

- ANEXO IV -

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

Programa Criança Feliz
 Informações sobre a criança *

Formulário 4

Este formulário deverá ser preenchido pelo visitador na sua totalidade, à medida que inicie as visitas domiciliares e for estabelecendo uma relação profissional de confiança com a família. Pode incluir no planejamento das primeiras visitas um ou mais grupos de informações. É uma ferramenta de conhecimento da gestante, mas também pode ser utilizado para introduzir algum conteúdo sobre a rede de apoio (primário, parentes) sobre os cuidados com o desenvolvimento do bebê, sobre os direitos da gestante, etc.

I-IDENTIFICAÇÃO 1. Número de Identificação Social (NIS): _____ 2. Nome completo da criança: _____ 3. Data de Nascimento: ____/____/____ 4. Idade: ____ ____ 5. Sexo: () Feminino () Masculino 6. Raça/cor/etnia (auto declarado): () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena 7. Número do Cartão Nacional do SUS (CNS): _____	
II- INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA	
8. Qual o melhor dia e horário para o atendimento? Horário: ____: ____	() Segunda-feira () Terça-feira () Quarta-feira () Quinta-feira () Sexta-feira () Sábado
9. O/A (-----) possui Registro Civil de Nascimento (RCN)	() Sim () Não
10. No RCN do(a) _____ consta o nome de ambos os pais?	() Sim () Não

11. Quem é o cuidador principal do(a) _____ _____?	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Irmão/irmã <input type="checkbox"/> Avó/avô <input type="checkbox"/> Tio/tia <input type="checkbox"/> Primo/prima <input type="checkbox"/> Babá <input type="checkbox"/> Vizinho(a) <input type="checkbox"/> Outro: _____
12. Grau de instrução do cuidador principal	<input type="checkbox"/> Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental (I e II) incompleto ou completo (1° ao 9° ano) <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto ou completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto ou completo
13. Estuda atualmente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, onde?
14. Trabalha atualmente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, onde?
15. Profissão/ ocupação	16. Carga horária
17. O/A _____ possui Caderneta de Saúde da Criança (CSC) do Ministério da Saúde ou outro documento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?	<input type="checkbox"/> Sim – CSC <input type="checkbox"/> Sim – Outro documento <input type="checkbox"/> Só o cartão de vacinas <input type="checkbox"/> Não
18. O/A _____ realizou os seguintes os testes de triagem	Pezinho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Agendado Olhinho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Agendado Coraçãozinho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Orelhinha: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Agendado
19. Há registro de peso de do(a) _____ na CSC? (Olhar a CSC)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem informação sobre o peso
20 Há registro de comprimento/altura do(a) _____ na CSC? (Olhar a CSC)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem informação sobre a altura
21. O Calendário de Vacinas do(a) _____ está atualizado? (Perguntar e olhar a CSC)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem registro

<p>22. O/A _____ está sendo amamentada com leite materno?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim, exclusivamente (a criança recebe só leite materno, sem água, chá, suco, outro leite ou alimento)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, predominantemente (a criança recebe leite materno e água, chá ou suco, mas não recebe outros leites)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, complementarmente (a criança recebe leite materno mas também recebe outros alimentos)</p> <p><input type="checkbox"/> Não está sendo amamentada (pule para a pergunta 24)</p>
<p>23. Até que idade o/a _____ se alimentou de leite materno?</p>	<p><input type="checkbox"/> 01 mês</p> <p><input type="checkbox"/> 02 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 03 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 04 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 05 meses</p> <p><input type="checkbox"/> 06 meses</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 06 meses</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca mamou</p>
<p>24. O/A _____ apresenta algum tipo de problema de saúde?</p> <p>Se sim, já foi diagnosticado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p><input type="checkbox"/> Doença falciforme</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensão</p> <p><input type="checkbox"/> Doença de refluxo gastroesofágico</p> <p><input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares</p> <p><input type="checkbox"/> Exposição ao HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Exposição a outras DST/IST</p> <p><input type="checkbox"/> Sífilis Congênita</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsão</p> <p><input type="checkbox"/> Fissura lábio palatina</p> <p><input type="checkbox"/> Respirador bucal</p> <p><input type="checkbox"/> Hiperatividade/Déficit de atenção</p> <p><input type="checkbox"/> Intolerância à lactose</p> <p><input type="checkbox"/> Intolerância à proteína</p> <p><input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>

