



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Faculdade de Medicina
Estudo Longitudinal de Poluentes Ambientais e Saúde Infantil

Questionário Gestante

3° Trimestre



Data: ____/____/2017 Hora de início: ____:____ Entrevistador: _____

Bloco 1 – Identificação e contato	
1.1 - Número de prontuário:	() NR
1.2 – Nome da participante_	() NR
1.3 - Data de nascimento da participante: ____/____/____ 1.4 - Idade:	() NR
1.5 - CPF:	() NR
1.6-Cartão do SUS:	() NR
1.7 - Local onde realiza o pré natal: () Maternidade Escola () Clínica da Família Pavão – Pavãozinho () Clínica da Família Dom Helder Câmara () Clínica da Família Santa Marta () Centro Municipal de Saúde Manoel José Ferreira () Centro Municipal de Saúde Chapéu Mangueira () Centro Municipal de Saúde Rocha Maia () Outra unidade. Qual?	() NR
1.8 - Telefone da residência:()	() NR
1.9 - Celular: ()	() NR
1..10 - Outro telefone para contato: ()	() NR
1.11 – E-mail:	() NR
1.12 - Facebook:	() NR
1.13-Instagram:	() NR
1.14 - Endereço:	() NR
1.15 -Número:	() NR
1.16 - Complemento:	() NR
1.17 - Bairro:	() NR
1.18 - Cep:	() NR
1.19 - Referência:	() NR
1.20 - Mora em comunidade? ()SIM ()NÃO	() NR
1.20.a- Se sim, qual comunidade?	() NR
1.19 - Mora há quanto tempo neste endereço? anos	() NR
1.20 - Vai continuar morando nesta casa após o Nascimento do bebe? () Sim () Não () Não Sabe	() NR
1.21 – Município da nova residência:	() NR
1.22 – Rua da Nova residência?	() NR
1.23 -Número:	() NR
1.24 - Complemento:	() NR
1.25 -Bairro:	() NR
1.26 - CEP:	() NR
1.27 - Referência:	() NR
1.28 -Telefone da residência: ()	() NR
1.29 – Atualmente você trabalha? () Sim () Não	() NR
1.30 – Poderia fornecer informações sobre os eu trabalho (nome, endereço e telefone)? () Sim () Não	() NR
1.31 – Nome da empresa:	() NR
1.32 - Município do trabalho:	() NR
1.33 – Rua do trabalho:	() NR
1.34 – Número do trabalho:	() NR
1.35 - Complemento do trabalho:	() NR
1.36 – Bairro do trabalho	() NR
1.37 – CEP do trabalho:	() NR
1.38- Referência do trabalho:	() NR
1.39 – Telefone do trabalho: ()	() NR
1.40- Ramal do trabalho:	() NR
1.41 - Você poderia fornecer o contato de pelo menos 3 pessoas de sua convivência?	() Não deseja informar



1.41.a - Contato 1	Qual a relação? (mãe, pai, marido, irmã(ão), amiga (o), ...) _____ Nome: _____ Telefone: () _____ Endereço: _____	() NR () NR () NR () NR
1.41.b - Contato 2	Qual a relação? (mãe, pai, marido, irmã(ão), amiga (o), ...) _____ Nome: _____ Telefone: () _____ Endereço: _____	() NR () NR () NR () NR
1.41.c - Contato 3	Qual a relação? (mãe, pai, marido, irmã(ão), amiga (o), ...) _____ Nome: _____ Telefone: () _____ Endereço: _____	() NR () NR () NR () NR
1.41.d - Contato 4	Qual a relação? (mãe, pai, marido, irmã(ão), amiga (o), ...) _____ Nome: _____ Telefone: () _____ Endereço: _____	() NR () NR () NR () NR
1.41.e - Contato 5	Qual a relação? (mãe, pai, marido, irmã(ão), amiga (o), ...) _____ Nome: _____ Telefone: () _____ Endereço: _____	() NR () NR () NR () NR

