

Verificação do estado de saúde dos pais e dos bebês - formulário para os bebês de 3 a 4 meses de idade

Escreva a escolaridade da mãe (você) e do pai (seu esposo) do bebê:

Você

Pai do bebê (seu esposo)

(Alternativas)

1. Ginásial (ensino fundamental) completo.
2. Colegial (ensino médio) completo.
3. Formado/a por faculdade de 2 anos, faculdade técnica ou escola técnica.
4. Graduado/a por universidade de 4 anos.
5. Mestrado concluído ou acima.

Pergunta 1 Quantos meses o seu bebê tem?

1. 2 meses.
2. 3 meses.
3. 4 meses.
4. Outros (meses).

Pergunta 2 Qual a ordem de nascença do seu bebê?

1. Primeiro.
2. Segundo.
3. Terceiro.
4. Quarto em diante.

Pergunta 3 Qual é o sexo do bebê?

1. Masculino.
2. Feminino.

Responda abaixo sobre a gravidez e o parto do bebê:

Pergunta 4 Onde ocorreu o parto?

1. Num hospital.
2. Numa clínica (de maternidade).
3. Numa instituição de parteira.
4. Outros ().

Pergunta 5 Em que faixa de idade você estava quando deu à luz o bebê?

1. Menos de 19 anos.
2. De 20 a 24anos.
3. De 25 a 29 anos.
4. De 30 a 34 anos.
5. De 35 a 39 anos.
6. Acima de 40 anos.

Pergunta 6 Na casa da maternidade onde ocorreu o parto, você ficava com o seu bebê num mesmo quarto?

1. Sim, 24 horas por dia.
2. Sim, só durante o dia.
3. Não. Ficávamos em quartos separados.

Pergunta 7 Escreva o período de gravidez e o peso do bebê na hora do nascimento (verifique no Caderno de Saúde Materno-Infantil [Boshi Kenko Techo]).

Período de gravidez de semanas.
 Peso de gramas.

Pergunta 8 Durante e depois do período da gravidez, você tinha alguém com quem contar ou consultar em caso de alguma dificuldade, ao seu redor?

1. Sim.
2. Não.

Pergunta 9 Como foi sua experiência de gravidez e parto?

1. Estou bastante satisfeita.
2. Estou satisfeita.
3. Não estou satisfeita.
4. Estou muito insatisfeita.

Pergunta 10 Você (a mãe do bebê) ficou satisfeita quanto aos seguintes aspectos da experiência de gravidez e parto?

Assinale como segue: Sim: ○, Não: x, Não sei dizer: △. Quando a pergunta não corresponder a sua experiência, trace uma linha diagonal "/".

Aspectos		Sua avaliação
1	Você conseguiu obter informações relativas ao local onde deu à luz o bebê (hospitais, instituições de parteira, etc.) de modo satisfatório?	
2	Você conseguiu reservar o local do parto que desejava?	

3	Você estava satisfeita com a distância, o acesso e o tempo de viagem até o local do parto?	
4	Você estava satisfeita com as instalações ou com as refeições e se sentia confortável no local do parto?	
5	Você procurou se cuidar ativamente para manter sua saúde em bom nível durante a gravidez?	
6	Você recebeu orientações e cuidados suficientes da parteira?	
7	Você se sentiu bem tratada pela equipe médica responsável durante o parto?	
8	Você pôde compartilhar a sua experiência de dar à luz com a parteira ou pessoas envolvidas no parto?	
9	Você recebeu orientações e cuidados suficientes da parteira quando ainda estava internada depois do parto?	
10	Você recebeu orientações e cuidados suficientes da sua parteira e/ou da enfermeira de saúde pública, durante o período aproximado de um mês depois de receber alta?	
11	As pessoas ao seu redor evitavam fumar quando você estava grávida?	
12	Você ficou satisfeita com a reação ou compreensão mostrada pelo seu esposo (o pai do bebê) em relação a sua gravidez e ao parto?	
13	Você ficou satisfeita com a reação ou compreensão mostrada por membros de sua família ou seus parentes, que não sejam o seu esposo (o pai do bebê) em relação a sua gravidez e ao parto?	
14	Você ficou satisfeita com o grau de compreensão e tratamento que recebeu no seu local de trabalho, em relação a sua gravidez e o parto?	
15	Você ficou satisfeita com o grau de compreensão e tratamento que recebeu na sociedade em geral, em relação a sua gravidez e o parto?	

