

**NECESSIDADES DE ORTODONTIA
NA COMUNIDADE ESCOLAR**

MÁRIO ALBUQUERQUE

PORTO
1999

NECESSIDADES DE ORTODONTIA NA COMUNIDADE ESCOLAR

MÁRIO ALBUQUERQUE

NECESSIDADES DE ORTODONTIA NA COMUNIDADE ESCOLAR

Dissertação de Mestrado
apresentada à
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Mário Alberto Alves Albuquerque

Porto
1999

ÀS DIFERENÇAS DUM CORPO UNIDO

NINA

LHI

LUI

AGRADECIMENTOS

Estaria sempre limitado por defeito e incoerente no agradecimento se pretendesse enumerar todos quantos, directa ou indirectamente, contribuíram para a minha formação que levou à realização deste trabalho.

Essa exposição tornar-se-ia fastidiosa e correria o risco de apresentar omissões que, mesmo que fossem involuntárias, seriam ingratas e deselegantes na cortesia.

Por outro lado, em consciência, existe maior esforço meritório de pessoas que, livre e generosamente, ofereceram as suas competências e conhecimentos para me ajudarem a tomar as decisões que tornaram possível esta apresentação.

Nesta perspectiva, sem que a ordem enunciada queira comparar graus de importância, evoco os seguintes nomes:

Professores Doutores Desport Marques e Acácio Jorge que me incentivaram a aprofundar os estudos na área de Saúde Oral Comunitária;

Professor Doutor Pinhão Ferreira que me orientou superiormente na metodologia de organização e gestão de recursos científico-técnicos;

Mestre Manuel Vieira de Carvalho que, pelo seu espírito empreendedor, favoreceu grandemente o estudo estatístico;

Colegas do curso de mestrado de Saúde Oral Comunitária que, pelo seu sentido de grupo, permitiram a realização dos trabalhos de campo;

Colegas do curso de pós-graduação em ortodontia, particularmente os Drs. Patrícia Almeida Pinto e Armando Dias da Silva, que colaboraram com empenho nos exames clínicos mais específicos da especialidade;

Dr. Duarte Sousa, pertinaz no apoio informático que delineou esta apresentação.

ÍNDICE

	Página
CAPÍTULO I	7
INTRODUÇÃO.....	7
CAPÍTULO II	15
MATERIAL E MÉTODOS.....	15
<i>INTRODUÇÃO</i>	15
<i>MATERIAL</i>	18
<i>MÉTODOS</i>	21
CAPÍTULO III	33
RESULTADOS.....	33
Primeiro estudo.....	35
Segundo estudo.....	38
CAPÍTULO IV	59
DISCUSSÃO.....	59
CAPÍTULO V	63
CONCLUSÕES.....	63
RESUMO	65
RÉSUMÉ	67
SUMMARY	69
ABREVIATURAS E SÍMBOLOS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	75

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

A melhoria da qualidade de vida é um direito, uma vontade e uma obrigação social que exigimos.¹

A evolução das sociedades, feita com mais ou menos tumultos, leva à criação de sistemas organizados cada vez mais elaborados, baseados na experiência existente, com vista a dar resposta a novos desafios. Na generalidade, a complexidade das necessidades da comunidade nos seus múltiplos aspectos tem acompanhado o desenvolvimento científico e tecnológico.

E, na comunidade, ser profissional, idealmente, implica partilhar a sua cidadania com o espírito de missão a cumprir na sociedade.

O conceito de Saúde, evolutivo por natureza, considera actualmente o ser humano como uma entidade biopsicossocial. Nessa base, a definição de Saúde,

hoje em dia, comporta a noção de equilíbrio dinâmico.² Este estado é uma conquista pretendida por muita gente, mas infelizmente conseguida por poucos grupos de indivíduos em cada momento.

A Saúde Oral é uma subdivisão da Saúde que também tem suscitado cada vez mais atenção e preocupação em função do conhecimento de novos problemas. Cumpre-nos estudar esses assuntos procurando definir metas com a inevitável parcialidade de soluções.

Na verdade, a nossa comunidade deve ser alvo de estudo tão profundo quanto possível, baseado na aplicação de métodos epidemiológicos, para identificar, definir, vigiar, prevenir e controlar ou diminuir problemas de saúde, relacionados com os estilos de vida, visando a promoção de saúde.³ Tal propósito pretenderá evitar a adopção de fórmulas provenientes doutros meios sociais, não necessariamente idênticos, mas que, por pragmatismo, se utilizam na falta de melhores. Por outro lado, as atitudes precipitadas e desgarradas de princípios consensuais provenientes de instituições de âmbito universalista serão inexoravelmente condenadas pela falta de credibilidade.

As vicissitudes de determinados estudos epidemiológicos de Saúde Oral em grupos populacionais prendem-se com a necessidade em disponibilizar meios materiais e humanos, nem sempre com facilidade ao alcance de quem se propõe a tal.⁴ Com efeito, pode-se esbarrar com dificuldades diversas para a sua obtenção, superáveis quando o querer e o poder fortes se equilibram notoriamente aliados a diferentes instituições que comungam, no todo ou em parte, os mesmos ideais, permitindo estabelecer um bom clima de cooperação, no qual seja possível obter, no seu decurso, uma articulação estável.

A preocupação oficial no nosso país com a conservação dos dentes, vistos como unidades de intervenção clínica, tem sido evidenciada, sobretudo nas idades mais jovens, através dos Programas de Saúde Oral da Direcção-Geral de Saúde (DGS). Fazem, no entanto, referência a que a promoção da saúde oral implica aceitar que cada indivíduo necessita adquirir competências e conhecimentos ajustados a essa finalidade. Daí que a aplicação dum bom

programa neste domínio opte pela prioridade da aprendizagem durante a infância e a adolescência. Sendo assim, obviamente haverá uma idade a partir da qual um indivíduo já abrangido pelo programa será responsável pela manutenção da sua própria saúde oral.⁵

Existem indícios que apontam para um decréscimo da incidência do número de dentes cariados ou perdidos por cárie, assim como um aumento da incidência da má oclusão, atendendo apenas ao desenvolvimento e às exigências da sociedade, à conseqüente heterogenia da população e, até, à evolução da própria espécie.

A sequência lógica da evolução dos estudos epidemiológicos dos problemas de Saúde Oral em sociedades consideradas desenvolvidas leva a pensar, entre vários, nos problemas de oclusão na população alvo,⁶ vendo os dentes como entidades que, no seu conjunto, definem uma unidade funcional do aparelho estomatognático e uma unidade estética na expressão humana assente na sua vivência psicossocial. A actual criação e a oficialização da especialidade dentária de ortodontia é um dos indicadores da existência dos ditos problemas.

Os Programas de Saúde Oral da DGS em vigor, omitem nas suas prioridades de intervenção, as referências às alterações da oclusão em todas as anomalias dento-faciais.⁶ No entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assinala-as e descreve-as.⁷

De acordo com estas notas prévias, o propósito do tema apresentado justifica-se pela vontade em contribuir para o fornecimento de alguns dados referentes a um grupo etário específico de risco ortodôntico.

O objectivo principal dos estudos efectuados e adiante relatados foi o de obter informações qualitativas e quantitativas sobre higiene oral, estado dos dentes, oclusão dentária e anomalias dento-faciais.⁸ Acessoriamente, foi o de utilizar um instrumento de motivação primária através da sensibilização de toda a população escolar envolvida (professores, funcionários não docentes, alunos e encarregados de educação). Os estudos não contemplaram as actividades de

motivação secundária, relacionadas com mecanismos de intervenção inicial, bem como a motivação terciária associada a acções individuais de tratamento e reabilitação.

Com efeito, a motivação é talvez o principal factor para se atingirem bons resultados com os tratamentos ortodônticos. Este factor é um dos substratos para uma boa cooperação na higiene oral e na utilização de determinados aparelhos de correcção ortodôntica.⁹

A escola é um dos locais de grande importância estratégica para lançar a imagem da eficácia da ortodontia. Daí que as acções de educação para a saúde dirigidas nesse sentido pelos Centros de Saúde (CS) possam ser um dos mecanismos de motivação que servirão para reduzir o clima de incompreensão gerado pelo público e pelos profissionais (médicos dentistas e ortodontistas, higienistas orais e assistentes dentários). Os rastreios escolares contribuirão indirectamente para o mesmo efeito motivador.

Para entender os limites de decisão dum potencial ou futuro utilizador dos serviços ortodônticos, isto é, a interacção entre as suas motivações e os seus receios, é preciso compreender as atitudes do mesmo face aos tratamentos. A análise do seu contexto psicológico, dependente da idade, pode definir qual é o melhor utilizador de acordo com alguns atributos (entusiasta, enérgico, empreendedor, conhecedor, independente, trabalhador, responsável, confiante, interessado e espontâneo). A análise da motivação favorável à ortodontia, dependente da idade e da capacidade intelectual, deve respeitar particularmente certos factores (estética, autoestima, influência familiar, influência social, crença na perspectiva da perda de dentes e da perturbação funcional). A análise dos receios sobre a aplicação da ortodontia deve, em princípio, considerar o desconforto ou os efeitos dolorosos, a duração do tratamento, a inestética dos aparelhos, os custos e o tempo gasto nas várias consultas.

A prevenção e intercepção em ortodontia é relativa e de eficácia duvidosa. Esta especialidade dentária é essencialmente curativa, justificando o interesse pela maioria dos tratamentos a partir dos nove anos de idade. Tem por objectivo

principal melhorar o aspecto da face e da dentição, assegurar uma boa função oclusal, manter a saúde parodontal e contribuir para a estabilidade e duração em bom estado do aparelho estomatognático.¹⁰

A finalidade essencial da procura de tratamento ortodôntico é de natureza estética (apinhamento e protrusão) e, no geral, a restante porção é de natureza funcional.

Embora esteja bem demarcada como finalidade, a noção estética é de difícil definição porque apela para um conjunto de harmonia, equilíbrio e beleza que se move constantemente no tempo em correntes de interpretação social e individual de carácter subjectivo.¹¹ Acresce ainda dizer que este conceito, para obter bastante uniformidade, caracteriza a beleza dos dentes pela posição, forma, tamanho, cor, brilho e número. Com o mesmo propósito, definem-se as chaves de estética dentária através do desnível entre incisivos centrais e laterais e da angulação mesio-distal do grupo incisivo-canino maxilar.

Mas, a estética pode não se correlacionar com a oclusão. Mesmo sabendo que as faces vestibulares dos dentes determinam a estética e as faces oclusais condicionam a função, podem existir casos de boa estética e de má função e o contrário. Na verdade, a uma oclusão correcta poderá não corresponder uma estética facial aceitável e uma face proporcionada poderá não se integrar numa boa oclusão. O tratamento ortodôntico, entre as suas obrigações, tem de conseguir uma melhoria estética dento-facial. Por isso, as correcções não devem ignorar estes dois imperativos concomitantes. Os comportamentos profissionais de manifesto privilégio da função em relação à estética provocam reacção negativa do paciente que reivindica uma relação de equilíbrio diferente, de acordo com a sua vontade que se prende mais com a aparência. Pelo contrário, as situações em que a atitude ortodôntica é predominantemente estética, negligenciando a função (equilíbrio oclusal e normofunção muscular e articular), produzem, a médio ou a longo prazo, inconvenientes, por vezes graves, que punem as fantasias que afrontam a organização biológica.

O conceito contemporâneo de normalidade oclusal passa pela relação dentária correcta entre os elementos vizinhos de cada arcada e entre os antagonistas, com inclinações axiais apropriadas harmonizadas com os ossos basais da face e do crânio e em equilíbrio com os tecidos moles circundantes.¹² Tem que haver harmonia estética, oclusal e funcional no tempo. Cada idade detém características peculiares, mas emerge, pela finalidade deste assunto, o entendimento da oclusão na dentição permanente em início.¹³ Para este efeito, salientam-se as denominadas chaves de oclusão (Andrews,¹⁴ M. Langlade,¹⁵ Ricketts¹⁶ e R. Roth¹⁰) que a seguir se descrevem:¹⁷

- harmonia facial que sublinha a importância das linhas faciais em perfeito equilíbrio proporcional sob a noção da estética e tendo em atenção os dentes;
- relacionamento molar que se fundamenta particularmente na relação de contacto oclusal entre a cúspide mesio-vestibular do primeiro molar permanente maxilar e o sulco mesio-vestibular do primeiro molar permanente mandibular e o contacto da vertente distal da cúspide disto-vestibular do primeiro molar maxilar permanente com a vertente mesial da cúspide mesio-vestibular do segundo molar mandibular permanente;
- angulação axial mesio-distal para todos os dentes, verificando-se que os bordos cervicais são distais aos bordos oclusais;
- inclinação axial vestibulo-lingual que dá nota de uma inclinação acentuada das raízes dos incisivos centrais maxilares para palatino que vai diminuindo até valores mínimos nos dentes mais distais e, na mandíbula, as raízes dos incisivos apresentam inclinação lingual que vai diminuindo até à verticalidade do primeiro pré-molar e, a partir daí para distal, aumenta a inclinação vestibular das raízes;
- contactos interproximais, devidos à disposição dos dentes na arcada que criam relações entre a face mesial dum dente e a distal do vizinho mesial, excepto entre os incisivos centrais em que o contacto é feito

entre as faces mesiais de ambos e os últimos molares que apresentam as suas faces distais livres;

- rotações dentárias inexistentes de forma a que na arcada dentária as linhas rectas que passam pelo maior diâmetro vestibulo-lingual de todos os dentes convirjam para a área próxima da linha média;
- arcadas dentárias resultantes da disposição dos dentes no osso alveolar maxilar e mandibular de concavidade posterior e de forma elíptica em que o diâmetro transversal máximo medido entre molares exceda o diâmetro antero-posterior;
- curva de compensação antero-posterior (“curva de Spee”) que evidencia que as superfícies oclusais manifestam uma ligeira concavidade mandibular e uma ligeira convexidade maxilar em relação ao plano oclusal;
- oclusão dinâmica que aborda os requisitos necessários à obtenção de um equilíbrio oclusal que leve à estabilidade mandibular, objectivo principal da oclusão;
- equilíbrio dentário que alerta para a existência de factores harmónicos de acção conjunta que garantam a estabilidade das diferentes posições dos dentes nos ossos maxilares.

Sendo a vertente da Saúde o suporte desta temática, poderia parecer incoerente a menção à patologia, mas apesar de ser aproximadamente centenária e reconhecidamente incompleta, justifica-se a referência a uma classificação de má oclusão (de Angle)¹⁸ que, mesmo imperfeita, é conhecida e utilizada universalmente nos meios ortodônticos actuais pelo seu pragmatismo. Identifica três classes que a seguir se transcrevem:

- Classe I – arcadas dentárias em relação mesio-distal correcta, geralmente com más posições dentárias individuais, na maioria das

vezes confinadas aos dentes anteriores. Os molares encontram-se em normocclusão (ver segundo ponto das chaves de oclusão na página 8);

- Classe II – arcadas dentárias em relação mesio-distal incorrecta em que a arcada mandibular se encontra com oclusão distal dos primeiros molares;
 - Classe II divisão 1 – arcada dentária mandibular em relação distal bilateral com a maxilar e inclinação labial dos incisivos maxilares;
 - Classe II divisão 1 subdivisão – arcada dentária mandibular em relação distal unilateral com a maxilar, estando o lado contrário correcto e com inclinação labial dos incisivos maxilares;
 - Classe II divisão 2 – arcada dentária mandibular em relação distal bilateral com a maxilar e inclinação lingual dos incisivos maxilares;
 - Classe II divisão 2 subdivisão – arcada dentária mandibular em relação distal unilateral com a maxilar, estando o lado contrário correcto e com inclinação lingual dos incisivos maxilares;
- Classe III – arcadas dentárias em relação mesio-distal bilateral incorrecta em que a mandibular apresenta oclusão mesial dos dentes;
 - Classe III subdivisão – oclusão mesial unilateral da arcada dentária mandibular com a maxilar em que o lado contrário está correcto.

Estes parâmetros e as reflexões a que os conceitos de saúde obrigaram, sobretudo no que se refere à compreensão do normal, originaram dois trabalhos de campo onde se pretenderam conhecer as nossas realidades actuais no domínio de alguns problemas de Saúde Oral, atrás identificados, em populações escolares que contivessem grupos etários à volta dos doze anos. Por tais razões se justificou a concepção deste modelo descritivo de observação.¹⁹

CAPÍTULO II

MATERIAL E MÉTODOS

INTRODUÇÃO

Foi escolhido o grupo etário à volta dos doze anos por ser aquele momento da vida em que as crianças já deixaram de ser observadas por rotina em Saúde Oral pelos C.S. como era feito na maioria das suas escolas do primeiro ciclo do Ensino Básico (EB). As outras razões de escolha, prendem-se com o facto de terem geralmente erupcionado todos os dentes definitivos, exceptuando os terceiros molares e, por vezes, os caninos maxilares, e de ser uma das idades aceite como preferencial para a execução de tratamentos ortodônticos. É também a idade mais utilizada para fazer comparações a nível internacional, de acordo com os critérios da OMS.^{6,7}

A existência de um Programa de Saúde Oral do Concelho de Espinho, com nove anos de duração, a decorrer em todas as escolas do primeiro ciclo do EB, levou a que, também numa escola do segundo ciclo do EB, fosse iniciado o mesmo processo por solicitação do Conselho Directivo da referida Escola e da correspondente Associação de Pais, após pedido insistente dos alunos que já vinham habituados, desde os quatro primeiros anos de escolaridade, à visita e observação das equipas de intervenção de Saúde Oral.

Pelas razões apontadas, justificou-se a implementação do citado programa nessa escola, o que foi feito com a colaboração das seguintes instituições deste Concelho: Centro de Saúde; Escola EB 2/3 Sá Couto; Autarquia; Lions Club e grupo de mestrados de Saúde Oral Comunitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), devidamente instruídos e calibrados no período de formação.

Neste estudo que avaliou a higiene, a cárie e a oclusão dentária, foram escolhidas as turmas dum ano escolar (6^o.) onde se encontravam alunos de todas as partes do mesmo concelho que incluíam zonas urbanas, suburbanas e rurais.

A reflexão sobre os resultados disponíveis deste estudo (ver capítulo de resultados – página 32 e seguintes), levou a reformular um novo, pensando no mesmo tempo médio de observação dos alunos, mas obtendo mais dados sobre as anomalias dento-faciais, tendo, para isso, que eliminar as informações sobre higiene e aspectos relacionados com a cárie. Impunha-se uma separação dos parâmetros com o propósito de apurar resultados mais específicos. Devido à redefinição do estudo houve necessidade de efectuar nova calibragem de observadores (dois médicos dentistas do curso de pós-graduação em Ortodontia e um médico dentista do curso de mestrado de Saúde Oral Comunitária, todos da FMDUP) durante um período de formação em consultas de ortodontia da citada instituição.

Para este efeito, foram escolhidas turmas, preferencialmente do mesmo ano escolar do primeiro estudo, de escolas de diferentes locais do país, com

disponibilidade de instalações e horário para o exame clínico. Deste modo, constituíram-se as seguintes zonas:

- zona 1 (mais interior) correspondente às localidades da Branca em Albergaria-a-Velha e Águeda;
- zona 2 (mais litoral) referente a duas escolas de Espinho;
- zona 3 (grande centro urbano) circunscrita a Paranhos no Porto.

O apoio a estas acções foi dado pelos professores e pessoal não docente das próprias escolas, bem como pelas equipas de Saúde Oral dos CS adstritos.

Os resultados obtidos só foram possíveis devido ao esforço conjunto das várias entidades envolvidas já atrás citadas. Houve percepção dos problemas existentes, vontade de participar nos estudos e particular perspicácia dos elementos das diferentes instituições nos seus métodos de actuação. A colaboração dos alunos observados foi também imprescindível.

Os estudos realizados foram programados cronologicamente em etapas distintas e sucessivas.

MATERIAL

O material utilizado no estudo inicial foi o seguinte:

- mesas e cadeiras de cada escola;
- escovas* e pastas dentífricas*;
- comprimidos reveladores de placa bacteriana Red-Cote®* e espelhos*;
- recipientes para detergentes, desinfetantes e bochechos*;
- material para exame clínico empacotado em manga e esterilizado (pinças*, espelhos de observação* e sondas*), luvas* e máscaras* descartáveis e fardas para observação;
- folhas de registo do exame clínico (Anexo II), material de escrita, diapositivos e acetatos para projecção;
- projector de diapositivos, retroprojector de transparências e duas telas de projecção;
- computador Erva Pentium®;
- aplicação estatística SPSS® (“Statistical Package for the Social Sciences”).