Bloco 2 - Características sócio demográficas	
2.1 - Qual a sua cor (informada)? () Preto () Pardo () Branco () Amarelo () Indígena	() NR
2.2 - Mora com o (a) companheiro (a)? () Sim () Não	() NR
2.3 Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa?	() NR
2.4 - Sua casa tem quantos cômodos?	() NR
2.5 - Das pessoas que moram com você, quantas exercem uma atividade remunerada sem contar com você?	() NR
2.6 - Alguém na sua casa recebe bolsa família? () Sim () Não	() NR
2.6 a - Quantas pessoas?	() NR
2.7 - Qual a renda total de sua família?	() NR
2.8 - Você exerce alguma atividade remunerada? () Sim () Não	() NR
2.8.a - Qual tipo de atividade você desenvolve?	() NR
2.8.b - Trabalha há quanto tempo nesta atividade? (anos)	() NR
2.8.c - Trabalhou durante a gestação? () SIM () NÃO	() NR
2.9.d- Se "SIM", trabalhou até qual trimestre? () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre	() NR
2.9 - Até que ano/série você frequentou a escola? () Nunca estudou () Ensino Fundamental 1º ano (antigo CA) () Ensino Fundamental 2º ano (antiga 1ª série) () Ensino Fundamental 3º ano (antiga 2ª série) () Ensino Fundamental 4º ano (antiga 3ª série) () Ensino Fundamental 5º ano (antiga 4ª série) () Ensino Fundamental 6º ano (antiga 5ª série) () Ensino Fundamental 7º ano (antiga 6ª série) () Ensino Fundamental 8º ano (antiga 7ª série) () Ensino Fundamental 9º ano (antiga 8ª série) () Ensino Médio 1º ano () Ensino Médio 2º ano () Ensino Médio 3º ano () Ensino Superior Completo () Ensino Superior Incompleto () Pós graduação Especialização () Pós graduação Mestrado () Pós graduação Doutorado	() NR



Bloco 3 - Nascimento da gestante		
3.1- Nasceu com baixo peso (<2500g) ?	()Sim ()Não ()Não sabe	()NR
3.2- Nasceu com mais de 4000g?	()Sim ()Não ()Não sabe	()NR
3.3 - Nasceu prematura?	()Sim ()Não ()Não sabe	()NR



Bloco 4 - Gestações anteriores		
4.1 – É sua primeira gravidez? ()Sim ()Não		() NR
4.2 - Se não, quantas vezes engravidou antes?		() NR
4.3 - Teve algum aborto? ()Sim ()Não		() NR
4.3.a - Se sim, quantos abortos?		() NR
4.3.b - Se sim, quantos foram abortos espontâneos?		() NR
4.4 - Algum filho nasceu morto? ()Sim ()Não		() NR
4.5 -Teve algum parto prematuro? ()Sim ()Não		() NR
4.6 – Algum filho nasceu com baixo peso? ()Sim ()Não		() NR
4.7 – Algum filho nasceu com doença congênita? ()Sim ()Não		() NR
4.7 a – Qual doença?		() NR
4.8 – Teve alguma gravidez que resultou em Mola hidatiforme? ()Sim ()Não		() NR
4.9 – Já Fez fertilização artificial? ()Sim ()Não		() NR
4.9.a - Se sim, nesta gestação? () SIM () NÃO		() NR



Bloco 5 - Pré natal da gestação atual	
5.1 - Está esperando gêmeos? ()Sim ()Não	()NR
5.2 - Qual era o seu peso antes de engravidar?	()NR
5.3 - Qual é o seu peso atual?	()NR
5.4 - Qual a sua altura (metros)?	()NR

