



2018

**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**



**MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA AVALIAÇÃO
BUCAL NA INSPEÇÃO DE SAÚDE PERIÓDICA
DE MILITARES DO SERVIÇO ATIVO DO CORPO
DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**

MADBM 5-001



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

JOSÉ DOS SANTOS BRANCO JÚNIOR - TEN CEL BM QOS/DENT/00
ANA FLAVIA SCHUELER DE ASSUMPÇÃO LEITE - MAJ BM QOS/DENT/00
VIVIANE SANTOS DA SILVA PIERRO - CAP BM QOS/DENT/00
MÁRCIA PEREIRA ALVES DOS SANTOS - CAP BM QOS/DENT/02
ANDRÉ LUIS VELLOSO CAÚLA SOARES - CAP BM QOS/DENT/02
ANDRÉ FEDERICI GOMES - CAP BM QOS/DENT/02

MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA AVALIAÇÃO BUCAL NA INSPEÇÃO DE SAÚDE PERIÓDICA DE MILITARES DO SERVIÇO ATIVO DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

MADBM 5-01

Manual do CBMERJ homologado pelo Comandante-Geral através da Portaria CBMERJ N° 998, publicada no boletim da SEDEC/CBMERJ N° 143 de 08 de agosto de 2018.

Rio de Janeiro

2018



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

RESUMO

A avaliação bucal, como componente da Inspeção de Saúde Periódica, visa verificar as condições de saúde bucal dos militares do serviço ativo do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) permitindo a identificação de alterações que possam prejudicar o desempenho profissional e militar, bem como identificando as principais doenças bucais em estágio inicial, com finalidade de evitar seu agravamento. Este trabalho tem o objetivo de orientar e apoiar os oficiais dentistas para realizar a avaliação da saúde bucal dos Bombeiros Militares do serviço ativo do CBMERJ.

Palavras-chave: Odontologia Militar. Saúde bucal. Promoção da saúde. Doenças periodontais. Cárie dentária. Diagnóstico bucal. Doenças da boca.



LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Desenho esquemático dos principais aspectos clínicos das lesões fundamentais. 15

Figura 2. Mapa bucal para auxílio da descrição da localização das lesões..... 16

Figura 3. Sonda padronizada pela Organização Mundial da Saúde, ilustrando as marcações com as respectivas distâncias, em milímetros, a partir da ponta da sonda. 19

Figura 4. Divisão da arcada em sextantes e destaque (setas) dos dentes-índices para IPC que devem ser sondados, em indivíduos com 20 anos de idade ou mais. 20

Figura 5. Situação clínica hipotética para exemplificar os elementos dentários que serão examinados/sondados (setas), excluindo superfície distal dos terceiros molares (*) ou o sextante que será excluído para IPC (marcado com “X”), em indivíduos com 20 anos de idade ou mais. 21



LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Roteiro para descrição das lesões bucais.....	13
Quadro 2. Definições das lesões fundamentais.	14
Quadro 3. Exemplos de descrição das lesões bucais.....	17
Quadro 4. Códigos e critérios para o Índice Periodontal Comunitário (IPC).	22
Quadro 5. Códigos e critérios para o Índice Cariado-Perdido-Obturado por Dente, Adaptado (CPO-D Adaptado).	25
Quadro 6. Códigos e critérios para o Índice de Desgaste Dentário (BEWE Adaptado).	31
Quadro 7. Classificação de risco para priorização da assistência.	34



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ATM	Articulação Temporomandibular
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BM	Bombeiro Militar
BEWE	<i>Basic Erosive Wear Examination</i>
CBMERJ	Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro
CD	Cirurgião Dentista
CEPO	Centro de Estudos e Pesquisas Odontológicas
CPM	Centro de Perícias Médicas
CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DGO	Diretoria Geral de Odontologia
DGP	Diretoria Geral de Pessoal
DGS	Diretoria Geral de Saúde
FSP	Faculdade de Saúde Pública
IPC	Índice Periodontal Comunitário
ISP	Inspeção de Saúde Periódica
INCA	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
QBMP	Qualificação de Bombeiro Militar Particular
RG	Registro Geral
SEDEC	Secretaria de Estado de Defesa Civil
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 FINALIDADE	9
3 ÂMBITO	9
4 INFORMAÇÕES GERAIS	9
4.1 Instrumento de coleta de informações para avaliação da condição bucal – ficha de inspeção de saúde bucal	9
5 ÍNDICES PARA AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL	9
6 TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO DA EQUIPE DE INSPEÇÃO	10
7 BIOSSEGURANÇA E INSTRUMENTAL	10
8 AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL	11
8.1 Exame estomatológico	11
8.1.1 Condições bucais relevantes e registros	12
8.1.2 Descrição das lesões bucais	12
8.2 Exame periodontal	18
8.2.1 Índice Periodontal Comunitário	18
8.2.1.1 Sonda periodontal	19
8.2.1.2 Sextantes	19
8.2.1.3 Dentes-índices	19
8.2.1.4 Códigos e registros	21
8.3 Exame da condição dental em relação à cárie dentária	23
8.3.1 Exame da coroa dental em relação à cárie dentária	23
8.3.1.1 Índice CPO-D inovado, adaptado pelos autores	23
8.3.1.1.1 Códigos e registros	24
8.3.2 Exame de cárie em raiz	28
8.4 Exame da condição dental em relação à perda de estrutura dentária não associada a biofilme (desgastes dentários e/ou fraturas dentárias)	28
8.4.1 Exame do Desgaste Dentário e seus registros	29
8.4.1.1 Índice de Desgaste Dentário de BEWE, adaptado pelos autores	29
8.4.2 Exame da Fratura Dentária Coronária e seus registros	32
8.5 Observações Gerais	33
9 PRIORIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA - USO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	33
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS NORMATIVAS E BIBLIOGRÁFICAS	36
APÊNDICE A - MODELO DE FICHA PARA REGISTRO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ISP	40



1 INTRODUÇÃO

A Inspeção de Saúde Periódica (ISP) tem por objetivo verificar se os militares que estão em serviço ativo preenchem os requisitos de saúde necessários ao desempenho profissional e militar, além de contribuir para o diagnóstico de doenças em estágio inicial, com a finalidade de evitar seu agravamento. Sua normativa foi estabelecida pela portaria CBMERJ nº 752 de 05 de novembro de 2013, publicada no boletim SEDEC/CBMERJ nº 217 de 22/11/2013. Esta mesma portaria estabeleceu que a avaliação periódica de saúde para os militares do serviço ativo no âmbito do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) passou a ter periodicidade anual.

A avaliação da condição da saúde bucal, por meio do exame odontológico, foi incorporada na ISP em 12 de dezembro de 2013, conforme nota da Diretoria Geral de Odontologia (DGO) 466/2013, publicada no boletim da SEDEC/CBMERJ nº230, de 12 de dezembro de 2013. Tal ato foi de extrema pertinência uma vez que a saúde bucal não pode ser desvinculada da saúde geral, dada a indissociabilidade de ambas. Desta forma, os agravos causados pela ausência de saúde bucal também afetam negativamente a saúde geral, e, portanto, o desempenho laboral e a qualidade de vida.

A inspeção odontológica permite conhecer a condição da saúde bucal dos militares em serviço ativo, no âmbito do CBMERJ, gerando informações importantes para o incremento das ações de planejamento, diagnóstico, assistência - ao identificar militares com necessidades odontológicas prioritárias, avaliação e monitoramento, na área de saúde bucal. Logo, pode ser entendida como uma ferramenta de gestão potente para a DGO na perspectiva de promover, prevenir, recuperar e monitorar a saúde do bombeiro militar na ativa (MACIEL; SANTOS, 2015).

A aplicabilidade deste manual vai ao encontro dos anseios de um planejamento estratégico em saúde bucal, ao contribuir não só com uma padronização e sistematização da inspeção de saúde bucal no sentido de qualificar a sua implementação, mas principalmente, assegurar um conjunto de dados passíveis de serem transformados em informações para subsidiar a tomada de decisões, salvaguardando também, as lições aprendidas deste processo. Sendo assim, este manual norteia o exame bucal, que segue a implantação da ISP no marco regulatório para a saúde bucal, e assegura parâmetros de reprodutibilidade e confiabilidade para sua realização. Por isso, pode ser aplicado no nível local e/ou regional, quando se intenta realizar um diagnóstico situacional para a condição de saúde bucal dos bombeiros militares na ativa.

A relevância desta publicação para o CBMERJ está sedimentada na perspectiva da otimização de recursos, na qualidade das informações em saúde e, sobretudo, na possibilidade de dar a devolutiva para o bombeiro militar da ativa, reconhecidamente, a parte integrante mais valiosa deste processo.



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

2 FINALIDADE

Estas instruções são destinadas a orientar e apoiar os oficiais dentistas Bombeiros Militares do Sistema DGO para realizar a avaliação da saúde bucal dos Bombeiros Militares da ativa do CBMERJ na ISP, em parceria ao Centro de Perícias Médicas (CPM) e à Diretoria Geral de Saúde (DGS). Pode ser utilizado tanto por gestores, na perspectiva da implantação; quanto pelos examinadores, para avaliação da saúde bucal, pois apresenta um guia para a realização do exame bucal e os fluxos relacionados às inspeções de saúde bucal.

3 ÂMBITO

A normativa se aplica à padronização e sistematização da realização dos exames bucais nas inspeções de saúde bucal de Bombeiros Militares da ativa do CBMERJ, por ocasião das Inspeções de Saúde Periódica.

4 INFORMAÇÕES GERAIS

4.1 Instrumento de coleta de informações para avaliação da condição bucal – ficha de inspeção de saúde bucal

A "Ficha de Inspeção de Saúde Periódica Anual" padrão, contendo dados pessoais, seção médica e seção odontológica é o modelo a ser utilizado. No entanto, pela necessidade de sistematizar e padronizar a coleta de dados no sentido de qualificar a avaliação da condição de saúde bucal, uma nova ficha odontológica foi elaborada (APÊNDICE A), também disponibilizada em prontuário eletrônico. Assim, a seção odontológica sofreu mudanças e inovações com a adoção das seguintes subseções:

- A) Exame estomatológico;
- B) Exame periodontal;
- C) Exame dental em relação à cárie dentária;
- D) Exame dental em relação à perda de estrutura dentária não associada a biofilme (desgastes dentários e/ou fraturas dentárias).

5 ÍNDICES PARA AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Os índices são elementos essenciais para o conhecimento de uma realidade epidemiológica, inclusive no CBMERJ, pois detêm parâmetros de objetividade, confiabilidade e reprodutibilidade, que permitem melhor planejamento em saúde bucal.

Para a avaliação da condição bucal se propõe a utilização do Índice Periodontal Comunitário (IPC) e do Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados por Dente (CPO-D) inovado, ambos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (WHO, 1997; PINTO, 2000). Além disso, também foi proposta a utilização do Índice de Desgaste Dentário de BEWE (BARTLETT et al., 2008). Os índices CPO-D inovado e BEWE foram adaptados em função das demandas observadas na população-alvo a qual se quer avaliar: os bombeiros militares da ativa.

A utilização destes índices permite medir a ocorrência e o grau de severidade das principais condições e/ou doenças bucais e estabelecer parâmetros de comparação com outros grupos ou populações, como por exemplo, confrontar informações com os levantamentos das condições de saúde bucal da população brasileira adulta nos anos de 1986, 2003 e 2010, bem como com futuros levantamentos.



6 TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO DA EQUIPE DE INSPEÇÃO

Os exames odontológicos são realizados exclusivamente por oficiais BM dentistas, referidos aqui como examinadores. Cada examinador deve ser auxiliado por um anotador, preferencialmente a praça BM auxiliar de consultório dentário (ACD)/auxiliar de saúde bucal (ASB). Portanto, cada equipe de inspeção é composta por um examinador e um anotador, ambos devidamente capacitados.

