

QUESTIONÁRIOS:

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR ADULTO



PARA TODAS AS PESSOAS COM 20 ANOS OU MAIS

Data da entrevista ____/____/____	Hora de início: _____
Nome do entrevistador: _____	
Nº de identificação: _____	
Nome: _____	Sexo () F () M
Idade atual: _____	Data de nascimento: ____/____/____

1. Você mudou seus hábitos alimentares recentemente ou está fazendo dieta para emagrecer ou por qualquer outro motivo?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| (1) Não | (5) Sim, para redução de sal |
| (2) Sim, para perda de peso | (6) Sim, para redução de colesterol |
| (3) Sim, por orientação médica | (7) Sim, para ganho de peso |
| (4) Sim, para dieta vegetariana ou redução do consumo de carne | Outro motivo: _____ |

2. Você está tomando algo para suplementar sua dieta (vitaminas, minerais e outros produtos)?

- (1) não (2) sim, regularmente (3) sim, mas não regularmente

3. Se a resposta da pergunta anterior for sim, favor preencher o quadro abaixo:

SUPLEMENTO	MARCA COMERCIAL	DOSE	FREQUÊNCIA

4. As questões seguintes relacionam-se ao seu hábito alimentar usual no **PERÍODO DE UM ANO**. Para cada quadro responda, por favor, a frequência que melhor descreva **QUANTAS VEZES** você costuma comer cada item e a respectiva **UNIDADE DE TEMPO** (se por dia, por semana, por mês ou no ano). Depois responda qual a sua **PORÇÃO INDIVIDUAL USUAL** em relação à porção média indicada. **ESCOLHA SOMENTE UM CÍRCULO PARA CADA COLUNA**. Muitos grupos de alimentos incluem exemplos. Eles são sugestões e você pode consumir todos os itens indicados. Se você não come ou raramente come um determinado item, preencha o círculo da primeira coluna (N=nunca come). **NÃO DEIXE ITENS EM BRANCO**.

GRUPO DE ALIMENTOS	Com que frequência você costuma comer?		Qual o tamanho de sua porção em relação à porção média?	
	QUANTAS VEZES VOCÊ COME:	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Alimentos e preparações	Número de vezes: 1, 2, 3, etc. (N = nunca ou raramente comeu no último ano)	D=por dia S=por semana M=por mês A=por ano	Porção média de referência	P = menor que a porção média M = igual à porção média G = maior que a porção média E = bem maior que a porção média

SOPAS E MASSAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Sopas (de legumes, canja, creme, etc)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 concha média (150g)	P M G E O O O O
Salgados fritos (pastel, coxinha, rissole, bolinho)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade grande (80g)	P M G E O O O O
Salgados assados (esfiha, bauruzinho, torta)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 unidades ou 2 pedaços médios (140g)	P M G E O O O O
Macarrão com molho sem carne	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 prato raso (200g)	P M G E O O O O
Macarrão com molho com carne, lasanha, nhoque	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 escumadeira ou 1 pedaço pequeno (110g)	P M G E O O O O
Pizza, panqueca	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 fatias pequenas ou 2 unidades (180g)	P M G E O O O O
Polenta cozida ou frita	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 colheres de sopa ou 2 fatias pequenas (70g)	P M G E O O O O

CARNES E PEIXES	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Carne de boi (bife, cozida, assada), miúdos, vísceras	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 bife médio ou 2 pedaços (100g)	P M G E O O O O
Carne de porco (lombo, bife)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 fatia média (100g)	P M G E O O O O
Carne seca, carne de sol, bacon	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 pedaços pequenos (40g)	P M G E O O O O
Linguiça	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 gomo médio (60g)	P M G E O O O O
Embutidos (presunto, mortadela, salsicha)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 fatias médias (30g)	P M G E O O O O
Frango (cozido, frito, grelhado, assado)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 pedaço ou 1 filé pequeno (60g)	P M G E O O O O
Hambúrguer, nuggets, almôndega	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade média (60g)	P M G E O O O O
Peixe (cozido, frito, assado) e frutos do mar	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 filé pequeno ou 1 posta pequena (100g)	P M G E O O O O

