



QUESTIONÁRIO – PROJETO TERMOGRAFIA
PESQUISA: “AVALIAÇÃO DA ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DA
TERMOGRAFIA INFRAVERMELHA UTILIZANDO INTELIGÊNCIA
ARTIFICIAL PARA RASTREAMENTO DAS PATOLOGIAS
PULPARES E PERIAPICAIS”

Data: ____/____/202__

Pesquisador(a): _____

Bom dia / boa tarde, meu nome é (fulano), sou integrante do Grupo de Pesquisa ENDOtherm, da Universidade Federal do Maranhão. Você será entrevistado (a) agora para que possa participar das outras etapas desse estudo (exame odontológico, imagens térmicas, radiografias). Precisaremos de 10 minutos e pedimos a sua colaboração, respondendo às questões que seguem. Obrigado (a)!!!

BLOCO A: IDENTIFICAÇÃO

1A. Nome: _____

Celular: () _____ **Redes sociais:** _____

2A. Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino

3A. Idade: _____ **4A. Data de Nascimento:** __/__/____

5A. Você (a) tem algum trabalho em que recebe salário? 1. () Sim 2. () Não

6A. Nível de escolaridade:

1. () Ensino médio incompleto

2. () Ensino médio completo

3. () Técnico

4. () Superior incompleto

5. () Superior completo

Qual o curso? _____



BLOCO B: DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1B. Cor da pele:

1. () Branca
2. () Preta/Negra
3. () Parda
4. () Amarela
5. () Indígena

2B. Estado Civil:

1. () Solteiro(a)
2. () Casado(a)/União Estável
3. () Divorciado(a)
4. () Viúvo(a)

3B. Quantas pessoas moram na mesma casa com você (excluindo o participante)?

Incluir pessoas que moram a mais de 3 meses na casa.

_____ Pessoas

4B. Quem é o chefe de sua família?

1. () mãe
2. () pai
3. () você
4. () cônjuge
5. () outros – especifique

5B. Quem mora na sua casa com você? (pode marcar mais de uma opção)

1. () Mãe
2. () Pai
3. () Madrasta
4. () Padrasto
5. () Irmãos / Irmãs
6. () Avô / avó
7. () Marido
8. () esposa
9. () filho (a)
10. () Outros - especifique: _____



6B. Você tem irmãos?

1. () Sim
2. () Não
99. () Não sabe

7B. SE SIM. Quantos irmãos você tem?

_____ IRMÃOS

88. () Não se aplica

8B. Você tem filhos?

1. () Sim
2. () Não

9B. SE SIM. Quantos filhos você tem?

_____ FILHOS

88. () Não se aplica

10B. Quantos itens abaixo a sua família possui? (circule a resposta)

	Quantidade em itens				
	0	1	2	3	4 ou mais

13B. Televisão em cores	0	1	2	3	4
14B. Rádio	0	1	2	3	4
15B. Banheiro	0	4	5	6	7
16B. Automóvel	0	4	7	9	9
17B. Empregada mensalista	0	3	4	4	4
18B. Máquina de lavar (não considerar tanquinho)	0	2	2	2	2
19B. Vídeo Cassete ou DVD	0	2	2	2	2
20B. Geladeira	0	4	4	4	4
21B. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

BLOCO C: HISTÓRICO MÉDICO, ODONTOLÓGICO E ENDODÔNTICO

1C. Como você considera a sua saúde?

1. () Excelente
2. () Boa



- 3. () Regular
- 4. () Ruim
- 5. () Muito ruim
- 99. () Não sabe

2C. Quando foi a última consulta médica?

- 1. () há menos de 1 ano
- 2. () de 1 até 2 anos
- 3. () de 2 até 5 anos
- 4. () há mais de 5 anos
- 5. () nunca realizou consulta médica
- 99. () Não lembra/Não sabe

3C. Você FICOU DOENTE nos últimos 2 anos?