O espaço utilizado, no mesmo estudo, obedeceu aos seguintes limites:

Local – Escola do 2º. Ciclo do EB (Escola EB 2/3 Sá Couto em Espinho).

Instalações – duas salas contíguas ambivalentes destinadas a:

- higienização oral prévia;
- observação e anotação;
- exposição teórica em grupo do tema escolhido pela escola denominado «Boca Saudável»;
- esclarecimento de dúvidas no final da sessão;
- resultados e conclusões.

* Este material foi cedido pelo C. S. de Espinho, tendo-lhe sido oferecido, para o efeito, pela Autarquia e Lions Club.

Os participantes deste estudo foram os seguintes:

- 399 alunos;
- 1 responsável pelos alunos de cada turma (professor);
- 1 auxiliar de acção educativa da escola;
- 3 preparadores de higiene oral;
- 4 anotadores;
- 4 observadores;
- 1 responsável pela entrega de material de higiene oral (tinhas com líquidos de limpeza e desinfeccção) e de observação clínica (luvas, máscaras, espelhos e sondas);
- 1 controlador de todo o material;
- 1 arrumador de todo o material*.

O material utilizado no segundo estudo foi semelhante ao primeiro, excepto a folha de registo do exame clínico (Anexo III).

O espaço utilizado para o exame clínico deste estudo foi cedido pelas Escolas do Segundo Ciclo do Ensino Unificado da Branca em Albergaria-a-Velha, de Águeda, Gomes de Almeida e Manuel Laranjeira ambas em Espinho, e Pêro Vaz de Caminha em Paranhos no Porto.

As instalações obedeceram às mesmas regras já apontadas no estudo anterior.

Os participantes constaram de:

- 328 alunos no total das cinco escolas;
- 1 responsável pelos alunos de cada turma (professor);
- 2 auxiliares de acção educativa;

* Houve o cuidado de proceder em conformidade legal no que respeita ao tratamento de resíduos hospitalares de risco biológico.

- 2 preparadores de higiene oral;
- 3 observadores;
- 3 anotadores;
- 1 responsável pela entrega e recolha de material de exame clínico (luvas e máscaras descartáveis, espelhos de observação e sondas)*;
- 1 responsável pela entrega e recolha de material de higiene oral (tinhas com líquidos de limpeza e desinfeção).

* Em relação aos resíduos hospitalares de risco biológico, foi seguido o mesmo procedimento do primeiro estudo.

MÉTODOS

Devido à duração das aulas, cada sessão de intervenção teve, por necessidade de adaptação, a limitação de cinquenta minutos e incluía:

- a adaptação das salas ao trabalho de que fazia parte, numa delas, a preparação do material de ensino e, noutra, a distribuição das mesas e cadeiras bem como de todo o instrumental necessário à observação e anotação;
- o ensino pela Equipa de Enfermagem do Núcleo de Saúde Oral;
- a aplicação do revelador de placa bacteriana;
- o exame clínico com os seus componentes de observação e anotação;
- a higienização oral com escova e pasta dentífrica e a comprovação da eficácia da escovagem pelo próprio aluno ao espelho;
- exposição teórica de grupo a cargo dos médicos dentistas sobre o tema escolhido pela própria escola designado por «Boca Saudável».

Antes da visita à escola foi entregue aos professores um questionário (Anexo I) para, sob sua orientação, ser preenchido pelos alunos numa aula. O objectivo pretendia alertar os estudantes para uma visita em breve da equipa de Saúde Oral e obter uma noção do conhecimento geral desses alunos sobre esta matéria.

O inquérito decorreu desde 17 de Dezembro de 1997 até 19 de Janeiro de 1998.

O primeiro trabalho de campo de avaliação de problemas de Saúde Oral foi realizado entre os dias 2 de Abril e 14 de Maio de 1998.

Os critérios utilizados nesta avaliação foram os seguintes:

- Campo da higiene.
- Escovagem.

Colocação na folha de registo de um “X” num único espaço de três possíveis. O espaço “0” assinalava as situações em que não existia o hábito de escovar os dentes, pelo menos, uma vez por dia. O espaço “1” indicava existência do hábito de escovar os dentes uma vez por dia e o espaço “2-3” identificava os casos em que o hábito de escovar os dentes diariamente era de, pelo menos, duas vezes.

- Placa bacteriana.

Colocação de um “X” num único espaço de três possíveis. O local destinado a “- -” referia-se à inexistência de placa bacteriana visível em qualquer dos dentes observados. A indicação “+ -” significava que só um sector (anterior ou posterior, maxilar ou mandibular) tinha, pelo menos, um dente com placa. O sinal “+ +” indicava que existiam dois sectores diferentes com, pelo menos, um dente em cada possuidor de placa bacteriana visível.

- Campo CPO.*

* De acordo com os critérios e recomendações da OMS tem interesse epidemiológico o estudo populacional do conjunto de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO).

Assim, como critério de avaliação deste campo, entende-se por:

- “intacto”, o dente hígido que pode incluir alterações da cor, fracturas ou abrasões;
- “cárie”, a presença de uma ou mais cavidades dentárias de origem infecciosa em que penetra a sonda do exame clínico em fundo amolecido;
- “obturado”, o dente restaurado sem qualquer cavidade de cárie detectável por este método;
- “perdido”, o dente que não se encontra no seu local devido a destruição ou extracção em consequência da cárie;
- “extracção indicada”, o dente que tem justificação clínica para ser removido devido à sua grande destruição e complicações associadas;
- “ausente”, o espaço que corresponde ao dente em falta por agenesia, falta de erupção ou remoção por causas diferentes das indicadas em “perdido”.

Qualquer dos 28 espaços foi preenchido com um único dos seis dígitos do código que constava do próprio impresso (“0” = intacto; “1” = carie; “2” = obturado; “3” = perdido; “4” = extracção indicada; “5” = ausente). Todos os dentes correspondentes ao diagrama foram avaliados sendo assinalados com um círculo a envolver o número que identificava o dente.

- Campo da Oclusão.

Todos os casos foram assinalados com um dígito no respectivo espaço devido à avaliação de acordo com o código inscrito no impresso (“0” = sem anomalias; “1” = alterações ligeiras; “2” = alterações severas; “3” = outras anomalias) de acordo com critérios de má oclusão conhecidos dos examinadores, a seguir apresentados.

Critérios de má oclusão ⁶ (segundo a OMS)

Código “0” = Sem anomalias.

Código “1” = Alteração ligeira (exemplo: pelo menos um dente rodado ou inclinado ou um ligeiro apinhamento ou diastema com prejuízo para o alinhamento regular dos dentes).

Código “2” = Alterações severas.

Especialmente a presença de pelo menos uma condição seguinte dos quatro incisivos:

- sobremordida horizontal de 9 mm ou mais;
- sobremordida horizontal invertida (maior ou igual a um degrau sagital com cerca de 2 mm);
- mordida aberta (sobremordida vertical negativa);
- desvio da linha média superior a 4 mm;

- apinhamentos ou diastemas superiores a 4 mm.

Código “3” = Outras condições.

Grandes defeitos (lábio leporino, fenda palatina, agressão patológica ou cirúrgica).

A fase de trabalho de campo do segundo estudo decorreu de 26 de Fevereiro a 5 de Maio de 1998.

Os critérios de avaliação deste segundo estudo, conhecidos por todos os observadores, eram os que a seguir se mencionam.

Critérios de anomalias dento-faciais ⁷ (segundo a OMS)

Nota: aplicam-se em geral na dentição definitiva a partir dos doze anos de idade.

Capítulos

I - Dentição

- # 1 – Dentes ausentes.

II - Espaço

- # 2 – Apinhamentos.
- # 3 – Diastemas interproximais.
- # 4 – Diastema anterior.
- # 5 – Desalinhamento maxilar anterior mais evidente.
- # 6 – Desalinhamento mandibular anterior mais evidente.

III – Oclusão

- # 7 – Sobremordida horizontal.
- # 8 – Sobremordida horizontal invertida.
- # 9 – Mordida aberta anterior.
- # 10 – Relação molar antero-posterior.

Características

- # 1 – Dentes ausentes (incisivos, caninos e pré-molares).

“C” = Contagem dos dentes existentes, desde o segundo pré-molar até ao seu contralateral (de 5º. a 5º.) em cada arcada

“N” = Número de dentes ausentes

Avaliação

Maxila $\Rightarrow 10 - C = N$; Mandíbula $\Rightarrow 10 - C = N$

Excepções:

- exodontias por razões ortodônticas;
- espaço fechado no local do dente ausente;
- presença do dente decíduo sem erupção do respectivo permanente;
- dente ausente substituído por prótese fixa.

- # 2 – Apinhamentos (segmentos incisivos maxilar e mandibular).

Definição

Espaço intercanino insuficiente para o alinhamento dos quatro incisivos.

Avaliação

- “0” = Sem apinhamento.

- “1” = Um segmento apinhado.
- “2” = Dois segmentos apinhados.

Condições:

- no caso de dúvida na avaliação, considerar o valor imediatamente abaixo;
- no caso de os incisivos estarem alinhados e os caninos não, considerar “sem apinhamento”.

3 – Diastemas interproximais (segmentos incisivos maxilar e mandibular).

Definição

O espaço intercanino disponível excede o necessário para o alinhamento dos quatro incisivos.

Avaliação

- “0” = Sem espaço.
- “1” = Um segmento com excesso de espaço.
- “2” = Dois segmentos com excesso de espaço.

Condições:

- se existirem faces proximais dos incisivos sem pontos de contacto, considerar o segmento com excesso de espaço;
- se existir previsão clínica de erupção em breve do dente definitivo, após esfoliação do respectivo decíduo, não considerar espaço;
- se existir dúvida na avaliação, considerar o valor imediatamente abaixo.

4 – Diastema anterior.

Definição

Espaço entre os dois incisivos centrais maxilares em milímetros.

Avaliação

Aproximar às unidades em milímetros o espaço considerado.

5 e # 6 – Desalinhamento incisivo mais evidente (maxilar e mandibular).

Definição

São desalinhamentos dos incisivos as rotações e os deslocamentos da posição normal.

Avaliação

Para medir o maior desalinhamento dum dente em relação ao seu adjacente, colocar uma sonda paralela ao plano oclusal e perpendicular à arcada com a ponta em contacto com a face vestibular do incisivo mais rodado ou deslocado para lingual. Estimar a distância aproximada às unidades em milímetros na maxila e na mandíbula (figura 1).

Condições:

- havendo rotações ou deslocamentos dos incisivos com espaço suficiente para o seu alinhamento normal, considerar a avaliação precedente;
- se os maiores desalinhamentos forem os das faces distais dos incisivos laterais, considerar do mesmo modo.

7 – Sobremordida horizontal.

Definição

Distância entre a crista inciso-labial do incisivo maxilar mais vestibular e a face vestibular do incisivo mandibular correspondente, medida em oclusão cêntrica, com a sonda paralela ao plano oclusal (figura 2).

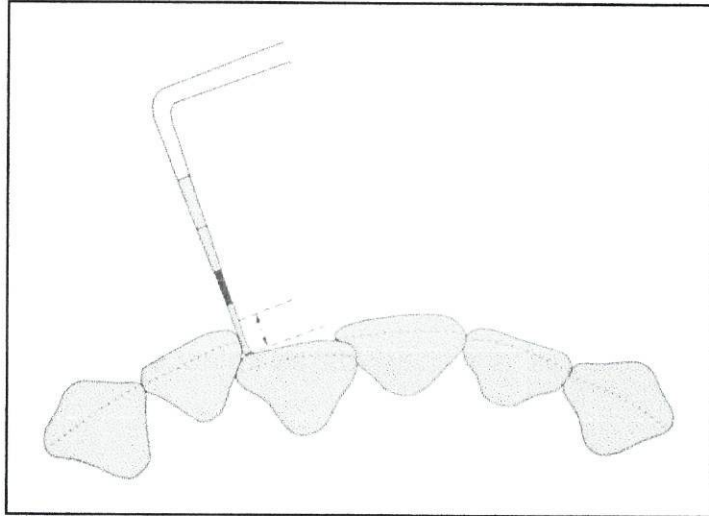


Figura 1 - Medida do desalinhamento do arco maxilar anterior
(Adaptação de WHO – Oral Health Surveys – Basic Methods, 4th ed.)

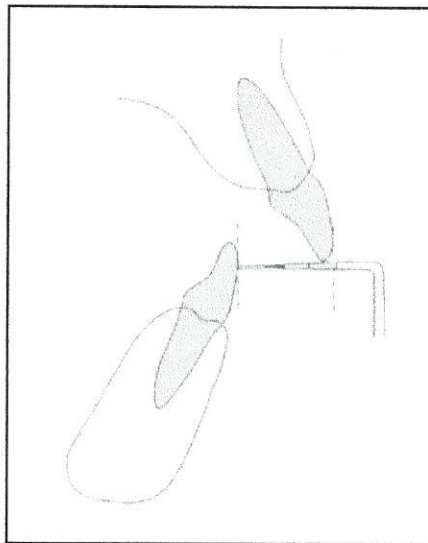


Figura 2 - Medida da sobremordida horizontal
(Adaptação de WHO – Oral Health Surveys – Basic Methods, 4th ed.)

Avaliação

Anotar a maior sobremordida horizontal aproximada às unidades em milímetros.

Condições:

- se todos os incisivos maxilares estiverem ausentes, não avaliar;
- se os incisivos estiverem em mordida cruzada, considerar o critério seguinte;
- se os incisivos ocluirem topo a topo, considerar o valor zero.

8 – Sobremordida horizontal invertida.

Definição

Medida com sonda (figura 3) da protrusão vestibular do incisivo mandibular mais avançado em relação ao seu oponente maxilar (i.e. mordida cruzada anterior).

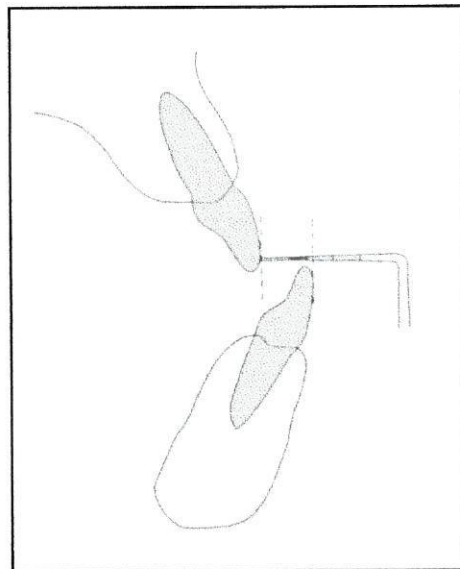


Figura 3 - Medida da sobremordida horizontal invertida
(Adaptação de WHO – Oral Health Surveys – Basic Methods, 4th ed.)

Avaliação

Anotar a maior sobremordida horizontal invertida com aproximação às unidades em milímetros.

Condição

Se um incisivo mandibular estiver rodado com uma parte da crista incisal por vestibular em relação ao oponente e a outra não, não considerar este critério.

9 – Mordida aberta anterior (sobremordida vertical negativa).

Definição

Falta de recobrimento vertical de qualquer par de incisivos oponentes.

Avaliação

Medir a maior mordida aberta com aproximação às unidades em milímetros, usando a sonda (figura 4).

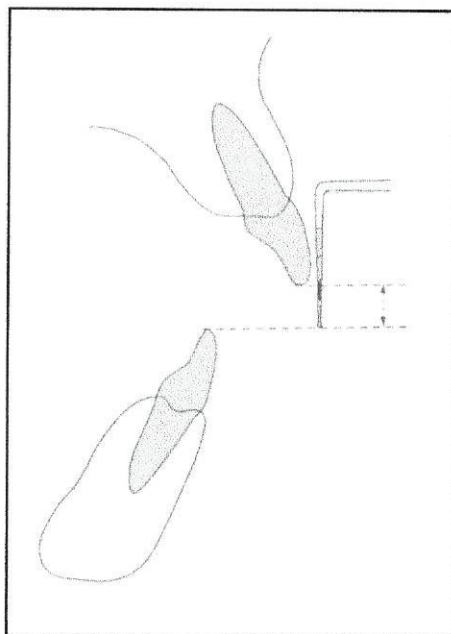


Figura 4 - Medida da mordida aberta anterior
(Adaptação de WHO – Oral Health Surveys – Basic Methods, 4th ed.)

10 – Relação molar antero-posterior.

Definição

Relação dos primeiros molares permanentes maxilares com os mandibulares (figura 5).

Avaliação

- "0" = Normal
- "1" = Meia cúspide – o primeiro molar mandibular está meia cúspide mais mesial ou distal em comparação com a relação normal
- "2" = Uma cúspide – o primeiro molar mandibular está, pelo menos, uma cúspide mais mesial ou distal em comparação com a relação normal

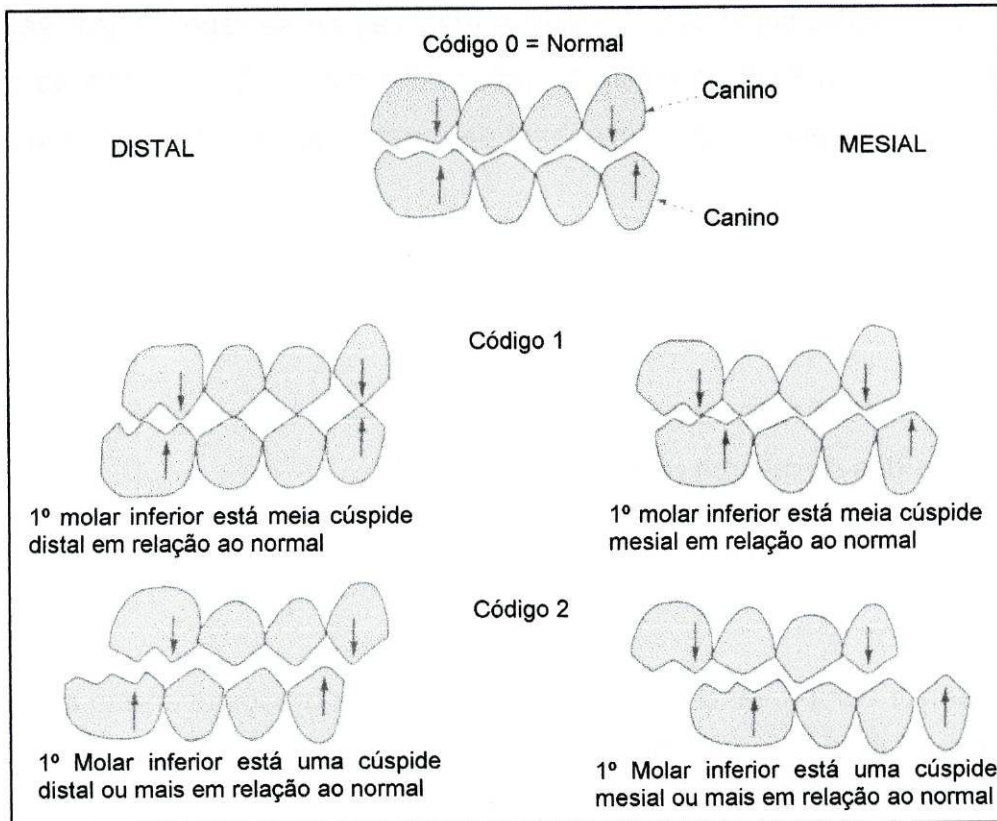


Figura 5 - Codificação da relação molar antero-posterior
(Adaptação de WHO – Oral Health Surveys – Basic Methods, 4th ed.)

Nota

Observar o lado direito e o lado esquerdo com os dentes em oclusão e anotar o maior desvio do normal.

Condição

Se for impossível avaliar a relação molar (e. g. ausência, falta de erupção ou deformações por cárie ou restaurações), considerar as relações dos caninos e pré-molares permanentes.

Estes dois estudos foram tratados estatisticamente tendo sido usados os seguintes testes à escala ordinal: ²⁰

Teste K (Kruskal Wallis)

Este teste permite estabelecer se as diferenças encontradas entre os valores da amostra significam diferenças efectivas ou se representam variações causais. A técnica Kruskal Wallis comprova a hipótese de nulidade de que os diferentes grupos em estudo provenham da mesma população ou de populações diferentes.

Teste U (Mann Whitney)

É utilizado este teste para comprovar se dois grupos independentes foram ou não extraídos da mesma população.

Teste do qui-quadrado (χ^2) para duas amostras

Permite comprovar a hipótese de dois ou mais grupos diferirem em relação a uma determinada característica, isto é, compara as frequências. Este teste tanto comprova as diferenças como verifica a existência de concordância ou associação entre as variáveis.