<p>25. O/A _____ está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional?</p>	<p>() Sim, Cardiologia () Sim, Endocrinologia () Sim, Fisioterapia () Sim, Fisioterapia () Sim, Fonoaudiologia () Sim, Pediatria () Sim, Pneumologia () Sim, Neuropediatria () Sim, Oftalmologia () Sim, Psicologia () Sim, Gastroenterologia () Sim, Infectologia () Sim, Odontologia () Sim, Psicopedagogia () Sim, Terapia ocupacional () Sim, Musicoterapia () Sim, Equoterapia () Intolerância à proteína () Intolerância ao glúten () Outro: _____ () Não está sendo acompanhado (Pule para a pergunta 27)</p>
<p>26. Em qual serviço o/a _____ está sendo acompanhado?</p>	<p>() Amb. de especialidades hospital público () Centro de Especialidade SUS () Unidade Básica de Saúde - UBS () Núc.de Apoio a Saúde da Família – NASF () Serviço de Atend. Especializado em DST/AIDS () Centro de Atenção Psicológica – CAPSi () APAE () Fundação/Associação/Instituto () Clínica ou consultório privado () Outros: _____</p>
<p>27. O/A _____ apresenta alguma deficiência</p>	<p>() Sim, Auditiva () Sim, Física () Sim, Intelectual/Cognitiva () Sim, Visual () Sim, Múltipla</p>
<p>28. Tipo de parto</p>	<p>() Normal () Fórceps () Cesárea</p>
<p>29. Idade gestacional ____ semanas ____ dias Nascimento prematuro?</p>	<p>() Sim () Não</p>
<p>OBSERVAÇÕES:</p>	

III. INFORMAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO/RELACIONAMENTO E HÁBITOS	
30. O/A _____ está matriculada na Educação Infantil (creche ou pré-escola)?	() Sim Ano de entrada _____ () Não
31. O/A _____ apresenta dificuldade para se relacionar com outras crianças?	() Sim Qual? _____ () NSA
32. Com quem o/a _____ brinca com mais frequência?	() Com adulto () Com criança () Sozinha
33. Qual o local onde o/a _____ brinca?	() Em casa () Casa do vizinho () Na rua () Na praça () Outro: _____
34. O/A _____ brinca com jogos eletrônico em telefone celular/computador e/ou tablete?	() Sim () Não. Pule para a pergunta 36
35. Qual o tempo o/a _____ fica assistindo?	() Até 02 horas diárias () Entre 2 e 4 horas diárias () Mais e 4 horas diária
36. O/A _____ assiste televisão em sua rotina diária?	() Sim () Não
37. Qual o tempo o/a _____ fica assistindo?	() Até 02 horas diárias () Entre 2 e 4 horas diárias () Mais e 4 horas diária
38. Quantas horas de sono o/a _____ tem por dia (24 horas)?	() Até 10 horas diárias () Entre 10 e 11 horas diárias () Entre 12 e 15 horas diárias () Entre 15 e 16 horas diárias
IV. INFORMAÇÕES SOBRE CONVIVÊNCIA FAMILIAR	
39. O/A _____ vive com quem?	() Mãe () Pai () Padrasto () Madrasta () Irmão/irmã () Avó/avô () Tio/tia () Primo/prima () Babá () Vizinho(a) () Outro: _____
40. Qual tempo a família dedica para brincar com o/a _____?	() Todos os dias () Uma vez por semana () Não dedica

41. A família conversa com o/a _____?	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca conversa
42. O/a tem livros infantis disponíveis em casa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
43. A família mostra livros ou figuras para o/a _____?	<input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Não mostra
44. A família conta histórias para o/a _____?	<input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Não canta/ensina
45. A família ensina canções e/ou canta com a/para o/a _____?	<input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Não conta
46. A família leva o/a _____? para passear?	<input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Não leva para passear
47. Como a família demonstra afeto com o/a _____?	<input type="checkbox"/> Com palavras, gestos e carinhos <input type="checkbox"/> Brincando juntos <input type="checkbox"/> Dando presentes frequentemente <input type="checkbox"/> Realizando atividades conjuntas <input type="checkbox"/> Conversa sobre interesses de cada uma <input type="checkbox"/> Satisfaz as necessidades materiais da família <input type="checkbox"/> Outras formas: _____
48. Como a família lida com os maus comportamentos da criança?	<input type="checkbox"/> Achando graça <input type="checkbox"/> Com ameaças <input type="checkbox"/> Com agressões verbais <input type="checkbox"/> Com castigos corporais <input type="checkbox"/> Com conselhos <input type="checkbox"/> Com indiferença <input type="checkbox"/> Suspende atividades que a criança mais gosta <input type="checkbox"/> Outra: _____
49. Informações para inativação da criança no PCF	<input type="checkbox"/> Limite de idade <input type="checkbox"/> Ingresso em creche ou pré-escola <input type="checkbox"/> Falecimento <input type="checkbox"/> Mudança de endereço p/ outro município <input type="checkbox"/> Saída espontânea <input type="checkbox"/> Suspensão p/ aguardar transferência da VD <input type="checkbox"/> Desabilitação/desistência do município <input type="checkbox"/> Outro: _____
OBSERVAÇÕES: _____ _____ _____ _____	

*Adaptado do formulário do PIM (Primeira Infância Melhor)