

**CENTRO DE PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS**  
**UFPel**  
**ESTUDO DA COORTE 82**  
**QUESTIONÁRIO: Situação de Saúde Bucal**

**ENTREVISTAR SOMENTE SE O ADOLESCENTE NASCEU EM PELOTAS NO ANO DE 1982. PEDIR PARA VER CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU OUTRO DOCUMENTO ANTES DE COMEÇAR A ENTREVISTA.**

Número do Questionário:	N _ _ _ _ _
1. Setor Censitário:	SETOR: _ _ _
2. Nome do Adolescente:	
3. Data de nascimento: _ _ / _ _ / 1982	NC _ _ / _ _ / 1982
4. Hospital de nascimento: (1) Beneficência Portuguesa    (3) Hospital Universitário    (5) Em casa (2) Santa Casa    (4) Outro: _____	HOSPITAL _
5. Endereço Atual:	
6. Bairro:	
7. Telefone:	
8. Tem algum outro telefone para contato:	
9. Tem algum ponto de referência que nos ajude a encontrar sua casa:	
10. Tu estás estudando (ou estudastes) este ano? (0) Não    (1) Sim <b>SE SIM:</b>	ESTUDAN _
11. Qual a escola?	
12. Nome da Mãe:	
13. Entrevistador:	ENTRE _
14. Data da entrevista: _ _ / _ _ / _ _ _ _	DT _ _ / _ _ / _ _ _ _

**Inicialmente vamos conversar sobre o que tu costumava comer.**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Quantas refeições tu fazes por dia? __  | Refeição __                            |
| 2. Tu costumava comer ou lanchar entre as refeições?<br>(1) Sim (2) Às vezes (3) Não, <b>SE NÃO</b> pule para a pergunta 6   | Lanche __                              |
| 3. Quantas vezes por dia tu lanchas? __ (8) NSA  | LancheX __                             |
| 4. O que tu costumava comer no lanche?<br>Doces: (1) Sim (2) Às vezes (3) Não (8) NSA<br>Salgados: (1) Sim (2) Às vezes (3) Não (8) NSA<br>Frutas: (1) Sim (2) Às vezes (3) Não (8) NSA  | LancheD __<br>LancheS __<br>LancheF __ |
| 5. O que tu mais costumava beber no lanche?<br>(01) Água (07) Café<br>(02) Refrigerantes comuns (08) Café com leite<br>(03) Refrigerantes dietéticos (09) Leite com chocolate<br>(04) Sucos com açúcar (10) Chás<br>(05) Sucos sem açúcar (11) Outros<br>(06) Leite (88) NSA | Beber __                               |
| 6. Tu costumava comer chocolate ou bala?<br>(1) Sim (2) Não, <b>SE NÃO</b> pule para pergunta 8  | Choco __                               |
| 7. <b>SE SIM</b> , Quantas vezes?<br>(1) mais 2 x/dia (4) 1 x/semana<br>(2) 1 – 2 x/dia (5) menos de 1 x/semana<br>(3) 3 – 6 x/semana (8) NSA  | ChocoX __                              |
| 8. Tu costumava mascar chicletes?<br>(1) Sim (2) Não, <b>SE NÃO</b> pule para pergunta 11  | Chicle __                              |
| 9. <b>SE SIM</b> , Quantas vezes?<br>(1) mais 2 x/dia (4) 1 x/semana<br>(2) 1 – 2 x/dia (5) menos de 1 x/semana<br>(3) 3 – 6 x/semana (8) NSA  | ChicleX __                             |
| 10. Qual a marca de chicletes que tu mais costumava mascar?<br>(1) Ploc / Ping-Pong (5) Adam's / Cloret's<br>(2) Trident (6) Qualquer um<br>(3) Bubaloo (7) Outros: _____<br>(4) Dentine (8) NSA   | ChicleM __                             |

**Agora nós vamos conversar sobre como tu cuidas de teus dentes.**

11. Tu escovas os dentes?

(1) Sim (2) Não, **SE NÃO** pule para pergunta 16

Escovar \_\_

12. **SE SIM**, Quantas vezes?