Bloco 6 – Morbidades Pré gestacionais e gestacionais	
6.1 - Como você avalia a sua saúde em geral? () Muito Boa () Boa () Razoável () Ruim () Muito ruim	() NR
6.2 - Quais doenças tinha antes da gestação?	() Nenhuma Doença () NR
() Anemia	
() Depressão	
() Diabetes	
() Hipertensão	
() Doenças na tireóide	
() Doença cardíaca	
() Asma ou Bronquite	
() Proteinúria ou doença nos rins ou doença renal crônica	
() Qualquer tipo de câncer	
() Tuberculose	
() Infecção no Trato urinário (ITU)	
() Sífilis	
() Outro problema clínico. 6.2.a- Qual?	
6.3 - E agora, durante a gestação, apresentou até o momento algum destes problemas de saúde?	() Nenhuma Doença () NR
() Dengue	
() Sífilis	
() Zika	
() Chikungunya	
() Hipertensão	
() Diabetes	
() Sangramento uterino mais de uma vez	
() Alguma doença cardíaca	
() Descolamento de placenta	
() Depressão/ ansiedade/ Síndrome do pânico com diagnóstico medico	
() Gengivite/Periodontite	
() Covid-19	
() Outro problema clínico. 6.3.a - Qual?	



Bloco 7 - Qual dos medicamentos e/ou suplementos utilizou durante a gestação?	
<input type="checkbox"/> Acido fólico	<input type="checkbox"/> Nenhum medicamento <input type="checkbox"/> NR
<input type="checkbox"/> Suplementação de ferro	
<input type="checkbox"/> Multivitamínicos	
<input type="checkbox"/> Anti-hipertensivos (metildopa, outros)	
<input type="checkbox"/> Medicamentos para diabetes (metiformina, outros)	
<input type="checkbox"/> Insulina	
<input type="checkbox"/> Antibiótico (amoxicilina, benzetacil, cefalexina , outros)	
<input type="checkbox"/> AAS	
<input type="checkbox"/> Dipirona	
<input type="checkbox"/> Anti-histamínico (loratadina, histamin, outros)	
<input type="checkbox"/> Antiemético (Vonau, Dramin, outros)	
<input type="checkbox"/> Progesterona (utrogestan, gestam, outros)	
<input type="checkbox"/> Heparina	
<input type="checkbox"/> Medicamentos para ansiedade/depressão (sertralina, zoloft,outros)	
<input type="checkbox"/> Outros. 7.a - Qual?	

- Caso não saiba informar o nome da medicação, marque em outros e escreva o motivo da medicação.



Bloco 8 - Atividade física

8.1 – Praticava atividades físicas antes de saber que estava grávida?	() Sim () Não	() NR
8.2 – Mudou de hábitos de atividades físicas após saber que estava grávida?	() Não () Sim, passou a fazer () Sim, deixou de fazer	() NR
8.3 – Está com indicação de repouso?	() Sim () Não	() NR
Para responder as questões lembre que:		
<ul style="list-style-type: none">• Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal• Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal		
Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.		
8.4 a- Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?	_____ dias por semana (0 a 7 - 0 para não 1 a 7 para frequência na semana)	() NR
8.4 b - Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?	_____ Minutos	() NR
8.5a- Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA) ?	_____ dias por semana (0 a 7 - 0 para não 1 a 7 para frequência na semana)	() NR
8.5b - Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?	_____ Minutos	() NR
8.6 a - Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração?	_____ dias por semana (0 a 7 - 0 para não 1 a 7 para frequência na semana)	() NR
8.6 b. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?	_____ Minutos	() NR
Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.	_____ dias por semana (0 a 7 - 0 para não 1 a 7 para frequência na semana)	() NR
8.7 a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?	_____ Horas	() NR
8.8 b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?	_____ Horas	() NR



Bloco 9- Uso de álcool	
9.1 – Você consumiu alguma bebida com álcool desde que engravidou, mesmo sem saber que estava grávida? () Sim () Não	() NR
9.2 – Com que frequência você consome semanalmente (0 a 7 - 0 para não 1 a 7 para frequência na semana)?	() NR