O examinador deve dar instruções claras ao anotador, sobre os dados que serão registrados na ficha de exame. O anotador deve se posicionar, em relação ao examinador, de maneira que possa ouvir facilmente os códigos e instruções e o examinador, por sua vez, possa enxergar se os registros estão sendo anotados corretamente, além de checar os dados registrados, se correspondem de fato à região ou dentes que acabaram de ser examinados. As falhas de registros cometidas pelo anotador podem resultar em troca de códigos ou registro em elementos dentários que não correspondam ao examinado, o que influenciará na avaliação de saúde e imputará erros na inspeção.

Contudo, dadas as características dos índices utilizados em saúde bucal e da subjetividade inerente ao exame dos tecidos bucais, é fundamental para a confiabilidade dos dados que, além da padronização dos critérios indicados neste manual, haja também o treinamento e calibração dos examinadores e anotadores envolvidos na ISP (BRASIL, 2001).

A calibração visa estabelecer padrões uniformes para o exame bucal dos militares durante a ISP e determina parâmetros aceitáveis de consistência interna e externa aos examinadores (BRASIL, 2001). A OMS define como principais objetivos da calibração de examinadores em levantamentos epidemiológicos: A) assegurar uniformidade de interpretação, entendimento e aplicação dos critérios para as doenças e condições a serem observadas e registradas; B) propiciar que cada examinador possa trabalhar dentro de um padrão consistente; C) minimizar variações entre diferentes examinadores (WHO, 1993).

Durante o treinamento e a calibração dos examinadores, deve ser feita uma exposição teórica e uma discussão junto à equipe de exame, por parte da equipe de instrutores, de todos os índices, códigos e critérios a serem utilizados. Recomenda-se utilizar recursos visuais e fazer a leitura prévia deste manual de instruções. É importante que, neste momento, seja esclarecido o maior número possível de dúvidas relativas aos critérios e que sejam exercitadas situações em que uma regra de decisão seja exigida. Convém sempre lembrar que existem algumas situações-limite, que devem ser amplamente discutidas no grupo para que durante o exame bucal na ISP, prevaleça o consenso da equipe sobre o senso individual de cada examinador (BRASIL, 2001). Nessa ocasião, os examinadores avaliam os mesmos indivíduos, fazem o diagnóstico e a concordância será obtida pelo número de acertos em função do número de erros, a partir do total de avaliações realizadas.

Já o treinamento dos anotadores consiste basicamente em orientações quanto ao preenchimento com exatidão dos códigos e informações, relatados pelo examinador e registrados na ficha de exame em meio físico ou prontuário eletrônico.

7 BIOSSEGURANÇA E INSTRUMENTAL

Todos os membros da equipe, examinadores e anotadores, devem estar permanentemente atentos e desenvolver práticas coerentes e adequadas em relação à sua proteção e dos que se submetem aos exames. Deve-se assinalar, entretanto, que a responsabilidade pela cobrança e adoção das normas de biossegurança é do oficial dentista.



As principais medidas, no presente exame, incluem:

- Lavar as mãos no início e no final de cada atendimento, ou quando for necessário;
- Trocar as luvas a cada indivíduo inspecionado;
- Usar avental, luvas, máscara, óculos e gorro;
- Não manipular objetos impertinentes: lápis, borrachas, fichas, pranchetas etc. Tais objetos devem ser utilizados apenas pelo anotador;
- Será disponibilizado para o exame odontológico, um espelho bucal plano nº 5 com cabo e uma sonda periodontal milimetrada padrão OMS, para cada indivíduo inspecionado;
- Um número suficiente de instrumentos deverá estar disponível, para evitar a necessidade de interrupção dos exames enquanto estejam sendo esterilizados;
- O indivíduo avaliado deve apresentar condições de higiene bucal compatíveis para permitir adequada realização do exame odontológico.

8 AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL

A avaliação da condição bucal objetiva identificar e registrar possíveis alterações bucais capazes de prejudicar o desempenho profissional dos militares do serviço ativo do CBMERJ, possibilitando a implantação de ações preventivas, bem como, subsidiando o planejamento, a assistência, a gestão e a avaliação das políticas e ações voltadas à melhoria da saúde bucal da tropa, promovidas pela DGO. Portanto, a referida avaliação não pretende necessariamente estabelecer um diagnóstico, mas sim, fazer uma triagem por meio de exames simplificados destinados a detectar doenças ou condições que não tenham sido percebidas previamente.

Para isto, descrevem-se pormenorizadamente seus passos, nas respectivas subseções abaixo categorizadas.

8.1 Exame estomatológico

O câncer de cavidade oral faz parte dos tumores malignos que afetam a cabeça e pescoço e representa o sexto tipo de câncer mais frequente no mundo (WARNAKULASURIYA, 2009; TAKATA; SLOOTWEG, 2017). No Brasil, dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) descreveram o câncer de boca como o quinto mais comum entre os homens e o décimo segundo entre as mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Os principais fatores de risco para o câncer da cavidade oral são o tabagismo e o etilismo e, no caso do câncer de lábio, também a radiação solar. Certas profissões que exercem atividades ao ar livre e expostas à radiação solar, como ocorre em alguns quadros de Bombeiros Militares, sendo um exemplo o de Guarda-Vidas (QBMP/10), apresentam um risco aumentado para o desenvolvimento do câncer de lábio (LUNDEEN et al., 1985). Neste sentido, a realização de um exame bucal adequado, abrangendo toda mucosa da boca, através do exame estomatológico, possibilita a identificação de lesões iniciais suspeitas e de lesões potencialmente malignas contribuindo na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de boca e de outras patologias bucais.

O exame estomatológico deverá ser realizado em todos os inspecionados seguindo uma sequência lógica, de modo sistemático para assegurar que todas as regiões da cavidade bucal sejam avaliadas, possibilitando dessa forma a identificação de alterações patológicas no sistema estomatognático.

A execução do exame físico estomatológico deve ser feita por inspeção visual e palpação, normalmente bidigital. A palpação permite a obtenção de informações



quanto à consistência, sensibilidade, mobilidade e aderência em relação aos tecidos adjacentes.

O exame físico do sistema estomatognático divide-se em extrabucal e intrabucal. O exame extrabucal deve ser realizado na seguinte sequência: (1) visão geral da superfície da pele (cabeça e pescoço); (2) região das glândulas salivares maiores: parótida, submandibular e sublingual; (3) superfície perioral externa (nariz, bochechas, queixo); (4) borda dos lábios superior (vermelhão) e inferior, comissuras labiais e linhas de transição dermatomucosas; (5) sistema linfático (cadeia de linfonodos da região de cabeça e pescoço); (6) articulação temporomandibular (ATM).

O exame intrabucal das superfícies da mucosa bucal deve ser realizado em cada indivíduo obedecendo à seguinte sequência: (1) mucosa labial e sulco vestibular (superior e inferior); (2) mucosa retrocomissural e mucosa jugal (direita e esquerda); (3) assoalho da boca; (4) língua (superfícies ventral, laterais e dorsal); (5) palatos duro e mole; (6) gengiva (superior e inferior) (7) orofaringe e tonsilas.

8.1.1 Condições bucais relevantes e registros

As alterações patológicas relevantes que podem ser detectadas durante a avaliação estomatológica são aquelas condições que possam estar relacionadas a processos inflamatórios, infecciosos, neoplásicos e/ou com suspeita ou potencial de malignidade, ou ainda, representem manifestações orais de doenças sistêmicas, devendo, portanto, ser investigadas.

O examinador deve identificar a presença das seguintes condições:

(1) **Linfonodos alterados na região de cabeça e pescoço.** Alterações de número, tamanho, forma, consistência, sensibilidade e aderência aos planos profundos podem estar relacionadas a processo neoplásico metastático e devem, portanto, ser investigadas. São consideradas alterações relevantes: linfonodos inicialmente únicos, de evolução progressiva, geralmente maiores de 2 cm, endurecidos, de superfície irregular, normalmente indolores e fixos.

(2) **Alterações na aparência dos lábios e das mucosas da boca,** como áreas esbranquiçadas, avermelhadas ou com outras alterações de cor, áreas edemaciadas, erosadas, ulceradas ou áreas com outras alterações de superfície, contorno e volume.

Algumas condições benignas ou alterações de desenvolvimento e variações da normalidade não devem ser consideradas relevantes e, portanto, não devem ser encaminhadas à Estomatologia, a não ser que representem uma queixa do inspecionado. Os principais exemplos dessas condições são: grânulos de Fordyce, fossetas labiais, leucoedema, língua crenada, língua fissurada, eritema migratório benigno (língua geográfica), língua saburosa, linha alba, papilas foliáceas e/ou circunvaladas hipertróficas, pigmentação melânica racial ou fisiológica, exostoses ósseas (tórus mandibulares/palatino) e varizes linguais.

8.1.2 Descrição das lesões bucais

Inicialmente, deve ser registrada a presença ou ausência de alteração: (1) na cadeia linfática de cabeça e pescoço e (2) nos lábios e mucosas da boca, no local correspondente à subseção A na ficha da ISP (APÊNDICE A) ou em prontuário eletrônico. Caso presente, a lesão deve ser descrita em relação à lesão fundamental, números de lesões, tamanho, coloração, aspecto superficial, contornos/limites, localização e, se possível, tempo de evolução, conforme Quadro 1. A descrição das lesões deve ser realizada através de marcação objetiva pré-definida na ficha, visando à uniformização de termos, e quando necessário, complementada por escrito no espaço destinado às observações.

São exemplos de informações relevantes que devem constar nas observações: (1) observações adicionais da descrição da lesão; (2) possível relação da lesão com



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

trauma local; (3) descrição de outras lesões com aspecto clínico diferente, no caso de indivíduos com mais de uma lesão; (4) característica de linfonodos acometidos; (5) indivíduos usuário de próteses removíveis e estado de conservação das mesmas e (6) hábitos como tabagismo, etilismo, especialmente no caso de lesões brancas, vermelhas ou ulceradas.

Quadro 1. Roteiro para descrição das lesões bucais.

1. LESÃO FUNDAMENTAL	Mácula, mancha, placa, pápula, nódulo, vesícula, bolha, úlcera, etc. (Conforme Quadro 2 e Figura 1).	
2. NÚMERO	Único(a) ou múltiplo(a).	
3. TAMANHO	No maior diâmetro em milímetros.	
4. COLORAÇÃO	Normocrômica, branca, vermelha, parda, etc.	
5. CONSISTÊNCIA	Amolecida, macia, firme, endurecida ou flutuante.	
6. CARACTERÍSTICA DA BASE	Séssil ou pedunculada.	
7. ASPECTO DA SUPERFÍCIE	Lisa, rugosa, papilar ou verrucosa.	
8. CONTORNOS/LIMITES	Regular, irregular ou sem limites definidos.	
9. LOCALIZAÇÃO	9.1. ESTRUTURA	Mucosa jugal, gengiva, lábio, língua, etc. (Conforme mapa bucal, Fig. 2).
	9.2. ARCO	Superior, inferior ou ambos.
	9.3 LADO	Direito, esquerdo ou bilateral.
	9.4. REGIÃO	Anterior, médio ou posterior.
10. TEMPO DE EVOLUÇÃO	Dias, semanas, meses, anos ou desconhecido.	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Considerando que durante a ISP, a avaliação bucal é realizada em conjunto com o exame médico, os hábitos viciosos como tabagismo e etilismo já são registrados na ficha médica. Entretanto, estas informações devem ser também registradas na ficha odontológica por representarem os principais fatores etiológicos envolvidos no câncer de boca.

