

18. Quem mora na casa com você?	<input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Pai/mãe <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Sogra <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Outros: _____
19. Com quantas semanas iniciou o pré-natal?	<input type="checkbox"/> Não iniciou <input type="checkbox"/> Até 12 semanas <input type="checkbox"/> Entre a 13ª e 24ª semana <input type="checkbox"/> Entre 25ª e 36ª
20. Quantas consultas de pré-Natal você já realizou?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 ou mais
21. O companheiro está indo às consultas?	<input type="checkbox"/> Sim, eventualmente <input type="checkbox"/> Sim, em todas as consultas <input type="checkbox"/> Apenas quando solicitado <input type="checkbox"/> Não acompanha
22. Período gestacional (Olhar a Caderneta de Saúde da Gestante)	<input type="checkbox"/> Menos de 22 semanas <input type="checkbox"/> 28 a 31 semanas <input type="checkbox"/> 37 a 41 semanas <input type="checkbox"/> 22 a 27 semanas <input type="checkbox"/> 32 a 36 semanas
23. Essa gravidez foi planejada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
24. Dorme bem?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
25. Está realizando atividades físicas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
26. Em quais serviços da Rede de Atenção você é atendida?	<input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde <input type="checkbox"/> Estratégia de Saúde da Família <input type="checkbox"/> Núcleo de Apoio à Saúde da Família <input type="checkbox"/> Ambulatório de Gestação de Alto Risco <input type="checkbox"/> Serviço de Atend. Especializado em DST/AIDS <input type="checkbox"/> Centro de Assistência Psicossocial – CAPS <input type="checkbox"/> Centro de Ref. em Assistência Social – CRAS <input type="checkbox"/> Centro de Ref. Esp. Assist. Social – CREAS <input type="checkbox"/> Assoc. Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 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 Programa Criança Feliz?	
DADOS SOBRE GESTAÇÕES ANTERIORES	
38. Antes dessa gravidez, quantas vezes você ficou grávida?	() Nenhuma vez () Uma vez () Duas vezes () Três ou mais vezes
39. Sobre a(s) gestação(ões) anterior(es). Quantos nasceram vivos?	<u>Nascido vivos</u> () Um () Dois () Três ou mais Quantos estão vivos hoje? _____ <u>Nascidos Mortos</u> () Um () Dois () Três ou mais <u>Abortos</u> () Um () Dois () Três ou mais

PREENCHER APENAS APÓS O PARTO	
40. Qual a data do parto? / /	
41. Resultado da gestação	() Nascido vivo () Nascido morto () Aborto
42. O parto foi prematuro?	() Sim Nº de semanas: _____ () Não
43. Tipo de parto	() Normal () Fórceps () Cesárea
44. Você teve acompanhante durante o parto?	() Sim Quem _____ () Não
45. A data da primeira consulta de puerpério foi marcada?	() Sim Data / / () Não
46. Você recebeu orientação sobre o planejamento familiar?	() Sim () Não
OBSERVAÇÃO:	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)	
47. 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
49. 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 () Não Se sim, onde?	
57. Profissão/ocupação/vínculo empregatício Carga horária	

Adaptado do formulário do PIM (Primeira Infância Melhor)