(1) + 2 x/dia (2) 1 – 2 x/dia (3) 3 – 6 x/semana  
(4) 1 x/semana (8) NSA

EscovaX \_\_

13. Tu tens uma escova de dente só tua?

(1) Sim (2) Não (8) NSA

Escova \_\_

14. Tu costumavas usar pasta de dente quando escovas?

(1) Sim (2) Não, **SE NÃO** pule para a pergunta 16  
(8) NSA

Pasta \_\_

15. **SE SIM** Por que tu usas pasta de dente?

Deixa gosto bom na boca: (1) Sim (2) Não (8) NSA  
Facilita a escovação: (1) Sim (2) Não (8) NSA  
Evita a cárie dentária: (1) Sim (2) Não (8) NSA  
Costume / ensinaram: (1) Sim (2) Não (8) NSA  
Não sabe por quê: (1) Sim (2) Não (8) NSA

PastaH \_\_

PastaF \_\_

PastaC \_\_

PastaE \_\_

PastaN \_\_

16. Tu costumavas limpar entre os dentes?

(1) Sim (2) Às vezes (3) Não, **SE NÃO** pule para pergunta 19

Limpe \_\_

17. O que tu usas para limpar entre os dentes?

Fio dental: (1) Sim (2) Não (8) NSA  
Linha de costura: (1) Sim (2) Não (8) NSA  
Palito de dente: (1) Sim (2) Não (8) NSA

Fio \_\_

Linha \_\_

Palito \_\_

**SE RESPONDEU NÃO EM TODAS AS ALTERNATIVAS DA PERGUNTA ANTERIOR PULE PARA A PERGUNTA 19.**

**SE SIM**, para Fio dental ou linha de costura, faça a pergunta 18A

**SE SIM** para palito de dente, faça a pergunta 18 B

**SE SIM** para os três itens, faça as perguntas 18 A e 18 B

18 A . Em que momentos tu usas fio dental ou linha de costura?

Após as refeições: (1) Sim (2) Às vezes (3) Não (8) NSA  
Antes da escovação: (1) Sim (2) Às vezes (3) Não (8) NSA  
Depois da escovação: (1) Sim (2) Às vezes (3) Não (8) NSA

MomentFR \_\_

MomentFA \_\_

MomentFD \_\_

18 B . Em que momentos tu usas palito de dentes?

Após as refeições: (1) Sim (2) Às vezes (3) Não (8) NSA  
Antes da escovação: (1) Sim (2) Às vezes (3) Não (8) NSA  
Depois da escovação: (1) Sim (2) Às vezes (3) Não (8) NSA

MomentPR \_\_

MomentPA \_\_

MomentPD \_\_

19. Tu costumavas fazer bochecho com algum produto? (1) Sim      (2) Às vezes      (3) Não, <b>SE NÃO</b> pule para pergunta 21	Bochecho __
20. <b>SE SIM</b> , Com o que tu costumavas fazer bochecho? _____ (8) NSA      (9) Ignorado	BochechoQ __
21. Tu foste no dentista desde (Mês) do ano passado até agora? (1) Sim      (2) Não	Visita __
22. <b>SE SIM</b> , de quanto em quanto tempo? (1) 1 vez      (4) mais de 6 vezes (2) 2 vezes      (5) quando sentir dor ou outro problema (3) 3 – 6 vezes      (8) NSA	VisitaPQ __
23. <b>SE NÃO</b> , Tu já foste alguma vez ao dentista? (1) Sim      (2) Não, <b>SE NÃO</b> , pule para pergunta 25      (8) NSA	VisitaJD __
24. Onde tu costumavas ir ao dentista? (1) Consultório Particular (2) Posto de Saúde (3) Consultório de dentista de convênios (4) Sindicatos (5) Faculdade de Odontologia (6) Locais de pronto-atendimento (7) Consultórios nas escolas (8) NSA	VisitaON __
25. Tu já foste orientado de como cuidar dos dentes? (1) Sim      (2) Não, <b>SE NÃO</b> , pule para pergunta 27	Orient __
26. <b>SE SIM</b> , através de que? Pelo dentista do consultório: (1) Sim (2) Não (8) NSA Por folhetos ou jornais: (1) Sim (2) Não (8) NSA Pela televisão ou rádio; (1) Sim (2) Não (8) NSA Em palestras: (1) Sim (2) Não (8) NSA Pelos pais: (1) Sim (2) Não (8) NSA Outros: (1) Sim (2) Não (8) NSA	OrientDC __ OrientFJ __ OrientTR __ OrientP __ OrientPA __ OrientO __
<b>Agora nós vamos conversar sobre alguns hábitos de tua infância.</b>	
27. Tu chupaste bico (chupeta)? (1) Sim      (2) Não, <b>SE NÃO</b> pule para pergunta 29	Bico __

