

## FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

\* = Campo de informação obrigatória

= Campo de seleção única

= Campo de múltipla seleção

Versão 3 - 21/08/2024

1/2

<b>Município:</b>	Data: __/__/____
<b>Nº da Família:</b>	<b>Nº da Gestante:</b>
IDENTIFICAÇÃO	
1. Qual o nome completo?*	
2. Possui nome social? <input type="radio"/> Sim/Especifique: _____ <input type="radio"/> Não	
3. Qual o nº do telefone/celular? ( ) _____	
4. Qual o 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)?*	
<input type="radio"/> Branca	
<input type="radio"/> Preta	
<input type="radio"/> Parda	
<input type="radio"/> Amarela	
<input type="radio"/> Indígena	
9. Qual a nacionalidade? <input type="radio"/> Brasileiro(a) <input type="radio"/> Outra. Qual?	
10. Qual o nº do CPF?	
11. Qual o nº de Identificação Social (NIS)?	
12. Qual o nº do Cartão Nacional do SUS (CNS)?	
13. Recebe Benefício Prestação Continuada (BPC)?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
14. Tem alguma deficiência? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Se sim, qual(is)?	
<input type="checkbox"/> Auditiva	
<input type="checkbox"/> Visual	
<input type="checkbox"/> Intelectual/cognitiva	
<input type="checkbox"/> Física	
<input type="checkbox"/> Outra(s). Qual(is)? _____	
15. Qual o dia e horário do atendimento?*	
<input type="radio"/> Segunda <input type="radio"/> Terça <input type="radio"/> Quarta <input type="radio"/> Quinta <input type="radio"/> Sexta <input type="radio"/> Sábado	Hora: _____
16. Seus pais moram no mesmo município?*	
<input type="checkbox"/> Sim, no mesmo bairro/comunidade	

<input type="checkbox"/> Sim, em outro bairro/comunidade <input type="checkbox"/> Sim, na mesma casa <input type="checkbox"/> Não
17. Qual o estado civil?* <input type="radio"/> Solteira <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> União estável <input type="radio"/> Viúva <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Separada
18. Sabe ler e escrever?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
19. Grau de instrução?* <input type="radio"/> Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) <input type="radio"/> Analfabeta <input type="radio"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="radio"/> Ensino Fundamental completo <input type="radio"/> Ensino Médio incompleto <input type="radio"/> Ensino Médio completo <input type="radio"/> Ensino superior incompleto <input type="radio"/> Ensino superior completo
20. Estuda atualmente?* <input type="radio"/> Sim/Onde? _____ <input type="radio"/> Não
21. Trabalha atualmente?* <input type="radio"/> Sim/Onde? _____ <input type="radio"/> Não
22. Qual a profissão/ocupação?* _____
23. Fala outra língua/idioma?* <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim/Qual? _____
24. Quem mora na casa?* <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Filhos(as) <input type="checkbox"/> Pai/mãe <input type="checkbox"/> Irmãos(ãs) <input type="checkbox"/> Sogra(o) <input type="checkbox"/> Amigos(as) <input type="checkbox"/> Outros: _____
25. Deseja informar orientação sexual?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Se sim, qual? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra. Qual? _____
26. Deseja informar identidade de gênero?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Se sim, qual? <input type="radio"/> Mulher cisgênero <input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Outra. Qual? _____
<b>DADOS DO PRÉ-NATAL (assinalar conforme Caderneta da Gestante)</b>
27. Com quantas semanas iniciou o pré-natal?* <input type="radio"/> Não iniciou (concluir o cadastro após o início do pré-natal) <input type="radio"/> Até 12 semanas <input type="radio"/> Entre a 13 <sup>a</sup> e 24 <sup>a</sup> semanas <input type="radio"/> Entre 25 <sup>a</sup> e 36 <sup>a</sup>
28. Qual o período gestacional?* <input type="radio"/> Menos de 22 semanas <input type="radio"/> 22 a 27 semanas <input type="radio"/> 28 a 31 semanas <input type="radio"/> 32 a 36 semanas <input type="radio"/> 37 a 41 semanas
29. Foi à unidade de saúde para a consulta pré-natal neste mês?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

30. Quantas consultas de pré-natal você já realizou? <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	
31. Realizou as vacinas preconizadas às gestantes?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
32. Fez os exames de sífilis e HIV?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
33. Qual o tipo de gestação?* <input type="radio"/> Única <input type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tripla ou mais	
34. Qual a classificação de risco da gestação?* <input type="radio"/> Risco habitual <input type="radio"/> Alto risco	
35. Apresenta algum fator de risco nesta gestação?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Se sim, qual?	
<input type="checkbox"/> Fumo	<input type="checkbox"/> Febre
<input type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Outras Drogas	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Hemorragia no trimestre
<input type="checkbox"/> Infecção Urinária	<input type="checkbox"/> Exatema/rash cutâneo
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sífilis
<input type="checkbox"/> Inc. istmocervical	<input type="checkbox"/> Ameaça de parto prematuro
<input type="checkbox"/> Isoimunização Rh	<input type="checkbox"/> Pós-datismo
<input type="checkbox"/> Oligo/polidrâmnio	<input type="checkbox"/> Uso da Insulina
<input type="checkbox"/> Rut.prem.membrana	<input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia/eclâmp.
<input type="checkbox"/> CIUR	<input type="checkbox"/> Outros. Quais?
36. A gestante já realizou pelo menos uma consulta odontológica durante esta gestação?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES</b>	
37. Essa gravidez foi planejada?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
38. A pessoa que gesta dorme bem?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
39. Está realizando atividades físicas?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
40. Em quais serviços da Rede de Atenção é atendida?*	
<input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde (UBS)	<input type="checkbox"/> Centro de Ref. em Assistência Social - CRAS
<input type="checkbox"/> Estratégia de Saúde da Família (ESF)	<input type="checkbox"/> Centro de Ref. Esp. Assist. Social - CREAS
<input type="checkbox"/> Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	<input type="checkbox"/> Assoc. Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE
<input type="checkbox"/> Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR)	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar
<input type="checkbox"/> Centro Especializado em Reabilitação (CER)	<input type="checkbox"/> Não é vinculada a nenhum serviço
<input type="checkbox"/> Serviço de Atendimento Especializado em IST/AIDS	<input type="checkbox"/> Outros. Quais?
<input type="checkbox"/> Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	
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 conhecimento sobre riscos, benefícios e possibilidades dos tipos de parto?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
44. Participa 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"/> Amigos	