Teste K-S (Kolmogorov – Smirnov)

Se for bilateral, comprova que duas amostras foram extraídas da mesma população. Se for unilateral permite determinar se os valores duma dada população são maiores do que os de outra.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Do inquérito “Teste diagnóstico” (Anexo I) obtiveram-se 259 respostas (Anexo IV) que determinaram os resultados que constam da figura 6. Os algarismos da linha superior identificam o número da pergunta e as letras da coluna da esquerda indicam cada uma das respostas possíveis, sendo a “o” a resposta nula.

	1	2	3	4	5	6
a	1	258	0	7	3	18
b	255	0	256	3	215	240
c	1	0	2	248	40	0
o	2	1	1	1	1	1

Fig. 6 – Resultados do inquérito

Em destaque na tabela da figura, para cada questão, aparecem as respostas previamente tidas como certas, coincidentes com o maior número de respostas idênticas dadas pelos alunos. É evidente a tendência quase unânime para escolher uma determinada hipótese que corresponde à noção considerada correcta.

Assim, verifica-se que a quase totalidade dos alunos:

- associa cárie com doença dos dentes;
- elege os vegetais, as frutas frescas e o leite como os alimentos melhores para os dentes;
- entende que os aparelhos colocados nos dentes servem para corrigir a sua posição;
- relaciona a saúde das gengivas com a escovagem dos dentes;
- aceita que os dentistas são os melhores amigos dos dentes;
- compreende que deve haver uma a duas visitas por ano ao dentista.

Primeiro estudo

Na continuidade deste inquérito, desenvolveu-se, como referido, o primeiro estudo, apresentado na tabela de resultados do Anexo V, em que, conforme se representa no Quadro 1, foram inquiridos e examinados 399 estudantes de 8 turmas do 2º. e 3º. Ciclo do EB entre os dias 1998.04.02 e 1998.05.14, tendo sido realizadas as sessões pelos examinadores referenciados com os algarismos “1”, “2”, “3” e “4” e feitas todas as anotações nas folhas de registo.

Agrupando a variável “escovagem” por idades*, o teste K permite concluir que, ao nível de significância de 5%, o número de escovagens diárias varia com a idade dos alunos. De facto, conforme representa o Quadro 2, os alunos mais velhos escovam os dentes com menos frequência.

Em todas as idades uma percentagem significativa de alunos apresenta pelo menos um dente com placa bacteriana. Os valores expostos no Quadro 3 sugerem um aumento da placa bacteriana com a idade.

Os valores da tabela de contingência e do gráfico apresentado, bem como o resultado do teste do χ^2 , representados pelo Quadro 4, mostram que as variáveis “oclusão” e “idade” não se correlacionam.

A partir do somatório de todas as avaliações “1”, “2” e “3” assinaladas (1256), de acordo com o código do sector CPO da ficha de exame clínico (Anexo II), obteve-se o índice CPO (3,15), resultado do quociente entre o citado somatório e o número total de registos (399), apresentado como média no Quadro 5 e em conformidade com a equação seguinte.

$$\text{Índice CPO} = 1256 / 399 = 3,15$$

* Foi considerada a variação da distribuição das idades dos alunos entre os 11 e os 15 anos, sendo as restantes dos 9, 10 e 16 excluídas. O mesmo se verifica nos quadros seguintes deste estudo.

Conforme se pode ver no Quadro 6, aplicando o teste K à variável “número de dentes cariados, perdidos, obturados e com extracções indicadas” agrupada pela variável “idade”, a hipótese nula é rejeitada ao nível de significância de 1%, sendo legítimo concluir que o dito número difere com a idade dos alunos observados. Nota-se que nas idades compreendidas entre os 12 e 14 anos, os valores de 4 e 5 dentes com os problemas assinalados apresentam frequências significativas.

O resultado do teste K aplicado à variável “número de dentes cariados, perdidos, obturados e com extracções indicadas”, agrupada por examinadores, permite concluir a existência de coerência nos dados obtidos, conforme se expõe no Quadro 7. Não apresentam diferenças significativas os resultados da quantificação dos problemas apresentados, feita pelos examinadores.

Neste estudo os resultados sobre oclusão constam da figura 7.

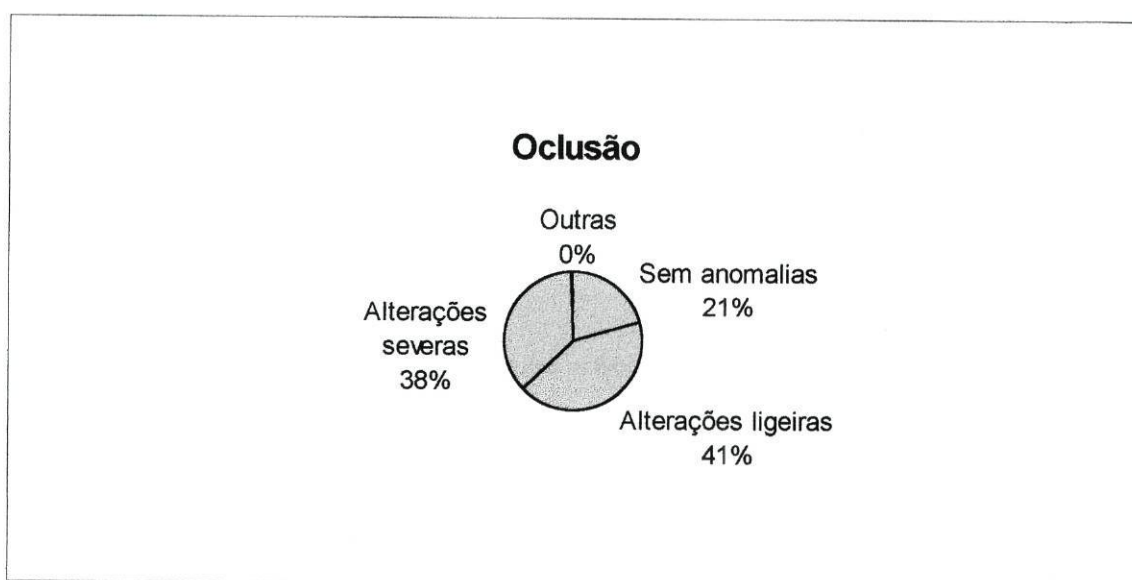


Fig. 7 – Resultados da observação da oclusão

No Quadro 8 vê-se que a diferença entre os resultados dos quatro examinadores na variável “oclusão” é significativa ao nível de significância de 5% pelo teste K. Excluindo os resultados do examinador 3, essa diferença deixa de existir, resultando uma coerência de resultados entre os restantes examinadores com uma significância elevada. A comparação dos resultados por pares de examinadores permite confirmar a discrepância dos valores apresentados pelo examinador 3 (teste U ao nível de significância de 5%).

Considerando a totalidade dos dados, no que se refere à associação entre as variáveis “escovagem” e “placa bacteriana”, os dados da tabela de contingência e o teste do χ^2 estabelecem a existência e o sentido da associação entre as variáveis, permitindo concluir que a frequência da escovagem influencia os valores da placa bacteriana (ver Quadro 9). No mesmo quadro, as variáveis “oclusão” e “placa bacteriana” são independentes, sendo comprovado pelo teste do χ^2 ao nível de significância de 5%. De igual modo, as variáveis “oclusão” e “escovagem” não apresentam qualquer tipo de associação. O teste do χ^2 evidencia a independência de relação entre a oclusão e os dentes cariados, perdidos, obturados e com extracções indicadas com uma significância muito elevada.

O Quadro 10 repete os testes do quadro anterior, excluindo os dados do examinador 3. A associação referida entre as variáveis “escovagem “ e “placa bacteriana” é mais evidente, reforçando a conclusão de que a frequência da escovagem influencia os valores da placa bacteriana, verificada pelos testes do χ^2 .

Ficou assim confirmada a independência verificada entre os seguintes pares de variáveis: a “oclusão” e a “escovagem”; a “oclusão” e a “placa bacteriana” e a “oclusão” e os “dentes cariados, perdidos, obturados e com extracções indicadas”.

Segundo estudo

No outro estudo elaborado, que apresenta a tabela de resultados no Anexo VI, foram examinados 328 alunos de cinco escolas do EB. Destes estudantes, 98% tinham idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos. Os exames foram realizados por três examinadores no período compreendido entre os dias 1999.02.26 e 1999.05.05, tendo sido avaliados todos os critérios. As escolas foram agrupadas, pela sua localização, nas três zonas atrás definidas (páginas 16 e 17) e identificadas no Quadro 11.

Os resultados deste estudo, que constam das figuras seguintes (8 a 18), correspondem aos dez campos representados na folha de registo do Anexo III bem como aos parâmetros descritos para os critérios de anomalias dento-faciais (páginas 24 e 25).