Para orientar e padronizar a descrição das lesões bucais foi elaborado um roteiro auxiliar que inclui as definições teóricas das lesões fundamentais (Quadro 2) e ainda figuras ilustrativas que podem ser utilizadas como suporte visual para descrição dos principais aspectos clínicos das lesões fundamentais (Figura 1) e das estruturas bucais acometidas (Figura 2). Algumas fotos clínicas de diferentes lesões bucais e respectivas descrições de seus aspectos clínicos também podem ser encontradas no Quadro 3.



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

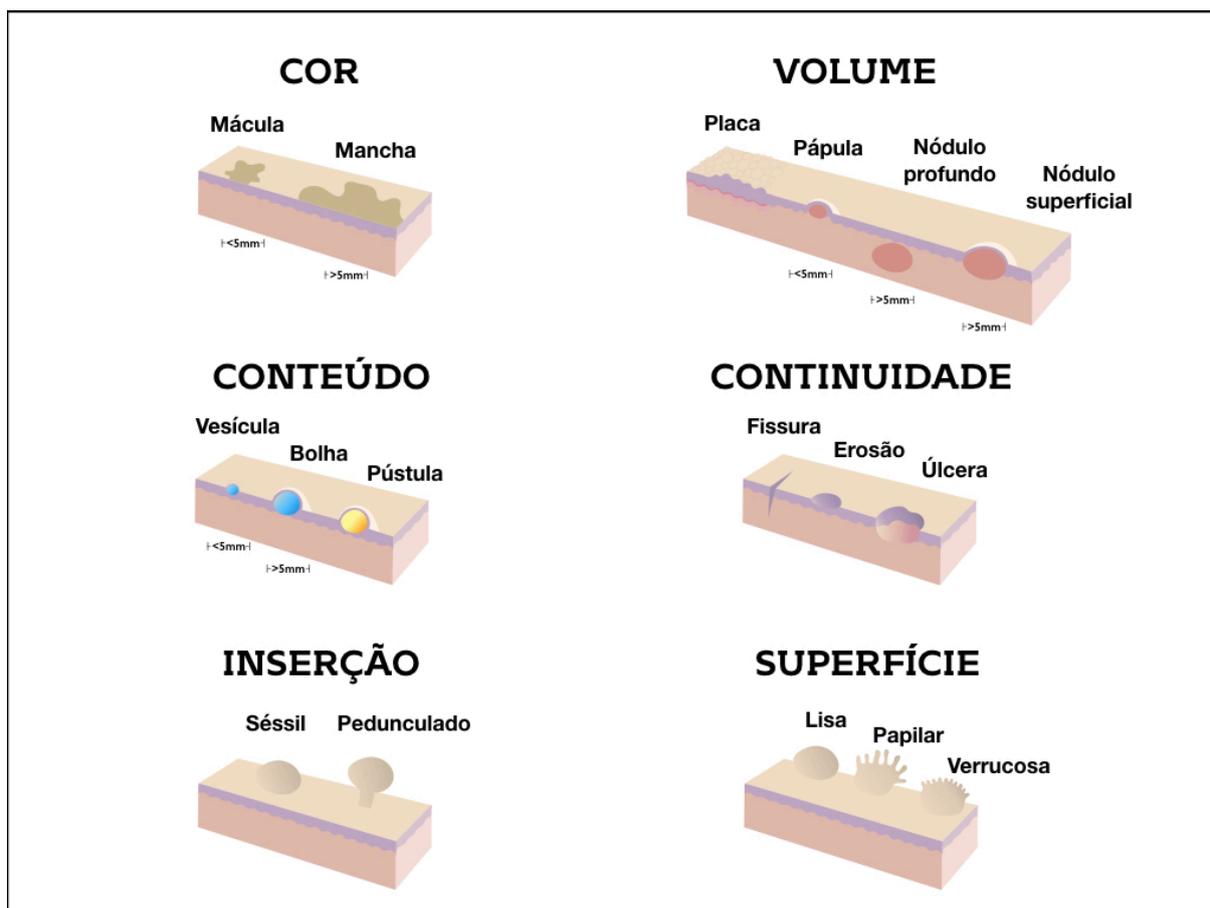
Quadro 2. Definições das lesões fundamentais.

LESÃO FUNDAMENTAL	TIPO DE ALTERAÇÃO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
Mácula	Cor	Área focal de alteração de coloração, menor que 5 mm que não é elevada nem deprimida em relação aos tecidos circunjacentes. Pode surgir sobre outro tipo de lesão fundamental.
Mancha	Cor	Área focal de alteração de coloração, maior que 5 mm que não é elevada nem deprimida em relação aos tecidos circunjacentes. Pode surgir sobre outro tipo de lesão fundamental.
Placa	Volume	Lesão plana, ligeiramente elevada em relação aos tecidos circunjacentes, em que sua altura é pequena em relação a sua extensão.
Pápula	Volume	Lesão sólida elevada, menor que 5 mm de diâmetro.
Nódulo	Volume	Lesão sólida elevada, maior que 5 mm de diâmetro.
Vesícula	Conteúdo	Lesão superficial, menor que 5 mm de diâmetro, frequentemente preenchida por um líquido claro.
Bolha	Conteúdo	Vesícula grande, maior que 5 mm de diâmetro.
Pústula	Conteúdo	Vesícula ou bolha preenchida por exsudato purulento.
Fissura	Continuidade	Perda tecidual linear, rasa ou profunda, semelhante a uma fenda ou sulco.
Erosão	Continuidade	Lesão superficial, geralmente originando-se secundariamente a ruptura de uma vesícula ou bolha, caracterizada por perda parcial ou total do epitélio de superfície, sem perda do tecido conjuntivo subjacente.
Úlcera	Continuidade	Lesão caracterizada pela perda do epitélio de superfície e parte do tecido conjuntivo subjacente. Geralmente aparece deprimida ou escavada.
Séssil	Inserção	Descrição de um crescimento em que a base é a região mais larga da lesão.
Pedunculado	Inserção	Descrição de um crescimento em que a base é a região mais estreita da lesão.
Lisa	Superfície	Sem alteração de superfície.
Papilar	Superfície	Crescimento que exhibe numerosas projeções verticais de superfície.
Verrucosa	Superfície	Crescimento que exhibe numerosas projeções de superfície rugosa ou verrucosa, semelhante à couve flor.

Fonte: NEVILLE et al., 2016 (Adaptado).



Figura 1. Desenho esquemático dos principais aspectos clínicos das lesões fundamentais.

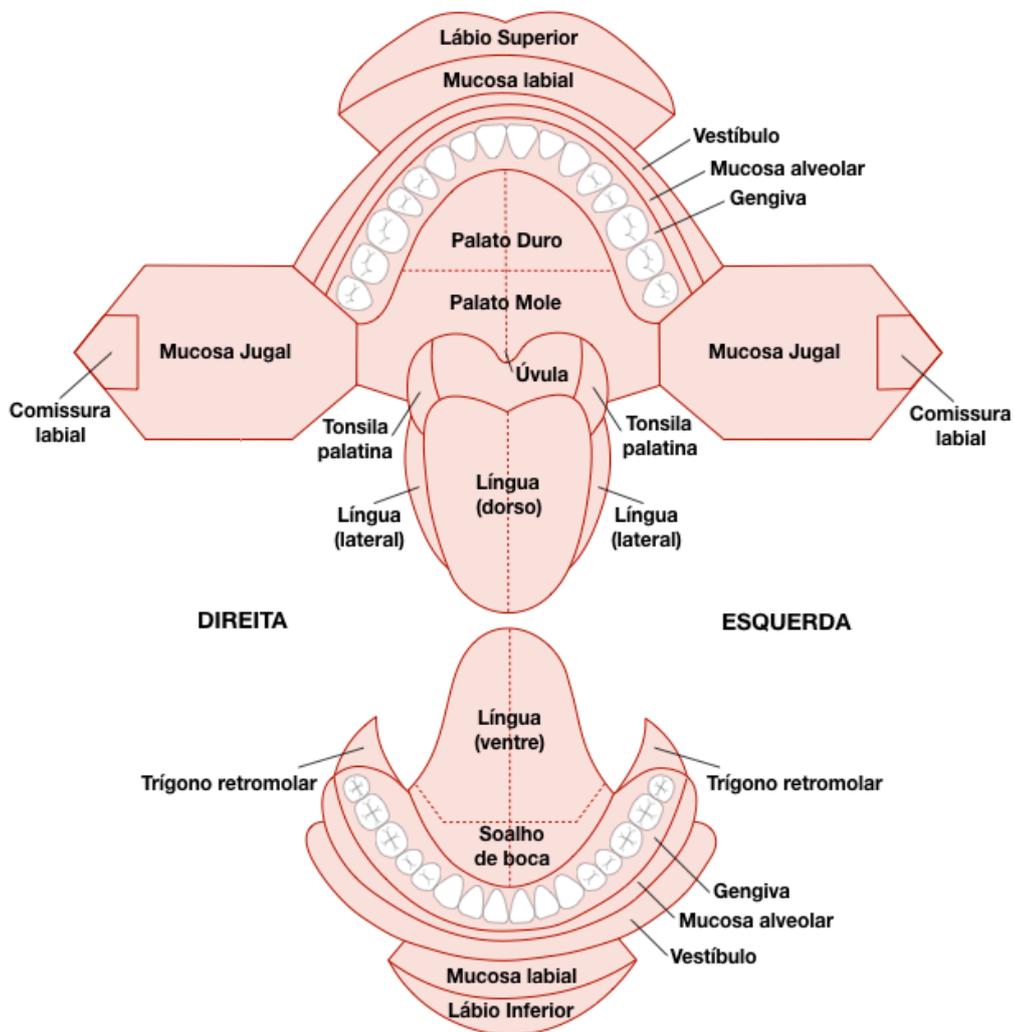


Fonte: MEURER et al., 2015 (Adaptado).



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Figura 2. Mapa bucal para auxílio da descrição da localização das lesões.



Fonte: SCULLY, 2009 (Adaptado).



Quadro 3. Exemplos de descrição das lesões bucais.

IMAGEM	DESCRIÇÃO
	<p>Nódulo único medindo 7 mm de diâmetro, normocrômico, sésil, de superfície lisa e contornos regulares localizado em mucosa jugal anterior direita na região retrocomissural.</p>
	<p>Placa única, medindo 15 mm de diâmetro, leucoplásica (branca) de aspecto rugoso, de contorno irregular, localizada no lábio inferior, lado direito.</p> <p>OBS: <i>Indivíduo apresenta lábio inferior edemaciado, com alteração de coloração leucoeritoplásica (branca e vermelha) em todo vermelhão. Indivíduo QBMP10 – Guarda-vidas há 28 anos, exposição solar ocupacional.</i></p>
	<p>Áreas erosadas e placas brancas, sem limites definidos localizada no palato duro, região anterior da maxila, bilateral.</p> <p>OBS: <i>Placas brancas se destacam à raspagem, indivíduo usuário de prótese removível.</i></p>
	<p>Pápula, única, medindo 4 mm, arroxeadada, de superfície lisa e contorno regular, localizada na mucosa labial superior, lado esquerdo.</p>
	<p>Nódulo único de 6 mm, coloração branca e superfície papilar, contorno irregular localizado na borda direita na língua, região anterior.</p>

Fonte: Texto – Elaborado pelos autores. Imagens – Acervo CEPO e Internet.



8.2 Exame periodontal

As doenças periodontais estão entre as doenças mais comuns do ser humano, afetando 5 a 30% da população adulta na faixa etária entre 25 e 75 anos (OLIVER et al., 1989; BROWN; LÖE, 1993). As doenças periodontais são consideradas a maior causa de perda dentária na população adulta (BRASIL, 2012), principalmente, devido à falta de diagnóstico precoce. Recentemente, pesquisas têm demonstrado que certos tipos de doença periodontal podem contribuir para determinadas alterações sistêmicas e, desta forma, poderiam atuar como potenciais fatores de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, nascimento de bebês prematuros e/ou com baixo peso e controle metabólico deficiente em indivíduos com *Diabetes Mellitus*, entre outras (OFFENBACHER et al., 1998; BECK et al., 2000; STEGEMAN, 2005). De fato, um estudo realizado com 100 militares e dependentes do CBMERJ, sistemicamente saudáveis, demonstrou que indivíduos com periodontite crônica severa apresentaram níveis elevados de marcadores da inflamação e trombogênese, além de alterações no perfil lipídico e risco aumentado de desenvolver síndrome metabólica (SOARES, 2009).

