**CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE**

Legenda:

Perguntas/alternativas Formulários PIM/PCF \*=Campo de informação obrigatória

Perguntas/alternativas somente Formulário PIM ⭘ = Campo de seleção única

Perguntas/alternativas somente Formulário PCF **□** = Campo de múltipla seleção

O número das perguntas/alternativas de cada um dos formulários encontra-se ao lado de cada logo específico.

|  |  |
| --- | --- |
| **PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR/CRIANÇA FELIZ** |  Família/Gestante: / |
| **CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE** |  Município: |
| **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO** |  Data: |
|  |  | (1 PIM/2 PCF) Nome completo\*:  |
|  |  | (1) Número de Identificação Social – NIS:  |
|  |  | (3) Nº celular: |
|  |  | (4) E-mail: |
|  |  | (10) Número do Cartão Nacional do SUS (CNS):  |
|  |  | (2, 3 PIM/11 PCF) Qual o melhor dia e horário para o atendimento?\*: ⭘ Segunda ⭘ Terça ⭘ Quarta ⭘ Quinta ⭘ Sexta ⭘ Sábado  Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ |
|  |  | (4 PIM/8 PCF) Nome completo do pai da gestante: |
|  |  | (5 PIM/7 PCF) Nome completo da mãe da gestante\*: |
|  |  | (13) Seus pais moram no mesmo município? ( ) Sim, no mesmo bairro/comunidade ( ) Sim, em outro bairro/comunidade ( ) Não |
|  |  | (6 PIM/5 PCF) Data de nascimento\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | (6) Idade\*: |
|  |  | (7 - PIM; 9 - PCF) Raça/cor/etnia (autodeclarado)\*:  ⭘ Branca ⭘ Preta ⭘ Parda ⭘ Amarela ⭘ Indígena |
|  |  | (8 PIM/17 PCF) Estado civil\*: ⭘ Casada ⭘ Solteira ⭘ Viúva ⭘ Divorciada ⭘ Separada |
|  |  |  ⭘ União estável |
|  |  | (14) Você sabe ler e escrever? ( ) Sim ( ) Não |
|  |  | (11) Grau de instrução?⭘ Nenhum ⭘ Alfabetizada ⭘ Ensino fundamental incompleto ⭘ Ensino fundamental completo⭘ Ensino médio incompleto ⭘ Ensino médio completo ⭘ Ensino superior incompleto⭘ Ensino superior completo ⭘ Outros/Especifique: |
|  |  | (14 PIM/16 PCF) Estuda atualmente?\* ⭘   Sim/Onde? ⭘ Não |
|  |  | (12) Profissão\*: | (13) Ocupação\*: |
|  |  | (14 PIM/16 PCF) Trabalha atualmente?\* ⭘ Sim/Onde? ⭘ Não |
|  |  | (15) A gestante fala\*: **□** Língua Portuguesa **□** Outras Línguas/Quais? |
|  |  | (12) Está com quantos meses/semanas de gestação? |
|  |  | (18) Quem mora na casa com você? ( ) Companheiro ( ) Filhos ( ) Pai/mãe ( ) Irmãos ( ) Sogra ( ) Amigos ( ) Outros: |
|  |  | (21) O companheiro está indo às consultas? ( ) Sim, eventualmente ( ) Sim, em todas as consultas ( ) Apenas quando solicitado ( ) Não acompanha |
| **DADOS DO PRÉ-NATAL** (assinalar conforme Caderneta da Gestante) |
|  |  | (16 PIM/22 PCF) Período gestacional\*: ⭘ Menos de 22 semanas ⭘ 22 a 27 semanas ⭘ 28 a 31 semanas ⭘ 32 a 36 semanas ⭘ 37 a 41 semanas ⭘ 42 semanas ou mais |
|  |  | (17 PIM/39 PCF) Número de gestações anteriores\*:  ( ) NV-Nativivos ( ) NM-Natimortos ( ) AB-Abortos  |
|  |  | (18) Já iniciou o pré-natal?\* ⭘ Sim ⭘ Não |
|  |  | (19) Com quantas semanas iniciou o pré-natal? ( ) Não iniciou ( ) Até 12 semanas ( ) Entre a 13ª e 24ª semana ( ) Entre 25ª e 36ªemana |
|  |  | (19) Foi à unidade de saúde para a consulta pré-natal neste mês?\* ⭘ Sim ⭘ Não |
|  |  | (20) Quantas consultas de pré-Natal você já realizou? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10 ou mais |
|  |  | (20) Está com a vacina contra tétano em dia?\* ⭘ Sim ⭘ Não |
|  |  | (21) Está desnutrida neste mês?\* ⭘ Sim ⭘ Não |
|  |  | (22) Apresenta algum fator de risco?\* ⭘ Não  ( ) Anemia Falciforme ( ) Drogas ( )Pré-eclâmpsia em gestações anteriores ( ) Bacteriúria assintomática ( ) HAS ( )Sangramento do 3º trimestre ( ) Cardiopatia ( ) HIV + ( )Sífilis  ( ) Diabetes Tipo 1 ( ) Natimortos/Neomortos ( )Tabagismo ( ) Diabetes méllitus gestacional ( ) Pielonefrite aguda ( )Trabalho de parto prematuro ( ) Outros/Especifique: |
| **OUTRAS OBSERVAÇÕES** |
|  |  | (23) Essa gravidez foi planejada? ( ) Sim ( ) Não |
