete Gomes Coelho Luciano Gonçalves

Supervisão Técnica de Saúde Itaim Paulista

Cd

Ângela Libert Alves Fábio de Moraes Pugliano

ACD

Andréia Biazotto L. de Souza Daniela Regina Souza

Supervisão Técnica de Saúde Itaquera

CD

Virginia Azevedo Borges Rovai Elisete Becker

ACD

Leonora Silvestre Pereira Alessandra Barreto Cruz

Supervisão Técnica de Saúde São Mateus

Ana Maria P. de Campos Neta Silvana Ferreira Gomes

ACD

Neide Vilma Ceolin Godoi Renata Ceciliato Pires

Supervisão Técnica de Saúde Ermelino Matarazzo

CD

Sonia Yukiko Takaku Maurício C. Bassicheto

ACD

Sonia Mercedes Conceição Janete Silva Hernandez

Supervisão Técnica de Saúde São Miguel Paulista

CD

Ivete Mitiko Tanaka Antonio Mitsuo

ACD

Rosa Maria Sousa Rocha Jandira Pereira Coelho

Ana Maria P. de Campos Neta Silvana Ferreira Gomes

Maria Amélia Itri

Rosa Maria Pereira

Handel Vinicius de Paula Lara

Adélia Cavalcante da Cruz

César Luis Ferreira

Juliana Alves Mariano

Maria Estela Osuna Gutierrez

Maria de Almeida Mendes

José Renato Sarmento Souza

Andréia Bezerra Paiva de Araújo

Edilaine Ribeiro Oknawa

Sonia Maria Aragão

Maria Estela Osuna Gutierrez

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que contribuíram na elaboração deste manual de forma direta ou indireta, aos técnicos das diversas áreas do serviço público de saúde e aos docentes. Agradecemos ainda a todos que participarão desta pesquisa, às instituições de ensino públicas e privadas, às coordenadorias regionais de saúde e supervisões técnicas de saúde, às equipes de examinadores e anotadores e principalmente aos cidadãos e cidadãs que concordarem em participar da pesquisa.

Ficha Técnica:

- **Organização, digitação e montagem:**
Antônio Carlos Frias
Regina Auxiliadora de Amorim Marques
- **Revisão:** Regina Auxiliadora de Amorim Marques
Maria da Candelaria Soares
Edna Alves Silva
Nilva Tiyomi Kitani

Reprodução:
Secretaria Municipal da Saúde

- **Tiragem 1ª edição**
100 exemplares

Área Técnica de Saúde Bucal – R. Gal. Jardim, 36 - 5º A – Centro – São Paulo – SP. CEP 01223-010 Telefone: 3397 2229

**SMS-SP – COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA-
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL**
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE DOCUMENTO POR
PROCESSOS FOTOCOPIADORES, DESDE QUE CITADA A FONTE

APRESENTAÇÃO

É de consenso que as programações de saúde necessitam de embasamento epidemiológico, o que também é uma das Diretrizes do Sistema Único de Saúde, seja para otimizar o uso dos recursos disponíveis como para atender ao princípio da equidade. O último estudo epidemiológico realizado na Cidade de São Paulo integrou o Levantamento das Condições de Saúde Bucal do Estado de São Paulo, em 2002 (SES SP), que também foi integrado ao SB Brasil, do MS.

Torna-se imperativo, pois, não apenas atualizar os dados epidemiológicos de forma a contemplar as recomendações da Organização Mundial da Saúde, mas conhecê-lo nas diferentes regiões da cidade, o que não foi realizado até a atualidade.

Objetiva-se, assim, atualizar os indicadores epidemiológicos das doenças bucais na Cidade de São Paulo e identificar suas variações nas 25 regiões correspondentes às Supervisões Técnica de Saúde, segundo fatores sócio-econômicos e etnia, abrangendo os seguintes grupos populacionais: crianças, adolescentes, adultos e idosos. Serão pesquisados: cárie dentária, doença periodontal, fluorose dentária, câncer bucal, oclusopatias, fendas lábio-palatais e uso e necessidade de próteses dentárias.

Objetiva-se adicionalmente avaliar a implantação da utilização de critérios de risco de doenças bucais como estratégia de organização dos serviços de saúde bucal na rede municipal de saúde de São Paulo e comprovar a eficácia desse método em relação aos dados obtidos com os do levantamento epidemiológico.

Realizado dessa forma, será um estudo pioneiro e fornecerá dados preciosos.

No intuito de subsidiar a realização desse estudo apresenta-se a seguir um manual de instruções para os examinadores.

Maria da Candelária Soares
Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal

Sumário	pg
Apresentação	7
Orientações para preenchimento da ficha de exame epidemiológico	9
Considerações gerais para realização de exames epidemiológicos	14
Índices – Códigos e critérios	
1 - Cárie dentária e Necessidade de Tratamento	14
1.1 Condição da Coroa	15
1.2 Condição da Raiz	17
1.3 Necessidade de Tratamento	18
2 - Fluorose Dentária	20
3 - Fenda ou Fissura Lábio Palatina	21
4 - Periodontopatias	22
4.1 Índice CPI	22
4.2 Índice PIP	25
5 - Alterações de Tecidos Moles	26
6 - Dor Oro Facial	27
7 - Prótese Dentária	28
8 - Oclusopatias	31
8.1 Índice de Má oclusão (OMS 1987)	31
8.2 Índice de Estética Dental (DAI)	31
9 - Bibliografia consultada	35
 ANEXOS	 36
Quadro 12: Agravos a serem estudados em escolares	
Quadro 13: Agravos a serem estudados em adultos e idosos	
Termo de consentimento Livre e Esclarecido - escolares	
Termo de consentimento Livre e Esclarecido – adultos e idosos	
Ficha de inquérito - escolares	
Ficha de exame epidemiológico escolares	
Ficha de exame epidemiológico adultos	

FICHA DE EXAME EPIDEMIOLÓGICO – ESCOLARES

Orientações para preenchimento

1. NOME: Preencha esse campo com o nome completo da criança.

Nome _____

2. N° FICHA CR: Cada Equipe de Saúde Bucal – ESB, constituída por Examinador e Anotador, deverá numerar as fichas de exame epidemiológico de 00001 a n, sempre com 5 dígitos.

Cada equipe deve preencher com os 5 dígitos as caselas N° FICHA CR.

N° FICHA CR

--	--	--	--	--

3. IDADE: Preencher a casela Idade com dois dígitos. A partir da idade de 5 anos a casela idade deve ser preenchida com a idade do examinado. Para os grupos etários de 18 a 36 os códigos estão apresentados no quadro abaixo.

IDADE

--	--

IDADE/GRU		18 a 23 meses			24 a 35 meses			36 meses	
CÓDIGO		01			02			03	
IDADE/ GRUPO ETÁRIO = CÓDIGO									
		5	12	15	16	17	18	19	
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
						60	61	62	63
65	66	67	68	69	70	71	72	73	74

4. SEXO: Preencher a casela referente a SEXO com um dígito. Usar **(1)** para sexo e Masculino e **(2)**, para Feminino.

SEXO

--

5. ETNIA:

Grupo Étnico / Cor da pele: Nas pesquisas desenvolvidas na área de Epidemiologia em Saúde Bucal, tem sido adotada, para a categorização dos diferentes Grupos Étnicos / Cor da pele, a classificação utilizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE de autotranscrição, onde o entrevistado se classifica segundo as características dos grupos apresentados. A equipe de saúde bucal, preferencialmente o examinador lê as categorias e características de cada uma delas para que o entrevistado possa se autotranscrever.

ETNIA

--

OBS: para as idades de 18 a 36 meses e 5 anos o examinador classifica o Grupo étnico/ cor da pele,

A - Amarelo - pele branco-amarela; olhos oblíquos.

B – Branco - pele branca; cabelo liso ou ondulado fino (de louro a negro); nariz estreito e proeminente; lábios finos (ou de espessura mediana); gengiva cor rósea (com suas variações normais devidas a queratinização e vascularização).

N – Negro - pele castanho-escuro ou negra; cabelo ondulado, encarapinhado ou em anel, geralmente escuro; nariz largo ou achatado; gengiva pigmentada pelo acúmulo de melanina.

P – Pardo - pele de coloração entre branca e negra (“mulato”, “moreno”); traços evidenciando miscigenação; impossibilidade de incluir o indivíduo nas categorias “branco”, “negro” ou “amarelo”.

I – Índio - Considera-se, nesta categoria, a pessoa que se declarou indígena ou índia.

X - Sem Registro - Quando não foi possível determinar o grupo étnico e/ou quando a pessoa não se declarou pertencente a nenhum dos grupos anteriores.

NOTA: Em virtude das dificuldades para classificar os indivíduos segundo características étnicas, num país com alto grau de miscigenação como é o Brasil, a escolha da categoria deve ser feita levando-se em consideração os traços predominantes.

6. STR: Supervisão Técnica de Saúde: Preencher as caselas da STR com dois dígitos de acordo com o quadro abaixo. As STR estão apresentadas segundo Coordenadorias regionais de Saúde -CRS quadros a seguir.

STR

--	--

7. BAIRRO: Preencher as caselas de Bairro com três dígitos de acordo com o quadro abaixo. Assim como para as STR os bairros estão apresentados no quadro a seguir.