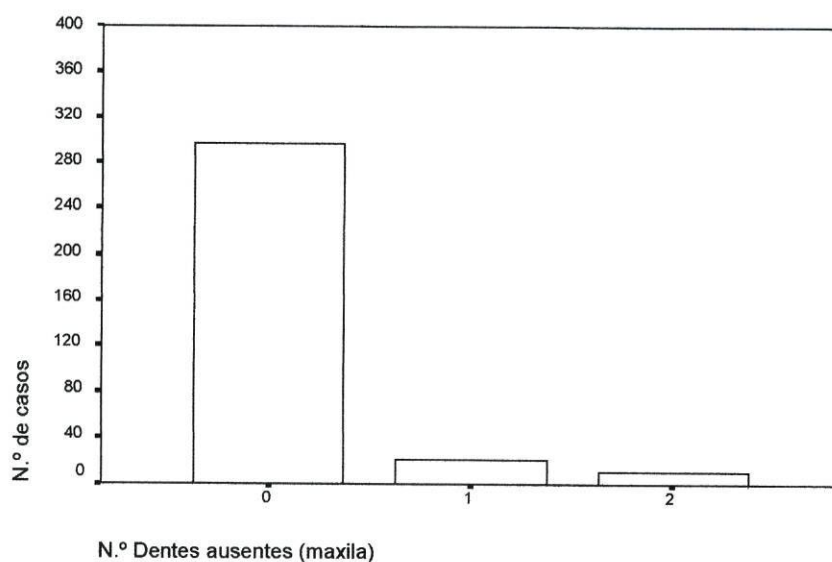


Fig. 8 – Dentes ausentes na maxila

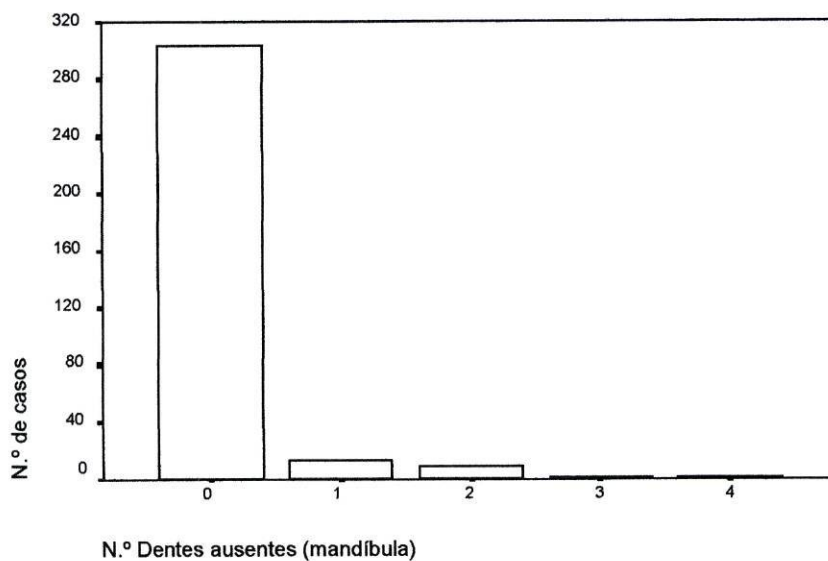


Fig. 9 – Dentes ausentes na mandíbula

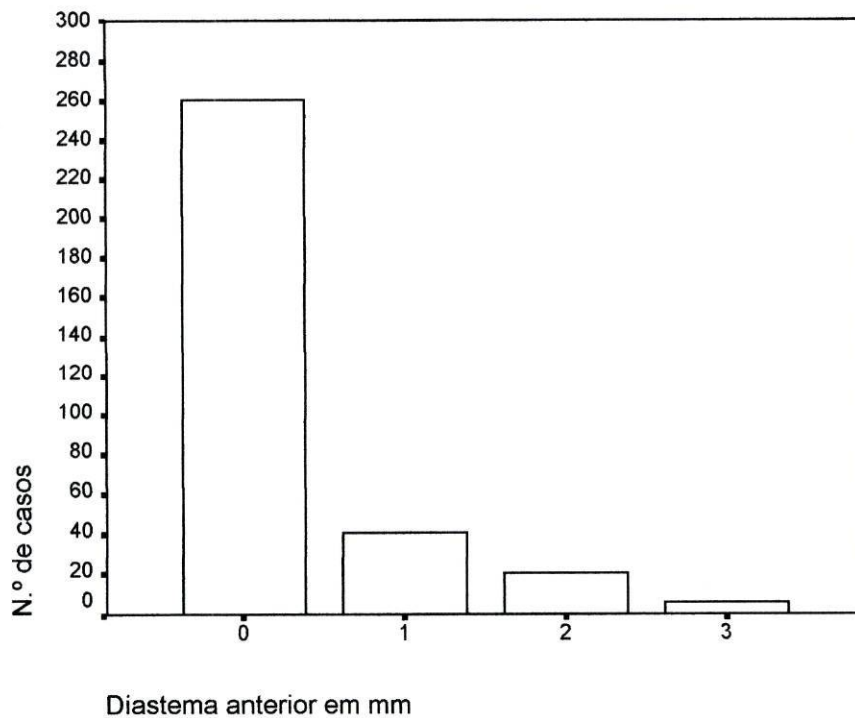


Fig. 10 – Diastema anterior

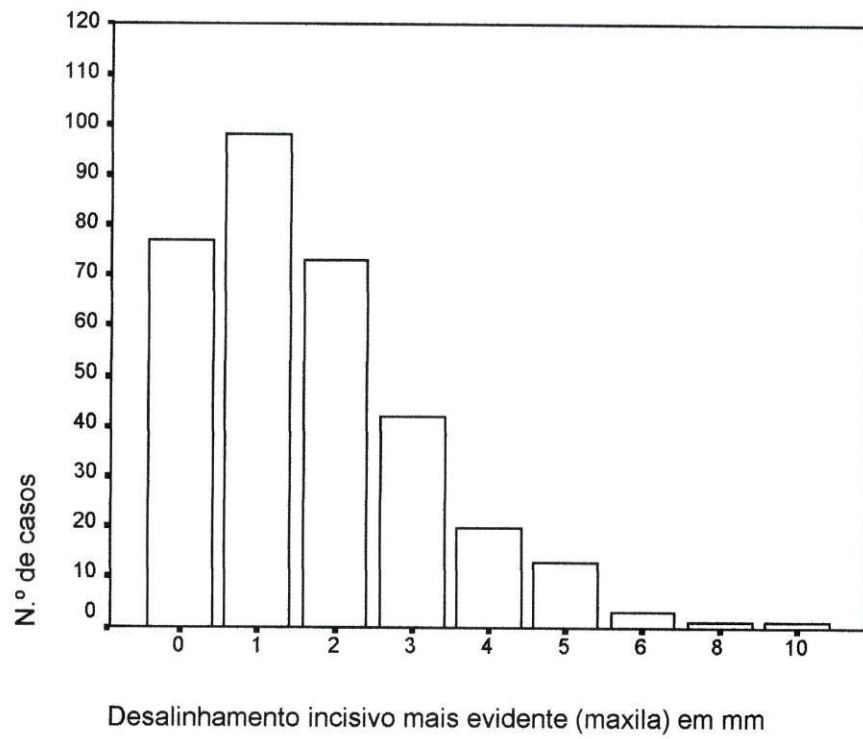


Fig. 11 – Desalinhamento incisivo na maxila

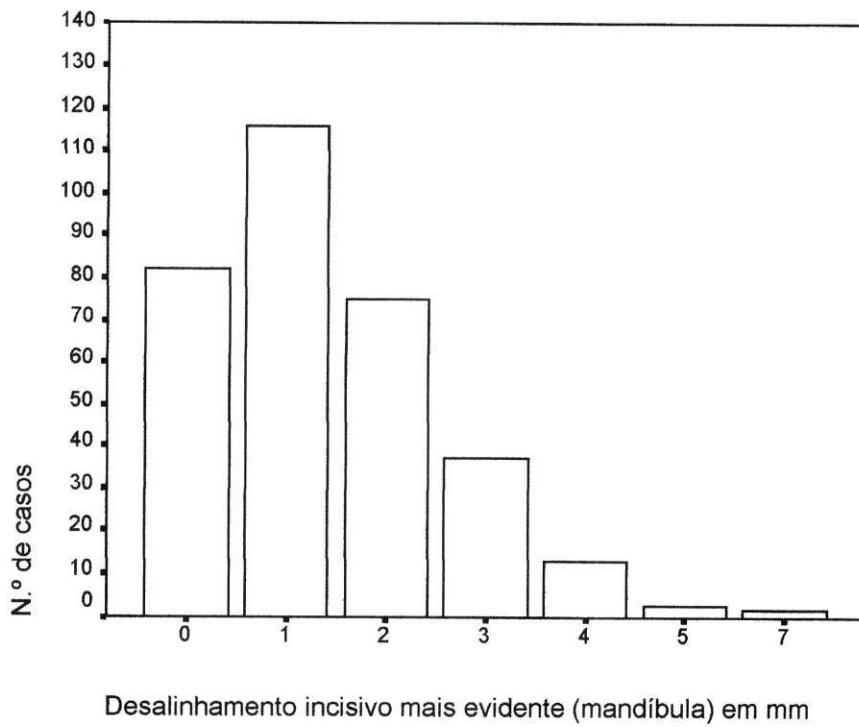


Fig. 12 – Desalinhamento incisivo da mandíbula

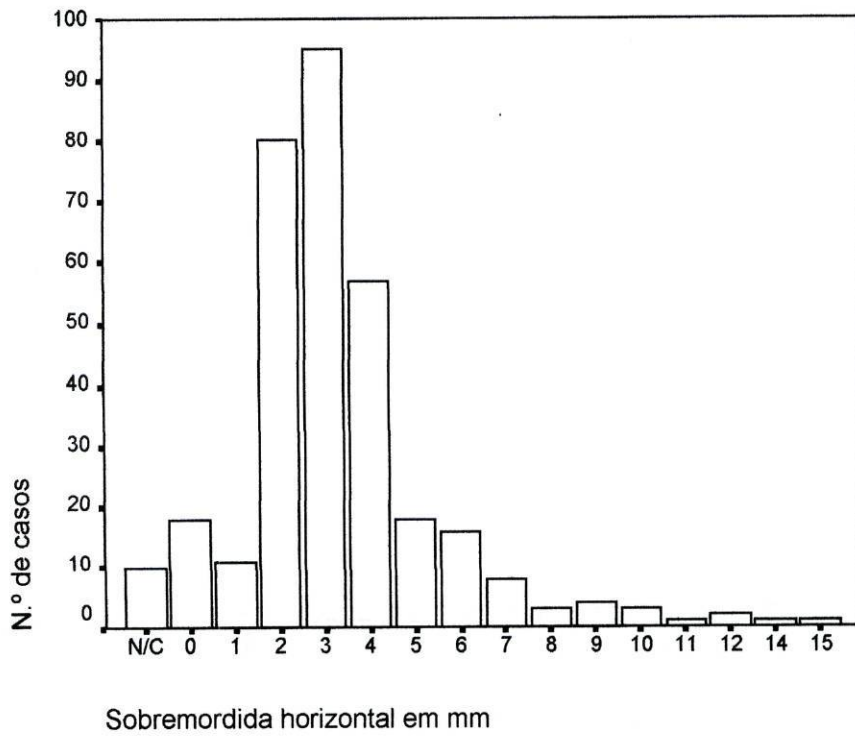


Fig. 13 – Sobremordida horizontal

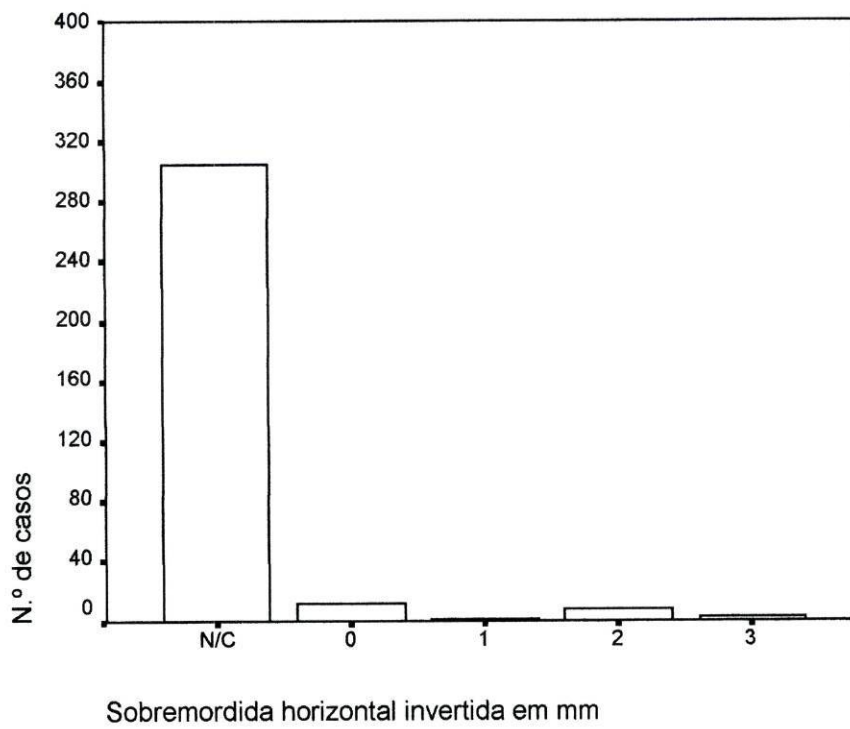


Fig. 14 – Sobremordida horizontal invertida

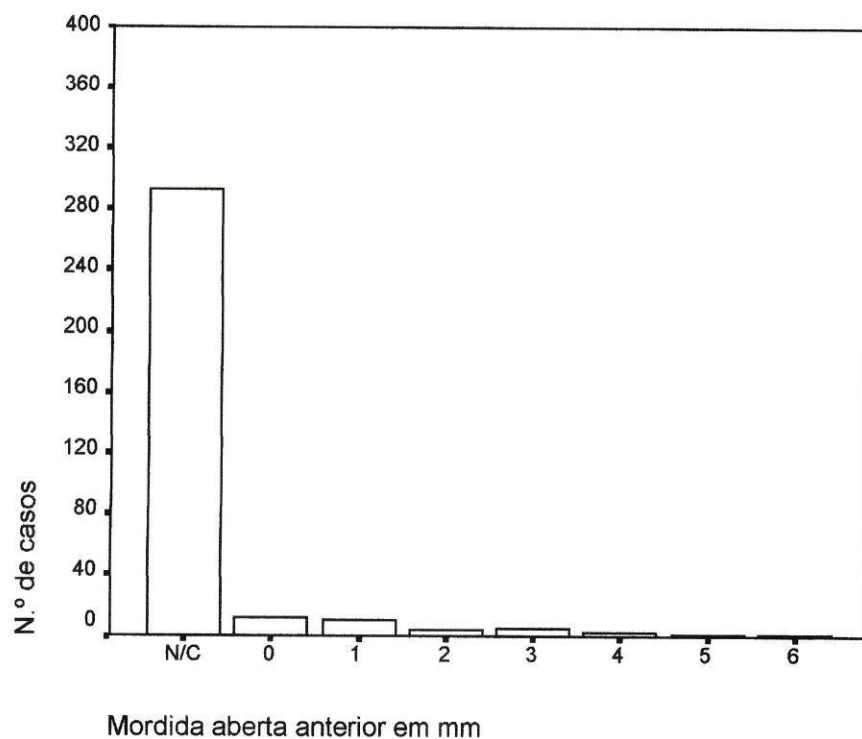


Fig. 15 – Mordida aberta anterior

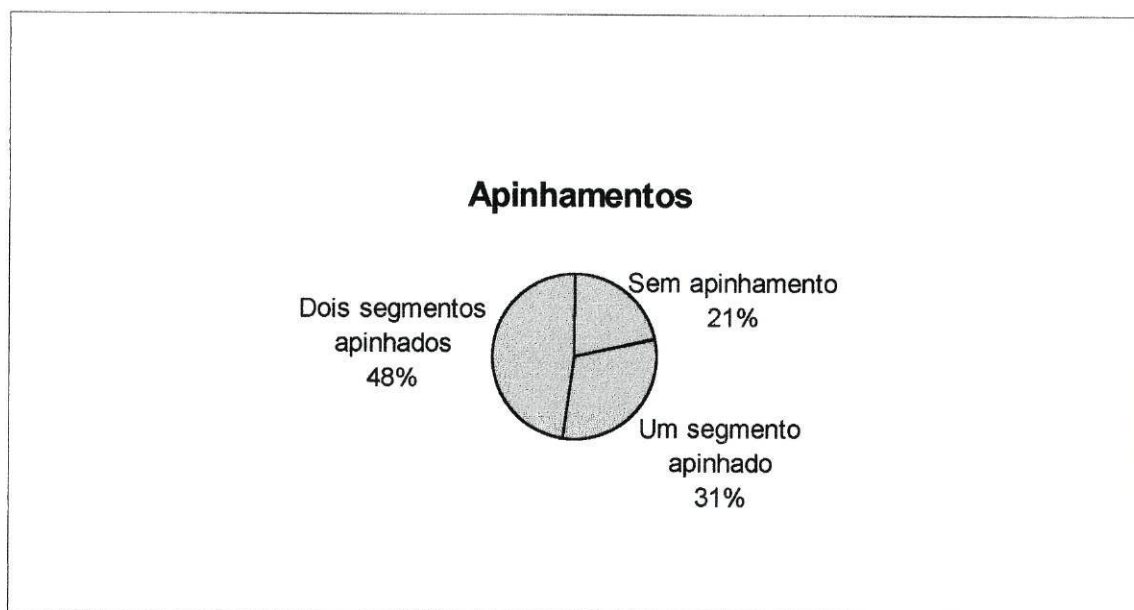


Fig. 16 - Apinhamentos



Fig. 17 – Diastemas interproximais

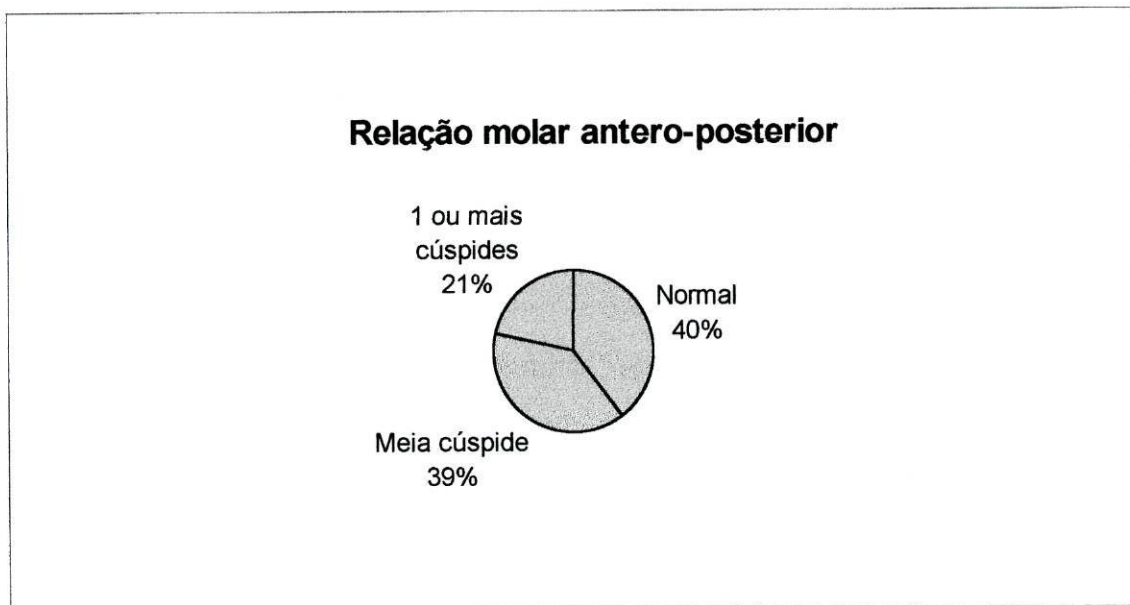


Fig. 18 – Relação molar antero-posterior

O Quadro 12 mostra que o número de dentes ausentes não varia significativamente com a idade dos alunos. Em todas as idades verifica-se que o número de alunos que têm a totalidade dos dentes é igual ou superior a 85%.

Já relativamente ao espaço para a colocação dos dentes nas arcadas, as tabelas apresentadas no Quadro 13 descrevem as distribuições das variáveis em estudo. A maioria dos alunos (48%) têm dois segmentos apinhados. Os desalinhamentos incisivos de 1 mm são mais frequentes na mandíbula (35%) que na maxila (30%). Os diastemas anteriores inferiores a 0,4 mm representam cerca de 80% de todas as avaliações. Registam-se 66% de situações sem espaços na avaliação dos diastemas interproximais.

No capítulo da oclusão, apresentam sobremordida horizontal 97% dos examinados. A mordida aberta anterior não existe em 89%, nem a sobremordida horizontal invertida em 93% e cerca de 40% apresentam uma relação molar antero-posterior normal. Verifica-se que 73% apresentam sobremordida horizontal com valores entre 2 e 4 mm.

Na avaliação da coerência dos resultados apresentados pelos três examinadores (Quadro 14), foi utilizado o teste K. Agrupadas por examinadores, ao nível de significância de 5%, foi considerado não existirem diferenças significativas nas variáveis “diastema anterior”, “sobremordida horizontal invertida”, “mordida aberta anterior”, “total de dentes ausentes”, “diastemas interproximais” e “relação molar antero-posterior” e existem diferenças significativas nas variáveis “apinhamento”, “total de desalinhamentos” e “sobremordida horizontal”.

A comparação dos resultados dos examinadores agrupados aos pares (Quadros 15 e 16), com o teste U, ao nível de significância de 5%, permitiu concluir que, nas variáveis “apinhamento” e “total de desalinhamentos”, os resultados do examinador 1 são considerados significativamente diferentes dos que foram apurados pelos outros examinadores e que, na variável “sobremordida horizontal”, os resultados do examinador 3 são considerados contraditórios com

os restantes. Estes resultados são confirmados, considerando-se apenas os exames realizados na zona 3.

Considerando os resultados dos três examinadores, o teste K aplicado às variáveis em estudo agrupadas por zonas, permite verificar, ao nível de significância de 5%, que as variáveis “apinhamento”, “diastema anterior” e “relação molar antero-posterior” apresentam valores diferentes nas três zonas estudadas e que as restantes variáveis não apresentam diferenças significativas.

Repetindo a aplicação do teste K às variáveis agrupadas por zonas (Quadro 18), considerando apenas os resultados do examinador 2, e depois os resultados conjuntos dos examinadores 2 e 3, é possível concluir que:

- nos resultados do examinador 2, as variáveis “relação molar antero-posterior” e “total de desalinhamentos” apresentam valores diferentes nas três zonas consideradas;
- nos resultados dos examinadores 2 e 3, as diferenças significativas estão registadas nas variáveis “relação molar antero-posterior”, “diastema anterior” e “total de desalinhamentos”. Verifica-se também uma diferença muito pouco significativa na variável “apinhamento”;
- a diferença verificada na variável “diastema anterior”, agrupada por zonas, é justificada pela incoerência dos resultados do examinador 3 nessa variável, sendo legítimo concluir a inexistência de diferenças significativas da variável nas três zonas consideradas.

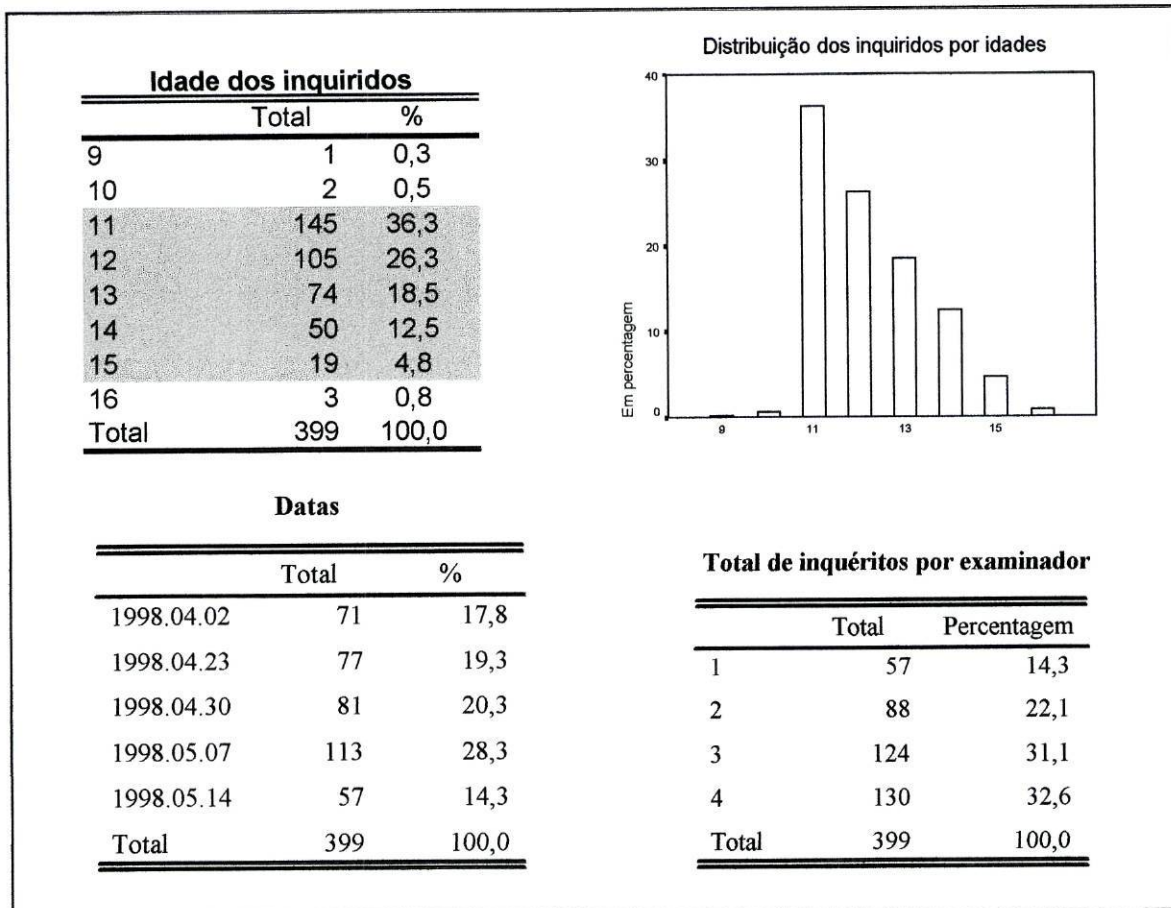
No mesmo quadro, em consequência da exclusão dos resultados do examinador 1, é possível concluir que:

- afinal a variável “apinhamento” agrupada por zonas não apresenta diferenças muito significativas;

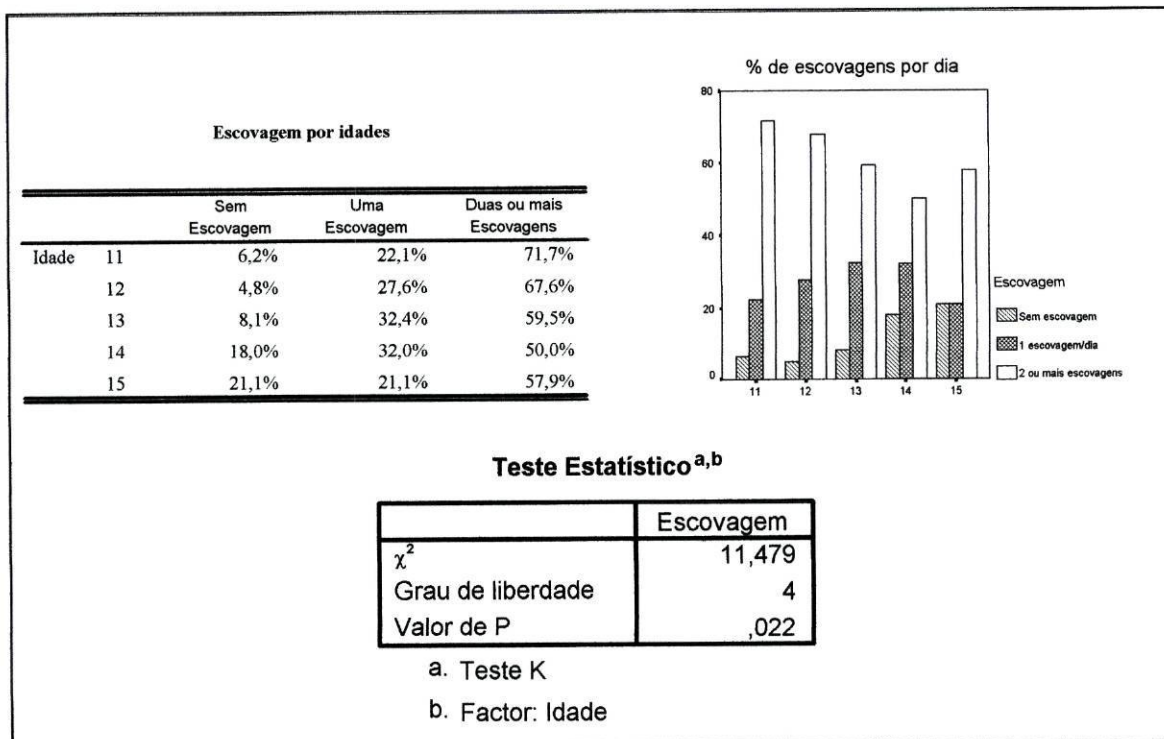
- se confirma que os valores da variável “relação molar antero-posterior” são diferentes nas três zonas consideradas;
- também a variável “total de desalinhamentos” varia nas três zonas;
- os valores contraditórios do examinador 3 na variável “total de desalinhamentos” não influenciaram os resultados do teste concluindo-se, por isso, a inexistência de valores significativamente diferentes nas três zonas.

Os resultados do examinador 2 agrupados por datas são diferentes nas variáveis “relação molar antero-posterior” e “total de desalinhamentos”. Restringindo a análise aos resultados da zona 3 e aplicando o teste K-S, as diferenças deixam de existir (ao nível de significância de 5%). Confirma-se, assim, que as variáveis apresentam valores diferentes nas três zonas consideradas. Os resultados dos examinadores 1 e 3 agrupados por datas (Quadros 20 e 21) são coerentes ao nível de 5% de significância pelo teste K-S.