LEITE E DERIVADOS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Leite - tipo: () integral () desnatado () semi-desnatado	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1/2 copo requeijão (125ml)	P M G E O O O O
Iogurte - tipo: () natural () com frutas	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade pequena (140g)	P M G E O O O O

LEITE E DERIVADOS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Queijo mussarela, prato, parmesão, provolone	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 1/2 fatias grossas (30g)	P M G E O O O O
Queijo minas, ricota	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 fatia média (30g)	P M G E O O O O

LEGUMINOSAS E OVOS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Ovo (cozido, frito)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 unidade (50g)	P M G E O O O O
Feijão (carioca, roxo preto, verde)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 concha média (86g)	P M G E O O O O
Lentilha, ervilha seca, grão de bico, soja	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 colher de servir (35g)	P M G E O O O O
Feijoadada, feijão tropeiro	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 concha média (210g)	P M G E O O O O

ARROZ E TUBÉRCULOS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Arroz branco ou integral cozido com óleo e temperos	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 escumadeiras médias (120g)	P M G E O O O O
Batata frita ou mandioca frita	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	2 colheres de servir cheias (100g)	P M G E O O O O
Batata, mandioca, inhame (cozida ou assada), purê	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 escumadeira cheia (90g)	P M G E O O O O
Salada de maionese com legumes	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	3 colheres de sopa (90g)	P M G E O O O O
Farinha de mandioca, farofa, cuscuz, aveia, tapioca	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	3 colheres de sopa (40g)	P M G E O O O O

VERDURAS E LEGUMES	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Alface	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	3 folhas médias (30g)	P M G E O O O O
Tomate	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	3 fatias médias (40g)	P M G E O O O O
Cenoura	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 colher de sopa (25g)	P M G E O O O O
Outros legumes (abobrinha, berinjela, chuchu, pepino)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 colher de sopa cheia (30g)	P M G E O O O O
Outras verduras cruas (acelga, rúcula, agrião)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	1 prato de sobremesa (38g)	P M G E O O O O

VERDURAS E LEGUMES	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Outras verduras cozidas (acelga, espinafre, escarola, couve)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 colher de servir (30g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Brócolis, couve-flor, repolho	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 ramo ou 2 colheres de sopa (30g)	P M G E ○ ○ ○ ○

MOLHOS E TEMPEROS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Óleo, azeite ou vinagrete para tempero de salada	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 fio (5ml)	P M G E ○ ○ ○ ○
Maionese, molho para salada, patê, chantilly	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 colher de chá (4g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Sal para tempero de salada	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 pitada (0,35g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Condimentos	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 pitada (0,35g)	P M G E ○ ○ ○ ○

FRUTAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Laranja, mexerica, abacaxi	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade média ou 1 fatia grande (180g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Banana	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade média (86g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Maçã, pêra	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade média (110g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Melão, melancia	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 fatia média (150g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Mamão	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 fatia média ou ½ unidade média (160g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Goiaba	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 unidade grande (225g)	P M G E ○ ○ ○ ○
Abacate	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 colheres de sopa cheias (90g)	P M G E ○ ○ ○ ○

BEBIDAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Suco natural	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1/2 copo americano (80ml)	P M G E ○ ○ ○ ○
Suco industrializado	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	1 copo de requeijão (240ml)	P M G E ○ ○ ○ ○
Café ou chá sem açúcar	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	D S M A ○ ○ ○ ○	2 xícaras de café	P M G E ○ ○ ○ ○

BEBIDAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Café ou chá com açúcar	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	(90ml)	☐ ☐ ☐ ☐
	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	2 xícaras de café (90ml)	P M G E
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐
Refrigerante () comum () diet/light	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	1 copo de requeijão (240ml)	P M G E
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐
Cerveja	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	2 latas (700ml)	P M G E
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐

