



COORTE DE 2015
ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL
ENTREVISTA CONTATO INICIAL



CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

0a. A Sra. reside na zona urbana de Pelotas ou no bairro Jardim América? <i>SE NÃO, ENCERRAR QUESTIONÁRIO</i>	Não 0 Sim 1
0b. A Sra. lembra da data da última menstruação? <i>SE NÃO, PULAR PARA 0D</i>	Não 0 Sim 1
0c. Qual a data da sua última menstruação? <i>Se sabe data da última menstruação, preencher automaticamente 0e (algoritmo = DUM + 280 dias). Se não sabe, perguntar 0e.</i>	___/___/____
0c1. A Sra. tem certeza da data da sua última menstruação?	Não 0 Sim 1
0d. DPP registrada na carteira da gestante <i>Solicitar a carteira da gestante e anotar a data provável do parto (DPP)</i>	___/___/____
0e. Qual a data provável do parto? <i>SE DPP FOR ENTRE 15/12/2014 E 19/05/2016 → CONVIDE A GESTANTE PARA PARTICIPAR DO ESTUDO</i>	___/___/____
0f. Data e horário de início da entrevista	a ___/___/____ b ___ : ___
0g. A gravidez tem quantas semanas?	___

BLOCO IDENTIFICAÇÃO

2. Código da entrevistadora: _____	
3. Local de captação da gestante <i>Essa questão não deve ser lida para a gestante</i>	1 Laboratório de análises clínicas 2 Clínica de Ultrassom 3 Unidade de saúde 4 Médico particular 5 Ambulatório 6 Outro?
	3a. Se sim, qual? _____ 3b. Se sim, qual? _____ 3c. Se sim, qual? _____ 3d. Se sim, qual? _____ 3e. Se sim, qual? _____ 3f. Se sim, qual? _____
5. Qual é o seu nome completo? _____	
6. Qual é o seu número do CPF? _____	

7. Qual é o seu número do cartão SUS?	
8. Qual é a sua data de nascimento?	___/___/_____
9. Qual é a sua idade?	___ anos
10. Qual é o nome completo da sua mãe?	_____

BLOCO CARACTERÍSTICAS DA MÃE

Agora vamos falar um pouco sobre a Sra.

11. A Sra. mora com marido ou companheiro?	Não 0 Sim 1
12. A Sra. mora com filhos? Quantos? (0=NÃO, NENHUM)	___ filhos
13. A Sra. mora com outros familiares ou outras pessoas? Quantos? (0=NÃO, NENHUM)	___ familiares
13a. A Sra. já engravidou antes? <i>SE NÃO OU IGN → 14</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
13b. A Sra. teve algum parto prematuro?	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
13c. A Sra. teve algum aborto?	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
14. Até que ano a Sra. completou na escola? <i>SE CURSOU 3º ANO DO ENSINO MÉDIO OU MAIS → 14C</i> <i>DEMAIS RESPOSTAS → 16</i>	
14a. Grau:	Fundamental/primeiro grau 1 Ensino médio/segundo grau 2 Não estudou 8 IGN 9 (.a)
14b. Ano:	1º ano 1 2º ano 2 3º ano 3 4º ano 4 5º ano 5 6º ano 6 7º ano 7 8º ano 8 9º ano 9 IGN 99(.a)
14c. A Sra. fez faculdade? <i>SE NÃO OU IGN → 16</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)

15.A Sra. completou a faculdade? <i>SE NÃO OU IGN → 16</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
15a.A Sra. fez pós-graduação? <i>SE NÃO OU IGN → 16</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
15b. Qual o último nível de pós-graduação que a Sra. completou? <i>(ler opções de resposta)</i>	Especialização 1 Mestrado 2 Doutorado 3
16. Cor da gestante <i>(apenas observar)</i>	branca 1 preta 2 amarela 3 parda/morena 4 indígena 5 IGN 9 (.a)
17.A sua cor ou raça é: <i>(ler TODAS as alternativas menos IGN antes de anotar a resposta da mãe)</i>	branca 1 preta 2 amarela 3 parda/morena 4 indígena 5 IGN 9 (.a)
17a. Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, atualmente a Sra. faz algum tipo de exercício físico regular? <i>SE NÃO OU IGN → 21</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
17b. Quantos dias por semana?	__ dias
17c. Quanto tempo em média por dia?	__ __ __ minutos

BLOCO PRÉ NATAL

Agora vamos conversar sobre a gravidez.