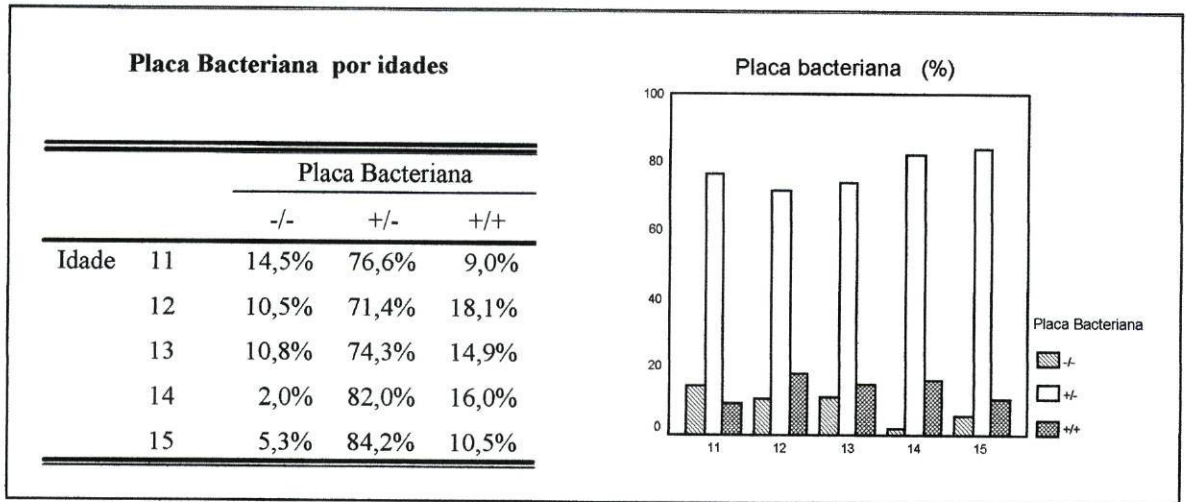
Quadro 1



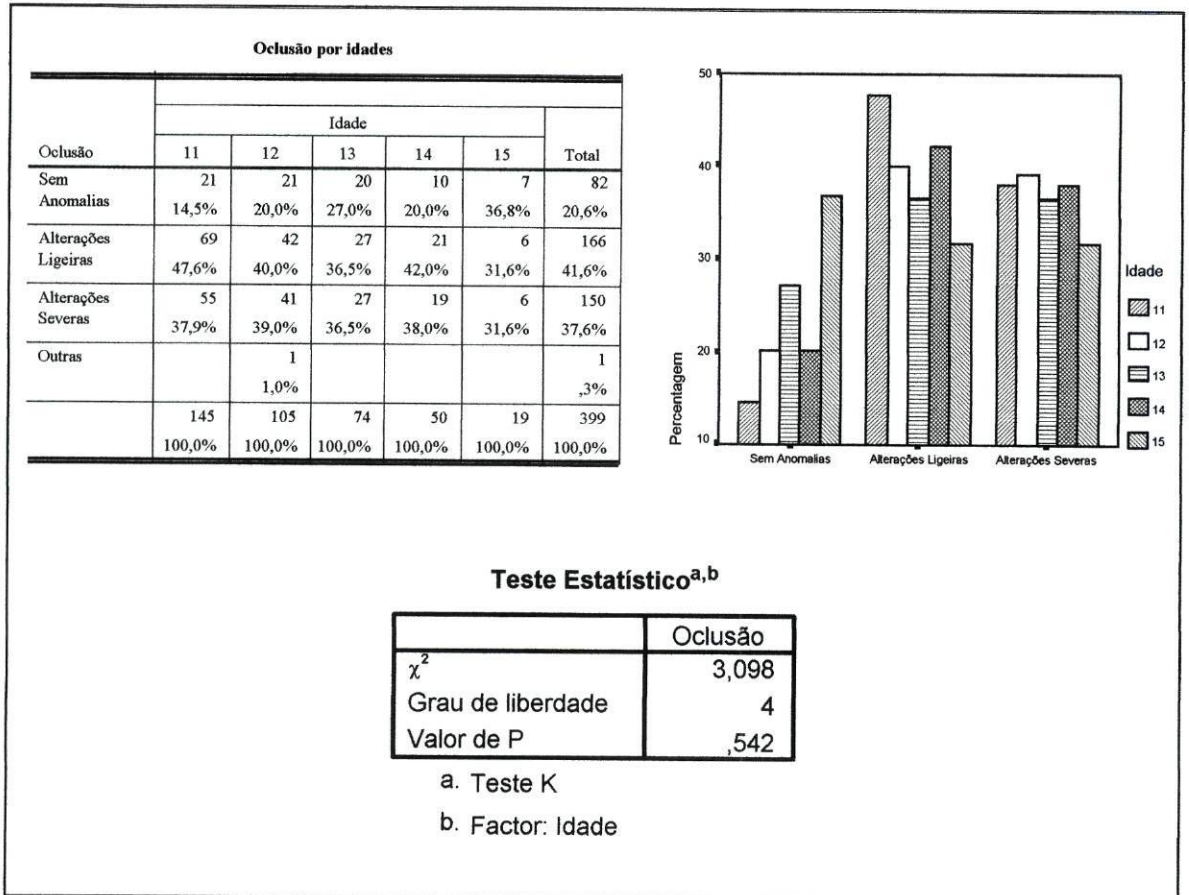
Quadro 2



Quadro 3



Quadro 4



Quadro 5

	Cariados	Obturados	Perdidos	Extrações indicadas
	%	%	%	%
0	28,6	64,9	94,2	88,5
1	16,3	16,0	4,8	7,0
2	16,8	8,5	1,0	3,8
3	11,8	5,5		,5
4	10,3	2,8		,3
5	5,8	,5		
6	4,0	,8		
7	3,0	1,0		
8	1,8			
9	,5			
10	,5			
11	,5			

Somatório		
N	Válidos	399
	Valores em falta	0
Média (CPO)		3,15
Mediana		3,00
Moda		0

Quadro 6

Número de dentes com patologia por idades (em %)

Somatório	Idade					Total
	11	12	13	14	15	
0	29,0	14,3	13,5	18,0	5,3	19,5
1	16,6	11,4	10,8	6,0	31,6	13,3
2	19,3	21,0	8,1	8,0	15,8	15,8
3	6,2	12,4	10,8	4,0		8,5
4	9,7	16,2	17,6	22,0	10,5	14,5
5	7,6	13,3	17,6	14,0		11,3
6	3,4	7,6	5,4	6,0	5,3	5,3
7	4,1		8,1	2,0	5,3	4,0
8	2,8	1,9	5,4	12,0	15,8	4,8
9	,7			2,0		,5
10	,7	1,0	2,7	2,0	10,5	1,8
11		1,0				,3
13				2,0		,3
16				2,0		,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Dentes com patologia

Teste Estatístico^{a,b}

	Somatório
χ^2	26,586
Grau de liberdade	4
Valor de P	,000

a. Teste K
b. Factor: Idade

Quadro 7

Teste Estatístico ^{a,b}	
	Somatório
χ^2	3,382
Grau de liberdade	3
Valor P	,336

a. Teste K
b. Factor: Examinadores

Quadro 8

Comparação dos resultados dos examinadores 1/2/3/4 ^{a,b}		Comparação dos resultados dos examinadores 1/2/4 ^{a,b}	
	Oclusão		Oclusão
χ^2	9,317	χ^2	1,435
Grau de liberdade	3	Grau de liberdade	2
Valor de P	,025	Valor de P	,488

a. Teste K
b. Factor: Examinadores

a. Teste K
b. Factor: Examinador

Comparação dos resultados - 1/3 ^a		Comparação dos resultados - 4/3 ^a	
	Oclusão		Oclusão
Teste U	2731,000	Teste U	6746,000
Valor de P bilateral	,008	Valor de P bilateral	,017

a. Factor: Examinadores

a. Factor: Examinadores

Quadro 9

Associação entre as variáveis escovagem e placa bacteriana

	Placa Bacteriana			Total
	-/-	+/-	+/+	
Sem Escovagem	1 2,4%	26 8,6%	6 10,9%	33 8,3%
Uma Escovagem Dia	7 16,7%	77 25,5%	22 40,0%	106 26,6%
Duas ou mais Escovagens Dia	34 81,0%	199 65,9%	27 49,1%	260 65,2%
Total	42 100,0%	302 100,0%	55 100,0%	399 100,0%

Teste do χ^2

	Valor	Grau de liberdade	Valor de P bilateral
χ^2	11,494	4	,022
N.º de casos válidos	399		

Oclusão/placa

Teste do χ^2

	Valor	Grau de liberdade	Valor de P bilateral
χ^2	8,596	6	,198
N.º de casos válidos	399		

Oclusão/Escovagem

Teste do χ^2

	Valor	Grau de liberdade	Valor de P bilateral
χ^2	3,178	6	,786
N.º de casos válidos	399		

Oclusão/patologia

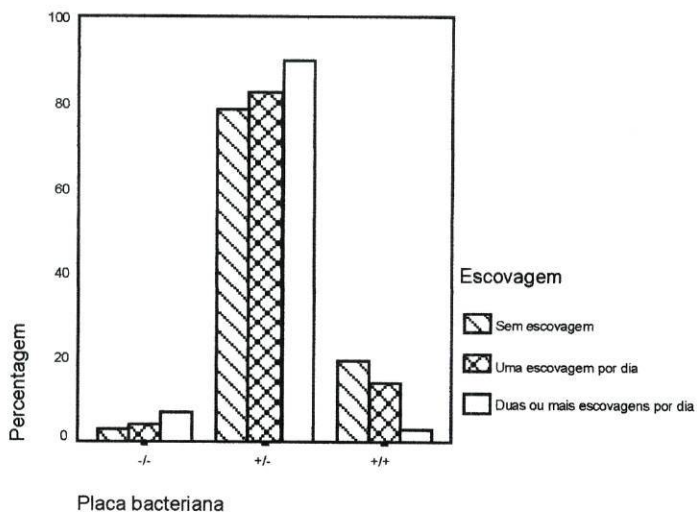
Teste do χ^2

	Valor	Grau de liberdade	Valor de P bilateral
χ^2	25,856	39	,947
N.º de casos válidos	399		

Quadro 10

Escovagem / Placa bacteriana

	Placa bacteriana			Total
	-/-	+/-	+/+	
Sem escovagem	1	25	6	32
	3,1%	78,1%	18,8%	100,0%
	6,3%	10,5%	28,6%	11,6%
Uma escovagem dia	3	61	10	74
	4,1%	82,4%	13,5%	100,0%
	18,8%	25,6%	47,6%	26,9%
Duas ou mais escovagens dia	12	152	5	169
	7,1%	89,9%	3,0%	100,0%
	75,0%	63,9%	23,8%	61,5%
Total	16	238	21	275
	5,8%	86,5%	7,6%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Teste do χ^2

	Valor	Grau de liberdade	Valor de P bilateral
χ^2 (escovagem / placa bacteriana)	15,270	4	0,004
χ^2 (oclusão / escovagem)	2,298	6	0,890
χ^2 (oclusão / placa bacteriana)	9,244	6	0,160
χ^2 (oclusão / patologia)	31,777	39	0,787

Quadro 11

Idade (anos)			Escola		
			Total	%	
11	52	15,9	S. 2/3 Branca - Albergaria-a-Velha	64	19,5
12	40	12,2	Adolfo Portela - Águeda	67	20,4
13	70	21,3	Secundária Gomes de Almeida - Espinho	30	9,1
14	117	35,7	Secundária Manuel Laranjeira - Espinho	35	10,7
15	41	12,5	Pêro Vaz de Caminha - Paranhos - Porto	132	40,2
16	5	1,5	Total	328	100,0
17	3	,9			
Total	328	100,0			

Examinador			Data		
	Total	%		Total	%
1	41	12,5	1999/02/26	65	19,8
2	246	75,0	1999/03/02	64	19,5
3	41	12,5	1999/03/09	67	20,4
Total	328	100,0	1999/04/28	87	26,5
			1999/05/05	45	13,7
			Total	328	100,0

Quadro 12

Total de dentes ausentes / idade (anos)							
		idade (anos)					Total
		11	12	13	14	15	
0	Total	44	37	60	101	35	284
	%	84,6%	92,5%	85,7%	86,3%	85,4%	86,6%
1	Total	8	1	5	9		24
	%	15,4%	2,5%	7,1%	7,7%		7,3%
2	Total			5	4	2	11
	%			7,1%	3,4%	4,9%	3,4%
3	Total		2			2	4
	%		5,0%			4,9%	1,2%
4	Total				2	2	4
	%				1,7%	4,9%	1,2%
5	Total						
	%						
Total	Total	52	40	70	117	41	328
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quadro 13

Apinhamento			Nº de dentes				
	Total	%	mm	Desalinhamento incisivo mais evidente (mandíbula)		Desalinhamento incisivo mais evidente (maxila)	
				Total	%	Total	%
Sem apinhamento	70	21,3	0	82	25,0%	77	23,5%
1 segmento apinhado	101	30,8	1	116	35,4%	98	29,9%
2 segmentos apinhados	157	47,9	2	75	22,9%	73	22,3%
			3	37	11,3%	42	12,8%
			4	13	4,0%	20	6,1%
			5	3	0,9%	13	4,0%
Total	328	100,0	6			3	0,9%

Diastema Anterior			Diastemas interproximais		
	Total	%	Total	%	
0	260	79,3	Sem espaços	217	66,2%
1	41	12,5	Um espaço	74	22,6%
2	21	6,4	Dois espaços	37	11,3%
3	6	1,8			
Total	328	100,0			

	Mordida aberta anterior	Sobremordida horizontal invertida	Sobremordida horizontal
Não considerada	89,3%	93,0%	3,0%
Considerada	10,7%	7,0%	97,0%

	mm	0	1	2	3	4	5	6
Mordida aberta anterior (considerada)		34,3	28,6	11,4	14,3	5,7	2,9	2
Sobremordida horizontal (considerada)		5,7	3,5	25,2	29,9	17,9	5,7	5
Sobremordida horizontal invertida (considerada)		52,2	4,3	34,8	8,7			

Relação molar antero posterior		
	Total	%
Normal	131	39,9%
1/2 cúspide	127	38,7%
Maior ou igual a 1 cúspide	70	21,3%
Total	328	100,0%

Quadro 14

Teste estatístico ^{a,b}				Teste estatístico ^{a,b}		
	χ^2	Grau de liberdade	Valor de P		Total de desalinhamentos	Total de dentes ausentes
Diastema anterior	4,667	2	,097		10,768	3,243
Sobremordida horizontal invertida	1,764	1	,184	Grau de liberdade	2	2
Sobremordida horizontal	9,335	2	,009	Valor de P	,005	,198
Mordida aberta anterior	5,294	2	,071			

a. Teste K
b. Factor: Examinador

a. Teste K
b. Factor: Examinador

Teste estatístico ^{a,b}			
	χ^2	Grau de liberdade	Valor de P
Apinhamento	22,631	2	,000
Diastemas interproximais	2,702	2	,259
Relação molar antero posterior	1,994	2	,369

a. Teste K
b. Factor: Examinador

Quadro 15

Resultados de 1 e 2				Resultados de 2 e 3			
Teste estatístico ^a				Teste estatístico ^a			
	Apinhamento	Total de desalinhamentos	Sobremordida horizontal		Apinhamento	Total de desalinhamentos	Sobremordida horizontal
Teste U	2930,500	3426,000	4806,500	Teste U	4374,500	5025,500	3304,000
Valor de P bilateral	,000	,001	,876	Valor de P bilateral	,135	,971	,003

a. Factor: Examinador

a. Factor: Examinador

Resultados de 1 e 3			
Teste estatístico ^a			
	Apinhamento	Total de desalinhamentos	Sobremordida horizontal
Teste U	575,500	618,000	537,000
Valor de P bilateral	,008	,035	,010

a. Factor: Examinador

Quadro 16

Resultados zona 3							
1 / 2				2 / 3			
Teste estatístico ^a				Teste estatístico ^a			
	Apinhamento	Total de desalinhamentos	Sobremordida horizontal		Apinhamento	Total de desalinhamentos	Sobremordida horizontal
Teste U	577,500	458,500	939,500	Teste U	879,500	830,000	672,000
Valor de P bilateral	,000	,000	,589	Valor de P bilateral	,207	,117	,016

a. Factor: Examinador

a. Factor: Examinador

Quadro 17

Teste estatístico ^{a,b}			
	χ^2	Grau de liberdade	Valor de P
Apinhamento	13,109	2	,001
Total de dentes ausentes	2,285	2	,319
Diastemas interproximais	1,740	2	,419
Total de desalinhamentos	2,035	2	,362
Relação molar antero posterior	12,600	2	,002

a. Teste K

b. Factor: Zona

Teste estatístico ^{a,b}			
	χ^2	Grau de liberdade	Valor de P
Diastema Anterior	8,712	2	,013
Mordida aberta anterior	1,295	2	,523
Sobremordida horizontal	1,357	2	,507
Sobremordida horizontal Invertida	,650	2	,722

a. Teste K

b. Factor: Zona

Quadro 18

Examinador 2				Examinadores 2 e 3			
Teste estatístico ^{a,b}				Teste estatístico ^{a,b}			
	χ^2	Grau de liberdade	Valor de P		χ^2	Grau de liberdade	Valor de P
Apinhamento	5,411	2	,067	Apinhamento	6,152	2	,046
Relação molar antero posterior	12,654	2	,002	Relação molar antero posterior	13,287	2	,001
Diastema anterior	5,038	2	,081	Diastema anterior	8,207	2	,017
Total de dentes ausentes	1,724	2	,422	Total de dentes ausentes	3,051	2	,218
Total de desalinhamentos	11,660	2	,003	Total de desalinhamentos	7,572	2	,023
Mordida aberta anterior	1,071	2	,585	Mordida aberta anterior	,714	2	,700
Sobremordida horizontal	2,882	2	,237	Sobremordida horizontal	1,956	2	,376
Sobremordida horizontal invertida	2,245	2	,325	Sobremordida horizontal invertida	,650	2	,722
Diastemas interproximais	1,804	2	,406	Diastemas interproximais	3,534	2	,171

a. Teste K
b. Factor: Zona

Quadro 19

Resultados do examinador 2 por datas			
Teste estatístico ^{a,b}			
	χ^2	Grau de liberdade	Valor de P
Apinhamento	7,115	4	,130
Diastemas interproximais	4,259	4	,372
Relação molar antero posterior	21,732	4	,000
Diastema anterior	5,575	4	,233
Total de dentes ausentes	8,787	4	,067
Total de desalinhamentos	13,819	4	,008
Mordida aberta anterior	2,514	4	,642
Sobremordida horizontal	5,791	4	,215
Sobremordida horizontal invertida	3,287	4	,511

a. Teste K
b. Factor: Data

Resultados do examinador 2, na zona 3, por datas					
Teste estatístico ^a					
	Diferenças mais extremas			Teste K-S	Valor de P bilateral
	Absolutas	Positivas	Negativas		
Apinhamento	,242	,242	,000	,769	,596
Diastema anterior	,020	,016	-,020	,063	1,000
Total de dentes ausentes	,302	,302	,000	,958	,318
Total de desalinhamentos	,115	,071	-,115	,365	,999
Diastemas interproximais	,258	,000	-,258	,819	,514
Relação molar antero posterior	,393	,000	-,393	1,247	,089
Sobremordida horizontal	,271	,271	-,043	,858	,453

a. Factor: Data

Quadro 20

Resultados do examinador 1 por datas

Teste estatístico ^a

	Diferenças mais extremas			Teste K-S	Valor de P bilateral
	Absolutas	Positivas	Negativas		
Apinhamento	,233	,233	-,064	,735	,653
Diastema anterior	,135	,135	,000	,425	,994
Total de dentes ausentes	,118	,118	,000	,371	,999
Total de desalinhamentos	,140	,076	-,140	,441	,990
Diastemas interproximais	,088	,000	-,088	,278	1,000
Relação molar antero posterior	,140	,000	-,140	,441	,990
Sobremordida horizontal	,174	,128	-,174	,538	,934

a. Factor: Data

Quadro 21

Resultados do examinador 3 por datas

Teste estatístico ^a

	Diferenças mais extremas			Teste K-S	Valor de P bilateral
	Absolutas	Positivas	Negativas		
Apinhamento	,233	,233	-,064	,735	,653
Diastema anterior	,135	,135	,000	,425	,994
Total de dentes ausentes	,118	,118	,000	,371	,999
Total de desalinhamentos	,140	,076	-,140	,441	,990
Diastemas interproximais	,088	,000	-,088	,278	1,000
Relação molar antero posterior	,140	,000	-,140	,441	,990
Sobremordida horizontal	,174	,128	-,174	,538	,934

a. Factor: Data

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

Existem poucos trabalhos publicados de clinicometria em ortodontia (P. Vig).²¹

Até ao momento presente, desconhecemos estudos nacionais de prevalência de anomalias dento-faciais que se incluam nos critérios utilizados pela OMS, o que impede, em larga medida, comparações seguras com os valores aqui apresentados. Mesmo assim, os achados que encontramos publicados apontam para alguma similitude de resultados, naqueles em que foi possível equiparar os métodos de avaliação.²²

Na verdade os ortodontistas geralmente procuram mostrar mais os presumíveis bons resultados, demonstrando ou comparando o início e o fim dos tratamentos, do que comprovar cientificamente a eficácia e a estabilidade dos

resultados obtidos. O paradigma assenta no conhecimento da evolução da biologia crânio-facial, mas emerge na nossa reflexão um novo conceito mais abrangente que engloba também factores sócio-culturais que possam dar mais e melhores respostas que expliquem as relações entre a etiologia, o diagnóstico, o tratamento e o respectivo prognóstico.²¹

Todo este trabalho pretendeu, também, dar um contributo a este nível. Tampouco pretendeu criticar a douda acção dos ortodontistas, mas sim dar relevo a conceitos epidemiológicos. Por outro lado, a adequação dos tratamentos ortodônticos aos interesses da comunidade não é simplesmente um exercício de retórica, outrossim uma resposta necessária à qualificação e quantificação desses mesmos tratamentos consonante com as exigências dos novos tempos.²³

Os dados já expostos, contudo, revelam alguns aspectos que consideramos importantes, tais como:

- em primeiro lugar, ficámos com a noção de que os alunos das Escolas do Segundo Ciclo do EB adquiriram já importantes conceitos gerais de Saúde Oral, o que abona em favor da utilização de serviços conjugados, prestados pelos estabelecimentos de ensino responsáveis por estes alunos e pelas entidades locais promotoras de saúde;
- os critérios de consenso alargado usados nos métodos de investigação epidemiológica, apesar de se lhes poderem ser apontados alguns defeitos, permitem uma mais fácil aceitação universalista da sua aplicação que outros mais restritos, supostamente de pouco valor consensual, por muito estudo e dedicação que tenham merecido por parte dos seus obreiros;
- nos programas de Saúde Oral, a aplicação de medidas, que vise a independência financeira da administração central, poderá ser um incentivo à colaboração das diversas entidades envolvidas.²⁴ Tendo em consideração este pressuposto, relevante pelas suas vantagens no âmbito do pragmatismo de acção, devem-se fomentar os registos personificados

do CPO à escala nacional no sentido de sabermos responder a “quem?”, “quando?”, “o quê?” e “como?” resolver os problemas de saúde;

- possivelmente, com o treino aprofundado dos observadores, poderemos obter registos mais fiáveis, atendendo a que se encontraram discrepâncias de avaliação, apesar da calibragem feita a todos os examinadores antes de darem início à avaliação;
- é preciso dirigir as acções de educação para a Saúde Oral também aos adolescentes em que o grau de higiene oral tende a baixar, tendo estes próprios estudos promovido a motivação primária como objectivo acessório;
- os apinhamentos dentários, quer pela preocupação estética dos presumíveis utilizadores dos recursos de saúde, quer pelo sentido profissional dos ortodontistas, merecem particular atenção dos dirigentes da política de saúde;
- os problemas de oclusão, nomeadamente a relação molar, devem ser motivo de mais investigação clínica e epidemiológica.