PÃES E BISCOITOS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Pão francês, pão de forma, integral, pão doce, torrada	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	1 unidade ou 2 fatias (50g)	P M G E
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐
Biscoito sem recheio (doce, salgado)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	4 unidades (24g)	P M G E
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐
Biscoito recheado, waffer, amanteigado	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	3 unidades (41g)	P M G E
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐
Bolo (simples, recheado)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	1 fatia média (60g)	P M G E
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐
Manteiga ou margarina passada no pão () comum () light	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	3 pontas de faca (15g)	P M G E
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐
Sanduíche (cachorro-quente, hambúrguer)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	2 unidades simples (220g)	P M G E
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐

DOCES E SOBREMESAS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA (M)	SUA PORÇÃO
Chocolate, bombom, brigadeiro	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	1 barra pequena (25g)	P M G E
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐
Achocolatado em pó (adicionado ao leite)	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	2 colheres de sopa (25g)	P M G E
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐
Sobremesas, doces, tortas e pudins	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	1 pedaço ou 1 fatia média (60g)	P M G E
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐
Açúcar, mel, geléia	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	1/2 colher de sopa (6g)	P M G E
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐

5 . Por favor, liste qualquer outro alimento ou preparação importante que você costuma comer ou beber pelo menos UMA VEZ POR SEMANA que não foram citados aqui (por exemplo: leite-de-coco, outros tipos de carnes, receitas caseiras, creme de leite, leite condensado, gelatina e outros doces etc.).

ALIMENTO	FREQUÊNCIA POR SEMANA	QUANTIDADE CONSUMIDA

6 . Quando você come carne bovina ou suína, você costuma comer a gordura visível?

(1) nunca ou raramente

(2) algumas vezes

(3) sempre

(9) não sabe

7 . Quando você come frango ou peru, você costuma comer a pele?

(1) nunca ou raramente

(2) algumas vezes

(3) sempre

(9) não sabe

Hora do Término da entrevista

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, HISTÓRIA MÉDICA E
ODONTOLÓGICA, HÁBITOS DE VIDA, PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA,
DADOS ANTROPOMÉTRICOS.**

*MECANISMOS IMUNOINFLAMATÓRIO E OSTEOIMUNOLÓGICO SUBJACENTES À
ASSOCIAÇÃO ENTRE DOENÇAS AUTOIMUNES REUMÁTICAS E ALTERAÇÕES ÓSSEAS
PERIAPICAIS*

Data da entrevista: ____/____/____ Entrevistador: _____

Bom dia / boa tarde, meu nome é (*fulano*), sou integrante do Grupo de Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão. Você será entrevistado (a) agora para que possa participar das outras etapas do estudo (exame odontológico, exame de sangue, medidas antropométricas, coleta de saliva, avaliação nutricional). Precisaremos de 20 minutos e pedimos a sua colaboração, respondendo as questões que seguem, obrigado (a)!!!

BLOCO B- DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1B. Qual a cor da sua pele?

- 1. () branca
- 2. () preta/negra
- 3. () parda/mulata/cabocla/morena
- 4. () amarelo/oriental
- 5. () indígena
- 99. () não sabe

2B. Qual o seu estado civil?

- 1. () solteiro (a)
- 2. () casado (a)/ união estável/ mora com um (a) companheiro (a)
- 3. () separado (a)/ divorciado (a)/ desquitado(a)
- 4. () viúvo (a)

3B. Quantas pessoas moram na mesma casa com você (excluindo você)? Incluir pessoas que moram a mais de 3 meses na casa. _____Pessoas

4B. Quem mora na sua casa com você? (pode marcar mais de uma opção)

- 1. () Mãe
- 2. () Pai
- 3. () Madrasta
- 4. () Padrasto
- 5. () Irmãos / Irmãs
- 6. () Avô / avó
- 7. () Outros - especifique: _____

5B. Você tem irmãos?