21.A Sra. planejou ter este filho ou engravidou sem querer? <i>SE PLANEJOU → 21A</i> <i>DEMAIS RESPOSTAS → 21B</i>	Planejou 1 Sem querer 2 Mais ou menos 3 IGN 9 (.a)
21a. A senhora fez fertilização artificial para engravidar nesta gestação?	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
21b. A senhora está esperando gêmeos?	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
22.A Sra. está fazendo pré-natal? <i>SE NÃO → 24</i>	Não 0 Sim 1

23. Qual o local onde a Sra. está fazendo pré-natal?	Posto de saúde 1 Ambulatório da UCPEL 2 Ambulatório HE UFPEL 3 Faculdade de medicina 4 Ambulatório Beneficência 5 Consultório médico 6 Outro 7 IGN 9 (.a)
23a. SE posto de saúde → nome _____	
23b. SE outro local → qual _____	
24. Qual era seu peso antes de engravidar? (999.9 (.a)=IGN)	____ . ____ kg
25. Qual é o seu peso agora? (999.9 (.a)=IGN)	____ . ____ kg
25a. Qual é a sua altura? (999(.a)=IGN)	_____ cm
36. A Sra. pretende amamentar seu filho no peito? <i>SE NÃO OU IGN → 38</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
37. Até que idade a Sra. pretende dar o peito? (77= <i>enquanto ele quiser</i> ; 78= <i>enquanto tiver leite</i> ; 99=IGN)	____ meses
38. A Sra. teve ciclos menstruais regulares (24 a 32 dias) nos três meses anteriores a sua gestação?	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
39. A Sra. usou anticoncepcionais hormonais, como pílula e injeção, nos dois meses anteriores a sua gestação atual?	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
40. A Sra. estava amamentando nos dois meses anteriores a sua gestação atual? <i>NSA = gestante nunca engravidou antes</i>	Não 0 Sim 1 NSA 8 (.b) IGN 9 (.a)
Agora eu gostaria de perguntar sobre quando a Sra. nasceu.	
41. A Sra. nasceu com menos de 2,5 Kg?	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
42. A Sra. nasceu prematura?	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)

BLOCO MORBIDADES PRÉ-GESTACIONAIS

Agora vamos falar sobre doenças que a senhora tinha antes desta gravidez.

Antes dessa gravidez a senhora tinha ou teve:	0=não	1=sim	9 (.a)=IGN
43. Anemia	0	1	9 (.a)=IGN
44. Depressão	0	1	9 (.a)=IGN
45. Diabetes ou açúcar no sangue	0	1	9 (.a)=IGN
46. Pressão alta ou hipertensão	0	1	9 (.a)=IGN

47. Doença na tireoide	0	1	9 (.a)=IGN
48. Outros problemas endocrinológicos ou glandulares	0	1	9 (.a)=IGN
49. Doença cardíaca	0	1	9 (.a)=IGN
50. Asma ou bronquite	0	1	9 (.a)=IGN
51. Proteinúria ou doença nos rins ou doença renal crônica	0	1	9 (.a)=IGN
52. Qualquer tipo de câncer	0	1	9 (.a)=IGN
53. Lupus	0	1	9 (.a)=IGN
54. Qualquer doença de coagulação sanguínea incluindo anemia falciforme	0	1	9 (.a)=IGN
55. Epilepsia	0	1	9 (.a)=IGN
56. HIV ou AIDS	0	1	9 (.a)=IGN
57. Tuberculose	0	1	9 (.a)=IGN
58. Qualquer anormalidade congênita ou doença genética	0	1	9 (.a)=IGN
59. Doença de Crohn, doença celíaca, colite ulcerativa, qualquer problema severo de má absorção ou intolerância à lactose moderada	0	1	9 (.a)=IGN
60. Qualquer outro problema de saúde importante	0	1	9 (.a)=IGN
61. SE SIM → Qual? _____			
E agora, durante esta gestação, a senhora apresentou até o momento algum destes problemas de saúde:			
	0=não	1=sim	9 (.a)=IGN
61a. Pressão alta ou hipertensão	0	1	9 (.a)=IGN
61b. Diabetes ou açúcar no sangue	0	1	9 (.a)=IGN
61c. Sangramentos frequentes	0	1	9 (.a)=IGN
61d. Alguma doença cardíaca	0	1	9 (.a)=IGN
61e. Alguma incapacidade física que a impeça de fazer exercícios	0	1	9 (.a)=IGN