Configurando outra perspectiva, em função das linhas de orientação para a avaliação da má oclusão (GEM)²³ e, encontrado um modelo de decisão de diagnóstico e de tratamento em ortodontia,²⁵ torna-se necessário repensar sobretudo no número de casos identificados em três tipos de manifestações de problemas oclusais.

Na sobremordida horizontal grave (figura 13), a idade clínica do indivíduo identificado com o problema, o grau de afastamento que se aceita como normal entre 2 e 3 mm, bem como o escalão de dificuldade clínica, são os factores que determinam a gravidade da situação que serve de base à conduta terapêutica. O aumento desta sobremordida eleva o risco de traumatismo dentário e doença periodontal e diminui a aceitação social. Os valores que se aproximam de zero, tendencialmente instáveis, apresentam riscos inerentes à alteração seguinte.

Resulta inversamente ao tipo anterior, a sobremordida horizontal invertida (figura 14) que, para evitar deformidades dento-faciais, precisa de correcção precoce. A severidade destes casos prende-se com o aumento dos valores e a correspondente dificuldade clínica. Aqui o risco advém essencialmente do aumento da probabilidade de acumulação de placa bacteriana, da diminuição da atracção social, da disфонia e, ainda, da disfunção mastigatória.

Por último, a mordida aberta anterior (figura 15), em função da sua magnitude, também apresenta problemas disfuncionais com necessidade de reparo, como sejam: a deglutição atípica; a ventilação oral; e os hábitos de sucção. Assim como na sobremordida horizontal, a idade, o desvio do normal e a dificuldade clínica são os factores determinam a gravidade clínica.

É possível, no futuro, criar mecanismos de triagem na comunidade, aplicando protocolos de pesquisa que permitam automaticamente identificar e seleccionar as anomalias dento-faciais que necessitam de tratamentos específicos, através de modelos de decisão clínica. Na verdade, se o desenvolvimento de tais modelos, sobretudo os que visam decisões nos capítulos terapêuticos, for uma realidade aplicável, o despiste das anomalias realizar-se-á com mais sentido, na medida em que, paralelamente à quantificação se fará a indicação dos tratamentos prováveis. Estes sistemas disponibilizam vias de acesso facilitado tanto aos indivíduos portadores das ditas anomalias como aos profissionais prestadores de cuidados de saúde apropriados a estas situações. Torna-se, assim, mais esclarecida a compreensão das partes directamente envolvidas. Por outro lado, é de prever melhor aceitação pelos pares do processo, nomeadamente os legisladores, os economistas, os gestores de negócios, os responsáveis administrativos, bem assim como os políticos.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES

Através de dois estudos de feição descritiva realizados em populações escolares, durante os anos de 1998 e 1999, numa amostra de 727 alunos com idades compreendidas entre os 11 e 15 anos, obtiveram-se informações qualitativas e quantitativas sobre higiene oral, estado dos dentes, oclusão dentária e anomalias dento-faciais.

Com os resultados aferidos nesses estudos, concluiu-se que:

- existe um índice CPO com o valor de 3,15;

- o número de dentes ausentes não varia de forma significativa com a idade;
- a frequência da patologia dentária difere com a idade;
- a maioria da população estudada tem um significativo conhecimento geral sobre Saúde Oral;
- a faixa etária mais elevada da população estudada apresenta menores níveis de higiene, nomeadamente no que se refere à escovagem dentária;
- existe aumento da placa bacteriana nos indivíduos observados mais velhos;
- não há correlação entre a idade e as anomalias de oclusão;
- 21% da amostra não apresenta anomalias de oclusão;
- os apinhamentos maxilares e mandibulares, que ocorrem em simultâneo na mesma pessoa, constituem a maioria das observações na ordem dos 48%;
- se manifesta uma relação de independência entre a oclusão e um conjunto de variáveis constituído pela escovagem e pela placa bacteriana e, também, pelos dentes cariados, perdidos, obturados, assim como com extracções indicadas;
- em termos de clinicometria, fica aberta a perspectiva para trabalhos de pesquisa no campo da epidemiologia na Saúde Oral em simultâneo com o despiste e correspondente referência de casos através de modelos de decisão terapêutica adequados aos parâmetros a aferir.

RESUMO

Num estudo observacional descritivo foram inquiridos 259 alunos e feitos exames clínicos em escolas públicas a dois grupos distintos e independentes, num total de 727 estudantes com idades próximas dos 12 anos, durante os anos de 1998 e de 1999.

Salientou-se a importância da articulação e colaboração das várias instituições envolvidas na promoção de saúde da comunidade.

Alertou-se para a possibilidade de utilização de protocolos de identificação e de selecção de anomalias dento-faciais, que facilitam a referência clínica.

Efectuaram-se campanhas de motivação para a população escolar sobre Saúde Oral através das visitas às escolas de ensino básico.

Obtiveram-se dados sobre má oclusão e anomalias dento-faciais utilizando critérios de observação da Organização Mundial da Saúde.

Dos resultados salientam-se as seguintes conclusões:

- existe um índice CPO com o valor de 3,15;
- o número de dentes ausentes não varia de forma significativa com a idade;
- a frequência da patologia dentária difere com a idade;
- a maioria da população estudada tem um significativo conhecimento geral sobre Saúde Oral;
- a faixa etária mais elevada da população estudada apresenta menores níveis de higiene, nomeadamente no que se refere à escovagem dentária;

- existe aumento da placa bacteriana nos indivíduos observados mais velhos;
- não há correlação entre a idade e as anomalias de oclusão;
- 21% da amostra não apresenta anomalias de oclusão;
- os apinhamentos maxilares e mandibulares, que ocorrem em simultâneo na mesma pessoa, constituem a maioria das observações na ordem dos 48%;
- se manifesta uma relação de independência entre a oclusão e um conjunto de variáveis constituído pela escovagem e pela placa bacteriana e, também, pelos dentes cariados, perdidos, obturados, assim como com extracções indicadas;
- em termos de clinicometria, fica aberta a perspectiva para trabalhos de pesquisa no campo da epidemiologia na Saúde Oral em simultâneo com o despiste e correspondente referência de casos através de modelos de decisão terapêutica adequados aos parâmetros a aferir.

RÉSUMÉ

Sur une étude observationnelle descriptive, 259 sujets ont été examinés, puis une étude clinique qui a été élaboré dans plusieurs écoles publiques, sur deux groupes distinctives et indépendants dans un total de 727 étudiants, avec une moyenne d'âges de 12 ans, durant l'annés de 1998 a 1999.

L'importance de l'articulation et colaboration des diverses institutions est vitale pour l'information et la divulgation de la santé dans le seuil de la communauté.

L'alerte avec l'utilisation de protocoles d'identification et de selection d'anomalie dentofaciale facilite la référence clinique.

Des campagnes de santé orale ont été developées dans des lycées afin d'obtenir un meilleur motif sur les jeunes.

Les données obtenues sur la mauvaise occlusion et anomalies dentofaciales ont été fondeés sur les critères de l'Organization Mondiale de la Santé.

Après avoir analysé les résultats, on obtient les conclusions suivantes:

- l'existence d'un indice DMFT ("Decayed, missed, filled teeth") avec un valeur de 3,15;
- l'absence de dents ne varie pas de forme significative avec l'âge;
- la fréquence de pathologie dentaire difère avec l'âge;

- une grande partie de la population étudiée a d'importante connaissance sur la santé orale;
- la population plus âgé de cette étude présente un niveaux d'hygiène orale assez bas, surtout dans la brossage des dents;
- on observe l'augmentation de la plaque dentaire sur les adolescents plus âgés;
- il n'existe pas de rélation entre l'âge et les anomalies de l'occlusion;
- 21% des échantillons ne presente pas d'anomalies de l'occlusion;
- l'encombrement maxillaire et mandibulaire, sur la même personne, fait la meilleure partie des observations, avec taux de 48%;
- la manifestation d'une rélation d'indépendance entre l'occlusion et divers facteurs constitués par la brossage, la plaque dentaire, cariées, perdues, reconstruies et puis aussi des extractions indiquées;
- au niveaux de la clinicometrie, on ouvre des portes pour la recherche sur le champs de l'épidemiologie dans la santé orale avec la possibilité de diagnostiquer, trier et traiter des cas en fonction des modèles de décision spécifiques.

SUMMARY

In a descriptive and observing study, 259 students were questioned and clinical exams were performed in public schools to two distinguished and independent groups in a total of 727 students with the average age of 12 years, during the years of 1998 and 1999.

It was pointed out the importance of the collaboration and unity of all institutions involved in the promotion of the community's health.

It was advised for the possibility of utilisation of protocols of identification and selection of dentofacial anomalies which make the clinical reference easier.

Through visits to the same schools, motivation campaigns were made in order to alert the students about oral health.

It was obtained information about malocclusion and dentofacial anomalies by using observations criteria of the World Health Organisation.

From the results the following conclusions were reached:

- there is an decayed, missing and filled teeth index with the value of 3.15;
- the number of absent teeth does not change significantly with the age;
- the frequency of dental pathology differs with the age;
- most of the population studied has a significant knowledge about oral health;
- the oldest population studied shows the lowest level of hygiene specially with relation to the toothbrushing;

- there is no connection between age and occlusion anomalies;

- 21% does not show occlusion anomalies;

- maxillary and mandibular's crowding that occurs simultaneously in the same person, represents the majority of the observations, being the total of 48%;

- there is no connection between occlusion and a group of factors such as:
 - toothbrushing;
 - dental plaque;
 - decayed teeth;
 - missed teeth;
 - filled teeth;
 - need for extraction by dental caries;

- in the quantification of clinical activity there is a chance for oral health epidemiologic research at the same time with selected clinical cases from models of specific decision-making, adequate to the correspondent parameters of comparison.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

a = mordida aberta anterior não considerada

ad = número de dentes ausentes na mandíbula

an = anotador

ax = número de dentes ausentes na maxila

a0 = sem apinhamento

a1 = um segmento apinhado

a2 = dois segmentos apinhados

c = escola

CPO = Dentes cariados, perdidos e obturados

CS = Centros de Saúde

da = diastema anterior

DGS = Direcção-Geral de Saúde

d0 = sem espaço interproximal

d1 = um segmento com excesso de espaço

d2 = dois segmentos com excesso de espaço

e = escovagem

EB = Ensino Básico

ex = examinador

FMDUP = Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

GEM = Linhas de orientação para a avaliação da má oclusão ("Guidelines for evaluating malocclusions")

h = sobremordida horizontal não considerada

hi = sobremordida horizontal invertida

i = sobremordida horizontal invertida não considerada

id = idade

K = Kruskal Wallis

ld = desalinhamento incisivo mais evidente na mandíbula

lx = desalinhamento incisivo mais evidente na maxila K-S = Kolmogorov - Smirnov

ma = mordida aberta anterior

n = número total de casos avaliados

N/C = não considerado(a)

Nfic = número da ficha

Nº = número

o = oclusão

OMS = Organização Mundial de Saúde

p = placa bacteriana

r0 = relação molar antero-posterior normal

r1 = relação molar antero-posterior com diferença de meia cúspide

r2 = relação molar antero-posterior com diferença de uma cúspide ou mais

sh = sobremordida horizontal

SPSS® = Programa informático de natureza estatística aplicável em ciências sociais (“Statistical Package for the Social Sciences”)

Tm = turma

U = Mann Whitney

χ^2 = Qui-quadrado

% = percentagem

9 (Tabela do anexo V) = sem avaliação

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ - Esperança-Pina, J.A. A Responsabilidade dos Médicos, Lisboa: Lidel, 2^a. Ed., 1998: 29 - 52.
- ² - Soutelo, M.F. Saúde Anos 90, Um desafio: O Médico de Família, O Cidadão, A Comunidade. Lisboa: Publicações Ciência e Vida, 1986.
- ³ - Stone, D.B., Armstrong, W.R., Macrina, D.M., Pankau, J.W.: Introduction to Epidemiology, Madison: Brown and Benchmark Publishers, 1996.
- ⁴ - Russel, N. Manual de Educação para a Saúde – Trad. Filipa Correia Soares, Lisboa: DGS, 1996: 63 - 68.
- ⁵ - DGS. Programa de Promoção de Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes. Circular Normativa Nº. 6/DSE. 1999.
- ⁶ - WHO: Oral Health Surveys – Basic Methods, 3th ed., Geneva. 1987.
- ⁷ - WHO: Oral Health Surveys – Basic Methods, 4th ed., Geneva. 1997.
- ⁸ - Abramson, J.H. : Survey Methodology in Community Medicine, London: Churchill Livingstone. 1984.
- ⁹ - Langlade, M. Therapeutique Orthodontique. Paris: Maloine S.A. Editeur, 1986: 651 - 669.
- ¹⁰ - Roth, R. JCO Roundtable – Diagnosis and treatment planning. JCO 1992; 26: 585.
- ¹¹ - Raberin, M. Critères et Évaluation Esthetiques du Visage. L'Orthodontie Française – SFODF. 1991; vol. 62: 21 - 70.
- ¹² - Lino, A. P. Ortodontia Preventiva Básica. São Paulo: Editora Artes Médicas, Ltda. – 1990: 117 - 127.
- ¹³ - Bassigny, F. Manuel d'Orthopedie Dento-Faciale. Masson, 1983:16 - 20.
- ¹⁴ - Andrews, L.F. The six keys to normal occlusion: Amer. J. Orthod., 1972; 62(3): 296 - 309.
- ¹⁵ - Langlade, M. Diagnostique Orthodontique : Maloine S A Éditeur. 1986: 1 - 60.
- ¹⁶ - Ricketts, R.M. The influence of orthodontic treatment on facial growth and development: Angle Orthod. 1960; 30: 103.
- ¹⁷ - Vellini-Ferreira, F. Oclusão e Equilíbrio dos Dentes. In: Ortodontia: Diagnóstico e Planejamento Clínico. São Paulo: Editora Artes Médicas, Ltda., 2^a. Ed. – 1998: 73 - 96.

- ¹⁸ - Angle, E.H. Classification of malocclusion. *Dental Cosmo*. 1899; 1(41): 248 - 357.
- ¹⁹ - Martin-Zurro, A. ,Cano-Pérez, J.F. Manual de Cuidados Primários. In: *Bases de Medicina Comunitária*. Trad. Dr. Helder M. Pinto. Lisboa: Farmapress – 1991: 107 - 193.
- ²⁰ - Siegel, S. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. Trad. Alfredo Alves Farias. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil Ltda., 1975.
- ²¹ - Vig, P.S., *Orthodontic Controversies: Their Origins, Consequences and Resolution*. In: Melsen, B. *Current Controversies in Orthodontics*: Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc, 1991: 269 - 310.
- ²² - Leitão, P. Prevalence of Malocclusion and Assessment of the Dental Developmental Stage in 12-year-old School Children of Lisbon. University of Bergen. 1990.
- ²³ - Njio, B.J., Stenvik, A. *Euro – Qual*. 1999; 31: 21 - 96
- ²⁴ - Chaves, M.M. *Odontologia Social*. Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil. 1997: 191 – 254.
- ²⁵ - Ferreira, A. P. *Compensação, Descompensação e Camuflagem Ortodôntica. Casos Limite*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. 1997.

ANEXOS

Anexo I

Exemplar da folha de registo do inquérito

TESTE DIAGNÓSTICO

NOME:

ANO:

TURMA:

DATA:

Lê as perguntas seguintes com atenção e responde atentamente não esquecendo que para cada pergunta feita deves assinalar com uma cruz (X) uma e só uma resposta.

1 – Associas a palavra cárie:

- () – a) a uma doença do coração;
- () – b) à doença dos dentes;
- () – c) a uma doença que não tem cura.

2 – Dos alimentos seguintes, assinala aqueles que para ti são melhores para os teus dentes:

- () – a) vegetais, frutas frescas, leite;
- () – b) bolos, chocolates e rebuçados;
- () – c) bolachas, refrigerantes, “colas” e gelados.

3 – Para que achas que servem os aparelhos colocados nos dentes que alguns meninos usam?

- () – a) para proteger os dentes quando os meninos brincam?
- () – b) para corrigir a posição dos dentes?
- () – c) para o aparelho o ajudar a mastigar os alimentos?

4 – Os dentes devem-se escovar após cada refeição. A escovagem dos dentes é importante para:

- () – a) que a comida te saiba melhor quando voltares a comer;
- () – b) os dentes ficarem mais amarelos;
- () – c) as gengivas ficarem mais saudáveis e sangrarem menos.

5 – Para ti, os dentistas são:

- () – a) os médicos da cara;
- () – b) os melhores amigos dos teus dentes;
- () – c) aqueles médicos a que só vais à consulta se tiveres dores fortes nos dentes.

6 – Deves ir ao dentista:

- () – a) só quando te doem os dentes;
- () – b) uma a duas vezes por ano;
- () – c) só quando fores mais velho.

Anexo II

Folha de registo do exame clínico do primeiro estudo

Escola: _____
 Data: _____

**PROGRAMA DE SAÚDE ORAL
 DO CONCELHO DE ESPINHO**

Nome: _____
 Idade: _____ anos
 Ano: _____ Fase: _____
 Professor(a): _____

<p>Higiene</p>	<p>Escovagem <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="radio"/> 0</p>	<p><input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="radio"/> 1</p>	<p><input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="radio"/> 2-3</p>
	<p>Placa bact. <input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="radio"/> --</p>	<p><input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="radio"/> + -</p>	<p><input style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="radio"/> ++</p>

CPO – ceo Assinalar com O os dentes presentes

<p>Código</p> <p>0 = intacto 1 = cárie 2 = obturado 3 = perdido 4 = extracção ind. 5 = ausente</p>	<p>55 54 53 52 51</p> <p>17 16 15 14 13 12 11</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <p>47 46 45 44 43 42 41</p> <p>85 84 83 82 81</p>																	<p>61 62 63 64 65</p> <p>21 22 23 24 25 26 27</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <p>31 32 33 34 35 36 37</p> <p>71 72 73 74 75</p>																

Anotador: _____
 Examinador: _____

MÁ OCLUSÃO

CÓDIGO

<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	<p>0 = S/ ANOMALIAS 1 = ALT. LIGEIRAS 2 = ALT. SEVERAS 3 = OUTRAS</p>
--	--

Anexo III

Folha de registo do exame clínico do segundo estudo

ANOMALIAS DENTO-FACIAIS
 CRITÉRIOS OMS
 (DENTIÇÃO DEFINITIVA ⇒ ≥ 12 ANOS)

1 – DENTES AUSENTES 10 – C = N C = CONTAGEM DE 5°. A 5°. N = NÚMERO DE DENTES AUSENTES	MAXILA <input type="text"/> MANDÍBULA <input type="text"/>
2 – APINHAMENTOS “0” = SEM APINHAMENTO “1” = UM SEGMENTO APINHADO “2” = DOIS SEGMENTOS APINHADOS	<input type="text"/>
3 – DIASTEMAS INTERPROXIMAIS “0” = SEM ESPAÇO “1” = UM SEGMENTO COM EXCESSO DE ESPAÇO “2” = DOIS SEGMENTOS COM EXCESSO DE ESPAÇO	<input type="text"/>
4 – DIASTEMA ANTERIOR	<input type="text"/> mm
5 E 6 – DESALINHAMENTO INCISIVO MAIS EVIDENTE	MAXILA <input type="text"/> mm MANDÍBULA <input type="text"/> mm
7 – SOBREMORDIDA HORIZONTAL “f” = NÃO CONSIDERADA	<input type="text"/> mm
8 – SOBREMORDIDA HORIZONTAL INVERTIDA “f” = NÃO CONSIDERADA	<input type="text"/> mm
9 – MORDIDA ABERTA ANTERIOR “f” = NÃO CONSIDERADA	<input type="text"/> mm
10 – RELAÇÃO MOLAR ANTERO-POSTERIOR “0” = NORMAL “1” = ½ CÚSPIDE “2” = ≥ 1 CÚSPIDE	<input type="text"/>

Data:

Escola:

Idade:

Examinador:

Anotador:

Ficha nº.