- 1. () SIM
- 2. () NÃO

5. () Avó
6. () Avô
7. () Tio
8. () Tia
10. () Irmão
11. () Irmã
99. () Não sabe
13. () Outro: _____

12B. Até quando estudou ou estuda o CHEFE DA SUA FAMÍLIA?

Anotar a **Série exata** até quando estudou: _____. E marcar abaixo:

1. () Nunca foi à escola. Não sabe ler ou escrever.
2. () Sabe ler ou escrever, sem ter frequentado a escola.
3. () Primário (até 4ª série)
4. () Ginásio (até 8ª série)
5. () Ensino médio (antigo 2º grau)
6. () Ensino Superior – Faculdade
7. () Especialização, Mestrado ou Doutorado.
88. () Não se aplica

13B. Qual a idade do CHEFE DA SUA FAMÍLIA (pessoa da família com maior renda (anos completos)?
_____ anos

14B. Qual a cor da pele da pessoa da família com maior renda?

1. () branca
2. () preta/negra
3. () parda/mulata/cabocla/morena
4. () amarela/oriental
5. () indígena
99. () não sabe

15B. Qual a forma de trabalho do chefe de sua família?

1. () Trabalha por conta própria
2. () Assalariado ou empregado
3. () Dono de empresa-empregador
4. () Faz bico
5. () Aposentado
99. () Não sabe

16B. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) do (a) **Chefe de sua família?** (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu)

Ocupação: _____

17B. De onde vem a água da casa usada para beber?

1. () Rede pública/água encanada
2. () Poço artesiano
3. () Poço/cacimba
4. () Rio/riacho/lagoa
5. () Outro _____
99. () Não sabe

18B. No mês passado, quanto (em reais) ganharam as pessoas da sua família que trabalham?

1º pessoa: R\$ _____

A família tem outra renda? R\$ _____ Renda total: R\$ _____

Quantos itens abaixo a sua família possui? (circule a resposta)

	Quantidade em itens				
	0	1	2	3	4 ou mais

9C. Televisão em cores	0	1	2	3	4
10C. Rádio	0	1	2	3	4
11C. Banheiro	0	4	5	6	7
12C. Automóvel	0	4	7	9	9
13C. Empregada mensalista	0	3	4	4	4
14C. Máquina de lavar (não considerar tanquinho)	0	2	2	2	2
15C. Vídeo Cassete ou DVD	0	2	2	2	2
16C. Geladeira	0	4	4	4	4
17C. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

BLOCO C- HISTÓRIA MÉDICA

1C. Normalmente que horas você costuma DORMIR à noite (durante a semana, sem ser sábado ou domingo)?

_____h_____min

2C. Normalmente que horas você costuma ACORDAR de manhã (durante a semana, sem ser sábado ou domingo)?

_____h_____min

3C. Como você considera a sua saúde?

1. ☐ Excelente
2. ☐ Boa
3. ☐ Regular
4. ☐ Ruim
5. ☐ Muito ruim
- 99 ☐ Não sabe

4C. Quando foi a última consulta médica?

1. ☐ há menos de 1 ano
2. ☐ de 1 até 2 anos
3. ☐ de 2 até 5 anos
4. ☐ há mais de 5 anos
5. ☐ nunca realizou consulta médica
99. ☐ Não lembra/Não sabe

5C. Você FICOU DOENTE nos últimos 2 anos?

1. ☐ SIM. Qual foi a doença? _____
2. ☐ NÃO
99. ☐ Não lembra/Não sabe

6C. Algum MÉDICO já lhe disse que você tem PRESSÃO ALTA?

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO
99. ☐ Não lembra/Não sabe

7C. Quando foi a última consulta médica em que sua pressão arterial foi medida?