Bloco 10–Tabagismo	
10.1 – Você fumava antes de engravidar? () Sim () Não	() NR
10.2 - Se sim, continuou fumando quando soube que estava grávida? () Sim () Não	() NR
10.3 - Quantos cigarros, em média, fuma ou fumava por dia por dia? _____ cigarros	() NR
10.4 - Seu marido/companheiro ou alguém que mora na sua residência fuma? () Sim () Não	() NR
10.5 - Quantos cigarros por dia, em média, seu marido/companheiro ou a pessoa da sua residência fuma em casa? _____ cigarros	() NR

Bloco 11 - Uso de drogas	
11.1 – Você usou drogas desde que engravidou, mesmo sem saber que estava grávida? () Sim () Não	



Bloco 12 – exposição	
12.1 – Moradia	
12.1 a – qual o tipo de construção de sua residência? () Tijolo revestido () Tijolo () Taipa revestida com reboco () madeira () Material aproveitado () outro tipo	() NR
12.1 b – Quantos cômodos tem janelas e/ou basculantes? _____	() NR
12.1c- Existe manchas de mofo na sua residência? ()Sim ()Não	() NR
12.1.d- Se “Sim”, qual cômodo? ()Sala ()Quartos ()Outro cômodo	() NR
12.1e – Tem quintal na residência? ()Sim ()Não	() NR
12.1f – Algum familiar utiliza a residência como local de trabalho? ()Sim ()Não	() NR
12.1f1 – Qual atividade desenvolve? () Pinturas e serviços automotivos () Gráfica () Cabeleireiro () artesanato () sapateiro () marcenaria/carpintaria () Serralheria () serviços de eletrônica () ferro velho () conserto de bicicleta () OUTROS. Qual? _	() NR
12.1.g- Fez impermeabilização de móvel recentemente em sua casa? ()Não () Sim	() NR
12.1.h– Sua casa foi reformada durante a gestação? ()Sim () Não	() NR
12.1h.1 – Tipo de reforma? ()Construção ()Pintura ()Aplicação piso laminado ()Sinteco ()outro	() NR
12.1i – Qual a fonte de abastecimento de água de sua residência? () Rede de abastecimento () Poço () Reservatório comunitário () Acumulo da chuva () Carro pipa () Outro	() NR
12.1.j Como o esgoto de sua residência é afastado? () Rede de esgoto () Fossa rudimentar () Fossa séptica () Sumidouro () Córrego () Céu aberto () Ligação clandestina na rede de esgoto ou drenagem () Outro	() NR
12.1.k - Como é a coleta de lixo? () Coleta Regular () Dispõe o lixo em calçadas, terreno baldio ou corpos hídricos () Queima () Outro	() NR



12.1l – Existe algum destes locais na mesma quadra/quarteirão de sua residência? () Oficina de pintura () Posto de gasolina () Fabrica de plásticos () Fábrica de isopor () Ferro velho () Lixão () Atividade de queima () Oficina mecânica () Conserto de bicicleta	() Nenhum local () NR
12.1.m - Mora perto de vias de trânsito intenso (quadra, quarteirão)? () Sim () Não	() NR

12.2 Produtos utilizados no domicílio		
13.2.a1 - Faz uso de inseticida spray ou inseticida elétrico? () Sim () Não		() NR
13.2.a2 - Utilizou nos últimos 3 dias? () Sim () Não		() NR
13.2.b1 – Faz uso de repelentes para o corpo durante a gestação? () Sim () Não		() NR
13.2.b2 – Qual a marca/nome?		() NR
13.2.c1 – Utiliza algum produto para evitar pragas nas plantas, alimentos ou jardim? () Sim () Não		() NR
13.2.c2 – Que tipo de produto? () Natural () Químico		() NR
13.2.c3 – Quantos dias faz do último uso?		() NR
13.2.d1 - Você utilizou algum remédio para piolho ou chato recentemente? () sim () não		() NR
13.2.d2 – Quantos dias faz que você utilizou remédio para piolho ou chato?		() NR
13.2.e1 - Utiliza algum produto para animais de estimação? () sim () não		() NR
13.2.e2 - Se sim, qual? _____		() NR
13.2.e3 - Quantos dias faz que você utilizou a última vez?		() NR

