

3- CONDIÇÕES DE TRABALHO

Profissão _____ ativo inativo
 trabalho urbano trabalho rural
Trabalha exposto ao sol? Sim Não **Quantas horas/dia?** _____
Usa proteção? Sim Não
Que tipo? _____
Fora do trabalho expõe-se ao sol? Sim Não. **Quantas horas/dia?** _____

4- DADOS DE NUTRIÇÃO

Quantas refeições faz por dia? Café da manhã almoço janta lanche
Come 3 ou + vezes/semana: **verduras** sim não **frutas** sim não
Toma leite: pasteurizado cru ambos não toma

5-CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAL

Como avalia sua saúde geral?

muito boa boa nem ruim nem boa ruim muito ruim não sabe

Você está em tratamento médico? Sim Não Para que? _____

Você está usando algum medicamento? Sim Não Para que? _____

6-HÁBITOS

6.1 Tabagismo

Você fuma? Não (passar para o ítem 7) Sim

Se você é fumante, que tipo de fumo usa?

cigarro industrial cigarro de palha charuto cachimbo rapé mascar

Quantos cigarros? Até 10 11-20 21-30 + de 30

Há quanto tempo? _____

Se parou, foi há quanto tempo? _____

6.2 Etilismo:

Você toma bebida alcoólica? Não (passar par o ítem 8) Sim

Qual tipo de bebida? destilada fermentada. Não sabe/recusou

Bebe há quanto tempo? _____

Bebe: todos os dias + de 3 vezes /semana.

Se parou de beber, há quanto tempo? _____

7- ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Perto de onde mora tem posto de serviço: médico? odontológico? Não sabe

Quando precisa de um destes profissionais onde vai?

Médico particular serviço público convênio filantrópico ou-
tro _____

Dentista particular serviço público convênio filantrópico
outro _____

Você acha que fazer uma consulta com dentista para você ou alguém de sua família é:

fácil e rápido demora mas consegue é difícil de conseguir

só consegue em emergência não consegue

Com que frequência vai ao dentista? - de 1 ano 1-2 anos

quando tem algum problema dental não vai

Algum dentista já examinou toda sua boca e não apenas dentes e gengivas?

Sim Não Não sabe

Encontrou alguma alteração? Sim O que? _____

Não não sabe

Já ouviu falar em auto exame bucal? Sim Não

Você sabe como fazê-lo ? Sim Não

Sabe para que serve? Sim Não Para que? _____

Você já fez ou faz este exame? Sim Quantas vezes? _____ Não

Encontrou alguma coisa que considerou como anormal? Sim Não

O que? _____

Procurou ajuda? Não Sim De médico De dentista.

Porque a escolha? _____

Foi tratado? Não Não sabe Sim On-

de? _____

8-SAÚDE BUCAL

8.1 Dentes: ___ Presentes ___ Ausentes
___ até 5 ___ 6-10 ___ 11-15 ___ +15 ___ todos

8.2 Prótese: ___ sim ___ não ___ total ___ parcial ___ superior ___ inferior

8.3 LESÃO BUCAL ___ Ausente ___ Presente

DADOS DA LESÃO:

1- Tempo da doença: ___ dias ___ meses ___ anos ___ ignorado

2-Localização:

Lado: ___ lado direito ___ lado esquerdo ___ área central

Local: ___ Lábio superior ___ lábio inferior ___ mucosa jugal ___ gengiva

___ palato duro ___ palato mole ___ orofaringe ___ assoalho bucal

___ língua: ___ dorso ___ lateral ___ ventre ___ anterior ___ posterior

3-Tipo: ___ mácula ___ vesículo-bolhosa ___ erosiva ___ ulcerativa ___ pseudomembranosa

___ crosta ___ nodular ___ tumoral ___ hiperplásica

___ placa aderida ___ estriada ___ atrófica ___ pápula outra _____

4-Cor: ___ semelhante ao tecido ___ eritematosa ___ violácea ___ acinzentada

___ acastanhada ___ enegrecida ___ branca outra _____

5-Consistência ___ firme ___ macia ___ dura outra _____

6-Superfície: ___ lisa ___ rugosa ___ verrucosa ___ brilhante ___ opaca

___ lobulada ___ ulcerada outra _____

7-Sintomatologia: ___ ausente ___ presente: ___ dor ___ odor ___ ardência

___ latejamento ___ dormência outras _____

8- Outros dados _____

9-Diagnóstico clínico da lesão:

hiperplasia por prótese hiperplasia fibrosa focal hiperplasia papilar
 estomatite por dentadura candidíase pseudomembrana leucoplasia
 ceratose friccional eritroplasia líquen plano mucocele rânula
 abscesso agudo abscesso crônico úlcera crônica herpes primária
 herpes recidivante úlcera aftosa recorrente mucosa mordiscada fístula
 hemangioma verruga vulgar queilite angular queilite actínica
 nevus Outro diagnóstico _____

8-5 ALTERAÇÃO DE MUCOSA BUCAL presente ausente

Diagnóstico clínico da alteração: glossite romboidal mediana grânulos de Fordyce
 torus mandibular varizes linguais torus palatino hiperplasia glandular
 tatuagem melanose leucoedema língua geográfica língua pilosa
 língua saburrosa língua fissurada
Outro diagnóstico _____

9- EXAMES COMPLEMENTARES biópsia radiografias

Outros _____

Nome do examinador _____

Nome do anotador _____

Observações: _____

ANEXO 6.3 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO
NA PESQUISA ALTERAÇÕES E LESÕES DE MUCOSA BUCAL NA POPULAÇÃO URBANA
E RURAL DE OURO PRETO, MINAS GERAIS, 2003**

Esta pesquisa será feita para verificar a presença de doenças bucais na população do Município de Ouro Preto. É um trabalho importante porque as doenças bucais mais comuns nesta área serão conhecidas e assim, poderão ser mais bem cuidadas pelos profissionais de saúde desta comunidade.

Algumas doenças só aparecem na boca. Outras aparecem primeiro na boca e depois se espalham para outras partes do corpo. Outras doenças, como o câncer bucal, são muito graves e aumentam rapidamente, podendo levar à morte, se não tratadas logo. Quanto mais cedo qualquer doença for descoberta, mais fácil é o tratamento e mais rápida a cura, trazendo menores problemas para a pessoa. Por estas razões o exame bucal é muito importante.

Se você aceitar participar da pesquisa, estará contribuindo para o conhecimento das doenças bucais e também para a sua saúde em particular. Se alguma doença for descoberta em sua boca você será tratado na sua própria comunidade ou será encaminhado para tratamento em outro lugar, quando for necessário, mesmo se não quiser participar ou se desistir a qualquer momento após ter aceitado.

Você não terá nenhum gasto. O seu nome e suas respostas às perguntas serão conhecidos somente pelas pessoas envolvidas no trabalho.

Agradecemos a sua participação.

Aceito participar deste trabalho de pesquisa e declaro ter compreendido e estar ciente do que foi escrito acima.

NOME _____

DATA _____

ASSINATURA _____

(do participante ou do seu responsável em caso de menores e incapacitados a assinar)