

ANEXO A

Questionário sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares (Ecohis)

Problemas com dentes, boca ou maxilares (ossos da boca) e seus tratamentos podem afetar o bem-estar e a vida diária das crianças e suas famílias. Para cada uma das seguintes questões, por favor, indique no quadro de opções de respostas a que melhor descreve as experiências da sua criança ou a sua própria. Considere toda a vida da sua criança, desde o nascimento até agora, quando responder cada pergunta.

Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?

- ☐ nunca ☐ quase nunca ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ com muita frequência ☐ não sei

Sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

- ☐ nunca ☐ quase nunca ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ com muita frequência ☐ não sei

Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

- ☐ nunca ☐ quase nunca ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ com muita frequência ☐ não sei

Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

- ☐ nunca ☐ quase nunca ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ com muita frequência ☐ não sei

Sua criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

- ☐ nunca ☐ quase nunca ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ com muita frequência ☐ não sei

Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

- ☐ nunca ☐ quase nunca ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ com muita frequência ☐ não sei

Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

- ☐ nunca ☐ quase nunca ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ com muita frequência ☐ não sei

Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

☐ nunca ☐ quase nunca ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ com muita frequência ☐ não sei

Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?

☐ nunca ☐ quase nunca ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ com muita frequência ☐ não sei

Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?

☐ nunca ☐ quase nunca ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ com muita frequência ☐ não sei

Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?

☐ nunca ☐ quase nunca ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ com muita frequência ☐ não sei

Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?

☐ nunca ☐ quase nunca ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ com muita frequência ☐ não sei

Sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família?

☐ nunca ☐ quase nunca ☐ às vezes
☐ com frequência ☐ com muita frequência ☐ não sei