Supervisão Técnica de Saúde – STR

Bairro

--	--	--

Bairro

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO-OESTE		
CÓDIGO DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE	NOME DO BAIRRO	CÓDIGO DO BAIRRO
11	STR Butantã	
	Butantã	111
	Morumbi	112
	Raposo Tavares	113
	Rio Pequeno	114
	Vila Sônia	115
12	STR Lapa / Pinheiros	
	Alto de Pinheiros	121
	Barra Funda	122
	Itaim Bibi	123
	Jaguara	124
	Jaguapé	125
	Jardim Paulista	126
	Lapa	127
	Perdizes	128
	Pinheiros	129
	Vila Leopoldina	120
13	STR Sé	
	Bela Vista	131
	Bom Retiro	132
	Cambuci	133
	Consolação	134
	Liberdade	135
	República	136
	Santa Cecília	137
	Sé	138

Coordenadoria Regional de Saúde Leste			
21	STR Cidade Tiradentes		Código - Bairro
		Cidade Tiradentes	211
22	STR Ermelino Matarazzo		
		Ermelino Matarazzo	221
		Ponte Rasa	222
23	STR Guaianases		
		Guaianases	231
		Lajeado	232
24	STR Itaim Paulista		
		Itaim Paulista	241
		Vila Curuçá	242
25	STR Itaquera		
		Cidade Líder	251
		Itaquera	252
		José Bonifácio	253
		Parque do Carmo	254
26	STR São Mateus		
		Iguatemi	261
		São Mateus	262
		São Rafael	263
27	STR São Miguel		
		São Miguel	271
		Jardim Helena	272
		Vila Jaci	273

Coordenadoria Regional de Saúde Norte			
31	STR Casa Verde / Cachoeirinha		Código - Bairro
		Cachoeirinha	311
		Casa Verde	312
		Limão	313
32	STR Freguesia do Ó / Brasilândia		
		Brasilândia	321
		Freguesia do Ó	322
33	STR Pirituba / Perus		
		Anhanguera	331
		Jaraguá	332
		Perus	333
		Pirituba	334
		São Domingos	335
34	STR Santana / Jaçanã		
		Jaçanã	341
		Mandaqui	342
		Santana	343
		Tremembé	344
		Tucuruvi	345
35	STR Vila Maria / Vila Guilherme		
		Vila Guilherme	351
		Vila Maria	352
		Vila Medeiros	353

Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste			
41	STR Mooca / Aricanduva / Formosa / Carrão		Código - Bairro
		Água Rasa	411
		Aricanduva	412
		Belém	413
		Brás	414
		Carrão	415
		Mooca	416
		Pari	417
		Tatuapé	418
		Vila	419
42	STR Ipiranga		
		Cursino	421
		Ipiranga	422
		Sacomã	423
43	STR Penha		
		Artur	431
		Cangaíba	432
		Penha	433
		Vila	434
44	STR Vila Mariana / Jabaguara		
		Jabaquara	441
		Moema	442
		Saúde	443
		Vila	444
45	STR Vila Prudente / Sapopemba		
		São Lucas	451
		Sapopemba	452
		Vila	453

Coordenadoria Regional de Saúde Sul			
51	STR Campo Limpo		Código - Bairro
		Campo Limpo	551
		Capão Redondo	512
		Vila Andrade	513
52	STR Capela do Socorro		
		Cidade Dutra	521
		Grajaú	522
		Socorro	523
53	STR M'Boi Mirim		
		Jardim Ângela	531
		Jardim São Luís	532
54	STR Parelheiros		
		Marsilac	541
		Parelheiros	542
55	STR Santo Amaro / Cidade Ademar		
		Campo Belo	551
		Campo Grande	552
		Cidade Ademar	553
		Pedreira	554
		Santo Amaro	555

8. TIPO DA ESCOLA: Preencher com um dígito a casela Tipo de Escola, de acordo com o apresentado a seguir:

CÓDIGO	CRITÉRIO
1	Escola Pública Municipal – gestão da Secretaria Municipal Educação de São Paulo
2	Escola Pública Estadual - gestão da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo
3	Escola Conveniada da Prefeitura – gestão indireta da SME - SP
4	Escola Particular – Escola de ensino privado
9	Sem Informação

Tipo
escola

9. UAP – UNIDADE AMOSTRAL PRIMÁRIA: Preencher com quatro dígitos as caselas da UAP. Para os grupos etários de crianças e adolescentes a UAP corresponde à escola em que essa criança ou adolescente foi identificada.

UAP

--	--	--	--

As UAP serão numeradas pelas STR de acordo com os números de início e de término propostos no quadro a seguir.

Para a população escolar a UAP é a escola. A STR deverá codificar cada escola sorteada com um código numérico **iniciando a numeração de acordo com o número de início e término estabelecido para cada CRS**. Este código deverá ser repassado com a listagem das escolas para a Área Técnica de Saúde Bucal do Município de São Paulo

Na amostra domiciliar as UAP também serão numeradas com o início e o término da numeração estabelecidos no quadro acima.

CRS	CENTRO	LESTE	NORTE	SUDESTE	SUL
STR	11 a 13	21 a 27	31 a 35	41 a 45	51 a 55
UAP ESCOLARES	1001 a 1499	2001 a 2499	3001 a 3499	4001 a 4499	5001 a 5499
UAP DOMICÍLIOS	1500 a 1999	2500 a 2999	3500 a 3999	4500 a 4999	5500 a 5999

10.ESB: EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

ESB

--	--

Cada equipe de examinador e anotador será identificado por um código com dois dígitos. A numeração das ESB em cada STR deve ter início e término de acordo com o quadro a seguir:

CRS	CENTRO	LESTE	NORTE	SUDESTE	SUL
STR	01 a 19	21 a 39	41 a 59	61 a 79	81 a 99

11. EXAME

O propósito desta variável é obter informação em relação à taxa de não respostas, e os motivos pelo qual o exame não foi realizado. Preencher a casela correspondente a EXAME com um dígito de acordo com o que segue:

Código	Critério
1	Exame realizado
2	Exame não realizado por não ter sido autorizado pelo responsável
3	Exame não realizado embora autorizado pelo responsável, porque a criança não permitiu.
4	Exame não realizado embora autorizado pelo responsável, porque a criança não foi encontrada no momento do exame.
5	Exame não realizado embora autorizado pelo responsável, em decorrência de dificuldade organizadas da equipe da pesquisa ou da Supervisão Técnica de Saúde.
6	Exame não realizado embora autorizado pelo responsável, em decorrência de dificuldades relacionadas ao local onde o exame seria feito (escola).
7	Exame não realizado embora autorizado, por ausência do morador no domicílio, no dia da visita.
9	Exame não realizado por outras razões.

EXAME

CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA REALIZAÇÃO DOS EXAMES EPIDEMIOLÓGICOS

As publicações de 1987 e de 1997 da Organização Mundial da Saúde (*Oral Health Surveys – Basic Methods*), orientadoras da realização de estudos epidemiológicos em saúde bucal, foram os principais referenciais adotados para proposição deste estudo, no intuito de que os resultados possam ser comparados com outros estudos da mesma natureza e com metodologia semelhante realizados na cidade de São Paulo e em outros locais.

Apenas para investigação de dor oro facial optou-se pela utilização de uma forma simplificada para identificação da prevalência de queixa, intensidade e localização desse agravo.

Os instrumentos de investigação de uso e acesso a serviços de saúde bucal e de uso, consumo e acesso a produtos para cuidados com a saúde bucal foram desenvolvidos especificamente para este estudo.

Nas situações em que a metodologia proposta pela OMS não foi suficientemente clara, imprecisa e/ou ambígua preconizou-se a aplicação dos critérios que a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP - USP tem indicado como regras de decisão complementares.

Sempre que houver dúvida em relação à condição a ser registrada deve-se recorrer novamente à leitura do critério para caracterização da condição ou da necessidade a ser registrada

1 – ÍNDICES – CÓDIGOS E CRITÉRIOS (OMS, 1997).

1. CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Em crianças e adolescentes (18 a 36 meses, 5 anos e 12 anos, 15 a 19 anos) serão avaliados dois aspectos em cada dente: as condições da coroa e a necessidade de tratamento.

Nos adultos e idosos (35 a 44 anos, 60 a 64 anos e de 65 a 74 anos) serão consideradas também as condições da raiz de cada dente.