Anexo IV

Tabela das respostas ao inquérito “Teste diagnóstico”

	1	2	3	4	5	6
1	b	a	b	b	c	b
2	b	a	b	c	b	b
3	b	a	b	c	b	b
4	b	a	b	c	b	b
5	b	a	b	c	c	b
6	b	a	b	c	b	b
7	b	a	b	c	c	a
8	b	a	b	c	b	b
9	b	a	b	c	b	a
10	b	a	b	c	b	b
11	b	a	b	c	b	b
12	b	a	b	c	b	b
13	b	a	b	c	c	b
14	b	a	b	c	b	b
15	b	a	b	c	b	b
16	b	a	b	c	b	b
17	b	a	b	c	b	b
18	b	a	b	c	b	b
19	b	a	b	c	b	b
20	b	a	b	c	b	a
21	b	a	b	c	b	b
22	b	a	b	c	b	b
23	b	a	b	c	b	b
24	b	a	b	c	c	b
25	b	a	b	c	b	b
26	b	a	b	c	b	b
27	a	a	b	c	b	b
28	b	a	b	c	b	b
29	b	a	b	c	b	b
30	b	a	b	c	b	b
31	b	a	b	c	b	b
32	b	a	b	c	b	b
33	b	a	b	c	b	b
34	b	a	b	c	b	b
35	b	a	b	c	b	b
36	b	a	b	c	b	b
37	b	a	c	a	a	b
38	b	a	b	a	b	b
39	b	a	b	c	b	b
40	b	a	b	c	b	b
41	b	a	b	c	c	b
42	b	a	b	c	c	b
43	b	a	b	c	c	b
44	b	a	b	c	b	b
45	b	a	b	c	b	b
46	b	a	b	c	b	b
47	b	a	b	c	b	b
48	b	a	b	c	b	b
49	b	a	b	c	b	b
50	b	a	b	c	c	b
51	b	a	b	c	b	b
52	b	a	b	c	b	b
53	b	a	b	c	b	b
54	b	a	b	c	b	b
55	b	a	b	c	b	b
56	b	a	b	c	c	b
57	b	a	b	c	b	b
58	b	a	b	c	b	b
59	b	a	b	c	b	b
60	o	a	b	c	c	a
61	b	a	b	c	a	a
62	b	a	b	c	c	a
63	b	a	b	c	b	b
64	b	a	b	c	b	b
65	c	a	b	a	c	a
66	b	a	b	c	c	b
67	b	a	b	c	b	b
68	b	a	b	c	c	b
69	b	a	b	a	c	b
70	b	a	b	c	b	b
71	b	a	b	c	b	b
72	b	a	b	c	b	b
73	b	a	b	c	b	b
74	b	a	b	c	b	b
75	b	a	b	c	b	b
76	b	a	b	c	b	b
77	b	a	b	c	b	b
78	b	a	b	c	b	b
79	b	a	b	c	b	b
80	b	a	b	c	c	b
81	b	a	b	c	b	b
82	b	a	b	c	b	b
83	b	a	b	c	b	b
84	b	a	b	c	b	b
85	b	a	b	c	b	b
86	b	a	b	c	b	b
87	b	a	b	c	b	b
88	b	a	b	c	b	a
89	b	a	b	c	b	b
90	b	a	b	c	b	b
91	b	a	b	c	b	b
92	b	a	b	c	b	b
93	b	a	b	c	b	b
94	b	a	b	c	b	b
95	b	a	b	c	b	b
96	b	a	b	c	c	b
97	b	a	b	c	b	b
98	b	a	b	c	b	b
99	b	a	b	c	b	b
100	b	a	b	c	c	b
101	b	a	b	c	b	b
102	b	a	b	c	c	b
103	b	a	b	c	b	b
104	b	a	b	c	b	b
105	b	a	b	c	b	b
106	b	a	b	c	b	b
107	b	a	b	c	b	b
108	b	a	b	c	b	b
109	b	a	b	c	b	b
110	b	a	b	c	b	b
111	b	a	b	c	b	b
112	b	a	b	c	b	b
113	b	a	b	c	b	b
114	b	a	b	c	b	b
115	b	a	b	c	b	b
116	b	a	b	c	b	b
117	b	a	b	c	b	b
118	b	a	b	c	b	b
119	b	a	b	c	c	b
120	b	a	b	c	b	b
121	b	a	b	c	b	b
122	b	a	b	c	b	b
123	b	a	b	c	b	b
124	b	a	b	c	b	b
125	b	a	b	c	b	b
126	b	a	b	c	b	b
127	b	a	b	c	b	b
128	b	a	b	c	b	a
129	b	a	b	c	b	b
130	b	a	b	c	b	b
131	b	a	b	c	b	b
132	b	a	b	c	b	b
133	b	a	b	c	c	a
134	b	a	b	c	b	b
135	b	a	b	c	b	b
136	b	a	b	c	c	b
137	b	a	b	c	b	b
138	b	a	b	c	b	b
139	b	a	b	c	b	b
140	b	a	b	c	b	b
141	b	a	b	b	c	a
142	b	a	b	c	b	b
143	b	a	b	c	b	a
144	b	a	b	c	b	b
145	b	a	c	c	c	a
146	b	a	b	c	b	b
147	b	a	b	c	b	b
148	b	a	b	c	b	b
149	b	a	b	c	b	b
150	b	a	b	c	b	a
151	b	a	b	c	b	b
152	b	a	b	c	b	b
153	b	a	b	c	b	b
154	b	a	b	c	b	b
155	b	a	b	c	b	b
156	b	a	b	c	b	b
157	b	a	b	c	b	b
158	b	a	b	c	b	b
159	b	a	b	c	b	b
160	b	a	b	c	b	b
161	b	a	b	c	b	b
162	b	a	b	c	b	b
163	b	a	b	c	b	b
164	b	a	b	c	b	b
165	b	a	b	c	b	b
166	b	a	b	a	b	b
167	b	a	b	c	b	b
168	b	a	b	c	b	b
169	b	a	b	c	b	a
170	b	a	b	c	b	b
171	b	a	b	c	c	b
172	b	a	b	c	b	b
173	b	a	b	c	b	b
174	b	a	b	c	b	b
175	b	a	b	c	b	b
176	b	a	b	c	b	b
177	b	a	b	c	b	b
178	b	a	b	c	b	b
179	b	a	b	c	b	b
180	b	a	b	b	c	b
181	b	a	b	c	b	b
182	b	a	b	c	b	b
183	b	a	b	c	b	b
184	b	a	b	c	b	b
185	b	a	b	c	c	a
186	b	a	b	c	b	b
187	b	a	b	c	b	b
188	b	a	b	c	b	b
189	b	a	b	c	b	b
190	b	a	b	c	b	b
191	b	a	b	c	b	b
192	b	a	b	c	c	a
193	b	a	b	c	c	b
194	b	a	b	c	b	b
195	b	a	b	c	c	a
196	b	a	b	c	c	b
197	b	a	b	c	b	b
198	b	a	b	c	b	b
199	b	a	b	c	b	b
200	b	a	b	c	b	b
201	b	a	b	c	b	b
202	b	a	b	c	b	b
203	b	a	b	c	b	b
204	b	a	b	c	b	b
205	b	a	b	c	b	b
206	b	a	b	c	c	b
207	b	a	b	c	b	b
208	b	a	b	c	b	b
209	b	a	b	c	b	b
210	b	a	b	c	b	b
211	b	a	b	c	b	b
212	b	a	b	c	b	b
213	b	a	b	a	b	b
214	b	a	b	c	b	b
215	b	a	b	c	b	b
216	b	a	b	a	c	b
217	b	a	b	c	b	b
218	b	a	b	c	b	b
219	b	a	b	c	a	b
220	b	a	b	c	b	b
221	b	a	b	c	b	b
222	b	a	b	c	b	b
223	b	a	b	c	b	b
224	b	a	b	c	c	b
225	b	a	b	c	b	b
226	b	a	b	c	b	b
227	b	a	b	c	b	b
228	b	a	b	c	c	b
229	b	a	b	c	c	b
230	b	a	b	c	b	b
231	o	o	o	o	o	o
232	b	a	b	c	b	b
233	b	a	b	c	b	b
234	b	a	b	c	b	b
235	b	a	b	c	c	b
236	b	a	b	c	b	b
237	b	a	b	c	b	b
238	b	a	b	c	b	b
239	b	a	b	c	b	b
240	b	a	b	c	b	b
241	b	a	b	c	b	b
242	b	a	b	c	c	b
243	b	a	b	c	b	b
244	b	a	b	c	b	b
245	b	a	b	c	c	b
246	b	a	b	c	b	b
247	b	a	b	c	b	b
248	b	a	b	c	b	b
249	b	a	b	c	b	b
250	b	a	b	c	b	b
251	b	a	b	c	b	b
252	b	a	b	c	b	b
253	b	a	b	c	b	b
254	b	a	b	c	b	b
255	b	a	b	c	b	b
256	b	a	b	c	b	b
257	b	a	b	c	b	b
258	b	a	b	c	b	b
259	b	a	b	c	b	b

Anexo VI

Tabelas dos resultados do exame clínico do segundo estudo

(n = 328)

nfic	id	ax	ad	a0	a1	a2	d0	d1	d2	da	lx	ld	h	sh	i	hi	a	ma	r0	r1	r2	c	data	ex	an
1	14	1	0			2	0			1	3	2		6	/	/					2	1	99/02/26	2	ML
2	14	0	1			2	0			0	1	0		3	/	/				1		1	99/02/26	2	ML
3	13	0	0			2	0			0	2	1		5	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
4	13	0	0		1		0			0	0	2		2	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
5	14	0	0	0			0			0	0	0		2	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
6	14	0	0			2	0			0	5	4		3	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
7	14	2	2	0			0			0	0	0		0		0		0			2	1	99/02/26	2	ML
8	15	0	0			2	0			0	3	2		7	/			6	0			1	99/02/26	2	ML
9	14	0	0			2	0			0	3	3		7	/			1	0			1	99/02/26	2	ML
10	14	0	0		1		0			0	0	1		2	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
11	14	0	1		1			1		1	3	2		3	/	/				1		1	99/02/26	2	ML
12	15	0	0		1			1		0	2	0		2	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
13	13	0	0	0					2	1	1	1		4	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
14	14	0	0			2	0			0	5	3		5	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
15	15	2	2		1		0			0	0	4		2	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
16	14	0	0			2	0			0	3	2		3	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
17	15	0	0			2	0			0	3	4		5	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
18	15	2	0		1		0			0	0	2		3	/	/					2	1	99/02/26	2	ML
19	14	0	0	0					2	0	1	0		2	/	/					2	1	99/02/26	2	ML
20	15	0	0	0				1		0	1	0		2	/	/				1		1	99/02/26	2	ML
21	14	0	0	0				1		1	0	0		3	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
22	14	0	0	0					2	0	0	0		4	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
23	15	0	0			2	0			0	1	2		5	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
24	15	2	2	0					2	0	0	2		2	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
25	14	0	0		1		0			0	0	3		5	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
26	14	0	0			2	0			0	8	1	/			2	/				2	1	99/02/26	2	ML
27	15	0	0			2	0			0	0	0		2	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
28	14	1	0			2	0			0	1	2		2	/	/				1		1	99/02/26	2	ML
29	15	0	2	0					2	1	0	0		3	/			2		1		1	99/02/26	2	ML
30	15	0	0	0				1		1	1	1		6	/	/			0			1	99/02/26	2	ML
31	15	0	0			2	0			0	1	2		5	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
32	15	0	0		1			1		1	1	0		3	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
33	14	0	0	0				1		2	0	0		3	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
34	14	0	0		1		0			0	0	0		3	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
35	14	0	0			2	0			0	1	2		5	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
36	14	0	0			2	0			0	1	2		4	/	/				1		2	99/02/26	2	ML
37	14	0	0		1		0			0	1	0		3	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
38	14	0	0			2	0			0	2	3		4	/			1		1		2	99/02/26	2	ML
39	14	0	0	0			0			0	0	0		2	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
40	15	0	0			2	0			0	5	1		5	/	/					2	2	99/02/26	2	ML
41	14	0	0			2	0			0	2	1		4	/	/					2	2	99/02/26	2	ML
42	14	0	2			2	0			0	2	2		4	/	/				1		2	99/02/26	2	ML
43	14	0	0			2	0			0	1	3		1	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
44	14	0	0			2	0			0	1	2		3	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
45	14	0	0	0					2	2	1	1		4	/	/					2	2	99/02/26	2	ML
46	15	0	3			2	0			0	1	0		3	/	/					2	2	99/02/26	2	ML
47	14	0	0		1		0			0	3	0		2	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
48	14	0	0		1		0			0	1	1		4	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
49	14	0	0		1			1		2	0	1		6	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
50	14	0	0	0					2	1	2	1		2	/	/				1		2	99/02/26	2	ML

Anexo VI

Tabelas dos resultados do exame clínico do segundo estudo (continuação)

nfic	id	ax	ad	a0	a1	a2	d0	d1	d2	da	lx	ld	h	sh	i	hi	a	ma	r0	r1	r2	c	data	ex	an
51	15	0	0	0				1		0	1	0		3	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
52	14	2	2	0					2	0	0	2		4	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
53	14	0	0		1			1		0	2	1		6	/	/				1		2	99/02/26	2	ML
54	14	0	0		1			1		0	3	0		4	/	/				1		2	99/02/26	2	ML
55	15	0	0			2	0			0	2	3		2	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
56	14	0	0			2	0			0	1	2		5	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
57	14	0	0			2	0			0	1	1		3	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
58	14	0	0			2	0			0	4	2		6	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
59	14	0	0		1		0			0	1	1		2	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
60	15	0	0		1		0			0	0	1		2	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
61	14	0	0			2	0			0	2	2		3	/	/			0			2	99/02/26	2	ML
62	14	0	0	0					2	0	1	1		2	/	/					2	2	99/02/26	2	ML
63	14	0	0		1			1		0	1	0		6	/	/				1		2	99/02/26	2	ML
64	14	0	0			2	0			0	1	1		2	/	/				1		2	99/02/26	2	ML
65	14	0	0	0			0			0	0	0		2	/	/					2	2	99/02/26	2	ML
66	13	0	0		1		0			0	0	1		0		0		0			2	3	99/03/02	2	EM
67	14	1	0	0					2	0	2	1		2	/	/			0			3	99/03/02	2	EM
68	14	1	0		1			1		1	2	2		2	/	/			0			3	99/03/02	2	EM
69	14	0	0			2	0			0	1	1		6	/	/					2	3	99/03/02	2	EM
70	14	0	0			2	0			0	3	2		3	/	/			0			3	99/03/02	2	EM
71	13	0	0			2	0			0	2	3		4	/	/				1		3	99/03/02	2	EM
72	14	0	0	0				1		2	0	0		2	/	/			0			3	99/03/02	2	EM
73	14	0	0			2	0			0	1	1	/			1		1		1		3	99/03/02	2	EM
74	14	0	0	0					2	1	1	1		10	/	/				1		3	99/03/02	2	EM
75	14	0	0			2	0			1	1	1		3	/	/					2	3	99/03/02	2	EM
76	14	0	0			2	0			0	2	3		2	/	/			0			3	99/03/02	2	EM
77	13	0	0			2	0			0	5	3		3	/	/				1		3	99/03/02	2	EM
78	13	0	0			2	0			0	1	1		2	/	/			0			3	99/03/02	2	EM
79	13	0	0			2	0			0	1	1		2	/	/				1		3	99/03/02	2	EM
80	14	0	0			2	0			0	1	1		0		0		3		1		3	99/03/02	2	EM
81	13	0	0			2	0			0	1	1		3	/	/			0			3	99/03/02	2	EM
82	14	0	0			2	0			0	2	1		3	/	/				1		3	99/03/02	2	EM
83	13	0	0		1			1		3	2	1		7	/	/					2	3	99/03/02	2	EM
84	13	0	0			2	0			0	1	4		4	/	/				1		3	99/03/02	2	EM
85	14	0	0			2	0			0	1	3		3	/	/			0			3	99/03/02	2	EM
86	14	0	0		1		0			0	0	2		3	/	/			0			3	99/03/02	2	EM
87	13	0	0			2	0			0	3	3		3	/	/			0			3	99/03/02	2	EM
88	14	0	0			2	0			0	3	4		4	/	/					2	3	99/03/02	2	EM
89	13	0	0			2	0			0	2	1		0		0		3			2	3	99/03/02	2	EM
90	15	0	0		1			1		0	1	1		3	/	/				1		3	99/03/02	2	EM
91	13	0	0			2	0			0	1	2		2	/	/				1		3	99/03/02	2	EM
92	14	0	0			2	0			0	3	4		3	/	/				1		3	99/03/02	2	EM
93	13	1	1			2	0			0	4	4		2	/	/					2	3	99/03/02	2	EM
94	13	0	0			2	0			0	2	2		5	/	/				1		3	99/03/02	2	EM
95	16	0	0		1			1		0	0	1		3	/	/				1		3	99/03/02	2	EM
96	13	0	0			2	0			0	1	0		3	/	/				1		3	99/03/02	2	EM
97	13	0	0	0					2	0	1	1		2	/	/				1		3	99/03/02	2	EM
98	13	0	0			2	0			0	3	7		3	/	/				1		3	99/03/02	2	EM
99	13	0	0			2	0			0	3	7	/			2	/			1		3	99/03/02	2	EM
100	14	0	0			2	0			0	1	1		4	/	/			0			3	99/03/02	2	EM