A seleção de um índice periodontal para ser utilizado durante a ISP deve satisfazer os seguintes requisitos básicos: (1) verificar o estado de saúde periodontal dos militares que estão em serviço ativo do CBMERJ, identificando as principais doenças periodontais que possam interferir no desempenho profissional e militar, (2) detectar as necessidades de tratamento periodontal neste grupo, (3) identificar os indivíduos susceptíveis às doenças periodontais com maior potencial de risco para saúde, a fim de hierarquizar a prioridade de atendimento, e (4) realizar um levantamento epidemiológico das condições periodontais que permita uma comparação com resultados obtidos em pesquisas científicas nacionais e internacionais.

8.2.1 Índice Periodontal Comunitário

O Índice Periodontal Comunitário (IPC) registra a saúde periodontal, inflamação gengival, presença de cálculo e a presença de bolsas periodontais em seus diferentes níveis de evolução (WHO, 1997). O IPC é preconizado pela OMS para avaliar a condição periodontal de populações em pesquisas epidemiológicas e foi adotado pelo Ministério da Saúde nos levantamentos epidemiológicos para avaliar as condições de saúde bucal da população brasileira.

Entretanto, percebe-se que o IPC somente faz anotações dos piores escores encontrados e, similarmente a outros registros parciais, pode subestimar resultados porque revela a condição periodontal somente de alguns dentes. Além disso, ele não descreve a experiência passada de doença periodontal, uma vez que não registra o parâmetro de perda de inserção, mas somente a profundidade de sondagem. No entanto, apesar de suas limitações, este índice é bastante prático, de fácil execução e, principalmente, permite a comparação da doença periodontal em diferentes populações.

Em 2013, a OMS sugeriu algumas modificações no registro do estado das condições periodontais do IPC, que passaria a avaliar o sangramento gengival e profundidade de bolsa periodontal em todos os elementos dentários em vez de fazê-lo somente nos dentes índices ou sextantes (WHO, 2013). Também foi incluído o registro de perda de inserção nos dentes índices ou sextantes, através de códigos de 0 a 4 com medidas equivalentes de 0 a 12 milímetros de perda. Além disso, por entender que a presença de cálculo não representa uma doença *per se*, este registro deixou de ser computado. Entretanto, apesar de compreender os potenciais benefícios destas modificações, principalmente para registros epidemiológicos, optamos por manter o IPC em sua versão anterior (WHO, 1997), por entender que estas alterações poderiam: (1) acarretar em necessidade de nova calibração de todos

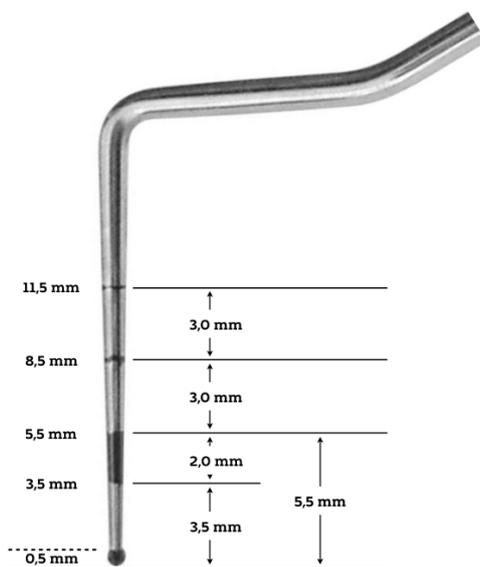


os profissionais envolvidos, (2) aumentar o tempo de registro do exames, e (3) excluir a presença de cálculo que, apesar de não representar uma doença, constitui um fator de risco local para doença periodontal. Além disso, a utilização do IPC em sua versão anterior, mais simplificada e ágil, atende plenamente aos objetivos da ISP neste momento.

8.2.1.1 Sonda periodontal

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

Figura 3. Sonda padronizada pela Organização Mundial da Saúde, ilustrando as marcações com as respectivas distâncias, em milímetros, a partir da ponta da sonda.



Fonte: BRASIL, 2001.

8.2.1.2 Sextantes

A boca é dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48 (Figura 4). A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia, é pré-requisito ao exame do sextante. Quando há apenas um único dente presente ou ausência total de elementos dentários no sextante, ele é excluído do exame, devendo o examinador marcar um X.

Nota: Na faixa etária até 19 anos, não se considera o terceiro molar na contagem de dentes presentes no sextante. Portanto, caso se detecte somente a presença de um dente e do terceiro molar nesta faixa etária, o sextante será excluído.

8.2.1.3 Dentes-índices

No IPC são examinados somente alguns elementos dentários que irão representar cada sextante, denominados dentes-índices. De acordo com a idade do inspecionado, os seguintes dentes-índices são selecionados em cada sextante:



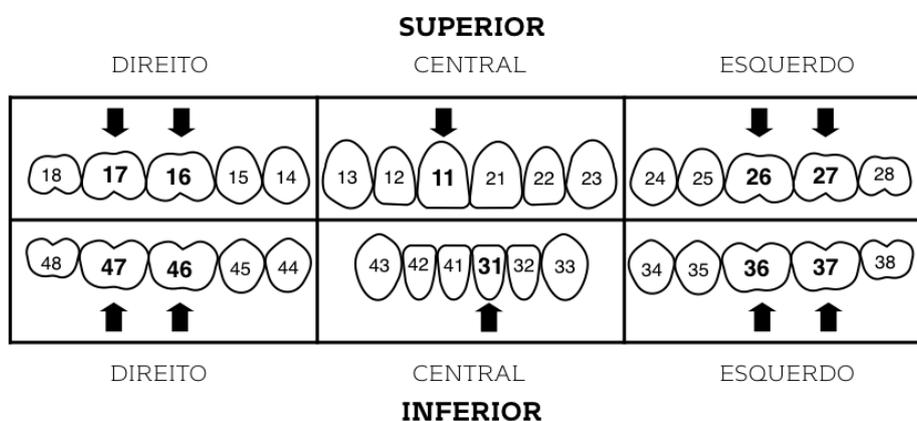
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

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

Os dois molares em cada sextante posterior são pareados para registro e, se algum destes elementos estiver faltando, não há substituição. Neste caso, somente o dente-índice remanescente será examinado. Se nenhum dente-índice estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares.

Para indivíduos com idade inferior a 20 anos, apenas seis dentes (16, 11, 26, 36, 31 e 46) são examinados. Esta modificação foi feita com o objetivo de se evitar registrar sulcos profundos associados ao processo natural de erupção como se fossem bolsas periodontais.

Figura 4. Divisão da arcada em sextantes e destaque (setas) dos dentes-índice para IPC que devem ser sondados, em indivíduos com 20 anos de idade ou mais.



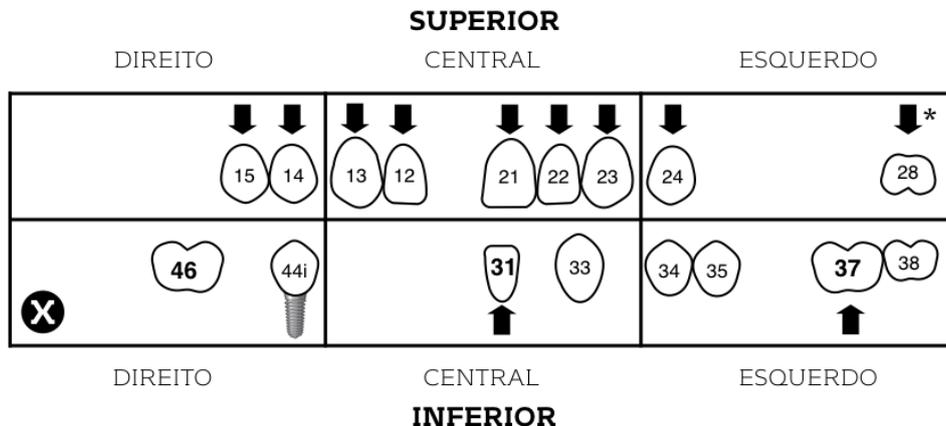
Fonte: BRASIL, 2001.

Com o objetivo de exemplificar, foi criada uma situação clínica hipotética na Figura 5. Neste caso, nos sextantes superiores direito, central e esquerdo, como há presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia, e não há a presença dos dentes-índice, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante. Entretanto, no sextante superior esquerdo, não se examina a superfície distal do terceiro molar. No sextante inferior direito, considerando a utilização de um índice periodontal, os implantes dentários não são examinados e, portanto, não são contabilizados. Desta forma, quando há apenas um único dente presente, mesmo que seja um dente-índice, o sextante é excluído do exame, devendo o examinador marcar um "X". No sextante inferior central, como há presença de dois dentes sem indicação de exodontia, e há a presença do dente-índice, examina-se este elemento. No sextante inferior esquerdo, como há presença de mais de dois dentes sem indicação de exodontia, e há ausência de um dente-índice pareado, não há substituição, somente o dente-índice remanescente será examinado.



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Figura 5. Situação clínica hipotética para exemplificar os elementos dentários que serão examinados/sondados (setas), excluindo superfície distal dos terceiros molares (*) ou o sextante que será excluído para IPC (marcado com "X"), em indivíduos com 20 anos de idade ou mais.



Fonte: Elaborado pelos autores.

8.2.1.4 Códigos e registros

Apesar de se registrar um único código para cada sextante, são examinados no mínimo seis pontos em cada dente avaliado, abrangendo as regiões mesial, média e distal nas superfícies vestibular e lingual. Em cada elemento dentário, os procedimentos de exame devem ser iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área méso-vestibular. Após, inspecionam-se as áreas linguais, indo da disto-lingual, passando-se para a área média e finalizando na méso-lingual. 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 ponta esférica da sonda, utilizada com delicadeza, deve ser usada para detectar a presença de cálculo subgengival. Se o inspecionado sente dor durante o exame, este é um indicativo da utilização de muita força. A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas. Recomenda-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sobre a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia.

Durante o exame periodontal e, em relação ao IPC, devemos considerar que: (1) embora, em princípio, 10 dentes-índices sejam examinados, apenas 6 anotações são realizadas, sendo uma por sextante, relativa à pior situação encontrada, ou seja o maior escore é registrado como sendo o escore para o sextante; e (2) quando não há no sextante pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para extração, devemos excluir o sextante registrando um "X".

Com a finalidade de registrar a ocorrência de condições clínicas relevantes como processos inflamatórios agudos nos tecidos periodontais (p. ex. pericoronarite) ou elementos dentários com indicação de exodontia por razões periodontais, que não tenham sido contemplados pelo IPC (p. ex. um dente hígido apresentando perda óssea por doença periodontal e mobilidade grau III, que seria desconsiderado pelo IPC), foi incluído, na subseção B, um espaço específico para este preenchimento.

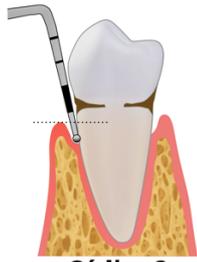
Nota: Sabe-se que o tempo de resposta à sondagem da gengiva inflamada é variado. A OMS não define um período de tempo para a observação do sangramento à sondagem. A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) recomenda um tempo de observação após a sondagem de 10 a 30 segundos, critério utilizado na maioria dos índices com essa categoria de medida e recomendado também pelos pesquisadores que desenvolveram o IPC (BRASIL, 2001).