12.3 – Outras fontes de exposição		
13.3.a – Costuma-se realizar queima de material na sua residência? () Sim () Não		() NR
Se sim, qual?		() NR
13.3b – Você tem tatuagem? () sim () Não		() NR
13.3c – Utiliza tintura de cabelo durante a gestação? () sim () não		() NR
13.3d- Você possui restauração cinza (amálgama) em algum dente? () sim () não		() NR



13- Bloco Alimentação	
Na última semana com que frequência você consumiu os alimentos (0 a 7, sendo 0 para nunca)	()NR
13.a1 - Quantas vezes por semana você consome Frutas com casca (uva, maca, pera, morango)?	()NR
13.a2 - Quantas vezes por semana você consome Frutas sem casca (abacaxi, laranja, mamão, melancia, maracujá, melão, limão)?	()NR
13.b1 - Quantas vezes por semana você consome Legumes do tipo raiz (batata, aipim, beterraba, cenoura)?	()NR
13.b2 - Quantas vezes por semana você consome outros legumes (abobora, abobrinha, quiabo, pepino, pimentão, couve flor)?	()NR
13.c - Quantas vezes por semana você costuma consumir – Verduras (alface, agrião, brócolis, couve, repolho, outros.)?	()NR
13.d - Quantas vezes por semana você costuma consumir arroz branco ou integral?	()NR
13.e - Quantas vezes por semana você costuma consumir feijão?	()NR
13.f - Quantas vezes por semana você costuma consumir Chá de ervas?	()NR
13.g - Quantas vezes por semana você costuma consumir Carnes (vermelha ou frango) e ovos?	()NR
13.h - Quantas vezes por semana você costuma consumir Peixes e frutos do mar?	()NR
13.i - Quantas vezes por semana você costuma consumir Hamburguer industrializado, fast food e produtos embutidos (presunto, salame, peito de peru, outros)?	()NR
13.j - Quantas vezes por semana você costuma consumir Leite e derivados (queijos, iogurte, outros)?	()NR
13.k - Quantas vezes por semana você costuma consumir Pipoca de micro-ondas?	()NR
13.l - Quantas vezes por semana você costuma consumir alimentos aquecidos na própria embalagem prontos para consumo (lasanha, nhoque, estrogonofe, sopa, outros)?	()NR
13.m – Quantas vezes por semana você costuma utilizar potes e embalagens de plástico para aquecer os alimentos?	()NR

14 – Água para consumo	
14.a – Qual tipo de água utilizada? ()Filtro de barro ()Filtro de carvão ativado ()Filtrada, não sei informar o tipo ()Água mineral ()Água fervida ()Cloro () Direto da torneira sem ferver ou filtrar	()NR