1. ☐ há menos de 1 ano
2. ☐ de 1 até 2 anos (inclui o 2)
3. ☐ de 2 até 5 anos (inclui o 5)
4. ☐ há mais de 5 anos
5. ☐ nunca mediu pressão em uma consulta médica
6. ☐ nunca realizou consulta médica
- 99 ☐ Não lembra/Não sabe

8C. Você já aferiu sua pressão arterial alguma vez durante a vida?

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO
- 99 ☐ Não sabe/Não lembra.

9C. Algum MÉDICO já lhe disse que você tem DIABETES?

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO
99. ☐ Não lembra/Não sabe

10C. Você já fez algum exame para medir açúcar no sangue (glicemia)?

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO
99. ☐ Não lembra/Não sabe

11C. Nos últimos 30 dias, você apresentou algum sinal de gripe, como coriza, febre, mal estar geral, tosse ou dor de garganta?

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO
99. ☐ Não lembra/Não sabe

12C. Algum médico já lhe disse que você tem DOENÇA DO CORAÇÃO, como infarto, angina, insuficiência cardíaca, arritmia ou outra?

1. ☐ SIM
2. ☐ NÃO
99. ☐ Não lembra/Não sabe

13C. Quais doenças do coração o médico disse que você tem ou teve:

1. ☐ Infarto
2. ☐ Angina
3. ☐ Insuficiência cardíaca
4. ☐ Arritmia
5. ☐ Outra doença do coração. **QUAL?** _____
99. ☐ Não se aplica

14C. Você toma alguma VITAMINA no momento?

1. ☐ SIM. **QUAL?** _____
2. ☐ NÃO

15C. Você toma algum SUPLEMENTO PROTEICO para GANHOS DE MASSA MUSCULAR?

1. ☐ SIM. **QUAL?** _____
2. ☐ NÃO

1. () SIM. 2. () NÃO

1. () Antiinflamatório
2. () Tranquilizante
3. () Anti-hipertensivo
4. () Anticoncepcional
5. () Antialérgico
6. () Analgésico
7. () Para colesterol alto
8. () Para diabetes
9. () Para o coração
88. () Não se aplica
99. () Não sabe

1. () SIM. Alergia a _____
2. () NÃO 99. () Não sabe

19C.Você está grávida?

1. () SIM → Quantos meses de gravidez está? _____
2. () NÃO
88. () Não se aplica
99. () Não sabe

20C. Com relação a FREQUÊNCIA

1. () Regular (28 em 28 dias)
2. () Irregular (não menstrua todo mês ou menstrua mais de uma vez por mês)
88. () Não se aplica
99. () Não sabe

1. () Intenso (duração maior que 06 dias)
2. () Normal (de 02 a 06 dias)
88. () Não se aplica
99. () Não sabe

1. () SIM → Há quanto tempo? _____ano(s)_____meses
2. () NÃO
88. () Não se aplica

BLOCO D- HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

1D. Qual o NÚMERO DE VEZES que você faz a limpeza da sua boca (escova os dentes) durante o dia?

- 1. () Uma vez
- 2. () Duas vezes
- 3. () Três vezes
- 4. () Quatro vezes
- 5. () Mais de quatro vezes
- 6. () nenhuma
- 99 () Não sabe

2D. O que você utiliza para higienizar sua boca e seus dentes? (Pode responder mais de uma opção)

- 1. () Escova dental
- 2. () Pasta de dente
- 3. () Fio/Fita dental
- 4. () Bochechos/Enxaguantes bucais
- 5. () Raspador de língua e bochecha
- 6. () Outros: _____

3D. Qual creme dental você costuma usar? _____

- 8. () Não se aplica (não usa)
- 99. () Não sabe

4D. De quanto em quanto tempo você troca a sua escova de dentes?