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Os códigos e critérios utilizados no IPC, bem como o posicionamento/ visualização da sonda OMS durante o exame, estão descritos no Quadro 4.

Quadro 4. Códigos e critérios para o Índice Periodontal Comunitário (IPC).

CÓDIGO	CONDIÇÃO CLÍNICA	DESCRIÇÃO	ILUSTRAÇÃO
0	Periodonto saudável.	Quando não há nenhum sinal de sangramento ou cálculo ou bolsa periodontal ao exame. Toda a área preta da sonda visível. Sondagem até 3,5 mm.	 <p>Código 0</p>
1	Sangramento à sondagem.	Sangramento observado de 10 a 30 segundos após a sondagem. Toda a área preta da sonda visível. Sondagem até 3,5 mm.	 <p>Código 1</p>
2	Presença de cálculo supra ou subgengival.	Em qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível. Sondagem até 3,5 mm.	 <p>Código 2</p>
3	Presença de bolsa periodontal de 4 mm a 5 mm.	Margem gengival na área preta da sonda.	 <p>Código 3</p>
4	Presença de bolsa periodontal de 6 mm ou mais.	Área preta da sonda não está visível.	 <p>Código 4</p>
X	Sextante excluído.	Menos de 2 dentes presentes no sextante.	-
9	Sextante não examinado.	Usado para situações em que o exame não possa ser realizado.	-

Fonte: WHO, 1997 (Adaptado).



8.3 Exame da condição dental em relação à cárie dentária

A cárie dentária é uma disbiose determinada pela exposição frequente a açúcares da dieta (principalmente a sacarose), que, uma vez metabolizados pelas bactérias do biofilme dental, promovem uma queda do pH permitindo a desmineralização do tecido dentário que pode resultar na formação da lesão cariosa (CURY; TENUTA; SERRA, 2010; MALTZ et al., 2016).

Inicialmente, a superfície do esmalte mostra-se rugosa e opaca, sendo clinicamente visível como uma mancha branca (lesão cariosa não cavitada ativa). Se o processo de desmineralização persistir, a lesão de cárie progride, e ocasiona a quebra de sua camada superficial formando uma cavidade (lesão cariosa cavitada). A lesão cariosa cavitada é denominada ativa quando apresenta progressão do processo de perda mineral. Em seu primeiro estágio, ela pode se limitar ao esmalte apresentando aspecto rugoso e opaco (cavidade em esmalte); ou pode progredir atingindo a dentina, que se mostra amolecida com aspecto úmido e, geralmente, coloração amarelada (cavidade em dentina) (MALTZ et al., 2016). Uma vez formada a cavidade em dentina, o indivíduo pode sentir dor ou desconforto. A dor influencia o absenteísmo com impactos na atividade laboral e a perda dentária impacta de modo significativo na qualidade de vida das pessoas (MIOTTO et al., 2012).

Dados nacionais obtidos do último levantamento sobre a condição de saúde bucal (SB Brasil 2010) evidenciaram uma prevalência de cárie progressivamente maior com o avanço da idade utilizando como parâmetro o índice CPO-D. O percentual médio de indivíduos livres de cáries (CPO-D=0) aos 12 anos de idade era de 43,5%, reduzindo para 23,9% entre 15 e 19 anos de idade, e seguido de drástica redução na vida adulta (35 a 44 anos) e na 3ª idade (65 a 74 anos), respectivamente 0,9% e 0,2% (BRASIL, 2012).

O exame da condição dental em relação à cárie dentária visa identificar o estado dos elementos dentários na cavidade bucal, através da presença da lesão cariosa propriamente dita, de uma restauração ou da perda do elemento dentário por cárie, estas últimas evidenciando história patológica pregressa. Considerando que as lesões cariosas podem acometer tanto a coroa quanto à raiz dos elementos dentários, e com a intenção de que os dados registrados permitam comparação com dados de outros levantamentos, optou-se por registrar de forma distinta, a condição da coroa dentária através do índice CPO-D inovado, adaptado pelos autores, e as lesões cariosas em raiz, de forma simplificada.

8.3.1 Exame da coroa dental em relação à cárie dentária

8.3.1.1 Índice CPO-D inovado, adaptado pelos autores

Conceitualmente, o índice CPO-D representa o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (restaurados). O CPO-D é preconizado pela OMS e adotado pelo Ministério da Saúde e permite estimar a experiência presente e passada do ataque da cárie dental à dentição permanente.

Entretanto, considerando-se que o CPO-D não faz registros de lesões cariosas não cavitadas, este índice acaba por subestimar a experiência de cárie da população e superestima a proporção de indivíduos livres de cárie. Assim, a parcela da população que apresenta lesões não cavitadas como único sinal clínico indicativo da presença da cárie dentária é considerada sadia, não sendo atingida por programas que visem o seu controle/tratamento (ALVES et al., 2016). Apesar desta limitação, o CPO-D permanece sendo o índice mais utilizado em todo o mundo, mantendo-se como referência para o diagnóstico populacional das condições de cárie dentária, permitindo, desta forma, uma comparação dos resultados obtidos com outras populações no Brasil e no mundo.



Com o intuito de minimizar a limitação do índice CPO-D tradicional em diagnosticar lesões cáries iniciais, mas, ainda assim, manter a possibilidade de comparabilidade dos resultados obtidos com outros levantamentos epidemiológicos de cárie dentária, o índice CPO-D inovado foi utilizado previamente no CBMERJ durante o Projeto Bombeiro Sorriso. Neste projeto, que ocorreu entre 2009 e 2012, foi avaliada, em uma amostra probabilística, a condição de saúde bucal dos bombeiros militares da ativa, utilizando-se os índices IPC para avaliação da condição periodontal, e o CPO-D inovado para avaliação da condição dental em relação à cárie dentária (BUNDZMAN; PEREIRA; SANTOS, 2011). Este último índice fornece as mesmas informações que o índice CPO-D tradicional, porém com uma especificação para o componente “dentes cariados”, anotando-o em duas subcategorias: cárie de esmalte e cárie de dentina. Esse detalhamento, apesar de ainda levar em consideração apenas as lesões cáries cavidades em esmalte, visa superar as limitações do CPO-D tradicional que passaram a ser cada vez mais evidentes na medida em que a prevalência de cárie começou a diminuir a partir da década de 90 (PINTO, 2000). Desta forma, este índice também foi assumido como indicador e incorporado na Inspeção de Saúde Bucal para avaliar a condição dental.

No entanto, considerando a especificidade da aplicação deste índice na avaliação da condição de saúde bucal do bombeiro militar, considerando as diretrizes da OMS (WHO, 2013) e o último levantamento epidemiológico nacional sobre a saúde bucal brasileira (BRASIL, 2012), houve necessidade de adequação do índice CPO-D inovado. Assim, pela característica da tropa a ser avaliada, onde a necessidade de tratamento também precisava ser registrada, foi incorporado ao índice CPO-D inovado, a necessidade ou não de intervenção profissional. Desta forma, nas situações clínicas de restaurações sem presença de cárie e nas situações de ausências dentárias, ou seja, nos códigos 4 (Restaurado), 5 (Extraído por cárie), 6 (Extraído por outras razões) e 7 (Dente não-erupcionado ou ausência congênita), foram acrescentados os registros representados pelos códigos .0 (SEM necessidade de tratamento) ou .1 (COM necessidade de tratamento). Por este motivo, assume-se neste manual, a terminologia *Índice CPO-D Adaptado*.

Neste sentido, cabe ainda ressaltar que a adaptação proposta constitui um bloco à parte, destinado a orientar a tomada de decisões quanto à necessidade de tratamento odontológico, não entrando no cômputo final do índice CPO-D.

8.3.1.1.1 Códigos e registros

Durante o exame bucal da ISP, o índice CPO-D inovado, adaptado pelos autores, tem como objeto de avaliação somente a situação clínica da coroa anatômica dental que pode estar hígida, cariada, restaurada ou perdida, e não considera a condição radicular.

O exame da coroa dental em relação à cárie dentária, utilizando-se o índice CPO-D, deve ser feito com boa iluminação, espelho bucal plano n° 5 e sonda periodontal da OMS, com objetivo de auxiliar na remoção do biofilme e facilitar a visualização da superfície dentária. A profilaxia ou polimento coronário prévio não estão indicados; entretanto, diante da presença de restos alimentares, pode-se solicitar ao inspecionado que realize uma escovação dentária para facilitar o exame, quando possível (WHO, 1997).

Os examinadores devem adotar uma abordagem sistemática para a realização desta avaliação realizando-a de uma maneira ordenada de um dente ou espaço dentário ao dente ou espaço dentário adjacente. Caso um dente permanente e um decíduo ocupem o mesmo espaço dentário, somente a condição do dente permanente deve ser registrada (WHO, 1997). Da mesma forma, se apenas o dente decíduo estiver presente na boca, deve-se registrar a condição do permanente a ele correspondente, nesse caso, dente não erupcionado.



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Nesta subseção, o exame é restrito à coroa do dente, e não permite identificar alterações radiculares. O examinador por meio de códigos numéricos registra informações padronizadas relativas à higidez, à presença de lesões cariosas cavitadas, restaurações por cárie ou mesmo ausências dentárias.

Os códigos e critérios utilizados no CPO-D adaptado estão descritos no Quadro 5.

Quadro 5. Códigos e critérios para o Índice Cariado-Perdido-Obturado por Dente, Adaptado (CPO-D Adaptado).

CÓDIGO	CONDIÇÃO CLÍNICA	DESCRIÇÃO	IMAGEM
0	Hígido	<p>Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. As seguintes situações devem ser incluídas na condição clínica de <i>dentes hígidos</i>:</p> <ul style="list-style-type: none">• manchas esbranquiçadas;• descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda OMS;• sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda OMS;• áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa;• fraturas dentárias;• restaurações por outras razões que não a cárie dentária;• selantes. <p>Nota: Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como dente hígido.</p>	 <p>Dentes 42 ao 47</p> <p>Códigos: 0 para todos os dentes</p>
1	Cárie de esmalte	<p>Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou na parede do esmalte, ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda OMS deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie cavitada nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.</p>	 <p>Dente 24: Código 1 Dente 25: Código 0</p>
2	Cárie de esmalte e dentina	<p>Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido em esmalte e dentina sem envolvimento pulpar, ou há uma restauração permanente infiltrada por cárie ou qualquer restauração temporária. Na dúvida, considerar o dente como cárie de esmalte.</p>	 <p>Dente 16: Código 2 Dentes 14 e 15: Código 0</p>



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

3	Cárie de esmalte, dentina e envolvimento pulpar	Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, comprometendo esmalte, dentina com envolvimento pulpar ou perda completa da coroa anatômica. Há indicação de terapia endodôntica ou exodontia.	 <p>Dente 21: Código 3 Dente 11: Código 0</p>
4.0	Obturado (Restaurado) SEM necessidade de tratamento	Coroa anatômica se encontra com restauração permanente satisfatória, em pelo menos uma face oclusal, lingual ou vestibular. Incluem-se aqui as coroas parciais ou totais ou ainda os pilares das próteses fixas. Nota: Restaurações permanentes não decorrentes de cárie dentária não podem ser incluídas neste código (ex: dentes restaurados por fratura).	 <p>Dente 47: Código 2 Dente 46: Código 4.0 Dente 45: Código 0</p>
4.1	Obturado (Restaurado) COM necessidade de tratamento	Coroa anatômica se encontra com restauração permanente insatisfatória por outros motivos que não a infiltração por cárie (ex.: restaurações com sub ou sobrecontorno, restaurações fraturadas ou com ausência de contato interproximal, etc.). Nota: Restaurações permanentes não decorrentes de cárie dentária não podem ser incluídas neste código (ex: dentes restaurados por fratura).	 <p>Dente 16: Código 4.1</p>
5.0	Extraído por cárie SEM necessidade de tratamento	A exodontia foi realizada devido à cárie dental, e o elemento ausente foi substituído por prótese, seja removível ou fixa (pôntico ou implante), ou não necessita de substituição.	 <p>Dente 14: Código 5.0 Dentes 13 e 15: Código 4.0</p>



