

QUESTIONÁRIO ÀS MÃES RELATIVO AO ESTUDO DOS PRIMEIROS MOLARES
PERMANENTES DE CRIANÇAS

Obrigado por participar do nosso estudo!

Sua participação vai nos ajudar a obter um melhor entendimento do que faz com que alguns dentes nasçam malformados em algumas crianças. Algumas perguntas são sobre a saúde do seu filho, do nascimento aos quatro anos de idade e outras sobre a saúde da mãe durante a gravidez. Por favor, pense cuidadosamente e tente responder da melhor forma que puder.

Nome da criança:.....

Nome da mãe:.....

1. Qual foi o peso do seu(a) filho(a) quando nasceu?

- Menos de 1,5 kg
- De 1,5 kg a 2,49 kg
- Mais de 2,5 kg
- Não sei

2. Seu(a) filho(a) nasceu prematuro?

- Sim
- Não
- Não sei

Se você respondeu sim, com quantas semanas ele(a) nasceu?

- menos de 28 semanas
- De 28 a menos de 32 semanas
- De 32 a menos de 37
- Não sei

3. Durante os dois últimos meses de gravidez, você teve:

- Proteinúria (perda de proteína pela urina)? Sim Não Não sei
- Glicosúria (perda de glicose/açúcar pela urina)? Sim Não Não sei
- Pressão alta? Sim Não Não sei
- Pré-eclâmpsia? Sim Não Não sei
- Outras doenças graves? Sim Não Não sei

Se você respondeu sim, quais foram as doenças graves?.....

.....

4. Durante os dois últimos meses de gravidez, você usou algum medicamento?

- Sim
- Não
- Não sei

Se você respondeu sim, marque com um X o medicamento usado:

- medicamento para pressão alta (ex.: Aldomet, etc)
- medicamento para “segurar” o bebê (ex.: Inibina, etc)
- Paracetamol
- Outro(s). Qual(is)?.....

5. Como foi o parto do seu(a) filho(a)?

- Natural
- Cesárea programada
- Cesárea de urgência
- Não sei

6. Logo após o nascimento, seu(a) filho(a) precisou ser encaminhado para a UTI neonatal?

- Sim
- Não
- Não sei

7. Logo após o nascimento, seu(a) filho(a) precisou de algum tratamento médico especial?

- Sim
- Não
- Não sei

Se você respondeu sim, marque com um X o tratamento médico especial:

- Precisou de tratamento para icterícia (“amarelão”)
- Precisou de oxigênio com entubação
- Precisou de oxigênio sem entubação
- Outro. Qual?.....

Do nascimento até os 4 anos de idade

8. Seu(a) filho(a) mamou no peito?

- Sim
- Não
- Não sei

Se você respondeu sim, por quanto tempo?

- Por menos de 6 meses
- Por 6 meses ou mais tempo
- Não sei

9. Seu(a) filho(a) usou mamadeira com leite?

- Sim
- Não
- Não sei

Se você respondeu sim, responda:

- Por quanto tempo? Por menos de 6 meses
- De 6 meses a 1 ano
 - Por mais de 1 ano
 - Não sei

O leite era aquecido? Sim

- Não
- Não sei

Como o leite era aquecido?

- No micro-ondas, dentro da mamadeira de plástico ou vasilha de plástico
- No micro-ondas dentro de mamadeira de vidro ou vasilha de vidro
- No fogão, em banho-maria, usando uma panela
- No fogão, direto na panela

10. Seu(a) filho(a) ficou doente do nascimento até os 4 anos de idade?

- Sim
- Não
- Não sei

Se você respondeu sim, marque com um X as doenças que seu(a) filho(a) teve:

- gripes ou resfriados
- Pneumonia
- Infecções respiratórias (sinusite, infecção de garganta, faringite, etc.)
- Infecção de ouvido (otite)
- Outra (s). Qual(is)?.....

11. Seu(a) filho(a) usou medicamentos do nascimento até os 4 anos de idade?

- Sim
- Não
- Não sei

Se você respondeu sim, marque com um X os medicamentos que seu(a) filho(a) usou:

- Antibiótico (Amoxicilina, Clavulin, Amoxil, etc.)
- Analgésico/anti-térmico (Paracetamol, Dipirona, Melhoral, etc)
- Anti-inflamatórios (Nimesulida, Cataflan)

- Anti-alérgicos ou medicamentos para rinite
- Outro(s). Qual(is)?.....

12. Seu(a) filho(a) foi internado em hospital do nascimento até os 4 anos de idade?

- Sim
- Não
- Não sei

Se você respondeu sim, marque com um X o motivo da internação:

- Pneumonia
- Refluxo
- Intoxicação com medicamento
- Cirurgia
- Outro(s). Qual(is)?.....

13. Seu(a) filho(a) apresentou febre alta (igual ou maior do que 38,5°C) do nascimento até os 4 anos de idade?

- Sim
- Não
- Não sei

14. Seu(a) filho(a) teve asma ou bronquite do nascimento até os 4 anos de idade?

- Sim
- Não
- Não sei

Se você respondeu sim, seu(a) filho(a) usou medicamentos? Sim

Não

Não sei

Se você respondeu sim, marque com um X o(s) medicamento (s) que seu(a) filho(a) usou:

- Berotec
- Sabutamol ou aerolin
- Prednisolona ou predsim
- Acebrofilina
- Outro(s). Qual(is)?.....

15. Seu(a) filho(a) tem algum parente com dentes que nasceram manchados?

- Sim
- Não
- Não sei

Se você respondeu sim, qual o parentesco com a criança?.....

16. Seu(a) filho(a) nasceu em Lavras?

- Sim
- Não
- Não sei

17. Seu(a) filho(a) morou em Lavras do nascimento até os 4 anos de idade?

- Sim
- Não
- Não sei

Questionário socioeconômico e demográfico

Nome da criança _____

Data de nascimento: ____/____/____ Gênero: () Masculino () Feminino

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Tel. _____

1- Estado civil da mãe:

Solteira; Casada; Divorciada; Outro

2- Até que série a mãe da criança estudou? _____ série

3- Até que série o pai da criança estudou? _____ série

4- Qual é a renda mensal de seu grupo familiar? R\$ _____

5- Quantas pessoas, incluindo você próprio, vivem da renda mensal do seu grupo familiar?

Duas;

Três;

Quatro;

Cinco;

Seis

Sete ou mais. Coloque o número de pessoas: _____

6- Número de filhos

Um; Dois; Três; Quatro; Cinco; Mais de cinco

7. Seu(a) filho(a) tem quantos irmãos mais velhos do que ele?

Nenhum

Um

Dois

Três

Quatro ou mais