BLOCO USO DE MEDICAMENTOS

Idade gestacional:

1º trimestre (1 a 3 meses): até 13ª semana 1

2º trimestre (4 a 6 meses): da 14ª a 27ª semana 2

3º trimestre (7 a 9 meses): da 28ª semana em diante 3

Agora vamos falar sobre os remédios que a Sra. usou desde o início da gestação, sem contar vitaminas e ferro, mesmo que tenha sido uma única vez, e até mesmo aqueles usados antes de engravidar, mas que continuou usando agora.

Não se esqueça da pílula, daqueles remédios usados para enjojo, azia, dor, tratamento de infecção urinária, infecção por baixo, pressão alta ou diabetes.

62. A Sra. usou ou está usando algum remédio desde o início da gravidez até agora?

Não 0

Sim 1

SE NÃO OU IGN → 64

IGN 9 (.a)

63. Quais os nomes dos remédios que a Sra. usou ou está usando desde o início dessa gravidez?
Se usou, mas não sabe o nome, perguntar: "Lembra para o que foi usado o remédio?"
Anotar: "Remédio para XXX"

63r1a. Remédio 1: _____

63r2a. Remédio 2: _____

63r3a. Remédio 3: _____

63r4a. Remédio 4: _____

63r5a. Remédio 5: _____

63r6a. Remédio 6: _____

63r7a. Remédio 7: _____

63r8a. Remédio 8: _____

63r9a. Remédio 9: _____

63r10a. Remédio 10: _____

63a. Número total de remédios usados = ___

(SOLICITAR QUE APRESENTE CAIXA, EMBALAGEM OU RECEITA DOS REMÉDIOS CITADOS)

63r1a. Agora vamos falar sobre o <nome Remédio 1> _____

63r1ab. Apresentação de caixa, embalagem ou receita?	Não 0
<i>Essa questão não deve ser lida para a gestante.</i>	Sim 1

63r1b. Quem lhe indicou?	Médico que acompanha a gestação 1 Outro médico ou dentista 2 Outra pessoa ou a própria 3 IGN 9 (.a)
--------------------------	---

63r1c. A Sra. usou este remédio no primeiro trimestre, ou seja, até a 13ª semana de gestação?	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
---	------------------------------

SE NÃO OU IGN → 63r1e

Se a gestante estiver no primeiro trimestre, não perguntar e marcar sim.

63r1d. Durante quantos dias, em todo o 1º trimestre, a Sra. usou este remédio? Não precisam ser dias seguidos.	Até 7 dias no trimestre 1 8 a 14 dias no trimestre 2 15 a 30 dias no trimestre 3 31 a 60 dias no trimestre 4 + de 60 dias no trimestre 5 IGN 9 (.a)
63r1e. A Sra. usou este remédio no 2º trimestre, ou seja, entre a 14ª e a 27ª semana de gestação?	Não 0 Sim 1 NSA 8 (.b) IGN 9 (.a)
<i>SE NÃO, NSA OU IGN →63r2a</i>	
63r1f. Durante quantos dias, em todo o 2º trimestre, a Sra. usou este remédio? Não precisam ser dias seguidos..	Até 7 dias no trimestre 1 8 a 14 dias no trimestre 2 15 a 30 dias no trimestre 3 31 a 60 dias no trimestre 4 + de 60 dias no trimestre 5 IGN 9 (.a)
63r1g. A Sra. usou este remédio no 3º trimestre, ou seja, da 28ª semana de gestação em diante?	Não 0 Sim 1 NSA 8 (.b) IGN 9 (.a)
<i>SE NÃO, NSA OU IGN →63r2a</i>	
63r1h. Durante quantos dias, em todo o 3º trimestre, a Sra. usou este remédio? Não precisam ser dias seguidos..	Até 7 dias no trimestre 1 8 a 14 dias no trimestre 2 15 a 30 dias no trimestre 3 31 a 60 dias no trimestre 4 + de 60 dias no trimestre 5 IGN 9 (.a)
63r2a. Agora vamos falar sobre o <nome Remédio 2> _____	
63r2ab. Apresentação de caixa, embalagem ou receita? <i>Essa questão não deve ser lida para a gestante.</i>	Não 0 Sim 1
63r2b. Quem lhe indicou?	Médico que acompanha a gestação 1 Outro médico ou dentista 2 Outra pessoa 3 IGN 9 (.a)
63r2c. A Sra. usou este remédio no 1º trimestre, ou seja, até a 13ª semana de gestação?	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
<i>SE NÃO OU IGN →63r2e</i> <i>Se a gestante estiver no primeiro trimestre, não perguntar e marcar sim.</i>	

