

Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho das Atividades Diárias da Criança (OIDP-Infantil)

Instruções para aplicação

Identificação

A identificação da criança deve ser preenchida antes da aplicação do questionário.

Etapas da Entrevista

1ª Etapa: Identificar os problemas bucais percebidos pelas crianças

A entrevista começa com a Folha 1, entregue a todas as crianças presentes em sala de aula, sendo que o professor deve ler as perguntas. A criança deverá marcar com um X o(s) problema(s) que tem ou teve nos últimos 3 (três) meses (dar uma referência dizendo o nome do mês em que se iniciou o período, de acordo com a data da entrevista. Ex: se a entrevista é no mês de março, dizer “desde o mês de janeiro”).

2ª Etapa: Avaliação dos impactos bucais na qualidade de vida das crianças

A entrevista individual conta com o auxílio de uma lista completa dos problemas bucais (Folha 1) e a escala analógica e facial (Quadro 1).

As respostas serão anotadas no Formulário de Registro OIDP-Infantil (Folha 2).

Inicie a entrevista

Instruções para o preenchimento da Folha 1

Entregue a Folha 1 e leia para as crianças:

Isto não é prova. Não existe resposta certa ou errada. Sinta-se à vontade para responder as perguntas. Suas respostas são muito importantes porque elas ajudarão os dentistas a entenderem pessoas como você e adotarem um tratamento dentário adequado às necessidades. Portanto, pense com cuidado antes de responder o que realmente aconteceu com você. (Em seguida, leia o item “1ª Etapa” da Folha 1 para as crianças e aguarde que elas respondam)

Instruções para o preenchimento da Folha 2

A criança deve estar com a Folha 1 respondida em mãos. Em seguida, passe ao preenchimento da Folha 2.

Leia para as crianças:

Considerando as suas respostas sobre os problemas que você teve com seus dentes e boca nos últimos três meses, eu gostaria de saber como eles afetaram o seu dia a dia.

Nos últimos três meses, algum destes problemas, marcados na Folha 1 (aponte para a folha), causou dificuldade para _____? (LER CADA ATIVIDADE NO FORMULÁRIO DE REGISTRO – FOLHA 2)

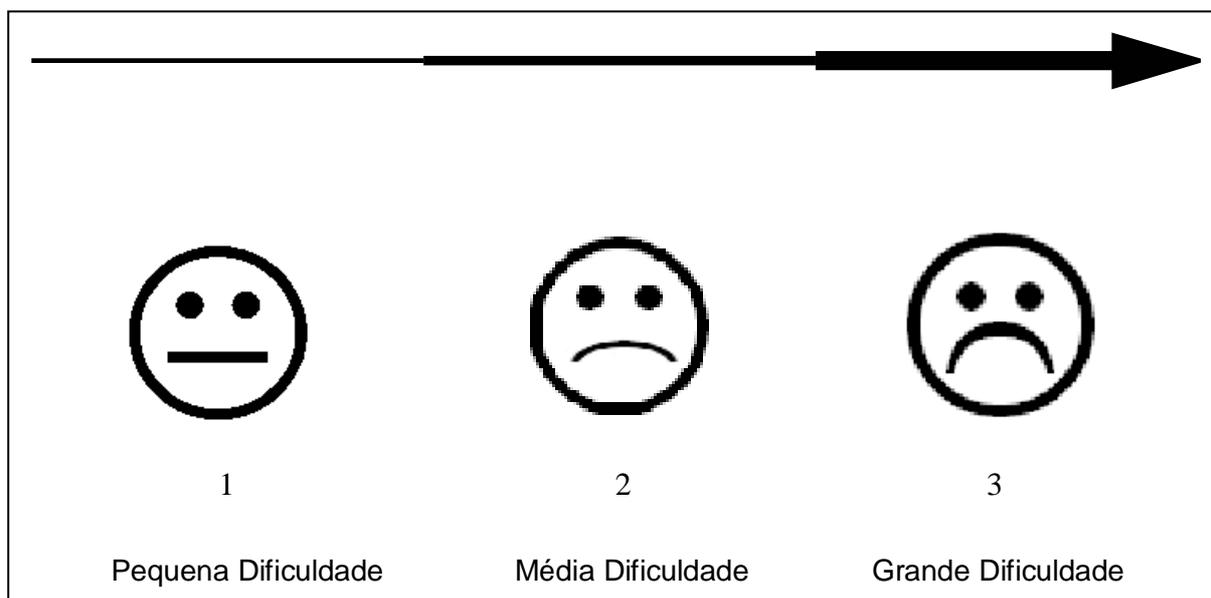
Faça a pergunta para cada atividade. Se para uma atividade a resposta for **NÃO**, então marque **0 (ZERO)** tanto para gravidade como também para a frequência e passe para a próxima atividade. Se a resposta for **SIM**, leia as Perguntas: a) Gravidade, b) Frequência e c) Problemas Percebidos, para cada atividade.

Pergunta a) Gravidade

Vou fazer algumas perguntas sobre a gravidade desta dificuldade quando ela aconteceu.

Observe a escala abaixo de 1 a 3. A gravidade da dificuldade aumenta da esquerda para a direita da escala. A figura 1 representa **pequena dificuldade**, a figura 2 representa **média dificuldade** e a figura 3 representa **grande dificuldade** (Usar a escala do quadro 1).

Qual número você acha que reflete o efeito da dificuldade para _____ (LER A ATIVIDADE) no seu dia a dia?