- 1. () Mensalmente
- 2. () A cada três meses
- 3. () A cada seis meses
- 4. () Anualmente
- 5. () Mais de um ano
- 6. () Outro. Anotar _____
- 88. () Não se aplica
- 99. () Não sabe

5D. Quais os HORÁRIOS que você faz a limpeza da boca (escova os dentes) durante o dia? (Pode responder mais de uma opção)

- 1. () ao acordar
- 2. () após o café da manhã
- 3. () após o lanche da manhã
- 4. () após o almoço
- 5. () após o lanche da tarde
- 6. () após o jantar
- 7. () antes de dormir
- 8. () Outro. Anotar _____
- 88. () Não se aplica
- 99. () Não sabe

6D. Você já foi ao dentista?

- 1. () SIM
- 2. () NÃO - Passe para a questão 9E

99. () NÃO SABE

7D. Quando foi a última vez que você foi ao dentista?

- 1. () No último mês
- 2. () Nos últimos dois meses
- 3. () Nos últimos seis meses
- 4. () No último ano
- 5. () Nos últimos dois anos
- 6. () Mais de 02 anos.
- 88. () Não se aplica
- 99. () Não sabe

8D. Qual o motivo da sua ÚLTIMA consulta ao cirurgião-dentista?

- 1. () limpeza
- 2. () aplicação de flúor
- 3. () traumatismo – caiu e quebrou o dente
- 4. () lesões na boca - feridas na boca
- 5. () sangramento na gengiva
- 6. () manchas nos dentes
- 7. () cárie dentária: buracos nos dentes
- 8. () outro motivo: _____
- 88. () Não se aplica
- 99. () Não sabe/Não lembra

9D. Você já teve DOR DE DENTE?

- 1. () SIM
- 2. () NÃO – Passe para a questão 17E

10D. Quando ocorreu a sua dor de dente?

- 1. () nesta semana
- 2. () na semana passada
- 3. () há pouco tempo, mas foi neste último mês
- 3. () há muito tempo, há mais de dois meses
- 88. () não se aplica
- 99. () não lembra

11D. Quantas vezes você sentiu esta dor?

- 1. () 1 vez
- 2. () 2 ou 3 vezes
- 3. () mais de 3 vezes
- 88. () não se aplica
- 99. () não lembra

12D. Quanto tempo durou a dor?

- 1. () pouco tempo, alguns minutos
- 2. () muito tempo, vários dias
- 88. () não se aplica
- 99. () não lembra

13D. Você acordou à noite por causa desta dor?

- 1. () sim
- 2. () não
- 88. () não se aplica

99. () não lembra

14D. Deixou de fazer alguma coisa por causa da dor?

1. () sim

2. () não

88. () não se aplica

99. () não lembra

15D. O que você deixou de fazer por causa de dor de dente?

1. () exercitar-se

2. () comer

3. () dormir

4. () escovar os dentes

5. () ir à escola/trabalhar

6. () outro _____

88. () não se aplica

99. () não lembra

16D. Qual medida foi tomada para o alívio da DOR?

1. () fez bochecho. Com o quê? _____

2. () automedicação (tomar remédio por conta própria) Caso lembre, informe o nome da medicação: _____

3. () evitou doces (balas, bombons, etc.)

4. () escovou os dentes

5. () fez outra coisa diferente. O quê? _____

6. () procurou o dentista

88. () Não se aplica

99. () Não lembra/Não sabe

17D. Você já notou sangramento em sua gengiva durante a escovação?

1. () SIM

2. () NÃO

18D. Você possui algum hábito como (pode marcar mais de uma opção):

1. () Roer as unhas

2. () Morder caneta, lápis, fone de ouvido...

3. () Mastigar objetos sólidos

4. () Usar palito de dentes.

5. () Outro hábito. Qual? _____

6. () Não, nenhum.

BLOCO E- HÁBITOS DE VIDA

Você entrevistador deverá entregar o questionário para que o adolescente responda de forma confidencial estas perguntas sobre Hábitos de Vida. No próximo bloco de perguntas você retoma a entrevista.

Para as seguintes perguntas sobre hábitos de vida como uso de drogas e álcool, **não existe resposta certa ou errada**. Apenas seja sincero.

1E. De um ano para cá você fumou algum cigarro?