63r2d. Durante quantos dias, em todo o 1º trimestre, a Sra. usou este remédio? Não precisam ser dias seguidos.	Até 7 dias no trimestre 1 8 a 14 dias no trimestre 2 15 a 30 dias no trimestre 3 31 a 60 dias no trimestre 4 + de 60 dias no trimestre 5 IGN 9 (.a)
63r2e. A Sra. usou este remédio no 2º trimestre, ou seja, entre a 14ª e a 27ª semana de gestação? <i>SE NÃO, NSA OU IGN →63r3a</i>	Não 0 Sim 1 NSA 8 (.b) IGN 9 (.a)
63r2f. Durante quantos dias, em todo o 2º trimestre, a Sra. usou este remédio? Não precisam ser dias seguidos..	Até 7 dias no trimestre 1 8 a 14 dias no trimestre 2 15 a 30 dias no trimestre 3 31 a 60 dias no trimestre 4 + de 60 dias no trimestre 5 IGN 9 (.a)
63r2g. A Sra. usou este remédio no 3º trimestre, ou seja, da 28ª semana de gestação em diante? <i>SE NÃO, NSA OU IGN →63r3a</i>	Não 0 Sim 1 NSA 8 (.b) IGN 9 (.a)
63r2h. Durante quantos dias, em todo o 3º trimestre, a Sra. usou este remédio? Não precisam ser dias seguidos..	Até 7 dias no trimestre 1 8 a 14 dias no trimestre 2 15 a 30 dias no trimestre 3 31 a 60 dias no trimestre 4 + de 60 dias no trimestre 5 IGN 9 (.a)
63r3a. Agora vamos falar sobre o<nome Remédio 3>_____	
63r3ab. Apresentação de caixa, embalagem ou receita? <i>Essa questão não deve ser lida para a gestante.</i>	Não 0 Sim 1
63r3b. Quem lhe indicou?	Médico que acompanha a gestação 1 Outro médico ou dentista 2 Outra pessoa 3 IGN 9 (.a)
63r3c. A Sra. usou este remédio no 1º trimestre, ou seja, até a 13ª semana de gestação? <i>SE NÃO OU IGN →63r3e</i> <i>Se a gestante estiver no primeiro trimestre, não perguntar e marcar sim.</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)

63r3d. Durante quantos dias, em todo o 1º trimestre, a Sra. usou este remédio? Não precisam ser dias seguidos.	Até 7 dias no trimestre 1 8 a 14 dias no trimestre 2 15 a 30 dias no trimestre 3 31 a 60 dias no trimestre 4 + de 60 dias no trimestre 5 IGN 9 (.a)
63r3e. A Sra. usou este remédio no 2º trimestre, ou seja, entre a 14ª e a 27ª semana de gestação? <i>SE NÃO, NSA OU IGN →64</i>	Não 0 Sim 1 NSA 8 (.b) IGN 9 (.a)
63r3f. Durante quantos dias, em todo o 2º trimestre, a Sra. usou este remédio? Não precisam ser dias seguidos.	Até 7 dias no trimestre 1 8 a 14 dias no trimestre 2 15 a 30 dias no trimestre 3 31 a 60 dias no trimestre 4 + de 60 dias no trimestre 5 IGN 9 (.a)
63r3g. A Sra. usou este remédio no 3º trimestre, ou seja, da 28ª semana de gestação em diante? <i>SE NÃO, NSA OU IGN →64</i>	Não 0 Sim 1 NSA 8 (.b) IGN 9 (.a)
63r3h. Durante quantos dias, em todo o 3º trimestre, a Sra. usou este remédio? Não precisam ser dias seguidos.	Até 7 dias no trimestre 1 8 a 14 dias no trimestre 2 15 a 30 dias no trimestre 3 31 a 60 dias no trimestre 4 + de 60 dias no trimestre 5 IGN 9 (.a)
Agora vou lhe perguntar sobre a utilização de cálcio, ácido fólico, sais de ferro e vitaminas.	
64. A Sra. usou ou está usando alguma vitamina, cálcio, ácido fólico ou sais de ferro desde que ficou grávida? <i>SE NÃO OU IGN →66</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)

65. Quais os nomes das vitaminas, cálcio, ácido fólico ou sais de ferro que a senhora usou ou está usando desde que ficou grávida?