|  |  | (24) Dorme bem? ( ) Sim ( ) Não |
|  |  | (25) Está realizando atividades físicas? ( ) Sim ( ) Não |
|  |  | (26) Em quais serviços da Rede de Atenção você é atendida? ( ) Unidade Básica de Saúde ( ) Estratégia de Saúde da Família ( ) Núcleo de Apoio à Saúde da Família ( ) Ambulatório de Gestação de Alto Risco ( ) Serviço de Atend. Especializado em DST/AIDS ( ) Centro de Assistência Psicossocial – CAPS ( ) Centro de Ref. em Assistência Social – CRAS ( ) Centro de Ref. Esp. Assist. Social – CREAS ( ) Assoc. Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE ( ) Conselho Tutelar ( ) Outros  ( ) Não é vinculada a nenhum serviço |
|  |  | (27) Você já sabe o nome e endereço da maternidade que você vai ter seu filho? ( ) Sim Qual? ( ) Não |
|  |  | (28) Tem preferência sobre o tipo de parto? ( ) Normal ( ) Fórceps ( ) Cesárea Justificativa:  |
|  |  | (29) Você participa de grupos de gestantes? ( ) Sim Onde: ( ) Não |
|  |  | (30) Com quem você compartilha suas dúvidas, curiosidades e inquietudes com relação à gestação?  ( ) Família ( ) Equipe de saúde do pré-Natal ( ) Grupo de gestantes ( ) Amigos Outros: ( ) Não compartilha |
|  |  | (31) Você recebe apoio da família agora na gestação? ( ) Sim ( ) Não |
|  |  | (32) E quando a criança nascer você tem alguém para te apoiar?  ( ) Sim Quem? ( ) Não |
|  |  | (33) Gostaria de ter um acompanhante na hora do parto? ( ) Sim Quem? ( ) Não |
|  |  | (34) Você sabe que o Registro de Nascimento é um direito da criança? ( ) Sim ( ) Não |
|  |  | (35) Como está preparando o enxoval do bebê? ( ) Por conta própria ( ) Recebendo benefício Eventual da Assistência Social ( ) Ainda não está fazendo |
|  |  | (36) Você gostaria que seu(ua) filho(a) fosse atendido pelo PCF depois do nascimento do bebê? ( ) Sim ( ) Não |
|  |  | (37) Qual a sua expectativa inicial em relação ao atendimento do PIM/PCF? |
|  |  | (23) Outras observações sobre a gestante: |
| **DADOS SOBRE GESTAÇÕES ANTERIORES** |
|  |  | (38) Antes dessa gravidez, quantas vezes você ficou grávida? ( ) Nenhuma vez ( ) Uma vez ( ) Duas vezes ( ) Três ou mais vezes |
|  |  | (17 PIM/39 PCF) Sobre a(s) gestação(ões) anterior(es): Quantos nasceram vivos (NV-Nativivos)? ( ) Um ( ) Dois ( ) Três ou mais |
|  |  | Quantos estão vivos hoje? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nascidos Mortos (NM-Natimortos): ( ) Um ( ) Dois ( ) Três ou mais Abortos: ( ) Um ( ) Dois ( ) Três ou mais |
| **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A** |
|  |  | (9 PIM/47 PCF) Você vive em companhia do cônjuge ou companheiro?  ( ) Sim ( ) Não (Encerre a entrevista)  |
|  |  | (48) O cônjuge ou companheiro é o pai da criança? ( ) Sim ( ) Não |
|  |  | (10 PIM/49 PCF) Nome completo: |
|  |  | (50) Data de Nascimento: |
|  |  | (51) Idade: |
|  |  | (52) Número do Cartão Nacional do SUS (CNS): |
|  |  | (53) Número de Identificação Social (NIS):  |
|  |  | (54) Grau de instrução ( ) Não estudou |
|  |  | (55) Estuda atualmente? ( ) Sim ( ) Não Se sim, onde? |
|  |  | (56) Trabalha atualmente? ( ) Sim. Se sim, onde? ( ) Não  |
|  |  | (57) Profissão/ocupação/vínculo empregatício: Carga horária: |
| **PREENCHER APENAS AO FINAL DA GESTAÇÃO** |
|  |  | (24 PIM/40 PCF) Data do Parto :  | (25 PIM/41 PCF) Resultado da gestação:  ⭘ NV-Nativivo ⭘ NM-Natimorto ⭘ AB-Aborto |
|  |  | (26 PIM/42 PCF) Parto prematuro? ⭘ Sim/Nº semanas: ⭘ Não |
|  |  | (43) Tipo de parto: ( ) Normal ( ) Fórceps ( ) Cesárea |
|  |  | (44) Você teve acompanhante durante o parto? ( ) Sim Quem ( ) Não |
|  |  | (27 PIM/45 PCF) Data marcada para a primeira consulta de puerpério:  |
|  |  | (28) Data marcada para a segunda consulta de puerpério:  |
|  |  | (46) Você recebeu orientação sobre o planejamento familiar? ( ) Sim ( ) Não |
|  |  | Observação: |
| **INATIVAÇÃO DA GESTANTE** |
|  |  |  Data:  |  Motivo:  ⭘ Final de gestação  ⭘ Falecimento ⭘ Saída do Programa Justificativa: |