

H. Saúde Bucal

Horário de Início __ __ : __ __

H1	Com que frequência o(a) sr(a) escova os dentes?	1. Nunca escovei os dentes		Se 1: Ir para H5
		2. Não escovo todos os dias		
		3. 1 vez por dia		
		4. 2 vezes ou mais por dia		
H2	O que o(a) sr(a) usa para fazer a higiene de sua boca?			
	a. Escova de dente?	1. Sim	2. Não	
	b. Pasta de dente?	1. Sim	2. Não	
	c. Fio dental?	1. Sim	2. Não	
H3	O(a) sr(a) tem uma escova de dente só para você ?	1. Sim, tenho uma somente para mim		
		2. Não, compartilho minha escova com outra(s) pessoa(s)		
H4	Com que frequência o(a) sr(a) troca a sua escova de dente por uma nova?	1. Com menos de 3 meses		
		2. Entre 3 meses e menos de 6 meses		
		3. Entre 6 meses e menos de 1 ano		
		4. Com mais de um ano		
		5. Nunca trocou		
H5	Em geral, como o(a) sr(a) avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?	1. Muito Boa		
		2. Boa		
		3. Regular		
		4. Ruim		
		5. Muito ruim		
H6	Que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura?	1. Nenhum		
		2. Leve		
		3. Regular		
		4. Intenso		
		5. Muito intenso		

H7	Quando o(a) sr(a) consultou um dentista pela última vez?	1. Há menos de 1 ano	Se 1: Ir para H9
		2. Entre 1 ano e menos de 2 anos	
		3. Entre 2 anos e menos de 3 anos	
		4. 3 anos ou mais	
		5. Nunca consultou	
H8	Por que o(a) sr(a) não consultou um dentista nos últimos 12 meses?	1. Não achou necessário	Ir para H13
		2. Não tem tempo	
		3. O serviço é muito distante	
		4. O tempo de espera no serviço é muito grande	
		5. Tem dificuldades financeiras	
		6. O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades.	
		7. Não sabe quem procurar ou aonde ir	
		8. Outro (<i>especifique</i>): _____	
H9	Qual o principal motivo da sua última consulta?	1. Revisão, manutenção ou prevenção	
		2. Dor de dente	
		3. Extração	
		4. Tratamento dentário	
		5. Problema na gengiva	
		6. Tratamento de ferida na boca	
		7. Outro (<i>especifique</i>): _____	

H10	Onde foi a consulta?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)	
		2. UPA (Unidade de pronto Atendimento)	
		3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	
		4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	
		5. Ambulatório de hospital público	
		6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato	
		7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado	
		8. Outro (<i>especifique</i>): _____	
H11	O atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não
H12	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	1. Sim, pagou diretamente sem reembolso	
		2. Sim, pagou, mas teve reembolso total pelo plano de saúde/odontológico	
		3. Sim, pagou, mas teve reembolso parcial pelo plano de saúde/odontológico	
		4. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS	
		5. Não, porque o plano de saúde/odontológico cobriu totalmente o serviço	
		6. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG	
H13	Lembrando-se dos seus dentes de cima, o(a) sr(a) perdeu algum dente? <i>[Entrevistador: excluir extração do dente do siso e extração de dente para colocação de aparelho dental.]</i>	1. Não	
		2. Sim, de 1 a 4 dentes	
		3. Sim, 5 ou mais dentes	
		4. Sim, todos os dentes	
			Se AMBAS as respostas das questões H13 e H14 forem iguais a 1: Ir para o

H14	Lembrando-se dos seus dentes de baixo, o(a) sr(a) perdeu algum dente? <i>[Entrevistador: excluir extração do dente do siso e extração de dente para colocação de aparelho dental.]</i>	1. Não	
		2. Sim, de 1 a 4 dentes	
		3. Sim, 5 ou mais dentes	
		4. Sim, todos os dentes	

H15	O(a) sr(a) usa algum tipo de prótese dentária?	1. Não
		2. Sim, para substituir um dente
		3. Sim, para substituição de mais de um dente
		4. Sim, prótese dentária total (dentadura) em cima
		5. Sim, prótese dentária total (dentadura) em baixo
		6. Sim, próteses dentárias totais (dentaduras) em cima e em baixo

Horário de Término ___ : ___