

(siga U6)

U6. Que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura?

1. Nenhum U006
2. Leve
3. Regular
4. Intenso
5. Muito intenso

(Se J13=1, siga U9. Se J13≠1, passe ao U23.)

U7. Excluída

U8. Excluída

U9. Qual o principal motivo da sua última consulta ao dentista?

01. Limpeza, revisão, manutenção ou prevenção
02. Dor de dente
03. Extração
04. Tratamento dentário U009
05. Problema na gengiva
06. Tratamento de ferida na boca
07. Implante dentário
08. Aparelho nos dentes (ortodôntico)
09. Colocação/manutenção de prótese ou dentadura
10. Fazer radiografia
11. Fazer o orçamento do tratamento
12. Outro (*Especifique:* _____)

(siga U10)

U00901

U10. Onde foi a última consulta odontológica?

01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
03. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
04. CEO – Centro de Especialidades Odontológicas U010
05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
07. Hospital público/ambulatório
08. Consultório particular ou clínica privada
09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado U01001
11. Outro (*Especifique:* _____)

(siga U11)

U11. O local onde o(a) sr(a) teve atendimento odontológico fica:

1. Na mesma cidade que o(a) sr(a) mora U011
2. Em outra cidade

(siga U14)

U12. Excluir

U13. Excluir

U14. Como o(a) sr(a) conseguiu a consulta odontológica? U014

1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta
 2. Agendou a consulta previamente
 3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família
 4. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) pela Unidade Básica de Saúde
 5. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde
 6. Outro (*Especifique* _____) **U01401**
- (Se U14 = 1, 3, 4, 5 ou 6, passe ao U17. Se U14=2, siga U15.)**

U15. Como foi feito o agendamento?

1. Deixou agendado em consulta anterior
 2. Por meio de visita à unidade de saúde para marcação de consulta
 3. Por telefone
 4. Agendamento virtual, pela internet **U01501** **U015**
 5. Outra forma (*Especifique*: _____) _____
- (siga U17)**

U16. Excluída

U17. Qual o tempo total que o(a) sr(a) ficou em fila de espera desde a hora que chegou ao serviço de saúde até conseguir o atendimento com dentista?

U01701

U01702

--	--	--	--

Horas

Minutos

Preencher com as horas e/ou minutos que ficou esperando em fila de espera desde a hora que chegou no serviço de saúde até conseguir o atendimento.)

(siga U18)

U18. Quanto tempo durou a consulta odontológica?

U01801

U01802

--	--	--	--

Horas Minutos

(Preencher com as horas e/ou minutos que durou a consulta odontológica.)

(siga U19)

U19. A consulta odontológica foi coberta por algum plano de saúde? *(Entrevistador: Se o(a) entrevistado (a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2)*

1. Sim
 2. Não **U019**
- (siga U20)**

U20. O(A) sr(a) pagou algum valor pela consulta odontológica?

1. Sim
 2. Não **U020**
- (siga U21)**

U21. A consulta odontológica foi feita pelo SUS?

1. Sim
 2. Não **U021**
 3. Não sabe
- (siga U22)**

U22. De forma geral, como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido?

1. Muito bom
 2. Bom
 3. Regular **U022**
 4. Ruim
 5. Muito ruim
- (siga U23)**

U23. Lembrando-se dos seus dentes de cima, o(a) sr(a) perdeu algum dente?

1. Não **U02301** **U023**

2. Sim, perdi

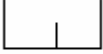
--	--	--	--

Dentes

3. Sim, perdi todos os dentes de cima
(siga U24)

U24. Lembrando-se dos seus dentes de baixo, o(a) sr(a) perdeu algum dente?

1. Não **U02401** **U024**

2. Sim, perdi 
Dentes

3. Sim, todos os dentes de baixo

(Se AMBAS as respostas dos quesitos U23 e U24 forem = 1, passe ao Módulo X. Caso contrário, siga U25.)

U25. O(A) sr(a) usa algum tipo de prótese dentária (dente artificial)?

1. Não
2. Sim, para substituir um dente **U025**
3. Sim, para substituir mais de um dente
4. Sim, prótese dentária total (dentadura/chapa) em cima
5. Sim, prótese dentária total (dentadura/chapa) em baixo
6. Sim, próteses dentárias totais (dentaduras/chapas) em cima e em baixo

(Encerre o módulo. Passe ao Módulo X)