Bloco 15 - Características do pai biológico (respondido pela gestante)		
15.a- Você poderia nos dar informação sobre o pai do bebe? ()SIM ()NÃO		() NR
Entrevistador responde – O pai está presente no momento? () Sim () Não		() NR
15.b – Nome do pai:		() NR
15.c - Qual a idade dele?		() NR
15.d – Qual a cor dele? () Preto () Pardo () Branco () Amarelo () indígena		() NR
15.e– Até que ano/série ele frequentou a escola? () Ensino Fundamental 1º ano (antigo CA) () Ensino Fundamental 2º ano (antiga 1ª série) () Ensino Fundamental 3º ano (antiga 2ª série) () Ensino Fundamental 4º ano (antiga 3ª série) () Ensino Fundamental 5º ano (antiga 4ª série) () Ensino Fundamental 6º ano (antiga 5ª série) () Ensino Fundamental 7º ano (antiga 6ª série) () Ensino Fundamental 8º ano (antiga 7ª série) () Ensino Fundamental 9º ano (antiga 8ª série) () Ensino Médio 1º ano () Ensino Médio 2º ano () Ensino Médio 3º ano () Ensino Superior Completo () Ensino Superior Incompleto () Pós graduação Especialização () Pós graduação Mestrado () Pós graduação Doutorado () Nunca estudou		() NR
15.f1 – Ele trabalha? () Sim () Não		() NR
15.f2– Que tipo de atividade ele desenvolve?		() NR
15.f3 – Há quanto tempo trabalha nesta atividade? (anos)		() NR
15.g1 – Mudou de atividade? () Sim () Não		() NR
15.g2 – Qual a atividade anterior?		() NR
15.g3– Trabalhou nesta atividade por quanto tempo? (anos)		() NR
15.h - Teve asma ou bronquite? () Sim () Não		() NR
15.i1– Ele Fuma? () Sim () Não () Fumou		() NR
15.i2 – Se fumou no passado, parou há quanto tempo? anos		() NR
15.i3– Se fuma atualmente, fuma quantos cigarros por dia? cigarros		() NR
15.j1 – Consome bebidas alcoólicas? () Sim () Não		() NR
15.j2 - Quantas vezes por semana consome bebida alcoólica _____ vezes (0 a 7 - 0 para não 1 a 7 para frequência na semana)?		() NR
15.13 – Consome outro tipo de droga? () Nunca () No passado () atualmente		() NR



Escala DAS 21 – Estresse, ansiedade e depressão **(será um formulário separado)**

Como você se sentiu em relação as perguntas abaixo na última semana?

Instruções:

Por favor leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e assinale o número apropriado 0,1,2 ou3. A pontuação indicará o quanto ela se aplicou a você durante ba última semana, conforme a indicação a seguir.

- 0- Não se aplicou de maneira alguma
- 1- Aplicou-se em algum grau ou por pouco tempo
- 2- Aplicou-se em grau considerável ou por boa parte do tempo
- 3- Aplicou-se muito ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
2	Senti minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11	Senti-me agitado	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3



Bloco 16- Informações da carteira da gestante		
16.a1 – Possui Carteira da gestante? () Sim () Não		
16.a2 – Se “Não”, qual o motivo?		
16.b– Data da última menstruação: ____/____/____		() NI
16.c – Primeiro peso da mãe: _____ kg		() NI
16.d – Altura da mãe: _____ cm		() NI
16.e - Vacinas		
16.e1 - Antitetânica () incompleta () completa () Não fez		() NI
16.e2 - Hepatite B () incompleta () completa () Não fez		() NI
16.e3 -Influenza () incompleta () completa () Não fez		() NI
16.e4 - Trílice () incompleta () completa () Não fez		() NI
16.f -Exames realizados durante a gravidez. Anotar preferencialmente do cartão ou, se tiver, de exames que estejam com a mãe no momento da entrevista.		
() VDRL	() positivo () negativo	() NI
() Toxoplasmose	() positivo () negativo	() NI
() Glicemia de jejum	valor	() NI
16.g- Consultas		
Consulta 1 IG: _____ semanas Peso: _____ Kg Pressão arterial sistólica: _____ Pressão arterial diastólica: _____		() NI () NI () NI () NI
Consulta 2 IG: _____ semanas Peso: _____ Kg Pressão arterial sistólica: _____ Pressão arterial diastólica: _____		() NI () NI () NI () NI
Consulta 3 IG: _____ semanas Peso: _____ Kg Pressão arterial sistólica: _____ Pressão arterial diastólica: _____		() NI () NI () NI () NI
Consulta 4 IG: _____ semanas Peso: _____ Kg Pressão arterial sistólica: _____ Pressão arterial diastólica: _____		() NI () NI () NI () NI
Consulta 5 IG: _____ semanas Peso: _____ Kg Pressão arterial sistólica: _____ Pressão arterial diastólica: _____		() NI () NI () NI () NI

FIM!