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

5.1	Extraído por cárie COM necessidade de tratamento	A exodontia foi realizada devido à cárie dental, e o elemento ausente necessita ser substituído por prótese, seja removível ou fixa (pôntico ou implante).	 Dente 45: Código 0 Dente 46: Código 5.1 Dente 47: Código 4.1
6.0	Extraído por outras razões SEM necessidade de tratamento	A exodontia foi realizada devido a qualquer outra razão que não a cárie dental, e o elemento ausente foi substituído por prótese removível, pôntico ou implante, ou não necessita de substituição (ex.: elementos extraídos por motivos ortodônticos, exodontia de terceiros molares, etc.).	 Dente 44 e 34: Código 6.0 Dentes 45 e 35: Código 0
6.1	Extraído por outras razões COM necessidade de tratamento	A exodontia foi realizada devido a qualquer outra razão que não a cárie dental, e o elemento ausente necessita ser substituído por prótese removível, pôntico ou implante (ex.: algumas situações de perda dentária por trauma, fratura ou doença periodontal).	 Dentes 11 e 21: Código 6.1 Dentes 12 e 22: Código 4.0
7.0	Dente não-erupcionado ou ausência congênita SEM necessidade de tratamento	O dente ainda não erupcionou ou é congenitamente ausente, e o elemento ausente foi substituído por prótese, seja removível ou fixa (pôntico ou implante), ou não necessita de substituição (ex.: 3 ^{os} molares não erupcionados, etc.). Nota: Na dentição permanente, as ausências congênitas acometem mais frequentemente os terceiros molares, seguidos dos segundos pré-molares e incisivos laterais (NEVILLE et al., 2016).	 Dente 22: Código 7.0 Dentes 21, 23 e 24: Código 0
7.1	Dente não-erupcionado ou ausência congênita COM necessidade de tratamento	O dente ainda não erupcionou ou é congenitamente ausente, e necessita de qualquer tipo de intervenção profissional, seja para substituição por prótese removível ou fixa (pôntico ou implante), ou ainda, indicação de exames complementares a fim de se investigar a situação para estabelecer um diagnóstico preciso (ex.: prejuízo estético por ausência congênita de incisivos laterais sem migração de caninos; ausência do canino superior por encontrar-se incluso no palato, haja vista ser rara a ausência congênita deste elemento, etc.). Nota: Na dentição permanente, as ausências congênitas acometem mais frequentemente os terceiros molares, seguidos dos segundos pré-molares e incisivos laterais (NEVILLE et al., 2016).	 Dentes 12 e 22: Código 7.1 Dentes 11 e 21: Código 0



8	Sem diagnóstico (inconclusivo)	Quando o exame da coroa anatômica estiver inviabilizado por: erupção parcial dos dentes, bandas ortodônticas, presença de cálculo encobrendo as faces dos dentes ou ainda restos alimentares. Nesta situação, cabe pedir ao inspecionado que realize a higiene bucal adequada antes de dar seguimento ao exame da condição dental.	 <p>Dente 38: Código 8</p>
---	--------------------------------	--	---

Fonte: Texto – Elaborado pelos autores. Imagens – Internet.

Nota: Para efeito de preenchimento dos critérios de satisfação de uma restauração dentária permanente, durante o exame da ISP, considera-se o comportamento funcional da restauração, sendo representados por: (I) forma anatômica adequada, (II) adaptação marginal e (III) diagnóstico de cárie secundária. Neste sentido, restaurações insatisfatórias devido à forma anatômica inadequada ou desadaptação marginal devem ser classificadas como código 4.1. Já as restaurações insatisfatórias devido à infiltração por cárie, devem ser classificadas como código 2 ou 3. Para efeitos da inspeção, não são consideradas as qualidades estéticas da restauração, como alterações de cor, textura superficial ou presença de pigmentação.

8.3.2 Exame de cárie em raiz

Com a finalidade de incluir lesões cariosas radiculares no exame dentário, um registro simplificado desta condição deverá ser realizado na subseção C, identificando o elemento dentário acometido.

8.4 Exame da condição dental em relação à perda de estrutura dentária não associada a biofilme (desgastes dentários e/ou fraturas dentárias)

O aumento na expectativa de vida e melhoria das condições de saúde bucal podem elevar o número de adultos e idosos com maior quantidade de dentes presentes na boca. Consequentemente, aumenta a perspectiva de um maior número de dentes expostos a condições traumáticas e com recessão gengival, podendo aumentar o risco de desgastes, perdas ou fraturas dos tecidos dentários. Portanto, considerando as especificidades e limitações dos exames propostos anteriormente que, apesar de permitirem a identificação das principais doenças que acometem a cavidade bucal em indivíduos adultos, ainda assim não são capazes de registrar todas as situações odontológicas com potencial de gerar desconforto, dor ou alterações oclusais, foi proposto um exame para avaliar a perda de estrutura dentária não associada ao biofilme.

Este exame permite a identificação e registro de situações clínicas que envolvam desgastes e/ou perdas significativas de esmalte/dentina/cimento, não associadas a biofilme, como lesões dentárias decorrentes de abrasão, erosão, abfração, atrição, e traumatismos.

A inspeção, nesta subseção, inclui exame visual intrabucal com a finalidade de identificar e registrar a perda de estrutura dentária não associada a biofilme (desgaste dentário e/ou fratura dentária).



8.4.1 Exame do Desgaste Dentário e seus registros

Uma das alterações dentárias mais comumente encontradas em indivíduos a partir da meia idade é o desgaste gradual e irreversível das estruturas dentárias, que pode gerar problemas estéticos e funcionais, podendo ocasionar sintomatologia dolorosa, frequentemente representada por hipersensibilidade dentinária. O desgaste dentário é uma condição de etiologia multifatorial, não relacionado à ação bacteriana, e resultado da ação concomitante de diferentes mecanismos e fatores sobre os dentes no ambiente bucal. Tradicionalmente, o desgaste dentário é definido com base nos fatores etiológicos, podendo ser dividido nos seguintes tipos: atrição (desgaste físico fisiologicamente produzido pelo contato dente-dente), abrasão (desgaste físico produzido pela interação entre os dentes e objetos estranhos), abfração (desgaste físico como resultado de sobrecargas oclusais, provocando microfaturas no esmalte e na dentina na região cervical - desgaste por fadiga), e erosão (dissolução do tecido dentário por substâncias ácidas). Desta forma, torna-se evidente que para se registrar estas condições dentárias utilizando estas nomenclaturas deve-se identificar seus fatores etiológicos e, principalmente, deve haver concordância quanto à terminologia utilizada. Entretanto, como o exame bucal proposto neste manual não pretende, necessariamente, identificar os possíveis fatores etiológicos relacionados aos desgastes dentários, tais nomenclaturas não serão aqui utilizadas.

8.4.1.1 Índice de Desgaste Dentário de BEWE, adaptado pelos autores

Atualmente, não há um índice padrão para registrar o desgaste dentário. A seleção de um índice para ser utilizado durante a ISP, levou em consideração: (1) a abrangência de aplicabilidade do índice, no sentido de permitir registro de desgastes dentários oriundos de diversas etiologias, (2) a identificação de indivíduos com necessidade de tratamento devido a estas lesões e, (3) a possibilidade de comparação dos dados registrados com outros levantamentos nacionais e internacionais.

Neste sentido, com a finalidade de permitir o registro adequado destas condições, optou-se por adotar o índice de desgaste dentário de BEWE (BARTLETT et al., 2008), adaptado pelos autores. O índice de BEWE, originalmente, consiste em um sistema de escores que permite o registro de achados clínicos e auxilia no processo de tomada de decisão para o gerenciamento do desgaste dentário de origem erosiva. Entretanto, neste Manual, o referido índice é utilizado para identificar desgastes dentários ocasionados por diferentes fatores causais. Desta forma, o exame aqui proposto atribui escores de acordo com a severidade do desgaste dentário observado sem, entretanto, considerar a etiologia da lesão.

A adaptação deste índice pelos autores consistiu na inclusão do escore “R” para superfícies restauradas em virtude de desgaste dentário, e do escore “X” para os casos em que a avaliação do desgaste não puder ser realizada, como por exemplo, para sextantes com ausências dentárias ou dentes com restaurações protéticas ou bandas ortodônticas. Além disso, adicionou-se ao índice o registro das superfícies afetadas nos sextantes. Os códigos e critérios utilizados no Índice de Desgaste Dentário de BEWE adaptado estão descritos no Quadro 6.

O exame intrabucal para avaliação dos desgastes dentários consiste em uma inspeção visual da coroa clínica dos elementos dentários, sem o auxílio de lentes de ampliação ou lupas, que são classificados de acordo com uma escala ordinal onde os



escores iniciais (0 e 1) registram ausência de desgaste ou desgastes incipientes apenas em esmalte e, à medida que os escores numéricos aumentam, maior é o desgaste e comprometimento da estrutura dentária por eles indicado. Apesar de todos os elementos dentários serem examinados, apenas o desgaste dentário representado pelo maior escore deve ser registrado para cada sextante, acompanhado da identificação da superfície dentária desgastada correspondente (Incisal/Oclusal, Cervical, Vestibular ou Lingual).

Em relação ao registro das superfícies acometidas pelo desgaste, deve-se considerar que, no exame da coroa clínica, a superfície a ser registrada pode incluir parte da raiz, nos casos em que haja recessão gengival. Considerando-se que desgastes dentários apresentam alta prevalência nas regiões cervicais e, em muitos casos, restringem-se a elas (KOLAK et al. 2018), optou-se por incluir a região cervical como um registro de “superfície dentária”, tanto nos casos em que o desgaste se restringir a essa região, evidenciando o seu particular acometimento, quanto nos casos em que o desgaste estende-se a áreas mais abrangentes da mesma superfície, mas teve origem na região cervical.

Nos casos de desgastes acentuados que se iniciam nas superfícies incisal/oclusal e envolvam as demais superfícies (vestibular, lingual e proximais) à medida que o processo se agrava, deve-se registrar como acometida apenas a superfície na qual o processo teve origem, ou seja, incisal/oclusal. Este procedimento de registro é especialmente importante para que não haja uma interpretação equivocada de que o desgaste esteja acometendo as superfícies vestibular e/ou lingual em toda a sua extensão.

Em situações onde o dente mais acometido do sextante examinado apresentar mais de uma superfície dentária com desgaste, deve-se registrar somente a condição relativa à superfície mais afetada.

Com intuito de facilitar o exame clínico, o desgaste dentário pode ser avaliado em relação à: (1) extensão da superfície acometida e (2) profundidade do desgaste, ou seja, o grau de envolvimento dos tecidos dentários, esmalte e dentina. Estes conceitos são particularmente importantes quando se pretende diferenciar os critérios para os códigos 2 e 3 do índice de BEWE.

Em relação à extensão da superfície acometida, considerando que os códigos 2 e 3 envolvem desgaste em dentina, a distinção entre ambos se dará a partir do percentual de acometimento da área da superfície pelo desgaste dentário: perda tecidual menor que 50% deve ser classificada como código 2, sendo o código 3 aplicado quando o desgaste envolve perda tecidual igual ou maior que 50%. Para efeito de avaliação da superfície acometida, deve-se considerar a coroa clínica do dente como referência, e não somente a coroa anatômica. Esta avaliação é mais facilmente estabelecida quando o dente ainda mantém sua altura coronária. Entretanto, quando ocorrem perdas significativas de estrutura dentária nas regiões incisais ou oclusais, a avaliação torna-se mais desafiadora, exigindo maior experiência e atenção do inspecionador, que terá que supor ou imaginar a altura coronária que existia previamente.

