

ANEXO III

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

Programa Criança Feliz

Informações sobre a gestante*

Formulário 3

I - IDENTIFICAÇÃO	
1. Número de Identificação Social – NIS:	
2. Nome completo:	
3. N° celular: ,	4. E-mail:
5. Data de Nascimento: / /	6. Idade:
7. Nome da mãe:	
8. Nome do Pai:	
9. Raça/cor/etnia (autodeclarado): () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena	
10. Número do Cartão Nacional do SUS (CNS):	
11. Qual o melhor dia e horário para o atendimento? Hora: _____	() Segunda-feira () Terça-feira () Quarta-feira () Quinta-feira () Sexta-feira () Sábado
12. Está com quantos meses/semanas de gestação?	
13. Seus pais moram no mesmo município?	() Sim, no mesmo bairro/comunidade () Sim, em outro bairro/comunidade () Não
14. Você sabe ler e escrever?	() Sim () Não
15. Você estuda atualmente?	() Sim () Não Se sim, onde?
16. Você trabalha atualmente?	() Sim () Não Se sim, onde?
17. Qual o seu estado civil?	() Solteira () Casada () União estável () Viúva () Divorciada () Separada

<p>18. Quem mora na casa com você?</p>	<p><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: _____</p>
<p>19. Com quantas semanas iniciou o pré-natal?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não iniciou <input type="checkbox"/> Até 12 semanas <input type="checkbox"/> Entre 13ª e 24ª semana <input type="checkbox"/> Entre 25ª e 36ª</p>
<p>20. Quantas consultas de pré-Natal você já realizou?</p>	<p><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</p>
<p>21. O companheiro está indo às consultas?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim, eventualmente <input type="checkbox"/> Sim, em todas as consultas <input type="checkbox"/> Apenas quando solicitado <input type="checkbox"/> Não acompanha</p>
<p>22. Período gestacional (Olhar a Caderneta de Saúde da Gestante)</p>	<p><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</p>
<p>23. Essa gravidez foi planejada?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>24. Dorme bem?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>25. Está realizando atividades físicas</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>26. Em quais serviços da Rede de Atenção você é atendida?</p>	<p><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 Gestaç�o de Alto Risco <input type="checkbox"/> Serviço de Atend. Especializado em DST/AIDS <input type="checkbox"/> Centro de Assist�ncia Psicossocial – CAPS <input type="checkbox"/> Centro de Ref. em Assist�ncia 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 � vinculada a nenhum serviço</p>

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 () 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 de continuar a ser atendida 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 Passe para a pergunta seguinte () 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	<input type="checkbox"/> Nascido vivo <input type="checkbox"/> Nascido morto <input type="checkbox"/> Aborto
42. O parto foi prematuro?	<input type="checkbox"/> Sim Nº de semanas: _____ <input type="checkbox"/> Não
43. Tipo de parto	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesariana <input type="checkbox"/> Fórceps
44. Você teve acompanhante durante o parto?	<input type="checkbox"/> Sim Quem _____ <input type="checkbox"/> Não
45. A data da primeira consulta de puerpério foi marcada?	<input type="checkbox"/> Sim Data / / <input type="checkbox"/> Não
46. Você recebeu orientação sobre o planejamento familiar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
47. Inativação da gestante Data / /	<input type="checkbox"/> Final da gestação <input type="checkbox"/> Mudança de endereço <input type="checkbox"/> Desistência do PCF <input type="checkbox"/> Falecimento
OBSERVAÇÃO:	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)	
48. Você vive em companhia do cônjuge ou companheiro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Encerre a entrevista)
49. O cônjuge ou companheiro é o pai da criança?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
50. Nome completo:	
51. Data de Nascimento: / /	52. Idade:
53. Número do Cartão Nacional do SUS (CNS): _____	
54. Número de Identificação Social (NIS): _____	
55. Grau de instrução _____ Não estudou	
56. Estuda atualmente? () Sim () Não Se sim, onde?	
57. Trabalha atualmente? () Sim () Não Se sim, onde?	
58. Profissão/ ocupação Carga horária	

Adaptado do formulário do PIM (Primeira Infância Melhor)