<input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Equipe de saúde do pré-Natal <input type="checkbox"/> Grupo(s) de gestantes <input type="checkbox"/> Não compartilha <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"/> Amigos <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Profissionais da rede de serviços <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Outros. Quem? _____
49. Gostaria de ter um acompanhante na hora do parto?*" <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Profissionais da rede de serviços <input type="checkbox"/> Não possui <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 Saúde <input type="radio"/> Através de conhecidos/vizinhos <input type="radio"/> Encaminhamento da rede da Assistência Social <input type="radio"/> Encaminhamento por órgão do Poder Judiciário <input type="radio"/> Estabelecimento prisional <input type="radio"/> Encaminhamento da rede da Educação <input type="radio"/> Em atividades comunitárias <input type="radio"/> Outra. Qual? _____
52. Gostaria que seu(ua) filho(a) fosse atendido pelo PIM depois do nascimento do bebê?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
53. Qual a expectativa inicial em relação ao atendimento do PIM?*"
<b>DADOS SOBRE GESTAÇÕES ANTERIORES</b>
55. Antes dessa gravidez, quantas vezes ficou grávida?*" <input type="radio"/> Nenhuma vez <input type="radio"/> Uma vez

- Duas vezes  
 Três ou mais vezes

56. Sobre a(s) gestação(ões) anterior(es)\*

Quantos nasceram vivos (NV-Nativos)?  Um  Dois  Três ou mais Quantos estão vivos hoje?

Nascidos Mortos (NM-Natimortos):  Um  Dois  Três ou mais

Abortos: (observar caderneta da gestante):  Um  Dois  Três ou mais

Algum filho possui deficiência ou síndrome?  SIM  Não

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)

57. O pai da criança está acompanhando a gestação?\*  Sim  Não  Não se aplica

58. A gestante vive em companhia do(a) cônjuge ou companheiro(a)?

- Sim  
 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?\*  Sim  Não

60. Qual o nome completo do cônjuge ou companheiro?\*

61. Qual o sexo?\*  Masculino  Feminino

62. O(a) companheiro(a) está indo às consultas?\*

- Sim, eventualmente  
 Sim, em todas as consultas  
 Apenas quando solicitado(a)  
 Não acompanha

63. Qual a data de nascimento?\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

64. Qual a idade?\*

65. Qual o nº do Cartão Nacional do SUS (CNS)?

66. Qual o nº de Identificação Social (NIS)?

67. Grau de instrução do(a) companheiro(a)\*?

- Não compreende o que lê (analfabetismo funcional)  
 Analfabeto(a)  
 Ensino Fundamental incompleto  
 Ensino Fundamental completo  
 Ensino Médio incompleto  
 Ensino Médio completo  
 Ensino superior incompleto  
 Ensino superior completo

68. Estuda atualmente?\*  Sim. Onde? \_\_\_\_\_  Não

69. Trabalha atualmente?\*  Sim. Onde? \_\_\_\_\_  Não

70. Qual a profissão/ocupação?\* \_\_\_\_\_ Carga horária semanal?\* \_\_\_\_\_

71. O cônjuge ou o companheiro (a) está realizando o pré-natal do parceiro?\*  Sim  Não

### PREENCHER APENAS AO FINAL DA GESTAÇÃO

72. Qual a data do Parto? \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

73. Qual o resultado da gestação?  NV-Nativo  NM-Natimorto  AB-Aborto

74. O parto foi prematuro?  Sim/Nº semanas: \_\_\_\_  Não

75. Apresentou baixo peso ao nascer?  Sim  Não

76. Qual o tipo de parto?  Vaginal  Fórceps  Cesárea

77. Teve acompanhante durante o parto?

Família

Amigos

Companheiro

Companheira

Profissionais da rede de serviços

Não teve acompanhante

Outros. Quem? \_\_\_\_\_

78. A data da primeira consulta de puerpério foi marcada/realizada?  Sim/Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Não

79. Está amamentando?  Sim  Não  Não se aplica (gestantes com condições de saúde que impedem a amamentação)

80. Recebeu orientação sobre o planejamento familiar?  Sim  Não

81. A criança continuará sendo atendida pelo PIM?  Sim  Não

82. Número de consultas de pré-natal realizadas ao longo da gestação\*? (consultar a caderneta da gestante):

1 a 3  4 a 6  7 ou mais

83. Realizou pelo menos uma consulta odontológica ao longo da gestação?  Sim  Não

84. Observações:

### INATIVAÇÃO DA GESTANTE

Data: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Motivo:

Final de gestação (NV, NM, AB)

Mudança de endereço da gestante para o mesmo município

Mudança de endereço da gestante para outro município

Ingresso da gestante no mercado de trabalho

Desistência do programa

Óbito da gestante

Outro. Qual? \_\_\_\_\_