O outro parâmetro que deve ser considerado é a profundidade dos desgastes dentários que pode variar desde pequenos desgastes limitados à estrutura do esmalte até desgastes mais profundos que podem acometer inclusive a câmara pulpar. Sendo assim, a visualização direta ou indireta (por transparência) da câmara pulpar deve ser o primeiro parâmetro para distinguir entre os códigos 2 e 3. Um outro recurso que



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

pode ser utilizado para diferenciar os códigos 2 e 3, especialmente nas regiões cervicais, é o uso da sonda OMS posicionada perpendicularmente ao longo eixo do dente, para medir a profundidade da cavidade de desgaste em milímetros a partir da junção amelodentinária. Uma medida maior que 0,5 mm, correspondente a ponta esferoidal da sonda, deve ser classificada como código 3.

Quadro 6. Códigos e critérios para o Índice de Desgaste Dentário (BEWE Adaptado).

CÓDIGO	SUPERFÍCIES	DESCRIÇÃO	IMAGEM
0	I/O; C; V ou L	Sem desgaste dentário visível.	
1	I/O; C; V ou L	Desgaste em esmalte.	
2	I/O; C; V ou L	Desgaste com exposição de dentina e perda tecidual com extensão <50% da superfície dentária, sem percepção visual da câmara pulpar.	



3	I/O; C; V ou L	Desgaste com exposição de dentina e perda tecidual com extensão $\geq 50\%$ da superfície dentária e/ou com percepção visual da câmara pulpar ou profundidade $>0,5$ mm na região cervical.	
R	I/O; C; V ou L	Superfície de desgaste dentário restaurada de forma satisfatória.	
X	-	Sem registro. Usado para situações em que a avaliação não pôde ser realizada.	-

Legenda: I, superfície incisal; O, superfície oclusal; C, região cervical; V, superfície vestibular; L superfície lingual. Em caso de dúvida, é atribuída a pontuação mais baixa e apenas o registro da pior condição deve ser realizado para cada sextante.
 Fonte: BARTLETT et al., 2008 (Adaptado). Imagens – Internet.

8.4.2 Exame da Fratura Dentária e seus registros

Uma fratura dentária é uma ruptura ou rachadura na estrutura mineralizada do dente, envolvendo esmalte e/ou dentina, comumente causada por traumatismo. Pode ainda ocorrer na coroa e/ou raiz dentária, e atingir a polpa dentária.

Devem ser registradas nesta subseção D, somente as fraturas dentárias envolvendo esmalte e dentina, com perda de estrutura dentária e/ou perda de continuidade da superfície dentária, incluindo-se também as fraturas coronoradiculares. Durante o registro, deve-se distinguir se a fratura está ou não próxima à câmara pulpar. Portanto, situações que envolvam fissuras ou trincas na coroa clínica dentária, bem como fraturas apenas em esmalte mesmo com perda de estrutura dentária, NÃO devem ser registradas. Eventualmente, fraturas radiculares



podem não ser identificadas, uma vez que não há disponibilidade de exames radiográficos durante a inspeção de saúde.

Nota: Nesta subseção D, com o intuito de não incorporar ao CPO-D os elementos dentários que foram satisfatoriamente restaurados por outras razões que não a cárie dentária, foram criados espaços específicos para assinalar os dentes com restaurações satisfatórias decorrentes de desgaste dentário e fratura dentária. Entretanto, o registro de dentes restaurados satisfatoriamente por desgaste dentário (Código R do Índice de BEWE adaptado), somente ocorrerá quando tal situação for a condição mais grave, ou seja, quando todos os elementos do sextante apresentarem restaurações satisfatórias por desgaste dentário ou quando apenas um dente do sextante apresentar tal condição associada a ausência de desgaste dentário nos demais dentes. Cabe ressaltar que, para situações de dentes restaurados por outras razões que não a cárie dentária, porém de maneira insatisfatória (p. ex. sub ou sobrecontorno, ausência de contato interproximal, etc.), deve-se considerar a origem primária da restauração, ou seja, o dente será considerado com desgaste de estrutura dentária ou fratura dentária. Tal conduta é proposta considerando-se, por analogia, que um dente com restauração insatisfatória por presença de cárie secundária é considerado cariado, e não restaurado, no índice CPO-D.

8.5 Observações Gerais

Considerando a ampla variedade de condições e/ou doenças que podem acometer a cavidade bucal, e assumindo as possíveis limitações do sistema de registros odontológicos aqui proposto, foi incluído um campo específico para observações gerais. Este campo é destinado ao registro de situações e/ou condições que não tenham sido contempladas nas subseções.

São exemplos de informações relevantes que devem constar nas observações: (1) defeitos de desenvolvimento do esmalte dentário que envolvam deficiência ou perda significativa de estrutura dentária (Hipoplasia e Hipomineralização), (2) processos inflamatórios em tecidos moles e/ou osso ao redor de implante dentário (Mucosite e Peri-implantite), entre outros.

Cabe ressaltar que o preenchimento adequado deste campo permitirá avaliar a prevalência de possíveis condições bucais, que poderão, futuramente, constituir campos específicos da ISP. As observações gerais não terão influência nos critérios de classificação de risco.

9 PRIORIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA - USO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Diante do potencial impacto das condições e/ou doenças bucais nas atividades laborais dos militares do CBMERJ, torna-se importante não somente o registro das condições bucais verificadas durante a ISP, através de índices que permitam uma correlação com outras populações, mas também identificar as necessidades de tratamento odontológico, proporcionando aos militares uma estratégia melhor definida de acesso ao Serviço Odontológico de acordo com as situações prioritárias observadas no exame.

Portanto, ao se estabelecer o diagnóstico da condição de saúde, é imperativo que se ofereça assistência para a demanda identificada. Como um possível ordenamento para priorizar esta assistência, pode-se lançar mão da classificação de risco, a partir do critério do potencial de comprometimento da saúde e manutenção da vida (MALTA et al., 1998; BRASIL, 2004; MINAS GERAIS, 2006; BARBOSA, 2010; RESENDE, 2010). Sendo assim, a classificação de risco é tomada como parâmetro



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

norteador ao fluxo da assistência, tendo como referência a equidade na organização da oferta de serviços para resolução das demandas por tratamento de saúde bucal do bombeiro militar inspecionado em função da gravidade e potencial efeito deletério destas e impacto sobre a vida laboral. Constitui-se numa proposta de vigilância em saúde.

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos indivíduos que necessitam de tratamento de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2014). Esta classificação de risco visa permitir um melhor planejamento, execução e avaliação das ações odontológicas de forma racional, científica e ordenada por parte da DGO.

Desta forma, os militares inspecionados são classificados em três categorias, de acordo com as situações clínicas encontradas e as necessidades de intervenção no momento da inspeção. Assim estão distribuídos em:

- R1 - Risco alto: necessidade de tratamento prioritário;
- R2 - Risco moderado: necessidade de tratamento de menor prioridade;
- R3 - Risco baixo: sem necessidade de tratamento.

Esta classificação é gerada automaticamente em prontuário eletrônico ou deve ser registrada na ficha odontológica (APÊNDICE A), em área específica para este fim, em cada subseção A, B, C ou D. As condições clínicas associadas a cada categoria são detalhadas no Quadro 7.

Quadro 7. Classificação de risco para priorização da assistência.

INDICADOR	RISCO	NECESSIDADE DE TRATAMENTO	SUBÁREA	CÓDIGO	CONDIÇÃO CLÍNICA
R1	Alto	Atendimento prioritário	A	-	- Presença de linfonodo com alteração relevante; - Presença de lesão bucal a ser investigada.
			B	IPC: 3 ou 4 e/ou registro adicional	- Periodontite; - Condições periodontais agudas E/OU Dentes com indicação de exodontia por razões periodontais.
			C	CPO-D: 3 e/ou registro adicional	- Cárie em esmalte, dentina com envolvimento pulpar; - Cárie radicular.
			D	BEWE: 3 e/ou registro adicional	- Exposição de dentina ($\geq 50\%$) e/ou câmara pulpar perceptível. - Fratura coronária em esmalte/dentina próxima à câmara pulpar.
R2	Moderado	Necessidade de intervenção	A	-	<i>Não se aplica.</i>
			B	IPC: 1 ou 2	- Presença de cálculo ou gengivite.
			C	CPO-D: 1, 2, 4.1, 5.1, 6.1, 7.1	- Cárie em esmalte; - Cárie em dentina; - Restaurações ou Próteses insatisfatórias E/OU Necessidade de próteses E/OU Necessidade de exame complementar para investigação de ausências dentárias
			D	BEWE: 1, 2 e/ou registro adicional	- Desgaste em esmalte; - Exposição de dentina (<50%); - Fratura coronária em esmalte/dentina.
R3	Baixo	Sem necessidade de intervenção	A	-	- Ausência de lesão bucal a ser investigada;
			B	IPC: 0	- Periodonto saudável;
			C	CPO-D: 0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0	- Dentes hígidos; - Restaurações ou próteses bem executadas;
			D	BEWE: 0, R e/ou registro adicional	- Ausência de desgaste dentário visível; - Superfície de desgaste restaurada; - Restaurado por fratura dentária.

Fonte: Elaborado pelos autores.



Notas:

- Para todos os casos classificados como RISCO 1, sugere-se pronto agendamento. Isto é obrigatório para o RISCO 1A.
- Todo indivíduo que apresentar alteração no exame estomatológico será classificado como RISCO 1A e deverá ser encaminhado ao Serviço de Estomatologia para elucidação diagnóstica, sendo necessário preenchimento do campo da ficha destinado a encaminhamentos. Conforme explicitado anteriormente, não se aplica este critério para alterações de desenvolvimento e variações da normalidade, cujo diagnóstico é realizado clinicamente e que não trazem problemas à saúde bucal do inspecionado, desde que isso não represente uma queixa do mesmo.
- Indivíduos classificados como RISCO 1 para as demais subseções de exame (B, C ou D), ou mesmo RISCO 2, também devem ser adequadamente encaminhados para o clínico ou especialista, de acordo com a alteração verificada. Para tanto, o campo da ficha destinado a encaminhamentos deve ser adequadamente preenchido.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incorporação do exame bucal na rotina das ISP representou um importante avanço para o setor de saúde do CBMERJ. Por sua vez, a adoção de uma classificação de risco e parâmetros epidemiológicos, como o uso de indicadores, constitui-se em uma mudança paradigmática na concepção da organização da assistência e oferta de serviços odontológicos no âmbito do Sistema DGO-CBMERJ. Pressupõe o direcionamento do cuidado na área odontológica balizado pela busca da equidade. Nesse sentido, ressaltam-se a valorização de aspectos éticos e humanitários além de parâmetros técnicos, uma vez que se procura ativamente identificar e oportunizar o restabelecimento da saúde, prioritariamente, daqueles que se encontram em maior condição de vulnerabilidade sem negligenciar a promoção da saúde e a assistência dos demais. Tendo isso em mente, este manual pretende contribuir para que o exame bucal da ISP, enquanto uma ação de vigilância em saúde, seja executado, de forma criteriosa e consciente, pelos militares envolvidos nesse processo. Busca, também, oferecer aos gestores do Sistema DGO um material para consulta rápida e fidedigna de como operar os processos de trabalho em saúde bucal relacionados à ISP.



REFERÊNCIAS NORMATIVAS E BIBLIOGRÁFICAS

As normas e bibliografias abaixo contêm disposições que estão relacionadas com este manual.