Se for uma fórmula manipulada, anotar: "Farmácia XXX Registro XXX".

65v1a. Vitamina 1: _____

65v2a. Vitamina 2: _____

65v3a. Vitamina 3: _____

65v4a. Vitamina 4: _____

65v5a. Vitamina 5: _____

65a. Número total de vitaminas usadas = ___

(SOLICITAR QUE APRESENTE CAIXA, EMBALAGEM OU RECEITA DAS VITAMINAS CITADAS)

65v1a. Agora vamos falar sobre a(o) <nome Vitamina 1> _____

65v1ab. Apresentação de caixa, embalagem ou receita? Não 0
Sim 1

65v1b. Qual o motivo do uso? Rotina ou prevenção 1
LER OPÇÕES 1 A 3 Anemia 2
Falta ou deficiência de vitaminas 3
Outro motivo 4
IGN 9 (.a)

65v1c. Quem lhe indicou? Médico ou enfermeiro que
acompanha a gestação 1
Outro médico ou enfermeiro 2
Outra pessoa ou a própria 3
IGN 9 (.a)

65v1d. Este remédio é em forma de comprimido, gotas ou líquido? Drágea/comprimido/cápsula 1
Gotas 2
Líquido/ml 3
IGN 9 (.a)

65v1e. Qual o nº de <comprimido OU gotas OU ml> usadas por vez? _____
IGN 99 (.a)

1 colher chá = 5 ml
1 colher sobremesa = 10 ml
1 colher sopa = 15 ml

65v1f. Quantas vezes ao dia? _____
IGN 99 (.a)

65v1g. Quantos dias por semana foi ou é usado? _____
IGN 9 (.a)

Em que trimestre(s) da gravidez a Sra. usou ou está usando este remédio?	Não =0	Sim=1	IGN=9 (.a)
65v1h. 1º trimestre (até 13ª semana)	0	1	9
65v1i. 2º trimestre (entre a 14ª a 27ª semana)	0	1	9
65v1j 3º trimestre (28ª semana em diante)	0	1	9
65v2a. Agora vamos falar sobre a(o) <nome Vitamina 2> _____			
65v2ab. Apresentação de caixa, embalagem ou receita?			Não 0 Sim 1
65v2b. Qual o motivo do uso? <i>LER OPÇÕES 1 A 3</i>		Rotina ou prevenção 1 Anemia 2 Falta ou deficiência de vitaminas 3 Outro motivo 4 IGN 9 (.a)	
65v2c. Quem lhe indicou?		Médico ou enfermeiro que acompanha a gestação 1 Outro médico ou enfermeiro 2 Outra pessoa 3 IGN 9 (.a)	
65v2d. Este remédio é em forma de comprimido, gotas ou líquido?		Drágea/comprimido/cápsula 1 Gotas 2 Líquido/mL3 IGN 9 (.a)	
65v2e. Qual o nº de <comprimido OU gotas OU ml> usadas por vez? <i>1 colher chá = 5 ml</i> <i>1 colher sobremesa = 10 ml</i> <i>1 colher sopa = 15 ml</i>		IGN 99 (.a)	
65v2f. Quantas vezes ao dia?		IGN 99 (.a)	
65v2g. Quantos dias por semana foi ou é usado?		IGN 9 (.a)	
Em que trimestre(s) da gravidez a Sra. usou ou está usando este remédio?	Não =0	Sim=1	IGN=9 (.a)
65v2h. 1º trimestre (até 13ª semana)	0	1	9
65v2i. 2º trimestre (entre a 14ª a 27ª semana)	0	1	9
65v2j 3º trimestre (28ª semana em diante)	0	1	9
65v3a. Agora vamos falar sobre a(o) <nome Vitamina 3> _____			
65v3ab. Apresentação de caixa, embalagem ou receita?			Não 0 Sim 1