Quadro 1 - Escala analógica e facial

Pergunta b) Frequência

Aconteceu uma ou mais vezes por mês ou menos de uma vez por mês?

- 1- Se aconteceu uma ou mais vezes por mês, siga para a Pergunta b1
- 2- Se aconteceu menos de uma vez por mês, siga para a Pergunta b2

Pergunta b1) Se aconteceu uma ou mais vezes por mês:

- | | |
|--|---|
| - Uma ou duas vezes por mês | 1 |
| - Três ou mais vezes ao mês ou uma ou duas vezes por semana. | 2 |
| - Três ou mais vezes por semana | 3 |

Pergunta b2) Se a dificuldade aconteceu menos de uma vez por mês, por quantos dias aconteceu no total?

- | | |
|-----------------------|---|
| - 1 a 7 dias | 1 |
| - 8 a 15 dias | 2 |
| - mais do que 15 dias | 3 |

Pergunta c) Problemas Percebidos

Nesse momento a criança deve ter a Folha 1 em mãos e cada atividade do Formulário de Registro deve ser lida e relacionada com os problemas marcados. Escreva na coluna "Problema(s)" o(s) código(s) do(s) problema(s) assinalado(s) pela criança na Folha 1, que tenha(m) afetado a "Atividade" da linha correspondente.

Por exemplo: se a atividade "Comer (ex. refeição, sorvete)" estiver sendo dificultada por "Dor de dente", "Cárie ou buraco no dente" e "Dente de leite mole" devem ser marcados os códigos 1, 3 e 4 na coluna "Problema(s)".

Observação: se a resposta da Folha 1 incluir "Outros", escreva o(s) problema(s) por extenso.

De acordo com os problemas de sua boca e de seus dentes, listados na Folha 1 (da 1ª Etapa), você pode dizer qual(is) deles causou (causaram) dificuldade para _____ ?
(LER CADA ATIVIDADE NO FORMULÁRIO DE REGISTRO - FOLHA 2)

- 1- Dor de dente
 - 2- Dentes sensíveis (quando come ou bebe: doces, alimentos quentes como leite ou café e gelados como sorvete)
 - 3- Cárie ou buraco no dente
 - 4- Dente de leite mole
 - 5- Espaço entre os dentes (porque um dente permanente, novo ou definitivo, não nasceu)
 - 6- Dente permanente (novo ou definitivo) quebrado
 - 7- Cor do dente (ex. mais amarelado, escuro ou manchado)
 - 8- Forma ou tamanho do dente (ex. dente com forma ou tamanho anormal, maior ou menor que os outros)
 - 9- Posição do dente (ex. dentes encavalados, trepados, tortos, para fora ou separados)
 - 10- Sangramento na gengiva (ex. quando escova os dentes)
 - 11- Gengiva inchada (ex. inflamada, ou mais avermelhada)
 - 12- Tártaro
 - 13- Feridas na boca
 - 14- Mau hálito (bafo)
 - 15- Boca ou rosto deformados (ex. lábio leporino, fenda palatina)
 - 16- Dente permanente (novo ou definitivo) nascendo
 - 17- Dente permanente (novo ou definitivo) perdido, faltando ou arrancado
- Outros Quais? _____

Quadro 2 - Códigos da lista de problemas bucais preenchida na 1ª Etapa

Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho das Atividades Diárias da Criança (OIDP-Infantil)

Número do termo de consentimento: _____ Data da aplicação: _____ / _____ / _____

Escola: _____ Turma: _____ Idade: _____ anos

Nome: _____

Data de nascimento: _____ / _____ / _____ Sexo: () masculino () feminino

1ª Etapa: Nos últimos três meses, desde _____, você teve algum problema na sua boca ou nos seus dentes?

Marque com um X o(s) problema(s) que você tem ou teve nos últimos 3 meses.

- () Dor de dente
- () Dentes sensíveis (quando come ou bebe: doces, alimentos quentes como leite ou café e gelados como sorvete)
- () Cárie ou buraco no dente
- () Dente de leite mole
- () Espaço entre os dentes (porque um dente permanente, novo ou definitivo, não nasceu)
- () Dente permanente (novo ou definitivo) quebrado
- () Cor do dente (ex. mais amarelado, escuro ou manchado)
- () Forma ou tamanho do dente (ex. dente com forma ou tamanho anormal, maior ou menor que os outros)
- () Posição do dente (ex. dentes encavalados, trepados, tortos, para fora ou separados)
- () Sangramento na gengiva (ex. quando escova os dentes)
- () Gengiva inchada (ex. inflamada, ou mais avermelhada)
- () Tártaro
- () Feridas na boca
- () Mau hálito (bafo)
- () Boca ou rosto deformados (ex. lábio leporino, fenda palatina)
- () Dente permanente (novo ou definitivo) nascendo
- () Dente permanente (novo ou definitivo) perdido, faltando ou arrancado
- () Outros Quais? _____

Formulário de Registro OIDP-Infantil

Atividades	a)Gravidade	b)Frequência		c)Problema(s)
		b1	b2	
1. Comer (ex. refeição, sorvete)				
2. Falar claramente				
3. Limpar a boca (ex. escovar os dentes e bochechar)				
4. Dormir				
5. Manter o seu estado emocional (humor) sem se irritar ou estressar				
6. Sorrir, rir e mostrar os dentes sem sentir vergonha				
7. Fazer as tarefas da escola (ex. ir à escola, aprender em sala de aula, fazer o dever de casa)				
8. Ter contato com as pessoas (ex. sair com amigos, ir à casa de um amigo)				