



* = Campo de informação obrigatória

○ = Campo de seleção única

☐ = Campo de múltipla seleção

Visando a integração dos Programas Primeira Infância Melhor e Criança Feliz no estado do Rio Grande do Sul, unificamos as informações dos formulários. Os municípios que possuem os dois programas poderão utilizar este documento que contém as informações dos formulários de "Caracterização da Gestante" do PIM e de "Caracterização da Gestante" do PCF. Todas as perguntas abaixo estão numeradas de acordo com o formulário do PIM, já o número após a logo é o número que corresponde a pergunta/alternativa do formulário do e-PCF.

Após seu preenchimento, os mesmos deverão ser digitados nos sistemas de informação do PIM - SisPIM e do Criança feliz e-PCF.

PIM – PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR		Nº da família: _____	Data: ____/____/____
FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE		Nº da gestante: _____	
		Município: _____	
IDENTIFICAÇÃO			
1. (2) Qual o nome completo?* _____			
2. Possui nome social?* <input type="radio"/> Sim (Especifique abaixo) <input type="radio"/> Não _____			
3. (3) Qual o número do telefone / celular? () _____			
4. Qual o seu e-mail? _____			
5. (5) Qual a data de nascimento?* _____		6. (6) Qual a sua idade?* _____	
7. (7) (8) 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. (9) Como você se autodeclara (raça / cor / etnia)?*		9. Qual a nacionalidade?*	10. Qual o número do CPF?
<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela		<input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Outra. Qual? _____	_____
11. (1) Qual o número de Identificação Social (NIS)? _____		12. (10) Qual o número do Cartão Nacional do SUS (CNS)? _____	
12. (12) Está com quantos meses de gestação?			
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		15. (11) Qual o dia e horário do atendimento?*	
Se sim, qual(is)?		<input type="radio"/> Segunda <input type="radio"/> Terça <input type="radio"/> Quarta <input type="radio"/> Quinta <input type="radio"/> Sexta <input type="radio"/> Sábado	
<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/cognitiva		Hora: _____	
<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Outra(s). Qual(is)? _____			
16. (13) Seus pais moram no mesmo município?*		17. (17) Qual o estado civil?*	18. (14) Sabe ler e escrever?*
<input type="checkbox"/> Sim, no mesmo bairro/comunidade <input type="checkbox"/> Sim, na mesma casa <input type="checkbox"/> Sim, em outro bairro/comunidade <input type="checkbox"/> Não		<input type="radio"/> Solteira <input type="radio"/> União estável <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Viúva <input type="radio"/> Separada	<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"/> Ensino Fundamental completo <input type="radio"/> Ensino Superior incompleto <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			
20. (15) Estuda atualmente?*			
<input type="radio"/> Sim/Onde? _____ <input type="radio"/> Não			
21. (16) Trabalha atualmente?*			
<input type="radio"/> Sim/Onde? _____ <input type="radio"/> Não			
22. Qual a profissão/ocupação?*			

23. Fala outra língua / idioma?*		24. (18) Quem mora na casa?	
<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim / Qual? _____		<input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Filhos(as) <input type="checkbox"/> Irmãos(ãs) <input type="checkbox"/> Amigos(as) <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Pai / Mãe <input type="checkbox"/> Sogra(o) <input type="checkbox"/> Outros: _____	
25. Deseja informar orientação sexual?*		26. Deseja informar identidade de gênero?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Se sim, qual?		Se sim, qual?	
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Homossexual gay/ Lésbica <input type="radio"/> Outra. Qual? _____		<input type="radio"/> Mulher cisgênero <input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Outra. Qual? _____	
DADOS DO PRÉ-NATAL (assinalar conforme Caderneta da Gestante)			
27. (19) Com quantas semanas iniciou o pré-natal?*		28. (22) 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"/> Até 12 semanas <input type="radio"/> Entre 25ª e 36ª 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"/> 22 a 27 semanas <input type="radio"/> 32 a 36 semanas	
29. Foi à unidade de saúde para a consulta pré-natal neste mês?*			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
30. (20) Quantas consultas de pré-natal você já realizou?		31. Realizou vacinas preconizadas às gestantes?*	32. Fez os exames de sífilis e HIV?*
<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	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
33. Qual o tipo de gestação?*		34. Qual a classificação de risco da gestação?*	
<input type="radio"/> Única <input type="radio"/> Gemelar <input type="radio"/> Tripla ou mais		<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"/> 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?* Sim Não

OUTRAS OBSERVAÇÕES

37. (23) Essa gravidez foi planejada?* Sim Não

38. (24) A pessoa que gesta dorme bem?* Sim Não

39. (25) Está realizando atividades físicas?* Sim Não

40. (26) Em quais serviços da Rede de Atenção é atendida?*

Centro Especializado em Reabilitação (CER) Assoc. Pais e Amigos dos excepcionais (APAIE)
 Unidade Básica de Saúde (UBS) Serviço de Atendimento Especializado em IST / AIDS Conselho Tutelar
 Estratégia de Saúde da Família (ESF) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Não é vinculada a nenhum serviço
 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Centro de Ref. em Assistência Social (CRAS) Outros. Quais? _____
 Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) Centro de Ref. Esp. Assist. Social (CREAS)