- 1. () SIM. Qual foi a doença? _____
- 2. () NÃO
- 99. () Não lembra/Não sabe

4C. Você está tomando ALGUM MEDICAMENTO atualmente?

- 1. () Sim
- 2. () Não

5C. Que TIPO DE MEDICAMENTO você está tomando?

ANOTAR o nome do medicamento: _____

- 1. () Antinflamatório
- 2. () Tranquilizante
- 3. () Anti-hipertensivo
- 4. () Anticoncepcional
- 5. () Antialérgico
- 6. () Analgésico
- 7. () Para colesterol alto
- 8. () Para diabetes
- 9. () Para o coração
- 88. () Não se aplica
- 99. () Não sabe

6C. Você tem alguma ALERGIA?

- 1. () Sim. Alergia a _____



2. () Não

99. () Não lembra/ não sabe

7C. Qual o NÚMERO DE VEZES que você faz a limpeza da sua boca (escova os dentes) durante o dia?

1. () Uma vez

2. () Duas vezes

3. () Três vezes

4. () Quatro vezes

5. () Mais de quatro vezes

6. () Nenhuma

88. () Não se aplica

99. () Não lembra/ não sabe

8C. O que você utiliza para higienizar sua boca e seus dentes? (Pode responder mais de uma opção)

1. () Escova dental

2. () Pasta de dente

3. () Fio/Fita dental

4. () Bochechos/Enxaguantes bucais

5. () Raspador de língua e bochecha

6. () Outros: _____

9C. A sua escova é compartilhada?

1. () Sim

2. () Não

99. () Não sabe

10C. Qual creme dental você costuma usar? _____

88. () Não se aplica (não usa)

99. () Não lembra/ não sabe

11C. De quanto em quanto tempo você troca a sua escova de dentes?

1. () Mensalmente

2. () A cada três meses

3. () A cada seis meses



- 4. () Anualmente
- 5. () Mais de um ano
- 6. () Outro. Anotar: _____
- 88. () Não se aplica
- 99. () Não lembra/ não sabe

12C. Quais os HORÁRIOS que você faz a limpeza da boca (escova os dentes) durante o dia? (Pode responder mais de uma opção)

- 1. () ao acordar
- 2. () após o café da manhã
- 3. () após o lanche da manhã
- 4. () após o almoço
- 5. () após o lanche da tarde
- 6. () após o jantar
- 7. () antes de dormir
- 8. () Outro. Anotar _____
- 88. () Não se aplica
- 99. () Não sabe

13C. Já foi ao dentista?

- 1. () Sim
- 2. () Não (**Pular para 16C**)
- 99. () Não lembra/ não sabe

14C. Última consulta odontológica:

- 1. () há menos de 1 mês
- 2. () de 2 até 6 meses
- 3. () de 6 meses até 1 ano
- 4. () há mais de 1 ano
- 5. () nunca realizou consulta odontológica
- 99. () Não lembra/Não sabe
- 88. () Não se aplica

15C. Motivo da última consulta:

- 1. () limpeza
- 2. () aplicação de flúor



- 3. () traumatismo – caiu e quebrou o dente
- 4. () lesões na boca - feridas na boca
- 5. () sangramento na gengiva
- 6. () manchas nos dentes
- 7. () cárie dentária: buracos nos dentes
- 8. () outro motivo:
- 88. () Não se aplica
- 99. () Não sabe/Não lembra

16C. Já teve DOR DE DENTE?

- 1. () Sim
- 2. () Não (**Pular para 24C**)
- 99. () Não sabe/Não lembra

17C. Quando ocorreu?

- 1. () nesta semana
- 2. () na semana passada
- 3. () há pouco tempo, mas foi neste último mês
- 3. () há muito tempo, há mais de dois meses
- 88. () não se aplica
- 99. () não lembra / não sabe

18C. Quantas vezes você sentiu esta dor?

- 1. () 1 vez
- 2. () 2 ou 3 vezes
- 3. () mais de 3 vezes
- 88. () não se aplica
- 99. () não lembra/ não sabe

19C. Quanto tempo durou a dor?