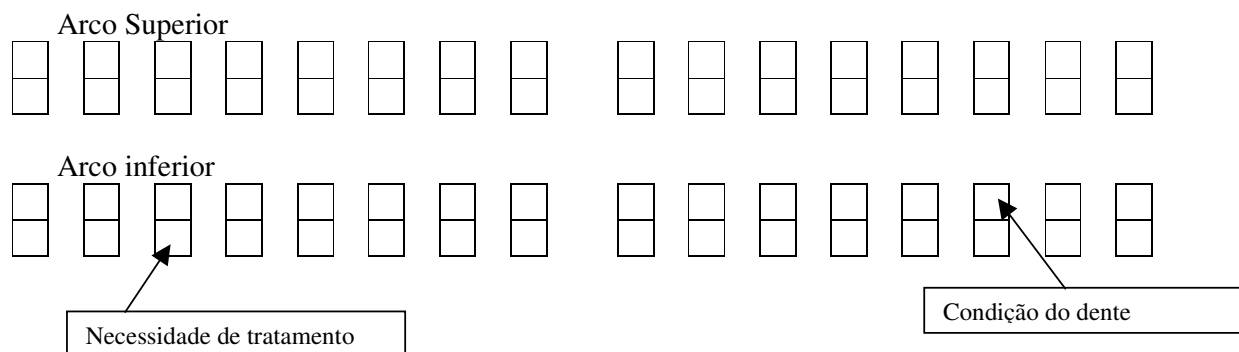
Nas crianças e adolescentes, após o exame de cada espaço, o examinador dirá os dois respectivos códigos para serem anotados e passará ao espaço dentário seguinte. Serão empregados códigos alfabéticos para dentes decíduos e numéricos para dentes permanentes.

Imediatamente após registrar as condições do dente e da raiz no caso dos adultos e idosos, e antes de passar ao espaço dentário seguinte, deve-se registrar o tratamento indicado.

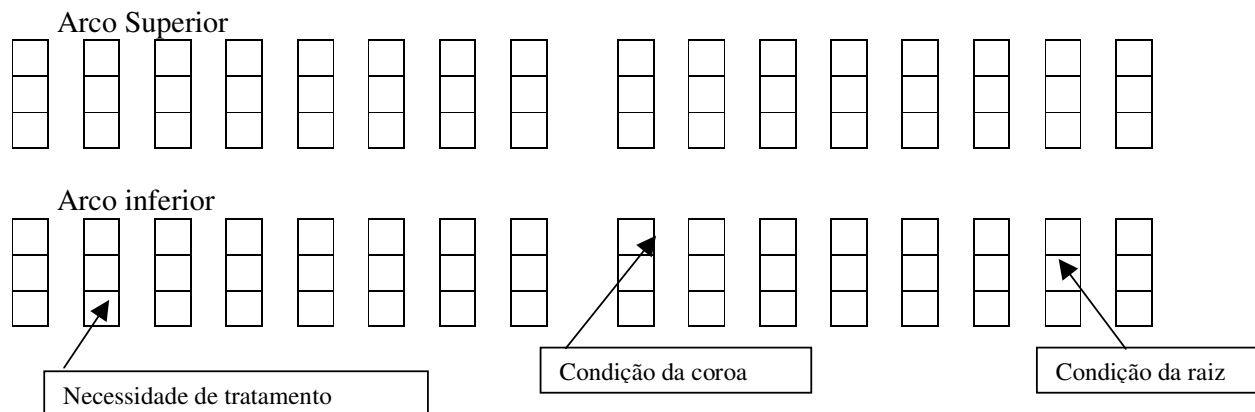
**Nenhuma casela (célula ou campo) poderá ficar sem registro (em branco).
Fichas com caselas (célula ou campo) em branco serão consideradas perdidas, o que compromete seriamente os resultados do estudo.**

1.1. CONDIÇÃO DA COROA

Na ficha de exame epidemiológico a ser usada em crianças e adolescentes (18 a 36 meses, 5 anos, 12 anos e 15 a 19 anos) observa-se um diagrama com duas linhas para registro na 1ª linha, logo abaixo da identificação do arco, das condições dos dentes e na 2ª linha, das necessidades de tratamento. Cada uma das caselas da primeira linha de cada arco representa um dente e deverá ser preenchida com a condição identificada no momento do exame de acordo com os códigos e critérios que apresentados a seguir.



Na ficha dos adultos (35 a 44 anos) o diagrama que representa os arcos dentários e os dentes há três linhas para cada arco dentário. Cada uma das caselas da primeira linha e da segunda linha de cada arco representa um dente. Na primeira linha deve-se para registrar as condições da coroa, na segunda linha as condições das raízes e na terceira a necessidade de tratamento no momento do exame.



0 (A) - Dente Hígido: Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como hígidos:

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

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

1 (B) – Dente Cariado: 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. A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.

Nota:

- Na presença de cavidade originada por cárie, mesmo sem doença no momento do exame, a FSP-USP adota como regra de decisão considerar o dente atacado por cárie, registrando-se cariado. Entretanto este enfoque epidemiológico não implica admitir que há necessidade de uma restauração.
- Na presença de restauração em dente permanente restaurado com material temporário (IRM ou Ionômero de Vidro) este deve ser considerado dente cariado, a equipe técnica do LESB - SP 2008 adotou como regra de decisão considerar o dente atacado por cárie, código (1).

2 (C) – Dente Restaurado mas Cariado: 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).

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

Nota: Na presença de restauração em dentes decíduo restaurado com material temporário (IRM ou Ionômero de Vidro) e que não apresenta cárie este deve ser considerado dente restaurado, a equipe técnica do LESB SP-2008 adota como regra de decisão considerar o dente restaurado e sem cárie, código (D).

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 no casela correspondente à coroa. Dentes decíduos: aplicar apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.

Nota: Em algumas idades pode ser difícil distinguir entre dente não irrompido (código 8) e dente perdido (códigos 4 ou 5). Estabelecer relações com a cronologia da erupção e a experiência de cárie do examinado pode auxiliara a tomada de decisão.

5 (5) - Dente Permanente Perdido por Outra Razão: Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas (agenesia, por exemplo).

6 (F) – 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: Dente que apresenta selante fraturado sem presença de cárie dentária indicar presença de selante (código 6 ou F) e como necessidade de tratamento indicar selante (código 8).

7 (G) - 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, no casela de condição da coroa, como 4 ou 5. Na presença de Implante registrar código (7).

8 (8) - Dente Não Erupcionado: Aplica-se tanto à dentição decídua quanto à permanente quando inexistir dente temporário no espaço livre. *Não* inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.

T (T) - Trauma (Fratura). Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma (trauma externo, como por exemplo quedas, impacto etc) e não há evidência de cárie.

9 (9) - Dente Excluído. Aplicado a qualquer dente decíduo ou permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

Nota:

- Conforme a recomendação da FSP-USP, quando há 5 ou mais dentes com bandas o examinado deverá excluído da amostra. Braquetes, em qualquer número, não inviabilizam os exames e, assim, não constituem obstáculo para aproveitamento do elemento amostral.
- Se ao identificar um dente com banda é possível constatar a presença de lesão de cárie, não exclusivamente pela presença de cavidade mas quando se observa descoloração do esmalte esse dente deverá ser codificado como cariado.
- Na presença de dentes fusionados deve-se considerar a presença de ambos. Por exemplo: quando um incisivo lateral inferior estiver fusionada a um canino considerar o incisivo lateral e o canino presentes na cavidade bucal.
- Não há caselas par o registro de condições ou necessidades de tratamento em dentes supra numerários. Quando existirem dentes supranumerários desconsiderar sua presença.
- : Em dentes que estão irrompendo na cavidade bucal considerar dente presente na cavidade bucal sempre que for possível tocar com a sonda WHO621 no mínimo uma ponta de cúspide.
- Quando houver um dente decíduo (que não esfoliou) e o dente permanente presentes registrar a condição do dente permanente.

P (P) - *Piercing* (dental). *Piercing* dental colado na superfície coronária. Registrar esse código somente se o dente estiver hígido, não apresentar evidência de cárie ou restauração em outra superfície.

1.2. CONDIÇÃO DA RAIZ

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

Nota:

- Quando a coroa está completamente destruída pela cárie, restando apenas a raiz, a OMS recomenda que o código “1” seja registrado apenas na casela correspondente à coroa. A FSP-USP indica registrar o código “9” na casela da raiz. deve ser lançado na casela da raiz.
- Implante: Registrar este código (7) na casela da raiz é “7”.

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

3 - 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.

4 - Dente Perdido Devido à Cárie.

5 - Dente Permanente Perdido por Outra Razão.

Nota: Nesses casos o código registrado na casela correspondente à raiz é “7” ou “9”.

7 - Apoio de Ponte ou Coroa: deve ser lançado na casela da raiz. Na presença de Implante registrar código (7) também para raiz.

8 – Coroa/ Raiz Não Erupcionada Não Exposta: Não há exposição da superfície radicular, isto é, não há retração gengival para além da junção cimento-esmalte.

9 - Dente Excluído: Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

1.3. NECESSIDADE DE TRATAMENTO

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.

Nota: Na presença de restauração em dente decíduo restaurado com material temporário (IRM ou Ionômero de vidro) e esse dente não apresenta cárie este deve ser considerado dente restaurado, a equipe técnica do LESB - SP-2008 adota como regra de decisão considerar o dente restaurado e sem cárie, código (D).

1 - Restauração de uma superfície dentária.

2 - Restauração de duas ou mais superfícies dentárias.

3 - Coroa por qualquer razão (quando não for possível restaurar molares com materiais convencionais como amálgama de prata ou resinas compostas).

4 - *Veneer* ou Faceta Estética (quando não for possível restaurar pré-molares, caninos e incisivos com materiais convencionais como as resinas compostas).