65v3b. Qual o motivo do uso? <i>LER OPÇÕES 1 A 3</i>	Rotina ou prevenção 1 Anemia 2 Falta ou deficiência de vitaminas 3 Outro motivo 4 IGN 9 (.a)		
65v3c. Quem lhe indicou?	Médico ou enfermeiro que acompanha a gestação 1 Outro médico ou enfermeiro 2 Outra pessoa 3 IGN 9 (.a)		
65v3d. Este remédio é em forma de comprimido, gotas ou líquido?	Drágea/comprimido/cápsula 1 Gotas 2 Líquido/mL3 IGN 9 (.a)		
65v3e. Qual o nº de <comprimido OU gotas OU ml> usadas por vez? <i>1 colher chá = 5 ml</i> <i>1 colher sobremesa = 10 ml</i> <i>1 colher sopa = 15 ml</i>	IGN 99 (..a)		
65v3f. Quantas vezes ao dia?	IGN 99 (..a)		
65v3g. Quantos dias por semana foi ou é usado?	IGN 9 (..a)		
Em que trimestre(s) da gravidez a Sra. usou ou está usando este remédio?	Não =0	Sim=1	IGN=9 (.a)
65v3h. 1º trimestre (até 13ª semana)	0	1	9
65v3i. 2º trimestre (entre a 14ª a 27ª semana)	0	1	9
65v2j 3º trimestre (28ª semana em diante)	0	1	9
66. A Sra. já usou ou está usando um dos seguintes remédios desde que ficou grávida: progesterona, evocanil, duphaston ou utrogestan? <i>SE NÃO OU IGN →70</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)		
67. Qual o motivo do uso? 67a. <i>SE OUTRO</i> → Qual? _____	Prevenir aborto 1 Já tive um filho prematuro 2 Tive ameaça de parto prematuro 3 Outro 4 IGN 9 (.a)		
Em que trimestre(s) da gravidez a Sra. usou ou está usando este remédio?	Não =0	Sim=1	IGN=9 (.a)
68. 1º trimestre	0	1	9
69. 2º trimestre	0	1	9
69a. 3º trimestre	0	1	9

BLOCO CARACTERÍSTICAS DO PAI

Agora vamos conversar um pouco sobre o pai do bebê.

70. A Sra. pode informar o nome do pai do bebê?	Não 0 Sim 1
70a. Qual o nome do pai do bebê? _____	
<i>SE NÃO, IR PARA QUESTÃO 70b</i>	
70b. Por quê?	Não sei 1 Não quero falar 2
<i>SE NÃO SABE, IR PARA A QUESTÃO 185. SE NÃO QUER FALAR, IR PARA A QUESTÃO 71.</i>	
71. Qual a idade dele? <i>(88=pai falecido ou desconhecido; 99=IGN)</i>	__ __ anos
72. Até que ano ele completou na escola? <i>SE CURSOU 3º ANO ENSINO MÉDIO OU MAIS → 72C DEMAIS RESPOSTAS → 74</i>	
72a. Grau:	Fundamental/primeiro grau 1 Ensino médio/segundo grau 2 Não estudou8 IGN 9 (.a)
72b. Ano:	1º ano1 2º ano2 3º ano3 4º ano4 5º ano5 6º ano6 7º ano7 8º ano8 9º ano9 IGN 99 (.a)
72c. Ele fez a faculdade? <i>SE NÃO OU IGN → 74</i>	Não 0 Sim1 IGN 9 (.a)
73. Ele completou a faculdade? <i>SE NÃO OU IGN → 74</i>	Não0 Sim1 IGN 9 (.a)
73a. Ele fez pós-graduação? <i>SE NÃO OU IGN → 74</i>	Não0 Sim1 IGN 9 (.a)
73b. Qual o último nível de pós-graduação que ele completou? <i>Ler opções de resposta</i>	Especialização 1 Mestrado2 Doutorado3

74. Qual é a cor ou raça do pai do bebê?	branca 1 preta 2 amarela 3 parda/morena 4 indígena 5 IGN 9 (.a)
<i>Ler as TODAS as alternativas menos IGN antes de anotar a resposta da mãe</i>	
75. O pai do bebê já teve asma ou bronquite?	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)

BLOCO TABAGISMO

Agora vamos falar um pouco sobre cigarro.