- 1. () pouco tempo, alguns minutos
- 2. () muito tempo, vários dias
- 88. () não se aplica
- 99. () não lembra/ não sabe

20C. Você acordou à noite por causa desta dor?

- 1. () sim



2. () não

88. () não se aplica

99. () não lembra/não sabe

21C. Deixou de fazer alguma coisa por causa da dor?

1. () sim

2. () não

88. () não se aplica

99. () não lembra/ não sabe

22C. O que você deixou de fazer por causa de dor de dente?

1. () exercitar-se

2. () comer

3. () dormir

4. () escovar os dentes

5. () ir à escola/trabalhar

6. () outro

88. () Não se aplica

99. () Não lembra/ não sabe

23C. Qual medida foi tomada para o alívio da DOR?

1. () fez bochecho. Com o quê? _____

2. () automedicação (tomar remédio por conta própria) Caso lembre, informe o nome da medicação: _____

3. () evitou doces (balas, bombons, etc.)

4. () escovou os dentes

5. () fez outra coisa diferente. O quê? _____

6. () procurou o dentista

88. () Não se aplica

99. () Não lembra/Não sabe

24C. Histórico de TRATAMENTO DE CANAL?

1. () Sim

2. () Não

99. () Não lembra/Não sabe



Se sim, em qual dente/região? _____

25C. Histórico de TRAUMA DENTAL (queda atingindo a boca ou “pancada” nos dentes)?

- 1. () Sim
- 2. () Não
- 99. () Não lembra/Não sabe

Se sim, em qual dente/região? _____

26C. Você já notou sangramento em sua gengiva durante a escovação?

- 1. () Sim
- 2. () Não
- 99. () Não lembra/Não sabe

27C. Histórico de SINUSITE (inflamação/infecção dos seios nasais)?

- 1. () Sim
- 2. () Não
- 99. () Não lembra/Não sabe

Se SIM há quanto tempo ocorreu a última crise? _____

28C. A sua SINUSITE é localizada no:

- 1. () lado DIREITO
- 2. () lado ESQUERDO
- 3. () lados DIREITO e ESQUERDO
- 99. () Não lembra/Não sabe
- 88. () Não se aplica

BLOCO D: FATORES DE CONFUSÃO E CONDIÇÕES ATUAIS

Esses pontos visam mitigar riscos de diagnósticos falso-positivos ou negativos.

1D. CONSUMO (últimos 30 min): Bebeu café, chá ou água gelada?

- 1. () Sim 2. () Não

O que bebeu? _____

2D. Higiene: Realizou bochecho ou escovação nos últimos 30 min?

- 1. () Sim 2. () Não



O que fez? _____

3D. HÁBITOS (última 1 hora): Fumou?

1. () Sim 2. () Não

4D. HÁBITOS (última 1 hora): Praticou exercício físico?

1. () Sim 2. () Não

5D. RESPIRAÇÃO: Consegue respirar normalmente pelo nariz nesse momento?

1. () Sim 2. () Não

6D. USO DE COSMÉTICOS: Está usando batom ou protetor labial agora?

1. () Sim 2. () Não

7D. MEDICAÇÃO: Tomou analgésico ou anti-inflamatório nas últimas 48h?

1. () Sim 2. () Não

Qual medicamento? _____ Horário da última dose: _____

8D. APARELHO: Usa aparelho ortodôntico fixo ou “contenção dental”?

1. () Sim

2. () Não

99. () Não lembra/Não sabe

QUAL tipo de aparelho? _____

9D. RESTAURAÇÕES: Possui dentes com restaurações grandes de metal (amálgama) ou resina?

1. () Sim

2. () Não

99. () Não lembra/Não sabe

Se sim, quais dentes? _____

BLOCO E: REGISTRO DO PESQUISADOR

Utilize este bloco para definir o seu padrão de referência clínico.

Ambiente:

Temp. Sala: _____ °C

Umidade: _____ %