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 através de 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: Indicado para lesão ativa de cárie – estágios iniciais da doença ou em situações em que é possível interromper ou interferir em sua progressão e/ou quando procedimentos restauradores convencionais não podem ser adotados (cárie rampante em decíduos por exemplo). É importante lembrar que a remineralização pode ser feita utilizando produtos fluorados como os vernizes, diamino fluoretode prata (cariostático), géis de flúor associados ou não ao uso de creme dental fluoretado ou a bochechos fluorados

8 – Selante:

Nessa pesquisa a necessidade de selante será registrada e sua indicação será feita na presença simultânea de ao menos duas destas seguintes condições:

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

Nota: Um dos códigos 1, 2, 5, 7 ou 8 será usado para indicar o tratamento necessário para:

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

9 – Não se aplica: Quando o dente não está presente porque ainda não erupcionou (código 8), ou foi extraído (código 4 ou 5).

QUADRO 1: Códigos e Critérios para Cárie Dentária. OMS 1997

CÓDIGO			CONDIÇÃO/ESTADO
DENTES			
DECÍDUO	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	4	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
5	5	5	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
F	6	-	APRESENTA SELANTE
G	7	7	APOIO DE PONTE OU COROA/ IMPLANTE
8	8	8	NÃO ERUPCIONADO
T	T	T	TRAUMA (FRATURA)
9	9	9	DENTE EXCLUÍDO
P	P	-	PIERCING DENTAL

QUADRO 2: CÓDIGOS E CRITÉRIOS PARA NECESSIDADES DE TRATAMENTO DE CÁRIE DENTÁRIA. OMS 1997

CÓDIGO	TRATAMENTO
0	NENHUM
1	RESTAURAÇÃO DE 1 SUPERFÍCIE
2	RESTAURAÇÃO DE 2 OU MAIS SUPERFÍCIES
3	COROA POR QUALQUER RAZÃO
4	VENEER OU FACETA ESTÉTICA
5	PULPAR + RESTAURAÇÃO
6	EXTRAÇÃO
7	REMINERALIZAÇÃO DE MANCHA BRANCA
8	SELANTE
9	NÃO SE APLICA (dentes não erupcionado e dentes extraídos)

2. FLUOROSE DENTÁRIA

Para fluorose dentária será utilizado o indicador preconizado pela OMS na publicação de 1997. Esse indicador baseia-se no índice de Dean. Neste levantamento deverá ser avaliada presença de fluorose apenas em crianças e adolescentes (5 anos, 12 anos e 15 a 19 anos).

Todos os dentes são examinados mas a avaliação da condição individual é feita levando-se em conta apenas os dois dentes mais afetados. Se esses dois dentes mais afetados não estiverem comprometidos de modo semelhante, o valor do menos afetado entre os dois deverá ser registrado. As lesões fluoróticas são usualmente bilaterais e simétricas e tendem a apresentar estrias horizontais. Os pré-molares e segundos molares são os dentes mais freqüentemente comprometidos, seguindo-se os incisivos superiores. Incisivos inferiores são menos afetados. Preencher a casela com um dígito.

Fluorose



CÓDIGOS E CRITÉRIOS – são os seguintes:

0 - Normal. O esmalte apresenta translucidez usual com estrutura semi-vitriforme. A superfície é lisa, polida, cor creme clara.

1 - Questionável. O esmalte revela pequena diferença em relação à translucidez normal, com ocasionais manchas esbranquiçadas. Usar este código quando a classificação “normal” não se justifica.

Nota: O código Questionável (1) deverá também ser usado quando há apenas um único dente com sinais evidentes de fluorose mas não há o dente homólogo para comparação, por esse elemento dentário ainda não estar erupcionado.

2 - Muito leve. Área esbranquiçadas, opacas, pequenas manchas espalhadas irregularmente pelo dente, mas envolvendo **não** mais que 25% da superfície. Inclui opacidades claras com 1 a 2 mm na ponta das cúspides de molares.

3 - Leve. A opacidade é mais extensa, mas não envolve mais que 50% da superfície.

4 - Moderada. Todo o esmalte dentário está afetado e as superfícies sujeitas à atrição mostram-se desgastadas. Há manchas castanhas ou amareladas freqüentemente alterando a anatomia do(s) dentes.

5 - Severa. A hipoplasia está generalizada e a própria forma do dente pode ser afetada. O sinal mais evidente é a presença de depressões no esmalte, que parece corroído. Manchas castanhas generalizadas.

8 - Outras opacidades não fluoróticas (hipoplasias, amelogênese imperfeita, dentinogênese imperfeita etc). Usar esse código quando observar a presença de manchas que não sejam de origem fluorótica (**não** se apresentam com as características clínicas da fluorose, ou seja, manchas sem limites definidas, não nebulosas e/ou estriadas, podem ser ou não ser bilaterais, quase nunca são simétricas, não atingem necessariamente dentes homólogos).

9 Sem informação / Excluído. Quando, por alguma razão (próteses, contenções fixas, trismo, grandes destruições da porção coronária etc.), um indivíduo não puder ser avaliado quanto à fluorose dentária. Utilizar este código também nas situações em que o exame não estiver indicado (35- 44 anos 60- 64 anos e 65-74 anos).

QUADRO 3: CÓDIGOS E CRITÉRIOS PARA FLUOROSE

CÓDIGO	CRITÉRIO
0	Normal
1	Questionável
2	Muito Leve
3	Leve
4	Moderada
5	Severa
8	Outras opacidades
9	Sem informação/Excluído

3. FENDA OU FISSURA LÁBIO PALATINA

As informações sobre fendas ou fissuras lábio palatinas serão avaliadas em todas as idade e grupos etários de interesse da pesquisa. Na grande maioria dos casos já foi realizada a cirurgia para fechamento da fenda ou fissura.

Há três caselas para registro de informações sobre fendas ou fissuras lábio palatinas.

A primeira casela refere-se à existência de fenda e ao tipo de fenda, conforme se observa no item 3.1. Preencher a casela correspondente com um dígito identificando o Tipo de fenda.

3.1 TIPO DE FENDA LP

CÓDIGO	TIPO DE FENDA
0	Não apresenta
1	Nasal
2	Labial
3	Nasal e Labial
4	Palatina (apenas palato duro e
5	Labial e Palatina (fenda completa)
6	Nasal, Labial e Palatina
9	Sem informação

Fendas LP

Tipo Reg Loc

A segunda casela refere-se à extensão da fenda nos casos em que se verificar a sua presença. Preencher com um dígito. Para os casos em que o examinado não apresenta fenda preencher a casela correspondente (reg) com o código 0. Preencher a casela correspondente com um dígito identificando a Extensão da fenda.

3.2 EXTENSÃO DA FENDA LP

CÓDIGO	EXTENSÃO DE FENDA
0	Não apresenta
1	Parcial
2	Total
9	Sem informação

Fendas LP

Tipo Reg Loc

A terceira casela refere-se à localização da fenda nos casos em que se verificar a sua presença. Preencher com um dígito. Para os casos em que o examinado não apresenta fenda preencher a casela correspondente com o código 0.

3.3 FENDA LP LOCALIZAÇÃO

CÓDIGO	FENDA LP LOCALIZAÇÃO
0	Não apresenta
1	Unilateral direita
2	Unilateral esquerda
3	Bilateral
9	Sem informação

Fendas LP

Tipo	Reg	Loc
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 PERIODONTOPATIAS

4.1 ÍNDICE CPI

O registro das condições periodontais na ficha de exame epidemiológico será feito em seis caselas.

Os três primeiros referem-se aos do arco superior e as três seguintes aos sextantes do arco inferior.

A primeira casela refere-se ao sextante superior direito (D) a casela seguinte ao sextante superior central (C) e a terceira ao sextante superior esquerdo (E). as três caselas seguintes referem-se aos sextantes inferiores e as letras que os identificam indicam (E) inferior esquerdo, (C) inferior central e (D) direito. Preencher com um dígito de acordo com código inerente à pior condição observada nos dentes índices no momento do exame.

CPI

SUP			INF		
D	C	E	E	C	D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

Para realizar o exame utiliza-se sonda específica recomendada pela Organização Mundial da Saúde – (*World Health Organization - WHO*, sonda WHO 621, denominada “sonda CPI”. Essa sonda apresenta uma esfera de 0,5mm de diâmetro na extremidade ativa; há uma marca a 3,5 mm da extremidade a sonda e outra a 5,5 mm. Nessa posição observa-se uma marca preta (despolida ou pintada) medindo 2,0 mm e a partir dessa marca escura mais duas marcas a cada 3,0 mm. Assim a sonda milimetrada apresenta as marcas 3,5, 5,5, 8,5 e 11,5 mm).

Para realização dos exames periodontais a boca é dividida em seis espaços, os sextantes. O quadro 5 apresenta a relação entre a posição dos dentes nos arco e os arcos e o número do sextante considerado.

QUADRO 4: Localização dos sextantes segundo Índice CPI. OMS, 1997.

SEXTANTE	ARCO	DENTES	
1	Superior	18 17 16 15	Pré molares e molares do lado direito
2	Superior	13 12 11 21	Caninos e Incivos
3	Superior	24 25 26 27	Pré-molares e molares do lado
4	Inferior	38 37 36 35	Pré-molares e molares do lado direito
5	Inferior	33 32 31 41	Caninos e Incisivos
6	Inferior	44 45 46 47	Pré-molares e molares do lado

Para que o exame periodontal possa ser realizado há a necessidade de pelo menos dois dentes em condições de exame, ou seja, sem indicação de exodontia. Sem isso, o sextante é cancelado (quando há, p.ex., um único dente presente).

