

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

* = Campo de informação obrigatória

○ = Campo de seleção única

☐ = Campo de múltipla seleção

Versão 3 - 21/08/2024

1/2

Município: _____		Data: ____/____/____	
Nº da família: _____		Nº da gestante: _____	
IDENTIFICAÇÃO			
1. Qual o nome completo?* _____			
2. Possui nome social?* <input type="radio"/> Sim (Especifique abaixo) <input type="radio"/> Não			
3. Qual o número do telefone / celular? (_____)			
4. Qual o seu e-mail? _____			
5. Qual a data de nascimento?* ____/____/____		6. Qual a sua idade?* _____	
7. Qual a filiação conforme Registro Civil de Nascimento?*			
Nome completo: _____		<input type="radio"/> Mãe <input type="radio"/> Pai	
Nome completo: _____		<input type="radio"/> Mãe <input type="radio"/> Pai	
8. Como você se autodeclara (cor/ raça/ etnia)?*		9. Qual a nacionalidade?*	
<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena		<input type="radio"/> Brasileira	
<input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela		<input type="radio"/> Outra. Qual? _____	
10. Qual o número do CPF? _____		11. Qual o número de Identificação Social (NIS)? _____	
12. Qual o número do Cartão Nacional do SUS (CNS)? _____		13. Recebe Benefício Prestação Continuada (BPC)?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
14. Tem alguma deficiência?*		15. Qual o dia e horário do atendimento?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> Segunda <input type="radio"/> Terça <input type="radio"/> Quarta	
Se sim, qual(is)?		<input type="radio"/> Quinta <input type="radio"/> Sexta <input type="radio"/> Sábado	
<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/cognitiva <input type="checkbox"/> Outra(s).		Hora: _____	
<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física Qual(is)? _____		16. Seus pais moram no mesmo município?*	
<input type="checkbox"/> Sim, no mesmo bairro/comunidade <input type="checkbox"/> Sim, na mesma casa		<input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Divorciada	
<input type="checkbox"/> Sim, em outro bairro/comunidade <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separada	
17. Qual o estado civil?*		18. Sabe ler e escrever?*	
<input type="radio"/> Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) <input type="radio"/> Ensino Fundamental completo <input type="radio"/> Ensino Superior incompleto		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> Analfabeta <input type="radio"/> Ensino Médio incompleto <input type="radio"/> Ensino Superior completo			
<input type="radio"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="radio"/> Ensino Médio completo			
19. Estuda atualmente?* <input type="radio"/> Sim/Onde? _____ <input type="radio"/> Não			
20. Trabalha atualmente?* <input type="radio"/> Sim/Onde? _____ <input type="radio"/> Não			
21. Qual a profissão/ocupação?* _____			
22. Fala outra língua / idioma?*		23. Quem mora na casa?*	
<input type="radio"/> Não		<input type="checkbox"/> Filhos(as) <input type="checkbox"/> Irmãos(ãs) <input type="checkbox"/> Amigos(as)	
<input type="radio"/> Sim / Qual? _____		<input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Pai / Mãe <input type="checkbox"/> Sogra(o) <input type="checkbox"/> Outros: _____	
24. Deseja informar orientação sexual?*		25. Deseja informar identidade de gênero?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Se sim, qual? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual		<input type="radio"/> Mulher cisgênero <input type="radio"/> Homem transexual	
<input type="radio"/> Homossexual Gay /Lésbica <input type="radio"/> Outra. Qual? _____		<input type="radio"/> Outra. Qual? _____	
DADOS DO PRÉ-NATAL (assinalar conforme Caderneta da Gestante)			
26. Com quantas semanas iniciou o pré-natal?*		27. Qual o período gestacional?*	
