

# - 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 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

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?	<input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ <input type="checkbox"/> Não
28. Tem preferência sobre o tipo de parto?	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> 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?	
<b>DADOS SOBRE GESTAÇÕES ANTERIORES</b>	
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
<b>PREENCHER APENAS APÓS O PARTO</b>	
40. Qual a data do parto? ____/____/____	
41. Resultado da gestação	( ) Nascido vivo ( ) Nascido morto ( ) Aborto

42. O parto foi prematuro?	( ) Sim. N° de semanas: _____ ( ) Não
43. Tipo de parto	( ) Vaginal ( ) Cesariana ( ) Fórceps
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
47. Inativação da gestante Data: ____/____/____	( ) Final da gestação ( ) Mudança de endereço ( ) Desistência do PCF ( ) Falecimento
OBSERVAÇÃO:	
<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)</b>	
48. Você vive em companhia do cônjuge ou companheiro?	( ) Sim ( ) Não (Encerre a entrevista)
49. O cônjuge ou companheiro é o pai da criança?	( ) Sim ( ) 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)