**Ficha de coleta de dados**

Esse questionário é parte integrante do projeto de pesquisa "**Utilização e conhecimentos de protetores bucais em praticantes de boxe**", será utilizado exclusivamente para fins acadêmicos e preservado anonimato dos participantes.

Número:

**Local de recrutamento**

( )Associação Guarulhense de Boxe (A)

( )Academia Coliseu (C)

( )Curso de Educação Física da UNG (EL, EB)

**Dados demográficos do Atleta**

Iniciais (nome): \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**1. Idade:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**2. Sexo:**

( )Feminino ( )Masculino

**Experiência em relação a traumas**

**3. Há quanto tempo pratica Boxe?**

( )Há menos de 6 meses ( )Entre 6 meses e 1 ano

( )Entre 1 e 3 anos ( )Há mais de 3 anos

**4. Em que regime pratica Boxe?**

( )Profissional ( )Amador ( )Hobby

**5. Já se lesionou na região da face e/ ou da boca na prática de Boxe?**

( )Sim ( )Não

**6. Quantas vezes, aproximadamente?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Você já presenciou traumatismos de colegas na prática de Boxe?**

( )Sim ( )Não

**7. Considera a utilização de protetores bucais necessária?**

( )Sim ( )Não

( )NÃO SEI RESPONDER

**8. Em qual local específico ocorreu o trauma?\***

( )Articulação da mandíbula ( )Maxilar superior

( )Mandíbula ( )Dentes

( )Língua ( )Lábios Bochechas

( )NÃO SEI RESPONDER ( )NUNCA ME LESIONEI

**9. Qual o tipo de trauma sofrido?**

( )Dente quebrou ( ) Avulsão dental (dente saiu por inteiro)

( )Fratura do maxilar superior ( )Fratura da mandíbula

( )Fratura no côndilo mandibular, aquela região da articulação da mandíbula que fica um pouco à frente dos ouvidos

( )Deslocamento da articulação da mandíbula

( )Corte nos lábios e/ ou bochechas

( )Mordedura da língua ( )Trauma neurológico

( )NÃO SEI RESPONDER ( )NUNCA ME LESIONEI

**10. Se ocorreu a avulsão dental, houve a tentativa de reimplante do dente?**

**( ) Sim ( ) Não**

**11. Caso o dente não tenha sido reimplantado e nem descartado, de que maneira o dente foi transportado ao dentista?**

( ) Na água ( ) No leite ( ) Na saliva

( ) Não levei o dente ao dentista ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12. Após algum trauma sofrido, você já se dirigiu a um dentista?**

( )Sim ( )Não

( )NUNCA ME LESIONEI

**13. Quanto tempo após o trauma você foi ao dentista?**

( )Imediatamente ( )Mesmo dia

( )Após recuperado ( )NUNCA ME LESIONEI

**14. Você precisou de algum tratamento odontológico devido ao trauma?**

( )Tratamento de canal ( )Necessidade de fazer uma coroa ou restauração

( )Implante ou prótese ( ) Outros. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )NÃO SEI RESPONDER ( )NUNCA ME LESIONEI

**15. Após o trauma sofrido, você se dirigiu ao ambiente hospitalar?**

( ) Sim ( ) Não ( ) NUNCA ME LESIONEI

**16. Quanto tempo após o trauma você foi ao hospital?**

( )Imediatamente ( )Mesmo dia

( )Após recuperado ( )NUNCA ME LESIONEI

**17. Em caso positivo, qual especialista te atendeu?**

( ) Cirurgião bucomaxilofacial ( ) Ortopedista

( ) Neurologista ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Conhecimento**

**18. Você tem conhecimento sobre a utilização de protetores bucais na prática de Boxe?**

( )Sim ( )Não

**19. Que tipos de protetor bucal você conhece?\***

( )Pré-fabricados (à venda em lojas de esporte com padrão universal)

( )*Boil and bite* (ferve e morde) ( )*Custom-made* (feitos à medida por um profissional)

( )NÃO CONHEÇO NENHUM PROTETOR

**Experiência em relação a protetores bucais**

**20. Você utiliza protetor bucal na prática do Boxe?**

( )Sim, sempre ( )Sim, às vezes ( )Não, nunca

**21. De qual tipo utiliza?**

( )Pré-fabricados ( )*Boil and bite*  ( )*Custom-made*

( )NÃO UTILIZO NENHUM PROTETOR

**22. Há quanto tempo utiliza?**

( )0 - 6 meses( )6 - 12 meses ( )1 - 2 anos ( )+ 2 anos

( )NÃO UTILIZO PROTETOR

**23. Estaria disposto a utilizar outro tipo de protetor?**

( )Não ( )Sim Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**24. Se você não utiliza o protetor *custom-made*, qual o motivo?**

( ) É caro ( ) Desconheço ( ) Acho desnecessário

( ) Os outros protetores são mais fáceis de adquirir

**25. Por que começou a utilizar protetor bucal?**

( )Recomendação do treinador ( )Indicação de colegas de treino

( )Indicação de amigos e/ ou familiares ( )Recomendação do dentista

( )Iniciativa própria ( )Outros: Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

( )NÃO UTILIZO PROTETOR

**26. Quando utiliza protetor bucal, você se sente mais protegido de lesões e traumatismos?**

( )Sim ( )Não

( )NÃO UTILIZO PROTETOR

**27. Você acha que o protetor bucal já te protegeu especificamente de alguma lesão/ traumatismo?**

( )Sim ( )Não

( )NÃO UTILIZO PROTETOR

**28. Tem algum tipo de cuidado para a conservação do seu protetor bucal?**

( )Sim ( )Não

( )NÃO UTILIZO PROTETOR

**29. Quais os cuidados?**

( )Sempre que possível, coloco o protetor molhado na boca

( )Sempre que possível, lavo o protetor com pasta dentária/ sabão

( )Sempre que possível, guardo o meu protetor numa caixa, deixando-o secar sozinho

( )Evito a exposição do protetor ao calor e à luz solar

( )Evito dividir o protetor com outros atletas

( )Outros cuidados: Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

( )NÃO UTILIZO PROTETOR

( )UTILIZO PROTETOR, MAS NÃO TENHO NENHUM CUIDADO ESPECÍFICO

**30. Com qual frequência você costuma consultar o dentista por causa do seu protetor bucal?**

( )Nunca

( )Regularmente

( )Apenas quando surgem problemas com o meu protetor

( )NÃO UTILIZO PROTETOR

**31. Na sua opinião quais são as dificuldades na utilização de protetores bucais?**

( )Não é estético

( )Dificuldade na respiração

( )Dificuldade ao falar

( )Dificuldade de fixação na boca

( )Dificuldade no manuseio e limpeza

( )Reflexo de vômito

( )É caro

Outro: Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**32. Por qual razão você não utiliza protetor bucal?**

( )Simplesmente nunca experimentei ( )Acho desconfortável

( )É caro ( )Nunca tinha ouvido falar ( ) Acho desnecessário

( )Outra: Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

( )EU UTILIZO PROTETOR