Quando da proposição do CPI foi necessário identificar elementos dentais que pudessem ser considerados representativos das condições de cada sextante. Estabeleceu-se que os primeiros e segundos molares (17 16; 26 27; 36 37; 46 47) são denominados dentes índice, tanto nos sextantes superiores quanto nos inferiores. O incisivo central superior direito (11) e o incisivo central inferior esquerdo (31) são os dentes índice dos sextantes anteriores, no arco superior e inferior respectivamente.

Há diferenças nas condições periodontais segundo grupos etários. por essa razão até 19 anos consideram-se dentes índice: 16, 11, 26, 36, 31 e 46; e a partir de 20 anos consideram-se dentes índices: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47.

QUADRO 5: Dentes índice segundo idade para o CPI. OMS, 1997.

IDADE	DENTES ÍNDICE					
Até 19 anos	16	11	26	36	31	46
20 anos e mais	17 16	11	26 27	37 36	31	46 47

A avaliação periodontal com a sonda CPI deverá ser feita em 3 posições em cada um dos dentes índice: um ponto mesial, um no ponto médio e um ponto distal, tanto na superfície vestibular quanto na superfície lingual ou palatina.

Considerando a idade verifica-se que até 19 anos serão examinados 6 dentes e a partir de 20 anos, 10 dentes.

Há apenas 6 caselas para o registro das condições periodontais, uma para cada sextante. Assim deve-se registrar na casela correspondente ao sextante examinado somente a pior condição observada naquele sextante.

Os procedimentos de exame devem ser iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e dessa para a área méso-vestibular. A seguir inspecionam, se as áreas linguais, da posição 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).

Considerar que:

- em crianças com menos de 15 anos não são feitos registros de bolsas (códigos 3 e 4), uma vez que as alterações de tecidos moles podem estar associadas à erupção e não à presença de alteração periodontal patológica;
 - cancelar o sextante registrando um "X" quando não houver pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para extração.
 - quando nenhum dos dentes índice estiver presente, devem-se examinar todos os dentes remanescentes do sextante com o cuidado de **não** considerar a superfície distal dos terceiros molares. Os códigos e critérios utilizados no CPI estão apresentados no quadro 5.
- 0 - sextante hígido
- 1 .sextante com sangramento (observado diretamente ou com espelho, após sondagem).
2. cálculo (qualquer quantidade) e/ou fatores de retenção de biofilme, mas com toda a área preta da sonda visível.
3. bolsa de 4 a 5mm (margem gengival na área preta da sonda)
- bolsa de 6mm ou mais (área preta da sonda não está visível).
- sextante excluído (menos de 2 dentes presentes)
- X - sextante excluído (menos de 2 dentes presente)

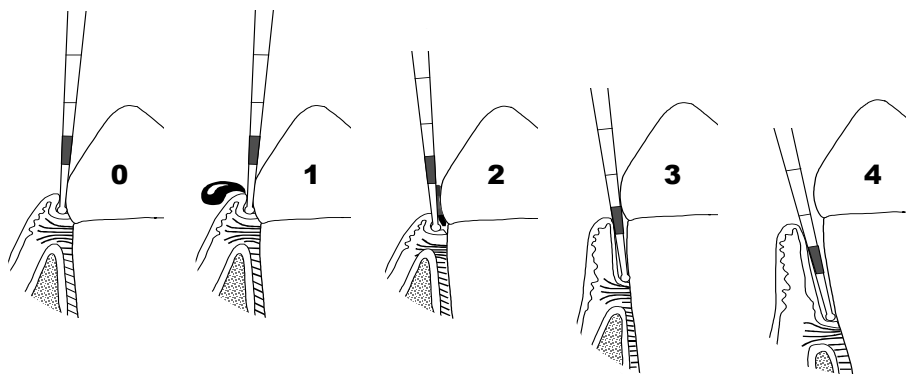
Nota: Indicar cálculo código (2) quando fatores de retenção de biofilme, como erosão ou restaurações classe V que estiverem mal-adaptadas em suas bordas marginais.

QUADRO 6: CPI – CÓDIGOS E CRITÉRIOS. (OMS 1997)

CÓDIGO	CRITÉRIO
0	sextante hígido
1	sextante com sangramento
2	cálculo (qualquer quantidade) e/ou fatores de retenção de biofilme,
3	bolsa de 4 a 5mm (margem gengival na área preta da sonda)
4	bolsa de 6mm ou mais (área preta da sonda não está visível).
X	sextante excluído (menos de 2 dentes presentes)
9	sextante não examinado

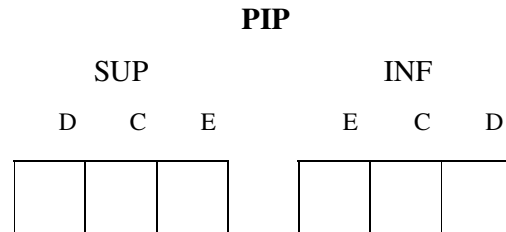
Nota: Sabe-se que o sangramento da gengiva inflamada em e reposta à sondagem é variado. A OMS não define um período de tempo para a observação do sangramento à sondagem. A FSP-USP recomenda um tempo de observação após a sondagem de 10 a 30 segundos, critério utilizado na maioria dos índices com essa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

FIGURA 1: Índice CPI - Códigos e condições periodontais



4.2. ÍNDICE PIP

A representação dos sextantes para registro do PIP segue a mesma lógica das apresentadas para ao CPI.



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 amelo cementária (JAC) ou junção cimento-esmalte (JAC). Esse índice foi proposto para avaliação da perda de inserção periodontal e permite comparações entre grupos populacionais.

O PIP complementa a avaliação periodontal realizada pelo CPI. Os mesmos sextantes e dentes-índices são considerados. 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.

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

JAC não visível e CPI entre 0 e 3:

0 - perda de inserção entre 0 e 3mm

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

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

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

3 - perda de inserção entre 9mm e 11mm (JAC visível entre as marcas de 8,5mm e 11,5mm);

4 - perda de inserção de (JAC visível além da marca de 11,5mm);

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

9 - sem informação (JAC nem visível nem detectável). Utilizar este código também nas situações em que o exame não estiver indicado (outras faixas etárias que não as de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos).

Os quadros 6 a e 6 b apresentam os códigos utilizados no PIP.

QUADRO 8.A: CÓDIGOS E CRITÉRIOS DO PIP (OMS 1997)

JAC não visível e CPI entre 0 e 3:

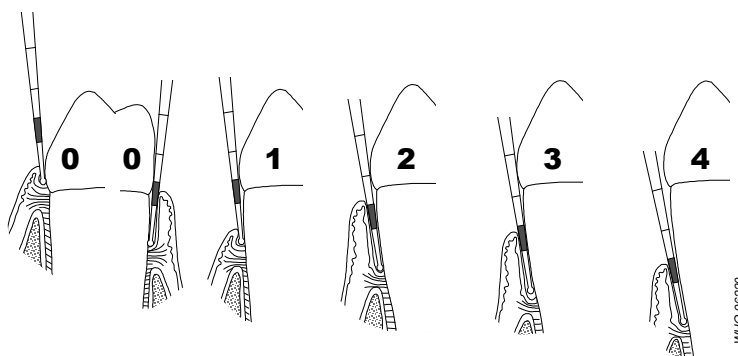
CÓDIGO	CRITÉRIO
0	perda de inserção entre 0 e 3mm
1	perda de inserção entre 4 e 5 mm
2	perda de inserção entre 6mm e 8 mm
3	perda de inserção entre 9mm e 11mm
4	perda de inserção de (JAC visível <i>além da marca de</i> 11,5mm)
X	sextante excluído (menos de 2 dentes presentes)
9	sextante não examinado

QUADRO 8B: CÓDIGOS E CRITÉRIOS DO PIP (OMS 1997)

JAC não está visível e o CPI é 4, ou se a JAC está visível, então:

CÓDIGO	CRITÉRIO
1	perda de inserção entre 4 e 5 mm
2	perda de inserção entre 6mm e 8 mm
3	perda de inserção entre 9mm e 11mm
4	perda de inserção >11,5 mm
X	sextante excluído
9	sextante não examinado

FIGURA 2: PIP - CÓDIGOS E CRITÉRIOS (OMS 1997)



5. ALTERAÇÕES DE TECIDOS MOLES

A existência de alterações em tecidos moles (ATCML) deverão ser identificadas com os códigos (0) quando não forem identificadas alterações e (1) quando houver alteração, independente de sua natureza (traumática, inflamatória, infecciosa, hiperplásica etc)

A existência de *piercing* também será registrada com código específico (2) e quando não for possível avaliar os tecidos moles registra (9) na casela correspondente a de alterações em tecidos moles (quadro 9^a). Os códigos e critérios para alterações nos tecidos moles estão no quadro 9^a.