Pergunta 11 Você quer ter um(a) outro(a) filho(a)?

1. Sim.
2. Prefiro ter.
3. Prefiro não ter.
4. Não.

Pergunta 12 Quando descobriu que estava grávida, você (a mãe do bebê) fumava?

1. Não.
2. Sim, fumava (cigarros por dia).

Pergunta 13 Quando você descobriu que estava grávida, o seu esposo (o pai do bebê) fumava?

1. Não.
2. Sim, fumava (cigarros por dia).

Pergunta 14 Durante a gravidez, você (a mãe do bebê) fumava?

1. Não.
2. Sim, fumava (cigarros por dia).

Pergunta 15 Durante a gravidez, o seu esposo (o pai do bebê) fumava?

1. Não.
2. Sim, fumava (cigarros por dia).

Pergunta 16 Quando você descobriu que estava grávida, você (a mãe do bebê) tomava bebidas alcoólicas?

1. Não.
2. Sim,
⇒
 1. uma a duas vezes por mês.
 2. uma a duas vezes por semana.
 3. mais que três vezes por semana.

Pergunta 17 Você (a mãe do bebê) tomava bebidas alcoólicas durante a gravidez?

1. Não.
2. Sim,
⇒
 1. menos que dez vezes durante toda a gravidez.
 2. uma a duas vezes por mês.
 3. uma a duas vezes por semana.
 4. mais que três vezes por semana.

Pergunta 18 Você trabalhava durante a gravidez?

1. Não.
2. Sim, durante um tempo.

Durante o período em que trabalhava, sabia da existência do Cartão de Comunicação de Instruções para a Gestão da Saúde Materna [Bosei Kenkou Kanri Shidou Jikou Renraku Kado]?

1. Sim, sabia.
2. Não sabia.

Durante o período em que trabalhava, utilizou o Cartão de Comunicação de Instruções para a Gestão da Saúde Materna?

1. Utilizei.
2. Não utilizei.

Pergunta 19 Você sabia da Identificação de Maternidade [Maternity Mark] durante sua gravidez?

1. Não sabia.
2. Sim, sabia.

Você já usou a Identificação de Maternidade?

1. Sim, já usei.
2. Não, nunca usei.

Se já usou, sentiu que a Identificação exerceu algum efeito?

1. Senti.
2. Não senti.

Pergunta 20 Como você alimentava o seu bebê quando ele tinha 1 mês de idade?

1. Com o leite materno.
2. Com o leite artificial.
3. Com o leite materno e o artificial.

Pergunta 21 Você recebeu orientações e cuidados suficientes da parteira ou da enfermeira de saúde pública, durante o período aproximado de um mês depois de receber alta?

1. Sim.
2. Não.
3. Não sei dizer.

Responda abaixo como está o seu bebê atualmente:

Pergunta 22 O seu bebê ri muito quando faz festas?

1. Sim.
2. Não.

Pergunta 23 Quando chama o bebê de um lugar não visto, ele tenta procurar de onde vem a voz?

1. Sim.
2. Não.

Pergunta 24 O bebê faz contato visual?

1. Sim.
2. Não.

Pergunta 25 O bebê segura com as mãos os brinquedos, tais como chocalhos?

1. Sim.
2. Não.

Pergunta 26 O bebê brinca colocando as duas mãos juntas?

1. Sim.
2. Não.

Pergunta 27 Você já sentiu dificuldade em segurar o bebê em seus braços?

1. Sim.
2. Não.

Pergunta 28 Você tem alguma preocupação a respeito da alergia alimentar?

1. Sim.
2. Não.

Pergunta 29 Você sente dificuldade em cuidar do seu bebê?

1. Sinto sempre.
2. Sinto de vez em quando.
3. Não sinto.

Pergunta 30 Quando você sente alguma dificuldade em cuidar do seu bebê, você sabe quem consultar ou tem algum outro meio de solucionar o problema?

1. Sim.
2. Não.

Responda abaixo sobre os cuidados diários do bebê atualmente:

Pergunta 31 Como você está sentindo no dia-a-dia de cuidar do seu bebê?

1. Estou satisfeita.
2. Estou mais ou menos satisfeita.
3. Não estou muito satisfeita.
4. Estou insatisfeita.

Pergunta 32 Você tem alguém com quem você possa consultar livremente sobre os cuidados do seu bebê?

