

– ANEXO II –

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Programa Criança Feliz
 Informações sobre o domicílio/família atendida

Formulário 2

OBSERVAÇÃO:

Este formulário é uma ferramenta de conhecimento das famílias, suas situações de vida e relações entre si e a comunidade, mas também pode ser utilizado para introduzir alguns assuntos sobre o desenvolvimento da criança, acesso a serviços no território, apoio à parentalidade, dentre outros. O seu preenchimento deverá ser concluído à medida que o visitador inicie as visitas domiciliares e vá estabelecendo uma relação profissional de confiança com a família. Pode incluir no planejamento das primeiras visitas um ou mais grupos de informações.

As informações devem ser obtidas pelo visitador, por meio de observação e/ou perguntas dirigidas às famílias de crianças de 0 a 3 anos do PBF e de 3 a 6 anos beneficiárias do BCP e gestantes.

I - IDENTIFICAÇÃO	
1. Número de Identificação Social – NIS: _____	
2. UF: _____	3. Município: _____
4. Logradouro (Endereço completo): _____	
5. Bairro: _____	6. CEP: _____
7. Ponto de Referência: _____	
8. Área: Rural/campo () Urbano () () Outros _____	
II- INFORMAÇÕES SOBRE O DOMICÍLIO/FAMÍLIA - OBSERVE E/OU PERGUNTE	
9. Sobre a casa: Qual o material predominante das paredes?	<input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Madeira tratada <input type="checkbox"/> Madeira aproveitada <input type="checkbox"/> Taipa <input type="checkbox"/> Palha <input type="checkbox"/> Lona/Plástico <input type="checkbox"/> Outro: _____

10. Quantos cômodos têm no domicílio? (incluir banheiro, cozinha, quartos)	_____ Cômodos
11. Com relação aos espaços e segurança. Observe e pergunte	<input type="checkbox"/> Há espaço para a criança brincar <input type="checkbox"/> Sem espaço para a criança brincar <input type="checkbox"/> Espaço seguro para a criança <input type="checkbox"/> Espaço sem segurança para a criança
12. Qual a forma de abastecimento de água utilizada? (Resposta com múltipla escolha)	<input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Poço ou nascente <input type="checkbox"/> Cisterna <input type="checkbox"/> Carro pipa <input type="checkbox"/> Cacimba <input type="checkbox"/> Chafariz Outra _____
13. A água para beber é filtrada, fervida ou tratada com algum produto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14. Neste domicílio existe banheiro ou sanitário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15. Neste domicílio tem eletricidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
16. Eletrodomésticos/ferramentas de comunicação existentes no domicílio (Resposta com múltipla escolha)	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Celular com acesso à internet <input type="checkbox"/> Geladeira <input type="checkbox"/> Fogão a gás <input type="checkbox"/> Televisão <input type="checkbox"/> Rádio <input type="checkbox"/> Jornal impresso <input type="checkbox"/> Computador <input type="checkbox"/> Computador/tablete com internet <input type="checkbox"/> Outros: _____
17. Que meios de transporte à família utiliza para sair com a(s) criança(s)? (Resposta com múltipla escolha)	<input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Carro próprio <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Nenhum
18. A família é beneficiária de Programas Sociais? Se sim, quais? (Resposta com múltipla escolha)	<input type="checkbox"/> Sim, Bolsa Família <input type="checkbox"/> Sim, Benefício de Prestação Continuada <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Não
19. Quantas pessoas moram neste domicílio?	_____ Pessoas
20. A família fala outra língua/idioma?	<input type="checkbox"/> Sim Qual _____ <input type="checkbox"/> Não
21. Quem é o responsável pelo domicílio? (IBGE- é o de maior renda) _____ N° do celular _____	
22. Qual a ocupação profissional do responsável pela família _____	
23. Outras pessoas contribuem com a renda da família?	<input type="checkbox"/> Sim, Quem: _____ <input type="checkbox"/> Não

24. Qual(is) a(s) idade(s) da(s) pessoa(s) que mora(m) na casa? ** Nº de crianças que serão atendidas na visita: _____	<input type="checkbox"/> 0 a 3 anos Quantas? _____ <input type="checkbox"/> 4 a 6 anos Quantas? _____ <input type="checkbox"/> 7 a 12 anos <input type="checkbox"/> 13 a 18 anos <input type="checkbox"/> 19 a 59 anos <input type="checkbox"/> + 60 anos
25. Há no domicílio casos de: (Pode ser difícil obter essa informação nas primeiras visitas. O formulário poderá ser atualizado caso a informação seja obtida posteriormente).	<input type="checkbox"/> Pessoas com deficiências – PCD <input type="checkbox"/> Uso abusivo de álcool <input type="checkbox"/> Uso abusivo de outras drogas <input type="checkbox"/> Pessoa com 16 anos ou + sem trabalhar <input type="checkbox"/> Pessoa privada de liberdade <input type="checkbox"/> Pessoa cumprindo pena em regime aberto <input type="checkbox"/> Pessoa cumprindo medida socioeducativa <input type="checkbox"/> Mãe com histórico de filho que tenha morrido <input type="checkbox"/> Mãe com histórico de filho nascido morto
26. Existem animais domésticos no domicílio?	<input type="checkbox"/> Gato Quantos? _____ <input type="checkbox"/> Cachorro Quantos? _____ <input type="checkbox"/> Pássaro Quantos? _____ <input type="checkbox"/> Outros _____
27. Quem é o principal cuidador da(s) criança(s): _____	
28. Tem alguma gestante aqui no domicílio?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
29. Qual melhor horário e dia da semana para receber a VD? Dia da semana: _____	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite
30. Algum parente da sua família mora aqui no município?	<input type="checkbox"/> Sim, no mesmo bairro/comunidade <input type="checkbox"/> Sim, em outro bairro/comunidade <input type="checkbox"/> Não
31. A família participa de grupos ou atividades comunitárias?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32. Aspectos culturais e religiosos da família	<input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Outro: _____
33. Qual a sua expectativa ao participar do PCF?	
III - ACESSO A SERVIÇOS E PROGRAMAS SOCIAIS	
34. Para cuidar da saúde qual serviço a família busca?	<input type="checkbox"/> UBS - Unidade Básica de Saúde <input type="checkbox"/> UPA – Unidade de Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> ESF – Estratégia de Saúde da Família <input type="checkbox"/> Centro de Saúde <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Benzedeira <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Outro _____
35. A família é atendida pela ESF?	<input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não
36. A família recebe visita do Agente Comunitário de Saúde?	<input type="checkbox"/> Sim, Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não

37. Que outros serviços acompanham a família?	<input type="checkbox"/> CAPS – Centro de Atenção Psicossocial <input type="checkbox"/> SAE – Serviço de Atenção Especializada <input type="checkbox"/> CRAS – Centro de Referência de Assistência de Social <input type="checkbox"/> Centro de Referência Especializado de Assistência Social <input type="checkbox"/> Centro de Convivência de crianças de 0 a 6 anos <input type="checkbox"/> Centro de Convivência para demais ciclos de vida <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Nenhum desses
38. Forma de acolhida inicial para adesão ao PCF	<input type="checkbox"/> Particularizada no CRAS <input type="checkbox"/> Coletiva em grupos no CRAS <input type="checkbox"/> No domicílio pelo visitador/supervisor <input type="checkbox"/> Coletiva nas oficinas do PAIF <input type="checkbox"/> Encontro/reunião intersetorial

*Adaptado do formulário do PIM (Primeira Infância Melhor)