5.2 – Localização de Alterações de tecidos moles

Quando houver mais de uma região envolvida indicar apenas a região com a alteração mais que apareceu há mais tempo, descartando aquelas que podem constituir característica anatômica (grânulos de *fordice*, por exemplo). Os códigos e critérios para Alterações de tecidos moles (quadro 9)

QUADRO 9: Códigos e critérios para Alterações de tecidos moles

CÓDIGO	CONDIÇÃO	LOCALIZAÇÃO
0	Ausência	Ausência
1	Presença	Lábios
2	Piercing	Comissura Labial
3		Rebordo alveolar e/ou
4		Sulco
5		Mucosa vestibular/ jugal
6		Língua
7		Assoalho de boca
8		Palato mole e/ou duro
9	Sem	Sem informação

Alt Tecidos Moles

Nota: Considerar lábio somente o vermelhão do lábio

6 – DOR ORO FACIAL

As informações sobre dor referida deverão ser registradas para 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos, 60 a 64 e 65 a 74 anos.

Há três casela para registro de Dor. Primeira refere-se à existência de dor e se essa é localizada ou difusa.

6.1 - Dor Referida nos últimos 6 meses

CÓDIGO	CRITÉRIO
0	Não sentiu dor
1	Apresentou dor Localizada
2	Apresentou dor Difusa
9	Não sabe informar

DOR

12; 15-19; 35 -44; 60- 74 anos

Dor **Int** **Loc**

6.2 – Intensidade da dor referida nos últimos 6 meses

CÓDIGO	CRITÉRIO
0	Não sentiu dor
1	Apresentou dor referida de pouca intensidade
2	Apresentou dor referida de muita intensidade
9	Não sabe informar

INTENSIDADE

12; 15-19; 35 -44; 60- 74 anos

Dor **Int** **Loc**

6.3 - Localização (2) da dor referida nos últimos 6 meses

CÓDIGO	CRITÉRIO
0	Não sentiu dor
1	Apresentou dor intra oral - dor de dente
2	Apresentou dor intra-oral - em tecidos moles
3	Dor extra-oral - na região da Articulação Têmporo Mandibular - ATM
4	Dor extra oral - em outra região que não a Articulação Têmporo Mandibular - ATM
9	Não sabe informar

LOCALIZAÇÃO

12; 15-19; 35 -44; 60- 74 anos

Dor

Int

Loc

7. PRÓTESE DENTÁRIA

A situação quanto às próteses dentárias será avaliada a partir de informações sobre seu uso e necessidade. Um mesmo indivíduo pode estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar prótese(s). As observações ao exame levarão em conta os seguintes códigos e critérios:

7.1. USO DE PRÓTESE DENTÁRIA SUPERIOR E INFERIOR

0 - não usa prótese dentária.

1- usa uma ponte fixa.

2 - usa mais do que uma ponte fixa.

3 - usa prótese parcial removível.

4 - usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis.

5 - usa prótese dentária total.

9 - sem informação.

7.2. NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA SUPERIOR E INFERIOR

0 - não necessita prótese dentária.

1 - necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento.

2 - necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento.

3 - necessita uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais de um elemento (1/1; 1/+1; +1/+1; ou 1/1/1; 1/+1/+1; 1/1/1/1 e assim por diante).

4 - necessita prótese dentária total.

9 - sem informação.

Nota: O princípio que rege a tomada de decisão é a ausência de dente (natural ou artificial). Não se fará qualquer consideração relativa à qualidade da prótese ou à condição funcional.


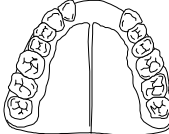
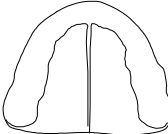


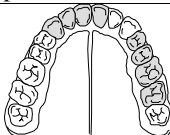
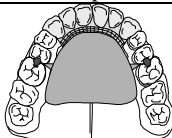
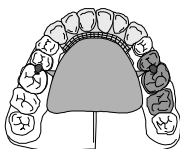
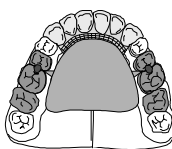
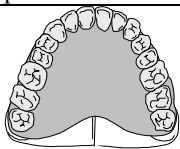
7.3. EDENTULISMO SUPERIOR E INFERIOR

0 - Presença de um ou mais dentes na maxila e na mandíbula.

1 - Desdentado total.

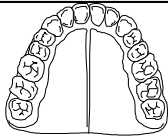
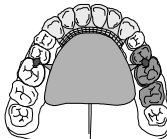
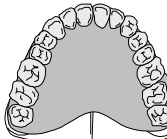





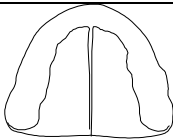
Os quadros abaixo representam um modelo esquemático dos códigos e critérios para o diagnóstico do uso e da necessidade de prótese dentária.

QUADRO 10: 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			

Fonte: Manual do Examinador SB 2000 Min. Saúde Brasil 2001.

QUADRO 11: NECESSIDADE DE PRÓTESE

CÓDIGO	CRITÉRIO	EXEMPLOS
0	Não necessita de prótese dentária	   <p>Todos os dentes presentes</p> <p>Espaços protéticos presentes com prótese</p> <p>Desdentado total mas com presença de prótese</p>
1	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de um elemento.	  <p>Espaço protético unitário anterior</p> <p>Espaço protético unitário posterior</p>
2	Necessita <u>uma</u> prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de mais de um elemento.	  <p>Espaço protético anterior de mais de um elemento</p> <p>Espaço protético posterior de mais de um elemento</p>
3	Necessita uma <u>combinação de próteses</u> , <i>fixas e/ou removíveis</i> , para substituição de um e/ou mais de um elemento.	 <p>Espaços protéticos em vários pontos da boca</p>
4	Necessidade de Prótese Total	 <p>Desdentado total e sem prótese presente</p>
9	Sem informação	

Fonte: Manual do Examinador SB 2000 Min. Saúde Brasil 2001.

8. OCLUSOPATIA

8.1 ÍNDICE DE MÁ OCLUSÃO (OMS 1987)

Para as idades de 5 e 12 anos e para a faixa etária de 15 a 19 anos será adotado o índice preconizado pela OMS em 1987 (OMS, 1987).

A condição oclusal deverá ser avaliada com o paciente sentado, conforme critérios descritos a seguir:

0 - normal: ausência de alterações oclusais;

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

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

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

X - Sem Informação: Quando não for possível avaliar a relação oclusal (grandes destruições coronárias como em cáries rampantes, ausência de muitos dentes etc) ou quando não se aplica para a idade que está sendo examinada.

Nota: A equipe técnica desta pesquisa optou por orientar os examinadores a registrar as alterações oclusais não explicitadas nos critérios acima, como mordida cruzada posterior (uni ou bilateral), sobremordida ou transpasse vertical acima de 2 mm, sejam incluídos na categoria moderada e severa - códigos 2 da variável.

8.2 ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL (DAI)

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

Nota: Assim como no indicador para oclusopatias (OMS1987) o Índice de Estética Dental (DAI) deverá ser avaliado com a criança ou adolescente sentado

9.2.1- DENTIÇÃO

As condições da dentição são expressas pelo número de incisivos (I), caninos (C) e pré-molares permanentes (PM) perdidos que causam problemas estéticos, no arco superior e no arco inferior. O valor a ser registrado na respectiva casela, para superiores e para inferiores, corresponde ao número de dentes perdidos. Dentes perdidos não devem ser considerados quando:

- o seu respectivo espaço estiver fechado;
- o decíduo correspondente ainda estiver em posição; ou se prótese(s) estiver(em) instalada(s).
- Quando todos os dentes no segmento estiverem ausentes e não houver uma prótese presente, assinala-se, na casela correspondente, o código T.

9.2.2 - ESPAÇO

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

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

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

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

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

Diastema Incisal – É definido como o espaço, em milímetros, entre os dois incisivos centrais superiores permanentes, quando estes perdem o ponto de contato. Diastemas em outras localizações ou no arco inferior (mesmo envolvendo incisivos) não são considerados. O valor a ser registrado corresponde ao tamanho em mm medido com a sonda CPI. Nos casos de ausência de incisivos centrais, assinalar código "X". (figura 1). Esta medida será tomada tendo como referência o equador dos incisivos centrais (porção mais convexa dos incisivos centrais).

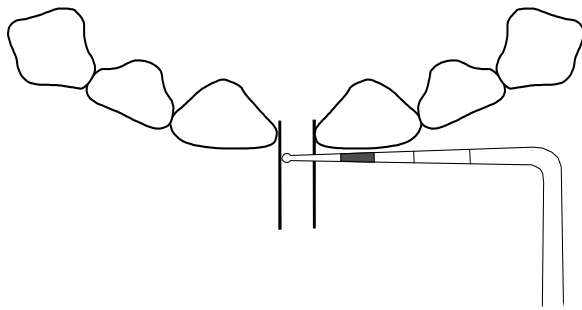
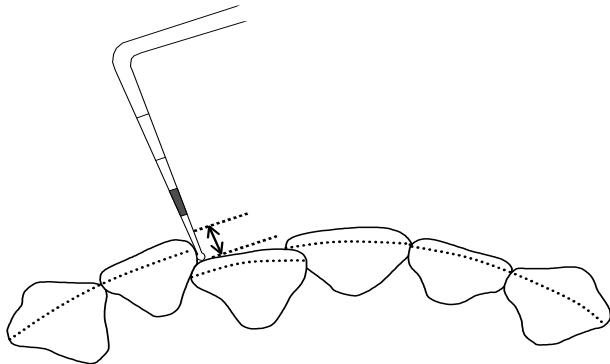


FIGURA 3: Medição do diastema incisal em milímetros. Considerar o número inteiro mais próximo.