185. A Sra. fumou nos três primeiros meses da gravidez? <i>SE NÃO OU IGNORADO → 187</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
186. Quantos cigarros, em média, a Sra. fumou por dia, nos três primeiros meses da gravidez?	___ ___ ___ cigarros IGN 999 (.a)
187. Atualmente, a Sra. fuma? <i>SE NÃO OU IGNORADO → 189</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
188. Quantos cigarros, em média, a Sra. fuma por dia?	___ ___ ___ cigarros IGN 999 (.a)
189. Seu marido/companheiro fuma? <i>NSA = gestante não mora com marido/companheiro</i> <i>SE NÃO OU IGNORADO → 191</i>	Não 0 Sim 1 NSA 8 (.b) IGN 9 (.a)
190. Quantos cigarros por dia, em média, seu marido/companheiro fuma?	___ ___ ___ cigarros IGN 999 (.a)
191. Tem alguém que mora na mesma casa e fuma perto da Sra.? <i>SE NÃO OU IGNORADO → 217</i>	Não 0 Sim 1 IGN 9 (.a)
192. Quantas pessoas?	___ ___ pessoas IGN 99 (.a)

BLOCO DADOS PARA CONTATO

Neste momento, lembrar a gestante de que este é um estudo de acompanhamento e que nós gostaríamos de falar com ela de novo dentro de alguns meses. Para isso, precisamos de informações detalhadas de endereço e telefone. Lembrar que estes dados serão usados EXCLUSIVAMENTE para futuros contatos e apenas os coordenadores do projeto terão acesso a eles

217. Qual o seu endereço completo?

217a. Tipo _____

217b. Título _____

217c. Nome _____

217d. Número _____

217e. Complemento _____

217f. CEP _____

217g. Referência _____

217h. Bairro _____

218. Se a Sra. tem telefone em casa, qual o número?

(00)0000-0000 = não tem telefone (_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _

219. Se a Sra. tem telefone celular, qual o número?

(00)0000-0000 = não tem telefone (_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _

220. A Sra. tem endereço de e-mail? Se sim, qual? _____ (0=NÃO TEM)

221. A Sra. tem facebook?

Não 0

Sim 1

IGN 9 (.a)

222. Alguém da casa tem telefone celular?

Não 0

SE NÃO → 226

Sim 1

223. Nome da pessoa: _____

224. Relação com a gestante: _____

companheiro 1

pai/mãe 2

avô/avó 3

tio/tia 4

irmão/irmã 5

outro 6

225. Qual o número?

(_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _

233. A Sra. poderia nos fornecer o endereço de um outro parente, para o caso de termos dificuldade em encontrar a Sra. no futuro?	Não 0 Sim 1
<i>SE NÃO → 237</i>	
233a. Tipo _____	
233b. Título _____	
233c. Nome _____	
233d. Número _____	
233e. Complemento _____	
233f. CEP _____	
233g. Referência _____	
233h. Bairro _____	
234. Nome do parente: _____	
235. Relação com a gestante:	companheiro 1 pai/mãe 2 avô/avó 3 tio/tia 4 irmão/irmã 5 outro 6
236. Se este parente tem telefone, qual o número? (00)0000-0000 = não tem telefone _____ - _____	
237. A Sra. poderia nos fornecer o endereço do seu trabalho ou do trabalho de outro familiar?	Não 0 Sim 1
<i>SE NÃO → 238</i>	
237a. Tipo _____	
237b. Título _____	
237c. Nome _____	
237d. Número _____	
237e. Complemento _____	
237f. CEP _____	
237g. Referência _____	
237h. Bairro _____	
238. Podemos deixar agendada uma nova entrevista?	
<i>SE SIM → 238a. Anotar data</i> ___ ___ / ___ ___ / ___ ___	Não 0 Sim 1
<i>238b. Anotar local:</i> _____	
<i>238c. Anotar horário:</i> ___ ___ : ___ ___	
Eu gostaria de ver sua carteira de pré-natal para anotar alguns dados.	

249. A Sra. está com a carteira da gestante, carteira de vacinação ou exames?

Não 0

Sim 1

IGN 9 (.a)

SE SIM → PREENCHER FORMULÁRIO

SE NÃO OU IGN → Encerra questionário

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DA CARTEIRA DA GESTANTE