

Anexo 1- Questionário adaptado de Auto Percepção, Impacto na Qualidade de Vida e Morbidade

A pergunta 01 deve ser realizada para todos os usuários que não consultam com Dentista há mais de 06 meses	
Questões	Respostas
1) Em geral, como o(a) sr.(a) avalia a sua saúde bucal (dentes e gengivas)?	( ) Muito boa; ( ) Boa; ( ) Regular; ( ) Ruim; ( ) Muito ruim; ( ) Não sei/não respondeu
Para crianças (até 11 anos): Em geral, como o(a) sr.(a) avalia a saúde bucal (dentes e gengivas) da criança?	( ) Muito boa; ( ) Boa; ( ) Regular; ( ) Ruim; ( ) Muito ruim; ( ) Não sei/não respondeu
<b>Usuário tendo uma autopercepção negativa (Regular - Ruim - Muito Ruim - Não Sei), continuar com o questionário.</b>	
2) No último ano, o(a) sr.(a) procurou o serviço de Saúde Bucal da sua Unidade de Saúde para ser atendido?	( ) Não procurei; ( ) Procurei e não fui atendido; ( ) Procurei e fui agendado para outro dia/outro local; ( ) Procurei e fui atendido; ( ) Não sabe/não respondeu.
Para crianças: No último ano, o(a) sr.(a) procurou o serviço de saúde bucal da sua Unidade de Saúde para que a criança fosse atendida?	( ) Não procurei; ( ) Procurei e não fui atendido; ( ) Procurei e fui agendado para outro dia/outro local; ( ) Procurei e fui atendido; ( ) Não sabe/não respondeu.
3) O(A) senhor(a) usa exclusivamente os serviços de Saúde Bucal do SUS?	( ) Sim; ( ) Não.
Para crianças: O (A) seu (ua) usa exclusivamente os serviços de Saúde Bucal do SUS?	( ) Sim; ( ) Não.
4) O sr.(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?	( ) Não; ( ) Sim; ( ) não sei/não respondeu.
Para crianças: O sr.(a) acha que a criança necessita tratamento dentário atualmente?	( ) Não; ( ) Sim; ( ) não sei/não respondeu.

<p>5) Qual o motivo principal pelo qual o (a) sr.(a) considera que necessita de tratamento dentário atualmente?</p>	<p>( ) Não necessito (a) de tratamento dentário; ( ) Revisão/prevenção/rotina/limpeza; ( ) Sangramento na gengiva; ( ) Dor de dente; ( ) Dor na gengiva; ( ) Colocar aparelho ortodôntico; ( ) Necessidade de prótese (dentadura, coroa, ponte, implante); ( ) Dor muscular ou próxima ao ouvido; ( ) Fazer canal; ( ) Necessidade de fazer restaurações (obturações); ( ) Mau hálito; ( ) Extrair dente (arrancar); ( ) Clarear os dentes; ( ) Outro(s)(especifique); ( ) Não sei /não respondeu</p>
<p>Para crianças: Qual o motivo principal pelo qual o (a) sr.(a) considera que a criança necessita de tratamento dentário atualmente?</p>	<p>( ) Não necessito (a) de tratamento dentário; ( ) Revisão/prevenção/rotina/limpeza; ( ) Sangramento na gengiva; ( ) Dor de dente; ( ) Dor na gengiva; ( ) Colocar aparelho ortodôntico; ( ) Necessidade de prótese (dentadura, coroa, ponte, implante); ( ) Dor muscular ou próxima ao ouvido; ( ) Fazer canal; ( ) Necessidade de fazer restaurações (obturações); ( ) Mau hálito; ( ) Extrair dente (arrancar); ( ) Clarear os dentes; ( ) Outro(s)(especifique); ( ) Não sei /não respondeu</p>
<p><b>As perguntas 6 a 12 são aplicadas a partir dos 12 anos de idade. Adaptado do OIDP.</b></p>	
<p><b>Nos últimos 06 meses....</b></p>	
<p>6) Teve dificuldade para comer a comida ou falar por causa dos dentes?</p>	<p>( ) Não; ( ) Sim; ( ) Não sei/não respondeu</p>
<p>7) Os seus dentes o incomodaram ao escovar?</p>	<p>( ) Não; ( ) Sim; ( ) Não sei/não respondeu</p>
<p>8) Os seus dentes o deixaram nervoso(a) ou irritado(a)?</p>	<p>( ) Não; ( ) Sim; ( ) Não sei/não respondeu</p>
<p>9) Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?</p>	<p>( ) Não; ( ) Sim; ( ) Não sei/não respondeu</p>
<p>10) Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?</p>	<p>( ) Não; ( ) Sim; ( ) Não sei/não respondeu</p>
<p>11) Os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer as tarefas da</p>	<p>( ) Não; ( ) Sim; ( ) Não sei/não respondeu</p>

escola/trabalho?	
12) Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?	( ) Não; ( ) Sim; ( ) Não sei/não respondeu
<b>Aplicar as demais perguntas para os (as) responsáveis por crianças até 11 anos de idade. Adaptado de Abanto et al.</b>	
<b>Nos últimos 06 meses...</b>	
13) O (A) seu(sua) filho(a) teve dificuldades para comer por causa dos dentes dele(a)?	( ) De forma nenhuma; ( ) Um pouco; ( ) Mais ou menos; ( ) Bastante; ( ) Muita; ( ) Não sei/não respondeu)
14) O (A) seu(sua) filho(a) teve dificuldades para brincar por causa dos dentes dele(a)?	( ) De forma nenhuma; ( ) Um pouco; ( ) Mais ou menos; ( ) Bastante; ( ) Muita; ( ) Não sei/não respondeu)
15) O(A) seu(sua) filho(a) teve dificuldades em dormir por causa dos dentes dele(a)?	( ) De forma nenhuma; ( ) Um pouco; ( ) Mais ou menos; ( ) Bastante; ( ) Muita; ( ) Não sei/não respondeu)
16) O(A) seu(sua) filho(a) deixou de sorrir por causa de buracos nos dentes, cárie ou dor de dente nele(a)?	( ) De forma nenhuma; ( ) Um pouco; ( ) Mais ou menos; ( ) Bastante; ( ) Muita; ( ) Não sei/não respondeu)