**CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE**

Legenda:

Desenho de um cachorro

Descrição gerada automaticamentePerguntas/alternativas Formulários PIM/PCF \*=Campo de informação obrigatória

Desenho de personagem de desenho animado

Descrição gerada automaticamente com confiança médiaPerguntas/alternativas somente Formulário PIM ⭘ = Campo de seleção única

Desenho de personagem de desenhos animados com texto preto sobre fundo branco

Descrição gerada automaticamente com confiança médiaPerguntas/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: |