Anexo VI

Tabelas dos resultados do exame clínico do segundo estudo (continuação)

nfc	id	ax	ad	a0	a1	a2	d0	d1	d2	da	lx	ld	h	sh	i	hi	a	ma	r0	r1	r2	c	data	ex	an	
101	14	0	0	0				1		0	1	1		3	/	/				1		3	99/03/02	2	EM	
102	14	0	0			2	0			0	1	2		5	/	/				1		3	99/03/02	2	EM	
103	14	0	0			2	0			0	3	1		0		0		0			2	3	99/03/02	2	EM	
104	14	0	0			2	0			0	5	1		2	/	/					1		3	99/03/02	2	EM
105	14	1	0		1		0			0	2	0		2	/	/					1		3	99/03/02	2	EM
106	13	0	0			2	0			0	1	1		3	/	/			0				3	99/03/02	2	EM
107	14	1	4			2	0			0	1	0		3	/	/					2	3	99/03/02	2	EM	
108	14	0	0	0					2	0	1	1		3	/	/					1		3	99/03/02	2	EM
109	14	0	0			2	0			0	6	3		2	/	/		1		1		3	99/03/02	2	EM	
110	14	0	0			2	0			0	0	1		4	/	/					2	3	99/03/02	2	EM	
111	14	1	1	0					2	2	0	0		2	/	/					2	3	99/03/02	2	EM	
112	14	0	0			2	0			0	3	3		5	/	/					1		3	99/03/02	2	EM
113	14	0	0	0					2	1	2	1		3	/	/					1		3	99/03/02	2	EM
114	13	0	0		1			1		1	0	1		7	/	/					1		3	99/03/02	2	EM
115	14	0	0			2	0			0	2	2		4	/	/			0				3	99/03/02	2	EM
116	15	0	0			2	0			0	3	3		4	/	/					1		3	99/03/02	2	EM
117	15	0	0			2	0			0	4	1		9	/	/		1			2	3	99/03/02	2	EM	
118	13	0	0	0					2	1	2	1		4	/	/					1		3	99/03/02	2	EM
119	14	0	0		1			1		0	1	1	/			2	/				2	3	99/03/02	2	EM	
120	15	0	0			2	0			0	2	1		4	/	/					1		3	99/03/02	2	EM
121	13	0	0	0					2	0	1	0		2	/	/					1		3	99/03/02	2	EM
122	14	0	0			2	0			0	6	3		4	/	/					1		3	99/03/02	2	EM
123	15	0	0			2	0			3	2	1		4	/	/			0				3	99/03/02	2	EM
124	15	0	0			2	0			0	2	3	/			2		1			2	3	99/03/02	2	EM	
125	14	2	0	0				1		0	0	0		2	/	/					1		3	99/03/02	2	EM
126	13	0	0		1			1		0	0	0		3	/	/					1		3	99/03/02	2	EM
127	13	0	0		1		0			0	2	0		3	/	/					1		3	99/03/02	2	EM
128	14	0	0	0					2	1	5	0		3	/	/					2	3	99/03/02	2	EM	
129	14	0	2			2	0			0	2	1		4	/	/					1		3	99/03/02	2	EM
130	14	0	0	0					2	2	3	2		9	/	/					2	4	99/03/09	2	EM	
131	14	0	0			2	0			0	2	2		3	/	/			0				4	99/03/09	2	EM
132	14	0	0			2	0			0	3	1		7	/	/					1		4	99/03/09	2	EM
133	13	1	1			2	0			0	1	2		3	/	/					1		4	99/03/09	2	EM
134	17	0	0			2	0			0	1	1		2	/	/					1		4	99/03/09	2	EM
135	13	0	0	0					2	2	1	0	/			3		1			2	4	99/03/09	2	EM	
136	13	0	0			2	0			0	3	2		9	/	/					1		4	99/03/09	2	EM
137	13	0	0			2	0			0	0	1		3	/	/			0				4	99/03/09	2	EM
138	13	2	0			2	0			0	1	3		3	/	/					2	4	99/03/09	2	EM	
139	14	0	0			2	0			0	3	2		4	/	/					1		4	99/03/09	2	EM
140	16	0	0			2	0			0	4	3	/			2		1			2	4	99/03/09	2	EM	
141	13	0	1		1			1		0	0	0		3	/	/			0				4	99/03/09	2	EM
142	14	0	0			2	0			0	2	1		4	/	/					1		4	99/03/09	2	EM
143	14	0	0		1		0			0	1	0		2	/	/			0				4	99/03/09	2	EM
144	16	0	0			2	0			0	2	0		3	/	/					1		4	99/03/09	2	EM
145	15	0	0		1		0			0	0	1		3	/	/			0				4	99/03/09	2	EM
146	13	0	0	0					2	2	1	1		2	/	/					1		4	99/03/09	2	EM
147	14	0	0			2			2	0	1	2		3	/	/			0				4	99/03/09	2	EM
148	14	0	0			2	0			0	1	1		3	/	/					1		4	99/03/09	2	EM
149	17	1	0			2	0			0	1	1		1	/	/		1			1		4	99/03/09	2	EM
150	14	0	0			2	0			0	1	2		2	/	/					1		4	99/03/09	2	EM

Anexo VI

Tabelas dos resultados do exame clínico do segundo estudo (continuação)

nfic	id	ax	ad	a0	a1	a2	d0	d1	d2	da	lx	ld	h	sh	i	hi	a	ma	r0	r1	r2	c	data	ex	an
151	13	2	0			2	0			0	3	2		3	/	/				1		4	99/03/09	2	EM
152	13	0	0			2	0			0	1	1		5	/	/				1		4	99/03/09	2	EM
153	14	0	0			2	0			2	3	1		6	/	/				1		4	99/03/09	2	EM
154	13	0	0		1		0			0	1	1		4	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
155	14	0	0		1			1		0	1	0		4	/	/				1		4	99/03/09	2	EM
156	13	0	0		1			1		0	0	1		2	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
157	15	0	0		1			1		1	0	2		3	/	/				1		4	99/03/09	2	EM
158	15	0	0	0					2	2	0	0		2	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
159	13	0	1		1		0			0	0	0		4	/	/				1		4	99/03/09	2	EM
160	14	0	0			2	0			0	1	1		0		0		0			2	4	99/03/09	2	EM
161	14	0	0		1			1		0	0	2		4	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
162	14	0	0			2	0			0	1	2		3	/	/				1		4	99/03/09	2	EM
163	13	0	0		1			1		1	1	1		3	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
164	12	0	0			2	0			0	2	1		2	/	/					2	4	99/03/09	2	EM
165	15	0	0			2	0			0	5	3		2	/	/					2	4	99/03/09	2	EM
166	14	0	0			2	0			0	1	1		3	/	/				1		4	99/03/09	2	EM
167	14	0	0			2	0			0	1	1		3	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
168	13	0	0		1			1		0	2	2		6	/	/				1		4	99/03/09	2	EM
169	13	0	0		1			1		0	2	0		3	/			1		1		4	99/03/09	2	EM
170	14	0	0			2	0			0	1	1		4	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
171	14	0	0			2	0			0	2	3		3	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
172	15	0	0			2	0			0	3	3		0		0		0			2	4	99/03/09	2	EM
173	14	0	1		1			1		0	2	0		3	/	/					2	4	99/03/09	2	EM
174	13	0	0			2	0			0	5	1		2	/	/				1		4	99/03/09	2	EM
175	14	0	0		1			1		0	1	1		2	/	/				1		4	99/03/09	2	EM
176	13	0	0		1			1		0	1	1		4	/	/				1		4	99/03/09	2	EM
177	13	0	0			2	0			0	2	1		3	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
178	14	0	0			2	0			0	1	1		2	/	/					2	4	99/03/09	2	EM
179	14	0	0	0			0			0	0	0		3	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
180	13	0	0		1		0			0	1	0		3	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
181	13	0	0			2	0			0	3	2		3	/	/				1		4	99/03/09	2	EM
182	13	0	0			2	0			0	2	2		3	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
183	13	0	0		1			1		0	0	0		3	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
184	14	0	0			2	0			0	2	5		5	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
185	16	0	0	0			0			0	0	0		2	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
186	17	0	0			2	0			0	4	4		3	/	/					2	4	99/03/09	2	EM
187	14	0	0			2	0			0	2	2		3	/	/				1		4	99/03/09	2	EM
188	13	0	0	0			0			0	0	0		3	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
189	13	0	0			2	0			0	1	1		2	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
190	13	0	0			2	0			0	4	2		2	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
191	13	0	0		1			1		1	0	1		4	/	/				1		4	99/03/09	2	EM
192	16	0	0	0			0			0	0	0		0		3		0			2	4	99/03/09	2	EM
193	15	0	0		1			1		0	1	1		3	/	/					2	4	99/03/09	2	EM
194	13	0	0		1			1		0	2	1		4	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
195	13	1	0			2	0			0	2	2		3	/			2		1		4	99/03/09	2	EM
196	13	0	0		1		0			0	0	3		3	/	/			0			4	99/03/09	2	EM
197	14	0	0			2	0			0	0	2		2	/	/					2	5	99/04/28	2	MA
198	15	1	2	0					2	0	2	1	/			2		5		1		5	99/04/28	2	MA
199	13	0	0			2	0			0	3	4		6	/	/				1		5	99/04/28	3	PA
200	11	0	0			2		1		0	1	1		2	/	/				1		5	99/04/28	3	PA

Anexo VI

Tabelas dos resultados do exame clínico do segundo estudo (continuação)

nfic	id	ax	ad	a0	a1	a2	d0	d1	d2	da	lx	ld	h	sh	i	hi	a	ma	r0	r1	r2	c	data	ex	an	
201	12	0	0		1			1		1	0	1		2	/	/			0			5	99/04/28	3	PA	
202	11	0	0			2	0			0	2	1		4	/	/			0			5	99/04/28	1	AD	
203	12	0	0	0				1		0	1	0		1	/	/			0			5	99/04/28	1	AD	
204	15	0	0		1		0			0	3	0		4	/	/				1		5	99/04/28	1	AD	
205	15	0	0	0				1		1	0	0		0	/	/			0			5	99/04/28	3	PA	
206	15	0	0		1		0			0	3	0		1	/			2	0			5	99/04/28	3	PA	
207	14	0	0	0					2	2	0	1		2	/	/			0			5	99/04/28	1	AD	
208	14	0	0		1		0			0	1	0		3	/	/				1		5	99/04/28	1	AD	
209	12	0	0		1			1		0	1	3		4	/	/			0			5	99/04/28	2	MA	
210	14	0	0			2	0			0	3	2		4	/	/				1		5	99/04/28	2	MA	
211	11	0	0	0				1		3	0	1		15	/	/					2	5	99/04/28	3	PA	
212	14	0	0			2	0			0	1	1		1	/	/			0			5	99/04/28	3	PA	
213	14	0	0		1			1		1	2	2		3	/	/					2	5	99/04/28	2	MA	
214	12	0	0	0				1		0	1	1		2	/	/			0			5	99/04/28	3	PA	
215	11	0	0	0			0			0	1	0		3	/	/				1		5	99/04/28	1	AD	
216	12	0	0		1		0			0	0	2		4	/			4	0			5	99/04/28	2	MA	
217	12	0	0			2	0			0	4	3		14	/	/					2	5	99/04/28	3	PA	
218	13	0	0		1		0			0	6	0		0		0		0		1		5	99/04/28	2	MA	
219	11	0	0			2	0			0	4	3		3	/	/			0			5	99/04/28	2	MA	
220	11	0	0	0			0			0	0	0		3	/	/					2	5	99/04/28	1	AD	
221	11	0	0		1			1		2	2	1		8	/	/				1		5	99/04/28	2	MA	
221	13	0	0		1			1		2	2	3		0	/	/					2	5	99/04/28	3	PA	
223	11	0	0	0					2	1	0	1		3	/	/				1		5	99/04/28	2	MA	
224	11	0	0	0					2	2	0	0	/			2	/				2	5	99/04/28	3	PA	
225	11	0	0			2	0			0	4	2		3	/	/				1		5	99/04/28	2	MA	
226	12	0	0		1			1		0	2	1		6	/	/					2	5	99/04/28	3	PA	
227	12	0	0		1			1		1	2	2		3	/	/				1		5	99/04/28	2	MA	
228	15	0	0		1		0			0	0	2		3	/	/				1		5	99/04/28	3	PA	
229	11	0	0			2	0			0	3	2		5	/	/			0			5	99/04/28	2	MA	
230	11	0	0			2			2	0	3	2		6	/	/					2	5	99/04/28	3	PA	
231	12	0	0		1		0			0	2	0		4	/			4				2	5	99/04/28	1	AD
232	14	0	0	0			0			0	0	0		8	/	/					2	5	99/04/28	1	AD	
233	12	0	0			2	0			0	4	4		4	/	/					2	5	99/04/28	3	PA	
234	14	0	0		1			1		0	1	0		2	/	/				1		5	99/04/28	1	AD	
235	11	0	0	0			0			0	2	0		2	/	/			0			5	99/04/28	1	AD	
236	15	0	0	0			0			1	1	0		3	/			3			2	5	99/04/28	1	AD	
237	14	1	0		1			1		1	0	1		1	/	/				1		5	99/04/28	2	MA	
238	12	0	0		1			1		0	2	2		3	/	/					2	5	99/04/28	2	MA	
239	12	0	0	0			0			0	0	0		4	/	/					2	5	99/04/28	1	AD	
240	11	0	0	0			0			0	1	0		4	/	/				1		5	99/04/28	1	AD	
241	11	0	0		1		0			0	1	1		2	/	/			0			5	99/04/28	1	AD	
242	12	0	0			2		1		0	2	3		4	/	/				1		5	99/04/28	3	PA	
243	11	0	0			2	0			0	5	5	/			2		0		1		5	99/04/28	3	PA	
244	12	0	0			2	0			0	3	3		0		0		0		1		5	99/04/28	2	MA	
245	11	0	0			2	0			0	2	1		2	/	/				1		5	99/04/28	2	MA	
246	12	0	0	0					2	0	4	3		1	/	/				1		5	99/04/28	3	PA	
247	13	0	0	0					2	1	2	2		0		0		0		1		5	99/04/28	2	MA	
248	11	0	0		1			1		2	1	0		12	/	/					2	5	99/04/28	1	AD	
249	12	0	0		1			1		1	1	2		3	/	/			0			5	99/04/28	2	MA	
250	11	0	0		1			1		0	2	0		4	/	/				1		5	99/04/28	2	MA	

Anexo VI

Tabelas dos resultados do exame clínico do segundo estudo (continuação)

nfic	id	ax	ad	a0	a1	a2	d0	d1	d2	da	lx	ld	h	sh	i	hi	a	ma	r0	r1	r2	c	data	ex	an	
251	12	0	0		1		0			0	0	1		3	/		/		0			5	99/04/28	1	AD	
252	13	0	1		1		0			0	2	0		7	/		/			1			5	99/04/28	1	AD
253	11	1	0	0			0			1	1	0		3	/		/		0			5	99/04/28	1	AD	
254	13	0	0			2	0			0	2	3		2	/		/			1			5	99/04/28	1	AD
255	12	0	0	0				1		1	1	1		3	/		/		0			5	99/04/28	1	AD	
256	14	0	0			2	0			0	4	2		0	/			3			2	5	99/04/28	3	PA	
257	11	0	0			2	0			0	5	2		9	/		/				2	5	99/04/28	2	MA	
258	13	0	0			2	0			0	4	3		3	/		/		0			5	99/04/28	2	MA	
259	11	0	0	0					2	1	0	0		3	/		/			1			5	99/04/28	2	MA
260	12	0	0			2	0			0	4	3		3	/		/		0			5	99/04/28	2	MA	
261	12	0	0	0					2	1	1	1		10	/		/				2	5	99/04/28	2	MA	
262	12	0	0		1			1		0	1	1		4	/		/				2	5	99/04/28	2	MA	
263	11	0	0		1		0			0	2	0		3	/		/			1			5	99/04/28	1	AD
264	14	0	0			2	0			0	3	2		12	/		/				2	5	99/04/28	2	MA	
265	14	0	0			2	0			0	2	3		3	/		/		0			5	99/04/28	2	MA	
266	12	0	0		1			1		1	0	1		6	/		/			1			5	99/04/28	1	AD
267	15	0	0	0			0			0	0	1		2	/		/		0			5	99/04/28	3	PA	
268	11	0	0		1		0			0	0	2		3	/		/		0			5	99/04/28	1	AD	
269	12	0	0	0				1		1	1	0		3	/		/		0			5	99/04/28	1	AD	
270	15	0	0		1		0			0	0	1		2	/		/			1			5	99/04/28	3	PA
271	12	0	0			2	0			0	3	1		0	/		/				2	5	99/04/28	3	PA	
272	15	0	0			2	0			0	3	4		4	/		/		0			5	99/04/28	2	MA	
273	11	0	0	0					2	1	1	1		4	/		/			1			5	99/04/28	2	MA
274	13	0	0			2	0			0	3	2		3	/			2			2	5	99/04/28	2	MA	
275	13	0	0			2	0			0	2	2		3	/		/			1			5	99/04/28	2	MA
276	14	0	0		1			1		2	3	2		0	/		/				2	5	99/04/28	2	MA	
277	13	0	0	0				1		2	0	1		1	/		/		0			5	99/04/28	3	PA	
278	11	0	0		1		0			0	3	0		4	/		/		0			5	99/04/28	3	PA	
279	11	0	0		1			1		0	1	1		2	/		/			1			5	99/04/28	2	MA
280	15	0	0	0					2	1	3	1		10	/		/				2	5	99/04/28	1	AD	
281	14	0	0			2	0			0	2	2		4		0		0		1			5	99/04/28	2	MA
282	13	0	0			2	0			0	2	1		2	/		/			1			5	99/04/28	2	MA
283	12	2	1			2	0			0	1	2		2	/		/			1			5	99/04/28	1	AD
284	11	0	0	0				1		0	1	2		4	/		/			1			5	99/05/05	1	AD
285	12	0	0		1		0			0	2	0		4	/		/		0			5	99/05/05	1	AD	
286	12	1	0		1			1		0	2	0		6	/		/				2	5	99/05/05	1	AD	
287	11	0	0	0			0			1	0	0		5	/		/			1			5	99/05/05	1	AD
288	11	1	0			2	0			0	2	2		7	/		/			1			5	99/05/05	1	AD
289	12	0	0			2	0			0	4	3		2	/		/		0			5	99/05/05	1	AD	
290	11	0	0	0			0			0	0	0		2	/		/			1			5	99/05/05	1	AD
291	11	0	0			2	0			0	2	2		7	/		/		0			5	99/05/05	1	AD	
292	12	0	0		1		0			0	0	2		2	/		/		0			5	99/05/05	1	AD	
293	11	0	0		1			1		2	0	2		2	/		/		0			5	99/05/05	1	AD	
294	11	1	0		1		0			0	0	2		2	/		/		0			5	99/05/05	1	AD	
295	11	0	1		1		0			0	0	2		2	/		/		0			5	99/05/05	1	AD	
296	12	0	0		1		0			0	3	0		2	/			3		1		5	99/05/05	1	AD	
297	12	0	0		1			1		2	5	1		2	/		/		0			5	99/05/05	1	AD	
298	13	0	0		1			1		2	0	1		5	/		/		0			5	99/05/05	3	PA	
299	11	0	0			2		1		1	1	1		2	/		/		0			5	99/05/05	3	PA	
300	12	0	0		1		0			3	0	1		5	/		/		0			5	99/05/05	3	PA	

Anexo VI

Tabelas dos resultados do exame clínico do segundo estudo (continuação)

nfic	id	ax	ad	a0	a1	a2	d0	d1	d2	da	lx	ld	h	sh	i	hi	a	ma	r0	r1	r2	c	data	ex	an	
301	15	0	0			2	0			0	10	4		2	/	/			0			5	99/05/05	3	PA	
302	12	0	0		1			1		3	2	2		4	/	/				1			5	99/05/05	3	PA
303	11	0	0			2	0			0	2	1		8	/	/				1			5	99/05/05	3	PA
304	12	0	0			2		1		0	4	1		1	/	/					2		5	99/05/05	3	PA
305	13	0	0			2	0			0	5	4		2	/	/					2		5	99/05/05	3	PA
306	14	0	0		1		0			0	2	0		0	/	/					2		5	99/05/05	3	PA
307	13	1	0		1			1		1	0	1		1	/	/				1			5	99/05/05	3	PA
308	11	0	0			2	0			0	3	1		2	/	/				1			5	99/05/05	3	PA
309	11	0	0		1		0			0	0	1		1	/	/					2		5	99/05/05	3	PA
310	11	0	0		1			1		0	5	0		2	/	/				1			5	99/05/05	3	PA
311	11	0	0		1		0			0	1	0		2	/	/			0			5	99/05/05	3	PA	
312	11	0	0		1		0			0	4	0		2	/	/			0			5	99/05/05	3	PA	
313	11	1	0	0					2	3	0	0		2	/	/				1			5	99/05/05	3	PA
314	11	0	0		1		0			0	0	1		2	/	/				1			5	99/05/05	3	PA
315	13	0	2	0					2	2	0	0		4	/	/				1			5	99/05/05	2	MA
316	12	0	0	0					2	1	0	0		3	/	/				1			5	99/05/05	2	MA
317	12	2	1			2	0			0	1	2		4	/	/				1			5	99/05/05	2	MA
318	12	0	0		1			1		1	2	2		3	/	/			0			5	99/05/05	2	MA	
319	11	0	0			2	0			0	1	2		3	/	/			0			5	99/05/05	2	MA	
320	11	0	0			2	0			0	2	3		4	/	/			0			5	99/05/05	2	MA	
321	11	0	0			2	0			0	4	5		11	/	/				1			5	99/05/05	2	MA
322	11	1	0			2	0			0	2	3		6	/	/			0			5	99/05/05	2	MA	
323	12	0	0			2	0			0	3	1		4	/	/			0			5	99/05/05	2	MA	
324	11	0	0		1		0			0	2	1		4	/	/			0			5	99/05/05	2	MA	
325	11	0	1			2	0			0	4	3		6	/	/			0			5	99/05/05	2	MA	
326	11	0	0			2	0			0	2	2		0		0		0			2		5	99/05/05	2	MA
327	12	0	0			2	0			0	4	1		4	/	/			0			5	99/05/05	2	MA	
328	11	1	0			2	0			1	1	1		3	/	/			0			5	99/05/05	2	MA	