1. Sim.
2. Não.

Pergunta 33 A mãe do bebê está trabalhando atualmente?

1. Sim, trabalha fora de casa (emprego regular).
2. Sim, trabalha fora de casa (emprego de tempo parcial ou arubaito).
3. Sim, trabalha como autônoma ou em negócio familiar.
4. Sim, trabalha em casa.
5. Outros.
6. Está de licença maternidade.
7. Não está trabalhando.

Pergunta 34 Como você acha da sua situação financeira atual?

1. Tenho uma grande folga.
2. Tenho alguma folga.
3. Nem boa nem ruim.
4. Um pouco apertada.
5. Muito apertada.

Pergunta 35 A mãe do bebê tem tempo para passar com o seu bebê se sentindo relaxada?

1. Sim.
2. Não.
3. Não sei dizer.

Pergunta 36 A mãe do bebê já sentiu insegurança em cuidar do seu bebê?

1. Sim.
2. Não.
3. Não sei dizer.

Pergunta 37 A mãe do bebê já suspeitou se está ou não maltratando o seu bebê?

1. Sim.
2. Não.
3. Não sei dizer.

A que tipo de maltrato você se refere? (Circule quantos números desejar.)

1. Bater, dar palmadas, etc.
2. Não dar alimentos por um longo período, negligenciar.
3. Disciplinar excessivamente.
4. Direcionar palavras emocionais.
5. Outros ().

Pergunta 38 O pai do bebê cuida do bebê?

1. Sim, sempre.
2. Sim, de vez em quando.
3. Quase nunca.
4. Não sei dizer.

Pergunta 39 Quantas horas por semana o pai do bebê cuida do bebê?

() horas.

Pergunta 40 O pai do bebê brinca com o bebê?

1. Sim, sempre.
2. Sim, de vez em quando.
3. Quase nunca.

Pergunta 41 Quando a mãe do bebê sai com o bebê, as pessoas da região vem falar com ela?

1. Sim.
2. Não.

Pergunta 42 A quem a mãe do bebê pede conselhos diários em relação aos cuidados do bebê? (Circule quantos números desejar.)

1. Consultar com o marido.
2. Avó (ou avô) do bebê.
3. Vizinhos.
4. Amigos.

Pergunta 49 Você tem um médico de família?

1. Sim.
2. Não.
3. Não sei dizer.

Pergunta 50 Como o bebê está sendo alimentado atualmente?

1. Leite materno.
2. Leite artificial.
3. Leite materno e o artificial.

Pergunta 51 A mãe do bebê está fumando atualmente?

1. Não.
2. Sim, (cigarros por dia).

Pergunta 52 O pai do bebê está fumando atualmente?

1. Não.
2. Sim, (cigarros por dia).

Pergunta 53 Você sabe que muitos bebês, durante o período aproximado de 6 meses a 1 ano de idade, correm atrás de seus pais? (de 3 a 4 meses)

1. Sim.
2. Não.

Pergunta 54 Durante os últimos 2 a 3 meses, houve alguma(s) das seguintes situações no seu lar? Circule todos os números que corresponderem.

1. O bebê recebeu um disciplinamento excessivo.
2. O bebê foi alvo de surras emocionais.
3. Os adultos saíram, deixando o bebê e/ou crianças pequenas sozinhos em casa.
4. O bebê ficou durante um longo tempo sem ser alimentado.
5. Gritaram palavras emocionais.
6. Taparam a boca do bebê.
7. O bebê foi violentamente sacudido.
8. Não houve nenhuma das situações acima.

Pergunta 55 Você sabia que sacudir violentamente a cabeça do bebê para frente e para trás, quando, por exemplo, o bebê não para de chorar, pode causar lesão cerebral (Síndrome do Bebê Sacudido) no bebê?

1. Sim.
2. Não.

Pergunta 56 Como está o seu estado mental e físico?

1. Está bem.
2. Está mal.

Pergunta 57 Você tem alguma preocupação?

1. Sim.
2. Não.

Pergunta 58 Finalmente, escreva a relação entre a pessoa que respondeu ao questionário e o bebê.

1. Sou a mãe do bebê.
2. Sou o pai do bebê.
3. Sou a avó (o avô) do bebê.
4. Outros.

Agradecemos a sua colaboração.