1. () Sim.

2. () Não. Passe para questão 4E

2E. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou algum cigarro?

1. () Nenhum dia

2. () Fumei em 1 ou 2 dias.

3. () 3 a 5 dias
4. () 6 a 9 dias
5. () 10 a 19 dias
6. () 20 a 29 dias
7. () todos os dias.
88. () Não se aplica.

3E. Durante os últimos 30 dias, quantos cigarros você fumou POR DIA?

1. () Menos que 01 cigarro por dia
 2. () 01 cigarro por dia
 3. () 02 a 05 cigarros por dia
 4. () 06 a 10 cigarros por dia
 5. () 11 a 20 cigarros por dia
 6. () Mais que 20 cigarros por dia
 88. () Não se aplica.
-

Considere que cada dose corresponde a UMA LATA DE CERVEJA ou UM COPO DE VINHO ou qualquer quantidade equivalente de bebida destilada (cachaça, vodca, uísque).

4E. De um ano para cá você tomou pelo menos uma dose de bebida alcoólica?

1. () Sim
2. () Não. Passe para a questão 10 F

5E. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos uma dose de bebida alcoólica?

1. () 0 dias.
2. () 1 ou 2 dias.
3. () 3 a 5 dias
4. () 6 a 9 dias
5. () 10 a 19 dias
6. () 20 a 29 dias
7. () todos os dias
88. () Não se aplica.

6E. Durante os últimos 30 dias, nos dias em que o você ingeriu bebidas alcoólicas, quantas doses você bebeu POR DIA?

1. () Menos que 01 dose por dia
2. () 01 dose por dia
3. () 02 doses por dia
4. () 03 doses por dia
5. () 04 doses por dia
6. () 05 ou mais doses por dia
88. () Não se aplica

7E. Durante os últimos 30 dias, quantos dias você tomou pelo menos 05 doses seguidas de bebida alcoólica, ou seja, em um período de poucas horas?

1. () Nenhum dia.
2. () 1 dia
3. () 2 dias
4. () 3 a 5 dias
5. () 6 a 9 dias
6. () 10 a 19 dias
7. () 20 ou mais dias

88. () Não se aplica

8E. Qual o tipo de bebida alcoólica que você tomou por último? (marque apenas uma)

1. () Cachaça/Pinga
2. () Cerveja ou chopp
3. () Uísque ou vodca ou conhaque
4. () Sidra ou champanhe
5. () Vinho
6. () Licor
7. () Outra:.....
88. () Não se aplica

9E. Qual idade você tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez?

1. () Tinha.....anos 88. () Não se aplica 99. () Não lembro **10E. Você já experimentou maconha?**

(1) Sim (2) Não. Passe para a questão 14 F.

11E. De um ano para cá você usou maconha?

- (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica

12E. De um mês para cá em quantos dias você usou maconha?

1. () nenhum dia
2. () 1 a 5 dias
3. () 6 a 19 dias
4. () 20 dias ou mais
88. () Não se aplica

13E. Qual idade tinha quando usou maconha pela primeira vez?

1. ()anos 88. () Não se aplica 99. () Não lembro

14E. Você já experimentou "crack", merla ou pasta de coca?

1. () Sim 2. () Não. Passe para a questão 19 F.

15E. De um ano para cá usou cocaína, "crack", merla ou pasta de coca?

1. () Sim 2. () Não 88. () Não se aplica

16E. De um mês para cá em quantos dias usou cocaína, "crack", merla ou pasta de coca?

1. () Nenhum dia.
2. () 1 a 5 dias
3. () 6 a 19 dias
4. () 20 dias ou mais
88. () Não se aplica

17E. Que idade você tinha quando usou cocaína, "crack", merla ou pasta de coca pela primeira vez?

1. ()anos 88. () Não se aplica 99. () Não lembra

18E. Escreva o nome do que você usou por

último:.....