<input type="radio"/> Não iniciou (concluir o cadastro após o início do pré-natal) <input type="radio"/> Entre a 13ª e 24ª semanas		<input type="radio"/> Menos de 22 semanas <input type="radio"/> 28 a 31 semanas <input type="radio"/> 37 a 41 semanas	
<input type="radio"/> Até 12 semanas <input type="radio"/> Entre 25ª e 36ª semanas		<input type="radio"/> 22 a 27 semanas <input type="radio"/> 32 a 36 semanas	
28. Foi à unidade de saúde para a consulta pré-natal neste mês?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
29. Quantas consultas de pré-natal você já realizou?*		30. Realizou vacinas preconizadas às gestantes?*	
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 ou mais		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
31. Qual o tipo de gestação?*		32. Fez os exames de sífilis e HIV?*	
<input type="radio"/> Única <input type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tripla ou mais		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
33. Qual a classificação de risco da gestação?*		34. Apresenta algum fator de risco nesta gestação?*	
<input type="radio"/> Risco habitual <input type="radio"/> Alto risco		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Se sim, qual?		35. Apresenta algum fator de risco nesta gestação?*	
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Isoimunização Rh <input type="checkbox"/> Febre		<input type="checkbox"/> Hemorragia no trimestre <input type="checkbox"/> Pós-datismo	
<input type="checkbox"/> Fumo <input type="checkbox"/> Infecção Urinária <input type="checkbox"/> Oligo / polidrâmio <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial		<input type="checkbox"/> Exatema / rash cutâneo <input type="checkbox"/> Uso da insulina	
<input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Rut. Prem.membrana <input type="checkbox"/> Cardiopatia		<input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Pré-eclampsia	
<input type="checkbox"/> Outras Drogas <input type="checkbox"/> Inc. istmocervical <input type="checkbox"/> CIUR <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional		<input type="checkbox"/> Ameaça de parto prematuro <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____	
<input type="checkbox"/> HIV / AIDS			
36. A gestante já realizou pelo menos uma consulta odontológica durante esta gestação?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
OUTRAS OBSERVAÇÕES			
37. Essa gravidez foi planejada?*		38. A pessoa que gesta dorme bem?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
39. Esta realizando atividades físicas?*		40. Em quais serviços da Rede de Atenção é atendida?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="checkbox"/> Centro Especializado em Reabilitação (CER)	
		<input type="checkbox"/> Assoc. Pais e Amigos dos excepcionais (APAIE)	
		<input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde (UBS)	
		<input type="checkbox"/> Serviço de Atendimento Especializado em IST / AIDS	
		<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar	
		<input type="checkbox"/> Estratégia de Saúde da Família (ESF)	
		<input type="checkbox"/> Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	
		<input type="checkbox"/> Não é vinculada a nenhum serviço	
		<input type="checkbox"/> Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	
		<input type="checkbox"/> Centro de Ref. em Assistência Social (CRAS)	
		<input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____	
		<input type="checkbox"/> Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR)	
		<input type="checkbox"/> Centro de Ref. Esp. Assist. Social (CREAS)	
41. Já sabe o nome e endereço da maternidade que você vai ter seu filho?* <input type="radio"/> Sim. Qual? _____ <input type="radio"/> Não			
42. Tem preferência sobre o tipo de parto?* <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Cesárea. Justificativa: _____			