WHO 96221

FIGURA 4: Medição do desalinhamento anterior com a sonda CPI.

Desalinhamento Maxilar Anterior – Podem ser giroversões ou deslocamentos em relação ao alinhamento normal. Os 4 incisivos superiores são examinados, registrando-se a maior irregularidade entre dentes adjacentes. A medida é feita, em mm, com a sonda CPI, cuja ponta é posicionada sobre a superfície vestibular do dente posicionado mais para lingual, num plano paralelo ao plano oclusal e formando um ângulo reto com a linha do arco. Desalinhamento pode ocorrer com ou sem apinhamento (Figura 2).

Desalinhamento Mandibular Anterior – O conceito de desalinhamento e os procedimentos são semelhantes ao arco superior (Figura 2).

9.2.3 - Oclusão

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

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

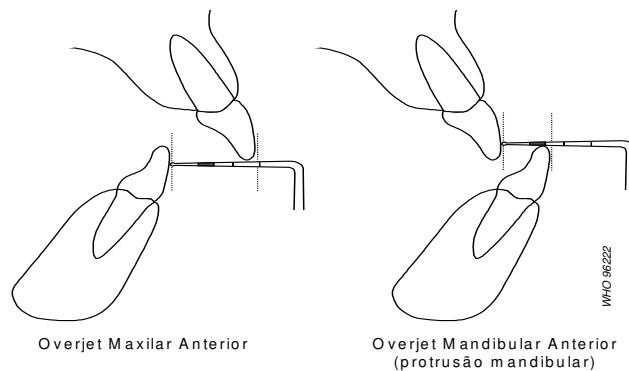


FIGURA 5: Medição do *overjet* maxilar e mandibular anterior com a sonda CPI.

Overjet Mandibular Anterior – O *overjet* mandibular é caracterizado quando algum incisivo inferior se posiciona anteriormente ou por vestibular em relação ao seu correspondente superior. A protrusão mandibular, ou mordida cruzada, é medida com a sonda CPI e registrada em milímetros. Os procedimentos para mensuração são os mesmos descritos para o *overjet* maxilar. Não são levadas em conta (sendo, portanto, desconsideradas) as situações em que há giroversão de incisivo inferior, com apenas parte do bordo incisal em cruzamento (Figura 3).

Mordida Aberta Vertical Anterior – Se há falta de ultrapassagem vertical entre incisivos opostos caracteriza-se uma situação de mordida aberta. O tamanho da distância entre os bordos incisais é medido com a sonda CPI e o valor, em mm, registrado no casela correspondente (Figura4).

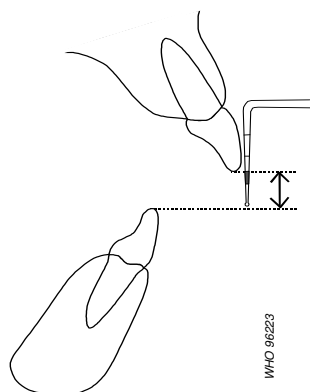


FIGURA 6: Medição da mordida aberta vertical anterior com a sonda CPI.

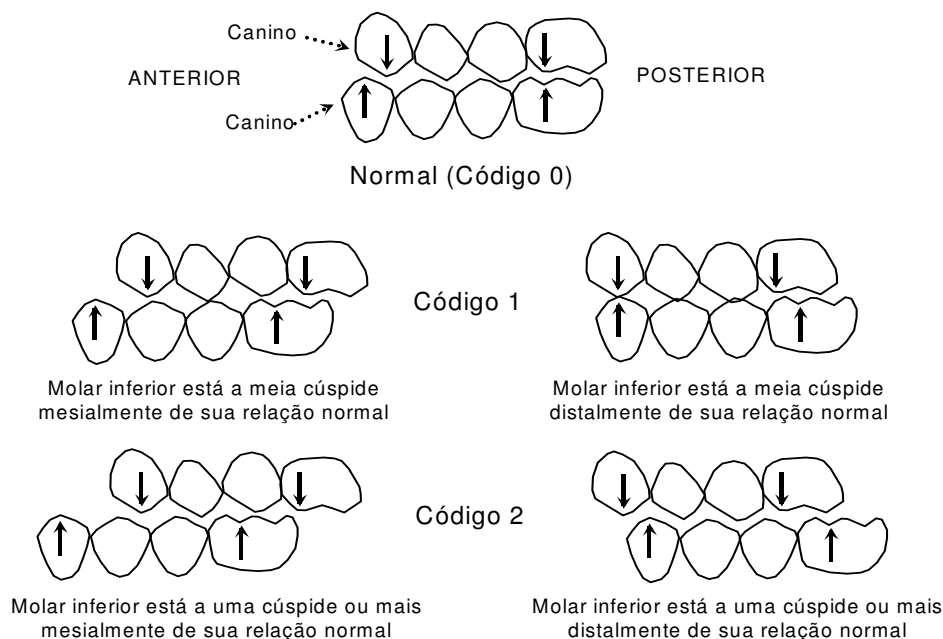


FIGURA 7: Avaliação da relação molar ântero-posterior.

Relação Molar Antero-Posterior – A avaliação é feita com base na relação entre os primeiros molares permanentes, superior e inferior. Se isso não é possível porque um ou ambos estão ausentes, não completamente erupcionados, ou alterados em virtude de cárie ou restaurações, então os caninos e pré-molares são utilizados. Os lados direito e esquerdo são avaliados com os dentes em oclusão e apenas o maior desvio da relação molar normal é registrado. Os seguintes códigos são empregados (Figura 5):

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

9. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções. 3^a ed. São Paulo, OMS-Santos, 1991.
2. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Estado de São Paulo, 1998*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde, 1999
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Oral health surveys: basic methods. 4th. ed. Geneva, WHO, 1997.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA. SB BRASIL - 2003



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL



LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL NA CIDADE DE SÃO PAULO, 2008.
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Prezado (a) Senhor (a)

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo está fazendo uma pesquisa para conhecer a saúde bucal das crianças da cidade e várias escolas foram sorteadas e, desta escola, seu (sua) filho (a) foi sorteado (a) para participar da pesquisa e sua participação é muito importante! Essa pesquisa envolve um breve exame da cavidade bucal, que não causará qualquer incômodo.

Pedimos também a gentileza de responder algumas perguntas sobre a saúde bucal da criança/adolescente sob sua responsabilidade, no questionário do verso deste termo. As informações fornecidas serão confidenciais.

A equipe de pesquisa estará à disposição para responder todas as suas dúvidas antes que o senhor ou a senhora autorize que a criança/adolescente sob sua responsabilidade participe.

Para esclarecer outras dúvidas poderá fazer contato com a Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal da Saúde pelo telefone 3397-2229 ou pelo e-mail sbucal@prefeitura.sp.gov.br.

Agradecemos sua valiosa colaboração e enviamos nossas cordiais saudações.

São Paulo, 4 de agosto de 2008.

Maria da Candelária Soares
 Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal

Eu, _____ RG nº _____
 autorizo () não autorizo () que _____ participe da
 pesquisa supra mencionada.

São Paulo, ____/____/_____. (Nome da criança/adolescente)

 (Assinatura do (a) responsável pela criança/adolescente)



**PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO SECRETARIA
MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA ÁREA TÉCNICA DE
SAÚDE BUCAL**



Termo de consentimento livre e esclarecido.

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL NA CIDADE DE SÃO PAULO, 2008

Prezado (a) Senhor(a)

A Secretaria de Saúde de São Paulo pretende conhecer as reais condições de saúde bucal da população residente na cidade de São Paulo. Esse conhecimento auxilia o planejamento, a criação e o desenvolvimento de ações de manutenção e recuperação da saúde bucal voltadas a todas as idades.

Para tanto o (a) senhor(a) está sendo convidado para participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária.

Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em responder a algumas questões sobre sua saúde bucal e consentir com o exame de sua cavidade bucal.

A participação nesta pesquisa não trará qualquer risco físico ou psicológico para o (a) senhor (a). e também não há benefício pessoal **imediato** para o (a) senhor (a) .

As informações fornecidas pelo senhor (a) serão confidenciais e do conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis.

A divulgação dos resultados desta pesquisa se realizará por diversos meios mas garantimos que os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder ao questionário é muito importante que o (a) senhor(a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

As equipes de pesquisa que visitarão o local aonde o (a) senhor(a) se encontrar deverão responder todas as suas dúvidas antes que você decida se quer participar.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e o (a) senhor(a) pode fazer o contato com o CEP pelo telefone 3218-4119 ou com a área técnica de Saúde Bucal responsável pela pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo –

Telefone para contato: 3218-4103

E-mail da área técnica de saúde bucal: sbucal@prefeitura.sp.gov.br

O (a) senhor(a) tem o direito de desistir de participar a qualquer momento sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Agradecemos sua valiosa colaboração e enviamos nossas cordiais saudações.