28. **SE SIM**, poderias lembrar até quando?

- (1) até 3 anos de idade
- (2) 3 – 6 anos de idade
- (3) + de 6 anos
- (8) NSA
- (9) Ign.

BicoT \_\_\_\_

29. Tu chupaste o dedo?

- (1) Sim    (2) Não, **SE NÃO** encerre a entrevista. Inicie o exame bucal

Dedo \_\_\_\_

30. **SE SIM**, poderias lembrar até quando?

- (1) até 3 anos de idade
- (2) 3 – 6 anos de idade
- (3) + de 6 anos
- (8) NSA
- (9) Ign

DedoT \_\_\_\_

### MÉTODO DE ESTUDO BÁSICO

31. **LESÕES DA CAVIDADE BUCAL:**

- (1) Sim    (2) Não, **SE NÃO** encerre o exame bucal

Lesão \_\_\_\_

32. **SE SIM**, qual?

- (1) Gengivite ulcerativa necrosante aguda
- (2) Estomatite ulcerativa necrosante aguda
- (3) Lesão branca (suspeita de líquen planus)
- (4) Candidíase
- (5) Leucoplasia
- (6) Carcinoma cavidade bucal
- (7) Outra
- (8) NSA

LesãoQ \_\_\_\_

### OCCLUSÃO:

Codificar o paciente como:

2 Í    1 Í    0 Í

Oclusão \_\_\_\_

### Códigos:

**0** = Nenhuma anomalia ou má oclusão

**1** = Anomalias discretas (rotação, inclinação, apinhamento leve ou espaçamento, alinhamento irregular dos dentes)

**2** = Anomalias mais sérias (sobressaliência > ou = 9 mm, mordida cruzada, mordida aberta, diastema central > 4 mm, apinhamento ou espaçamento > 4 mm nos dentes incisivos).

Observações: \_\_\_\_\_

### 34. CÁRIE DENTÁRIA:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

**0** = Dente hígido

**1** = Dente cariado

**2** = Dente obturado e cariado

**3** = Dente obturado sem cárie

**4** = Dente perdido por cárie

**5** = Dente perdido por outras razões

**6** = Dente com selante

**7** = Dente de apoio de prótese

**8** = Dente não erupcionado

**9** = Dente excluído

Número de Dentes Presentes =

Condição	Quantidade
C	
P	
O	
CPOD	

C \_ \_

P \_ \_

O \_ \_

CPOD \_ \_

### 33. DOENÇAS PERIODONTAIS

16	11	26
46	31	36

X = Nulo

0 = Sem problemas periodontais

1 = Sangramento gengival não provocado pela sondagem

2 = Tártaro

3 = Bolsa periodontal de 4 ou 5 mm

4 = Bolsa periodontal de 6 mm ou mais

Perio 16 \_

Perio 11 \_

Perio 26 \_

Perio 36 \_

Perio 31 \_

Perio 46 \_

Perio T \_

Observação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_