19E. Você já cheirou algum produto para sentir um "barato" qualquer (Exemplos: lança-perfume, loló, cola, gasolina, benzina, thinner, removedor de tinta, água-raz (solvente), éter, esmalte, tinta, cola

29E. Já usou alguma droga injetando na veia?

1. () Sim - Quais?.....

2. () Não

30E. Já usou (ou usa agora) medicamento anabolizante para aumentar sua musculatura ou para dar mais força?

1. () Sim - Qual?.....

2. () Não

BLOCO F- ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

() Sim () Não – Caso você responda não **Vá para seção 2: Transporte**

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você faz em uma semana **USUAL** ou **NORMAL** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos** :

1b. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 1d.**

1c. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho** ?

_____ horas _____ minutos

1d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho** ?

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 1f**

1e. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho** ?

_____ horas _____ minutos

1f. Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, **como parte do seu trabalho**? Por favor **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho
_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a seção 2 - Transporte.**

1g. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho**?
_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem a forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

2a. Em quantos dias de uma semana normal você anda de carro, ônibus, metrô ou trem?
_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para questão 2c**

2b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA andando de carro, ônibus, metrô ou trem**?
_____ horas _____ minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

2c. Em quantos dias de uma semana normal você anda de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)
_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a questão 2f.**

2d. Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?
_____ horas _____ minutos

2e. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)
_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a Seção 3.**

2f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)
_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

Esta parte inclui as atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL** na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

3a. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:
_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a questão 3c**

3b. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?
_____ horas _____ minutos

3c. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar com **no jardim ou quintal**
_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - Vá para questão 3e.

3d. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?
_____ horas _____ minutos

3e. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.
_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - Vá para seção 4

3f. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?
_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção se refere às atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias de uma semana normal, você caminha **por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre**?
_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - Vá para questão 4d

4b. Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?
_____ horas _____ minutos

4c. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades **vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer jogging :
_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - Vá para questão 4f

4e. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?
_____ horas _____ minutos

4f. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades **moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis :
_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - Vá para seção 5

4g. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?
_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto des-cansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

5a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas _____ minutos

5b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

_____ horas _____ minutos

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

MASSA CORPORAL		
ALTURA		

FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA E AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICO

NOME	
------	--

[illegible]

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

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

- 0- Esmalte saudável (sem alteração na translucidez e brilho);
 1- LA Esmalte (sem solução de continuidade, opaca e rugosa);
 2- LA Esmalte com Microcavidade;
 3- LCA Cavitada (cavidade em esmalte ou dentina visível a olho nu e com amolecimento a sondagem);
 4- Lesão não-cavitada inativa (lisa e brilhante);
 5- Lesão inativa em esmalte com microcavidade;
 6- Lesão cavitada inativa (cavidade visível a olho nu em esmalte ou dentina, com brilho e endurecido);
 7- Superfícies hígidas com restaurações satisfatórias;
 8- Restaurado com Lesão ATIVA cavitada ou não;
 9- Restaurado com Lesão INATIVA cavitada ou não.

ÍNDICE PUFA	
P	Envolvimento Pulpar
U	Ulcerações
F	Presença de Fístulas
A	Presença de abscesso

ÍNDICE CPOD	
C	Cariados
P	Perdidos
O	Obturados

DENTE	NECESSIDADE DE TRATAMENTO
	() SIM () NÃO
	Dentística
	Endodontia
	Exodontia
	Periodontia
	Outros:

Obs: Para os dentes com comprometimento pulpar, o teste de vitalidade pulpar deverá ser executado.

Exame Radiográfico					
DENTE	Índice Periapical de Orstavik	Periodontite apical (0-não; 1-sim)	Dimensões da periodontite apical (largura x altura)	Tem tratamento endodôntico (0-não; 1-sim)	Tratamento endodôntico satisfatório (0-não; 1-sim)
18					
17					
16					
15					
14					
13					
12					
11					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
38					
37					
36					
35					
34					
33					
32					
31					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					