41. (27) Já sabe o nome e endereço da maternidade que você vai ter seu filho?* Sim. Qual? _____ Não

42. (28) Tem preferência sobre o tipo de parto?* Normal Cesárea. Justificativa: _____

43. Tem conhecimentos sobre riscos, benefícios e possibilidades dos tipos de parto?* Sim Não

44. (29) Participantes de grupos de gestantes?*

Sim, na UBS ou ESF Sim, no Hospital Sim, no CRAS Não participa Outro(s). Qual(is)? _____

45. (30) Com quem compartilha dúvidas, curiosidades e inquietudes com relação à gestação?*

Família Amigos Companheiro Companheira Equipe de saúde do pré-Natal Grupo(s) de gestantes Não compartilha
 Outros. Quem? _____

46. (31) Recebe apoio da família agora na gestação?* Sim Não

47. Pretende amamentar?* Sim Não

48. (32) E quando a criança nascer, tem alguém para apoiar a gestante?*

Família Companheiro Profissionais da rede de serviços Não possui Família Companheiro Profissionais da rede de serviços Não possui
 Amigos Companheira Outros. Quem? _____ Amigos Companheira Outros. Quem? _____

49. (33) Gostaria de ter um acompanhante na hora do parto?*

Família Companheiro Profissionais da rede de serviços Não possui Família Companheiro Profissionais da rede de serviços Não possui
 Amigos Companheira Outros. Quem? _____ Amigos Companheira Outros. Quem? _____

50. (34) Você sabe que o Registro de Nascimento é um direito da criança?*

Sim Não

51. (35) Como está preparando o enxoval do bebê?*

Por conta própria Recebendo benefício eventual da Assistência Social Ainda não está fazendo

52. Qual a forma de captação da gestante ao PIM?*

No domicílio, pelo visitador / supervisor / GTM Encaminhamento da rede da Assistência Social Encaminhamento da rede da Educação
 Encaminhamento da rede da Saúde Encaminhamento por órgão do Poder Judiciário Em atividades comunitárias
 Através de conhecidos / vizinhos Estabelecimento prisional Outra. Qual? _____

53. (36) Gostaria que seu(u) filho(a) fosse atendido pelo PIM/ Criança Feliz depois do nascimento do bebê?*

Sim Não

54. (37) Qual a expectativa inicial em relação ao atendimento do PIM/Criança Feliz?*

DADOS SOBRE GESTAÇÕES ANTERIORES

55. (38) Antes dessa gravidez, quantas vezes ficou grávida?*

Nenhuma vez Uma vez Duas vezes Três ou mais vezes

56. (39) Sobre a(s) gestação(ões) anterior(es). Quantos nasceram vivos (NV-NATIVIVOS)?

Um Dois Três ou mais **Quantos estão vivos hoje?** _____

Nascidos Mortos (NM-Natimortos): Um Dois Três ou mais **Algum filho possui deficiência ou síndrome?**
 Sim Não

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

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)

57. O pai da criança está acompanhando a gestação?*

Sim Não Não se aplica

58. (47) 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. (48) O(a) cônjuge ou companheiro(a) é o pai / mãe da criança?*

Sim Não

60. (49) Qual o nome completo do cônjuge ou companheiro(a)?* _____

61. Qual o sexo?*

Masculino Feminino

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

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

63. (50) Qual a data de nascimento?*/ _____ / _____ / _____

64. (51) Qual a idade?*/ _____

65. (52) Qual o número do Cartão Nacional do SUS (CNS)? _____

66. (53) Qual o número de identificação Social (NIS)? _____

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

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

68. (55) Estuda atualmente?*

Sim. Onde? _____ Não

69. (56) Trabalha atualmente?* Sim. Onde? _____
 Não

70. (57) 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. (40) Qual a data do Parto? _____/_____/_____ 73. (41) Qual o resultado do parto NV-Nativo NM-Natimorto AB-Aborto

74. (42) O parto foi prematuro? Sim / N° semanas: _____ Não 75. Apresentou baixo peso ao nascer? Sim Não

76. (43) Qual o tipo de parto? Vaginal Fórceps Cesárea

77. (44) Teve acompanhamento durante o parto?

Família Companheiro Profissionais da rede de serviços Não teve acompanhante

Amigos Companheira Outros. Quem? _____

78. (45) A data da primeira consulta foi marcada / realizada?

Sim / Data _____/_____/_____ Não

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

80. (46) Recebeu orientação sobre o planejamento familiar? Sim Não 81. A criança continuará sendo atendida pelo PIM/Criança Feliz?* 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:

INATIVÇÃO 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? _____