Normas e Legislações

Portaria CBMERJ nº 752 de 05 de novembro de 2013, publicada no boletim SEDEC/CBMERJ nº 217 de 22/11/2013, aprova, na forma do anexo único, as normas para a realização de inspeção de saúde periódica para os militares do serviço ativo, no âmbito do CBMERJ.

Nota da Diretoria Geral de Odontologia (DGO) 466/2013, publicada no boletim SEDEC/CBMERJ nº 230, de 12 de dezembro de 2013, torna público que os exames odontológicos estarão incluídos na referida Inspeção de Saúde, devendo ser realizados nas Unidades Odontológicas onde os militares estiverem realizando sua Inspeção.

Portaria CBMERJ nº 962, de 26 de dezembro de 2017, publicada no boletim SEDEC/CBMERJ nº 008 de 11/01/2018, aprova, no âmbito do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, os critérios para confecção e padronização dos manuais operacionais e administrativos, e dá outras providências.

Portaria CBMERJ nº 998 de 30 de julho de 2018, publicada no boletim SEDEC/CBMERJ Nº 143 de 08 de agosto de 2018, aprova o Manual de instruções para avaliação bucal na Inspeção de Saúde Periódica (ISP) de Bombeiros Militares do serviço ativo do CBMERJ, e dá outras providências.

Bibliografia

ALVES, L.S. et al. Epidemiologia da cárie dentária. In: KRIGER, L., MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T. (Org.). **Cariologia**: conceitos básicos, diagnóstico e tratamento não restaurador. São Paulo: Artes Médicas, 2016, p. 51-63. (Série ABENO, Odontologia Essencial, Parte Clínica).

BARBOSA, G. S. **Classificação de risco como instrumento para organização do processo de trabalho e viabilização da equidade no acesso aos serviços odontológicos**. 2010, 39 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafayete, Minas Gerais.

BARTLETT, D.; GANSS, C.; LUSI, A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. **Clin Oral Invest**, v. 12 (Suppl 1):S65–S68, 2008.

BECK, J.; SLADE, G.; OFFENBACHER, S. Oral disease, cardiovascular disease and systemic inflammation. **Periodontology** 2000, v.23, n.1, p.110–120, 2000.

BRASIL. Ministério da Defesa. Comando da Aeronáutica. Diretoria de Saúde. **Portaria DIRSA Nº 19/SECSDTEC, de 26 de março de 2014**. Instruções Técnicas das Inspeções de Saúde na Aeronáutica, Rio de Janeiro, 78p., 2014.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000**: manual de calibração de examinadores. Ministério da Saúde, 2001, 31p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2000: Condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000**: manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 15p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 48p.

BROWN, L.J.; LÖE, H. Prevalence, extent, severity and progression of periodontal disease. **Periodontology 2000**, v.2, p.57-71, 1993.

BUNDZMAN, E.; PEREIRA, S.R.T.; SANTOS, M.P.A. Projeto bombeiro sorriso: uma proposta de mudança da atenção à saúde bucal para militares do CBMERJ. **Braz Oral Res**, v.25, suppl.1, p.51, 2011. (Proceedings of the 28th SBPqO Annual Meeting).

CURY, J. A.; TENUTA, L. M. A.; SERRA, M. C. Paradigmas no ensino da cariologia. In: FERNANDES, C.P. (Coordenador). **Uma odontologia de classe mundial**: FDI 2010 Brasil. São Paulo: Santos Editora, 2010, p.87-106.

KOLAK, V., PEŠIĆ, D., MELIH, I., LALOVIĆ, M., NIKITOVIĆ, A., & JAKOVLJEVIĆ, A. Epidemiological investigation of non-carious cervical lesions and possible etiological factors. **J Clin Exp Dent**. 2018;10(7):e648–e656.

LUNDEEN, R.C.; LANGLAIS, R.P.; TEREZHALMY; G.T. Sunscreen protection for lip mucosa: a review and update. **J Am Dent Assoc.**, v.111, n.4, p.617-621,1985.

MACIEL, J.; SANTOS, M.P.A. **Inspeção de saúde periódica bucal como estratégia de promoção da saúde**: contribuição do Centro de Estudos e Pesquisas Odontológicas. 2015, 57 f. Monografia (Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais). Escola Superior de Comando de Bombeiro Militar, Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MALTA, D.C. et al. Acolhimento: mudando o processo de trabalho em saúde, um relato da experiência de Belo Horizonte. In: CAMPOS, C.R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã VM, 1998, p. 121-142.

MALTZ, M. et al. Cárie dentária: conceitos e terminologia. In: KRIGER, L., MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T. (Org.). **Cariologia**: conceitos básicos, diagnóstico e tratamento



não restaurador. São Paulo: Artes Médicas, 2016, p. 11-16 (Série ABENO, Odontologia Essencial, Parte Clínica).

MEURER, M.I. et al. Proposta de um roteiro de apoio à descrição de lesões bucais como instrumentalização para a comunicação profissional. **Revista da ABENO**, v.15, n.3, p.2-15, 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia: atenção em saúde bucal**. Belo Horizonte: SAS, 2006, 290p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2018, p. 40.

MIOTTO, M.H.M.B.; SILOTTI, J. C. B.; BARCELLOS, L. A. Dor dentária como motivo de absenteísmo em uma população de trabalhadores. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.5, p. 1357-1363, 2012.

NEVILLE, B.W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, 912p.

OFFENBACHER, S. et al. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. **Ann Periodontol**.v.3, n. 1, p. 233–250, 1998.

OLIVER, R.C.; BROWN, L.J.; LÖE, H. An estimate of periodontal treatment needs in the U.S. based on epidemiologic data. **J Periodontol.**, v. 60, n. 7, p. 371-380,1989.

PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2000, 541p.

RESENDE, F. M. **A classificação de risco como proposta de organização da demanda em uma equipe de saúde bucal da estratégia de saúde da família**. 2010, 30f. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Formiga, Minas Gerais.

SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 392p.

SOARES, A. L V.C. **Associação entre periodontite crônica e marcadores de risco para doença cardiovascular**. 2009, 87f. Tese (Doutorado em Odontologia, área de concentração Periodontia). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia, Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.bdttd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2564>. Acessado em 25 de setembro de 2017.

STEGEMAN, C.A. Oral manifestations of diabetes. **Home Health Nurse**, v. 23, n.4, p.233-240, 2005.



TAKATA, T.; SLOOTWEG, P. J. Tumours of the oral cavity and mobile tongue. In: EL-NAGGAR, A.K. et al. (Editors). **WHO classification of head and neck tumours: WHO classification of tumours**. 4th edition. Lyon: IARC Press, 2017, p.105-111.

WARNAKULASURIYA, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral Oncol.**, v.45, n.4-5, p.309-316, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys**. Technical Report. Geneva, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health survey: basic methods**. 4. ed. Geneva, 1997, 68p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 5. ed. Geneva, 2013, 125 p.



APÊNDICE A - MODELO DE FICHA PARA REGISTRO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ISP.

<p>A. EXAME ESTOMATOLÓGICO</p> <p>() Linfonodo com alteração relevante – R1A () Ausência de lesão – R3A () Presença de lesão – R1A</p> <p>Descrição da Lesão: () Mácula () Placa () Pápula/Nódulo () Vesícula/Bolha () Erosão () Úlcera Número: () Única () Múltipla Tamanho: _____ mm Coloração: () Normocrômica () Branca () Vermelha () Outras: _____ Superfície: () Lisa () Rugosa () Papilomatosa/Verrucosa Contorno / Limites: () Regular () Irregular () Sem limites definidos Localização: _____ Obs: _____ _____ _____</p>	<p>B. EXAME PERIODONTAL - IPC</p> <p>17/16 11 26/27 □ □ □ □ □ □ 47/46 31 36/37</p> <p>0 Periodonto saudável – R3B 1 Sangramento provocado pela sondagem – R2B 2 Presença de cálculo em qualquer quantidade – R2B 3 Presença de bolsa periodontal de 4/5 mm – R1B 4 Presença de bolsa periodontal de 6 mm ou mais – R1B X Excluído - sextante com menos de 2 dentes 9 Sem registro</p> <p>() Condições periodontais agudas E/OU Dentes com indicação de exodontia por razões periodontais – R1B. Dente/Região: _____</p>						
<p>C. EXAME DENTAL – CÁRIE DENTÁRIA (CPO-D ADAPTADO E CÁRIE RADICULAR)</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">18 17 16 15 14 13 12 11</td><td style="text-align: center;">21 22 23 24 25 26 27 28</td></tr><tr><td style="text-align: center;">□ □ □ □ □ □ □ □</td><td style="text-align: center;">□ □ □ □ □ □ □ □</td></tr><tr><td style="text-align: center;">48 47 46 45 44 43 42 41</td><td style="text-align: center;">31 32 33 34 35 36 37 38</td></tr></table> <p>0 Hígido (dente sadio) – R3C 1 Cárie de esmalte – R2C 2 Cárie de esmalte e dentina – R2C 3 Cárie de esmalte, dentina e envolvimento pulpar – R1C 4.0 Restaurado SEM necessidade de tratamento – R3C 4.1 Restaurado COM necessidade de tratamento – R2C 5.0 Extraído por cárie SEM necessidade de tratamento – R3C</p> <p>5.1 Extraído por cárie COM necessidade de tratamento – R2C 6.0 Extraído por outras razões SEM necessidade de tratamento – R3C 6.1 Extraído por outras razões COM necessidade de tratamento – R2C 7.0 Dente ausente* SEM necessidade de tratamento – R3C 7.1 Dente ausente* COM necessidade de tratamento – R2C 8 Sem diagnóstico – inconclusivo <i>*Dente não erupcionado ou ausência congênita</i></p> <p>() Cárie radicular – R1C. Dente (Face): _____</p>		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
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						
<p>D. EXAME DENTAL – PERDA DE ESTRUTURA DENTÁRIA NÃO ASSOCIADA A BIOFILME (DESGASTE DENTÁRIO - BEWE ADAPTADO; FRATURA DENTÁRIA)</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;">17/14 13/23 24/27</td><td rowspan="2" style="vertical-align: top;">SUPERFÍCIES: I - Incisal O - Oclusal C - Cervical V - Vestibular L - Lingual</td></tr><tr><td style="text-align: center;">□ □ □ □ □ □ □ □</td></tr><tr><td style="text-align: center;">47/44 43/33 34/37</td><td></td></tr></table> <p>0 Sem desgaste dentário visível – R3D 1 Desgaste em esmalte – R2D 2 Exposição de dentina (<50%) – R2D 3 Exposição de dentina (≥50%) e/ou câmara pulpar perceptível – R1D R Superfície de desgaste restaurada – R3D X Sem registro</p> <p>() Fratura dentária em esmalte/dentina próxima à câmara pulpar – R1D Dente (Face): _____ () Fratura dentária em esmalte/dentina – R2D Dente (Face): _____ () Restaurado por fratura dentária – R3D Dente (Face): _____</p>	17/14 13/23 24/27	SUPERFÍCIES: I - Incisal O - Oclusal C - Cervical V - Vestibular L - Lingual	□ □ □ □ □ □ □ □	47/44 43/33 34/37		<p>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</p> <p>() Risco 1: Alto - (A), (B), (C), (D) (Prioridade) () Risco 2: Moderado - (B),(C), (D) (Necessidade de intervenção) () Risco 3: Baixo - (A), (B), (C), (D) (Sem necessidade de intervenção)</p> <p>OBS.: _____ _____ _____</p> <p>Encaminhado para: () Clínica () Especialidade: _____</p> <p>DATA ___/___/___</p> <p style="text-align: center;">_____ (Carimbo e assinatura do Oficial Dentista Examinador)</p>	
17/14 13/23 24/27	SUPERFÍCIES: I - Incisal O - Oclusal C - Cervical V - Vestibular L - Lingual						
□ □ □ □ □ □ □ □							
47/44 43/33 34/37							