43. Tem conhecimentos sobre riscos, benefícios e possibilidades dos tipos de parto?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
44. Participantes de grupos de gestantes?*	
<input type="checkbox"/> Sim, na UBS ou ESF <input type="checkbox"/> Sim, no Hospital <input type="checkbox"/> Sim, no CRAS <input type="checkbox"/> Não participa <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____	
45. Com quem compartilha dúvidas, curiosidades e inquietudes com relação à gestação?*	
<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Equipe de saúde do pré-Natal <input type="checkbox"/> Não compartilha <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Grupo(s) de gestantes <input type="checkbox"/> Outros. Quem? _____	
46. Recebe apoio da família agora na gestação?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
47. Pretende amamentar?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
48. E quando a criança nascer, tem alguém para apoiar a gestante?*	
<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Profissionais da rede de serviços <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Outros. Quem? _____	
49. Gostaria de ter um acompanhante na hora do parto?*	
<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Profissionais da rede de serviços <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Outros. Quem? _____	
50. Você sabe que o Registro de Nascimento é um direito da criança?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
51. Como está preparando o enxoval do bebê?*	
<input type="radio"/> Por conta própria <input type="radio"/> Recebendo benefício eventual da Assistência Social <input type="radio"/> Ainda não está fazendo	
52. Qual a forma de captação da gestante ao PIM?*	
<input type="radio"/> No domicílio, pelo visitador / supervisor / GTM <input type="radio"/> Encaminhamento da rede da Assistência Social <input type="radio"/> Encaminhamento da rede da Educação <input type="radio"/> Encaminhamento da rede da Saúde <input type="radio"/> Encaminhamento por órgão do Poder Judiciário <input type="radio"/> Em atividades comunitárias <input type="radio"/> Através de conhecidos / vizinhos <input type="radio"/> Estabelecimento prisional <input type="radio"/> Outra. Qual? _____	
53. Gostaria que seu(u) filho(a) fosse atendido pelo PIM depois do nascimento do bebê?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
54. Qual a expectativa inicial em relação ao atendimento do PIM?*	
DADOS SOBRE GESTAÇÕES ANTERIORES	
55. Antes dessa gravidez, quantas vezes ficou grávida?*	
<input type="radio"/> Nenhuma vez <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Duas vezes <input type="radio"/> Três ou mais vezes	
56. Sobre a(s) gestação(ões) anterior(es). Quantos nasceram vivos (NV-NATIVIVOS)?	
<input type="radio"/> Um <input type="radio"/> Dois <input type="radio"/> Três ou mais Quantos estão vivos hoje? _____	
Nascidos Mortos (NM-Natimortos): <input type="radio"/> Um <input type="radio"/> Dois <input type="radio"/> Três ou mais	
Abortos: (observar caderneta da gestante): <input type="radio"/> Um <input type="radio"/> Dois <input type="radio"/> Três ou mais	
Algun filho possui deficiência ou síndrome? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)	
57. O pai da criança está acompanhando a gestação?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se aplica	
58. A gestante vive em companhia de cônjuge ou companheiro(a)?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não - Encerre a entrevista e não preencha as questões 59 a 71	
59. O(a) cônjuge ou companheiro(a) é o pai / mãe da criança?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
60. Qual o nome completo do cônjuge ou companheiro(a)?* _____	
61. Qual o sexo?*	
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	
62. O(a) companheiro(a) está indo às consultas?*	
<input type="radio"/> Sim, eventualmente <input type="radio"/> Sim, em todas as consultas <input type="radio"/> Apenas quando solicitado(a) <input type="radio"/> Não acompanha	
63. Qual a data de nascimento?*/_____/_____	
64. Qual a idade?*/_____/_____	
65. Qual o número do Cartão Nacional do SUS (CNS)? _____	
66. Qual o número de identificação Social (NIS)? _____	
67. Grau de instrução do(a) companheiro(a)?*	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="radio"/> Ensino Médio completo <input type="radio"/> Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) <input type="radio"/> Ensino Fundamental completo <input type="radio"/> Ensino Superior incompleto <input type="radio"/> Analfabeto(a) <input type="radio"/> Ensino Médio incompleto <input type="radio"/> Ensino Superior completo	
68. Estuda atualmente?*	
<input type="radio"/> Sim. Onde? _____ <input type="radio"/> Não	
69. Trabalha atualmente?*	
<input type="radio"/> Sim. Onde? _____ <input type="radio"/> Não	
70. Qual a profissão / ocupação?*/ _____ Carga horária semanal?*/ _____	
71. O cônjuge ou o companheiro(a) está realizando o pré-natal do parceiro?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
PREENCHER APENAS AO FINAL DA GESTAÇÃO	
72. Qual a data do Parto? ____/____/____	
73. Qual o resultado do parto <input type="radio"/> NV-Nativo <input type="radio"/> NM-Natimorto <input type="radio"/> AB-Aborto	
74. O parto foi prematuro? <input type="radio"/> Sim / N° semanas: _____ <input type="radio"/> Não	
75. Apresentou baixo peso ao nascer? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
76. Qual o tipo de parto? <input type="radio"/> Vaginal <input type="radio"/> Fórceps <input type="radio"/> Cesárea	
77. Teve acompanhamento durante o parto?	
<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Profissionais da rede de serviços <input type="checkbox"/> Não teve acompanhante <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Outros. Quem? _____	
78. A data da primeira consulta foi marcada / realizada?	
<input type="radio"/> Sim / Data ____/____/____ <input type="radio"/> Não	
79. Está amamentando? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se aplica (gestantes com condições de saúde que impedem a amamentação)	
80. Recebeu orientação sobre o planejamento familiar? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
81. A criança continuará sendo atendida pelo PIM? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
82. Número de consultas de pré-natal realizadas ao longo da gestação? (consultar a caderneta da gestante) <input type="radio"/> 1 a 3 <input type="radio"/> 4 a 6 <input type="radio"/> 7 ou mais	
83. Realizou pelo menos uma consulta odontológica ao longo da gestação? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
84. Observações:	
INATIVAÇÃO DA GESTANTE	
Data: ____/____/____	
Motivo:	
<input type="radio"/> Final de gestação (NV, NM, AB) <input type="radio"/> Mudança de endereço da gestante para o mesmo município <input type="radio"/> Mudança de endereço da gestante para outro município <input type="radio"/> Ingresso da gestante no mercado de trabalho <input type="radio"/> Desistência do programa <input type="radio"/> Óbito da gestante <input type="radio"/> Outro. Qual? _____	