São Paulo, 4 de agosto de 2008.


Maria de Candelária Soares

Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal

Nome completo do participante

Eu

cédula de identidade nº

estou de acordo com a pesquisa e autorizo autorizo o

exame da cavidade bucal.

São Paulo, (data: dia, mês e ano)

Assinatura do sujeito da pesquisa _____



Prefeitura da Cidade de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação da Atenção Básica - Área Técnica de Saúde Bucal
Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal na Cidade de São Paulo, 2008



Nº FICHA CR

--	--	--	--	--

Nome _____

IDADE	SEXO	ETNIA	STS	Bairro	Tipo Escola	UAP	ESB	EXAME
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Arco Superior

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Arco Inferior

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Fluorose

Fenda L P

Tipo	Reg	Loc
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CPI

SUP			INF		
D	C	E	E	C	D
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Alt. Tecidos Moles

Cond	Loc
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOR

(12 e 15 - 19 anos)

Dor	Intens	Loc
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Má-oclusão

5 anos

0-1-2

Dentição

I+C+PM perdidos X repor

SUP	IN	F
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Espaço

Apinham	Espaçam	Diastema	Desal MX	Desal MD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0-1-2	0-1-2	mm	mm	mm

Oclusão

Overj MX	Overj MD	Mord Ab	Relaç Molar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
mm	mm	mm	0-1-2

Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Município de São Paulo, zona urbana, 2008

Nº FICHA					IDADE		SEXO	ETNIA	STS		Bairro			UAP			EXAMIN	

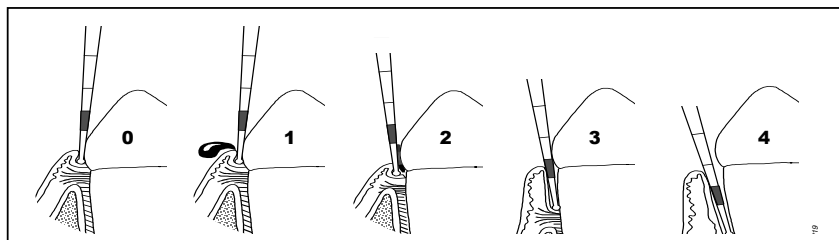
									Arco Superior									

									Arco Inferior									

PRÓTESE														
CPI			USO		NECESSID.		EDENTULISMO		A.T.Mol		DOR			
SUP	D	C	E	SUP	INF	SUP	INF	SUP	INF	Atm	Loc	Dor	Int	Loc
PIP														
SUP	D	C	E	INF										
				E	C	D								

IDADE		ETNIA		SEXO		EXAME		
1	18 meses a 23 meses	A	Amarelo	1	Masculino	1	Exame realizado	
2	24 a 35 meses	B	Branco	2	Feminino	2	Não autorizado	
3	36 meses	N	Negro	TIPO DE ESCOLA		3	Criança não permitiu	
5	5 anos	P	Pardo	1	Municipal	4	Criança não encontrada	
12	12 anos	I	Índio	2	Conveniada	5	Dificuldade na organização	
15	15 anos	X	Sem registro	3	estadual	6	Dificuldade local de exame	
16	16 anos	18	18 ano.s	4	Privada	7	Morador não encontrado	
17	17 anos	19	19 anos	5	sem Informação	9	Outras razões	
DECÍDUOS	PERMANENTES	CONDIÇÃO COROA	NECESSIDADE DE TRATAMENTO		CPI		ALTERAÇÕES TECIDOS MOLES	
							0	
A	0	Hígido	0	Nenhum	0	Hígido	1	Ausência
B	1	Cariado	1	Restauração 1 superfície	1	Sangramento	2	Presença
C	2	Rest c/ cárie		Restauração 2 ou + superfície	2	Cálculo e fatores de retenção	9	PiercingG
D	3	Restaurado	3	Corá	3	Bolsa 4-5 mm		Sem Informação
E	4	Perdido por cárie	4	Venner	4	Bolsa 6mm ou +	LOCALIZAÇÃO	
5	5	Perdido por outra razão	5	Tratamento Pulpar e restauração	X	Excluído	0	Ausência
F	6	Selante	6	Extração	9	Não Examinado	1	Lábio
G	7	Coroa	7	Remineralização			2	Comissura labial
8	8	Não erupcionado					3	Rebordo alveolar
9	9	Excluído	8	Selante			4	Sulcos
T	T	Trauma	9	Não se aplica			5	Mucosa vestibular/jugal/freio
P	P	Piercing					6	Língua
							7	Assoalho
							8	Palato Duro /mole
							9	Sem informação

CPI



FLUOROSE		FENDA OU FISSURA					
		TIPO DE FENDA		REGIÃO DE FENDA		LOCALIZAÇÃO	
0	Normal	0	Não apresenta	0	Não apresenta	0	Não apresenta
1	Questionável	1	Nasal	1	Parcial	1	Unilateral direita
2	Muito leve	2	Labial	2	Total	2	Unilateral esquerda
3	Leve	3	Nasal e Labial	9	Sem inform.	3	Bilateral
4	Moderada	4	Palatina			9	Sem inform.
5	Severa	5	Labial e Palatina				
8	Outras Opacidade.	6	Nasal, Labial e Palat.				
9	Sem inform.	9	Sem inform.				

MÁ OCLUSÃO (5, 12, 15 a 19 anos)		DOR REFERIDA NOS ÚLTIMOS 6 MESES					
		Dor		Intensidade		Localização	
0	normal	0	Não sentiu dor	0	Não sentiu dor	0	Não sentiu dor
1	leve	1	Pontual	1	Baixa intensidade	1	Dentária
2	moderada/severa	2	Difusa	2	Alta intensidade	2	Tecidos moles/ intra oral
9	Sem inform.	9	Sem informação	9	Sem informação	3	ATM
						4	Extra oral
						5	Sem informação

ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTAL (DAÍ) 12 ANOS E 15 A 19 ANOS

DENTIÇÃO

Nº de dentes ausentes, pré-molares, caninos e incisivos – causando problemas estéticos

SUPERIOR

INFERIOR

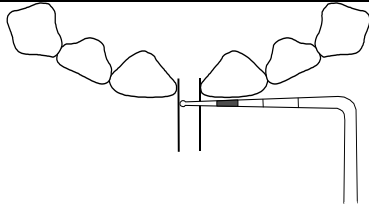
ESPAÇO

APINHAMENTO NO SEGMENTO INCISAL

ESPAÇAMENTO NO SEGMENTO INCISAL

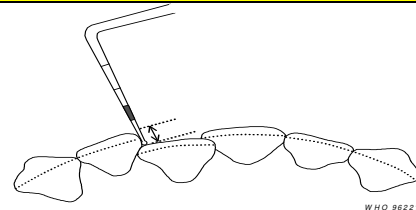
0	sem apinhamento	0	sem espaçamento
1	apinhamento em um segmento	1	espaçamento em um segmento
2	apinhamento em dois segmentos	2	espaçamento em dois segmentos

DIASTEMA INCISAL (MM)



DESALINHAMENTO MAXILAR ANTERIOR (MM)

DESALINHAMENTO MANDIBULAR ANTERIOR



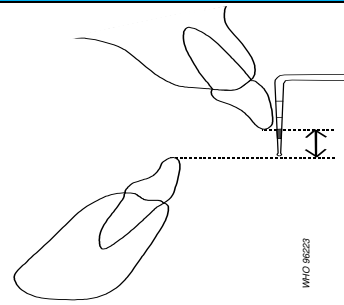
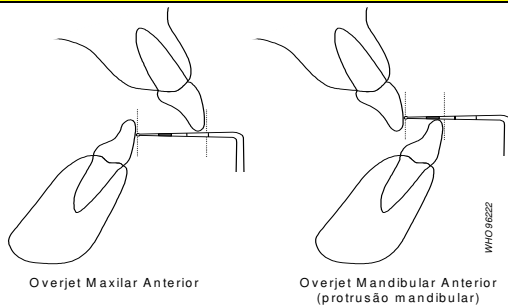
OCCLUSÃO

OVERJET MAXILAR ANTERIOR (MM)

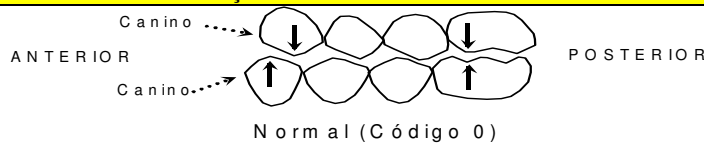
MORDIDA ABERTA VERTICAL ANTERIOR (MM)

OVERJET MANDIBULAR ANTERIOR (MM)

(MM)



RELAÇÃO MOLAR ANTERO-POSTERIOR



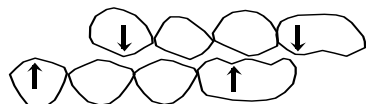
Molar inferior está a meia cúspide mesialmente de sua relação normal

Código 1



Molar inferior está a meia cúspide distalmente de sua relação normal

Código 2



Molar inferior está a uma cúspide ou mais mesialmente de sua relação normal



Molar inferior está a uma cúspide ou mais distalmente de sua relação normal