

ANEXO IV - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

Programa Criança Feliz

Informações sobre o domicílio/família atendida

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 criança, 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 (autodeclarado): () 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. A criança possui Registro Civil de Nascimento (RCN)	() Sim () Não
10. No RCN da criança consta o nome de ambos os pais?	() Sim () Não
11. Quem é o cuidador principal da criança?	() Mãe () Pai () Padrasto () Madrasta () Irmão/irmã () Avó/avô () Tio/tia () Primo/prima () Babá () Vizinho(a) () 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 (1º ao 9º 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. A criança 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. A criança 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 da criança 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 da criança 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 da criança está atualizado? (Perguntar e olhar a CSC)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tem registro
22. A criança está sendo amamentada com leite materno?	<input type="checkbox"/> Sim, exclusivamente (a criança recebe só leite materno, sem água, chá, suco, outro leite ou alimento) <input type="checkbox"/> Sim, predominantemente (a criança recebe leite materno e água, chá ou suco, mas não recebe outros leites) <input type="checkbox"/> Sim, complementarmente (a criança recebe leite materno mas também recebe outros alimentos) <input type="checkbox"/> Não está sendo amamentada (pule para a pergunta 24)
23. Até que idade a criança se alimentou de leite materno?	<input type="checkbox"/> 01 mês <input type="checkbox"/> 02 meses <input type="checkbox"/> 03 meses <input type="checkbox"/> 04 meses <input type="checkbox"/> 05 meses <input type="checkbox"/> 06 meses <input type="checkbox"/> Mais de 06 meses <input type="checkbox"/> Nunca mamou

<p>24. A criança apresenta algum tipo de problema de saúde? Se sim, já foi diagnosticado? () Sim () Não</p>	<p>() Doença falciforme () Anemia () Asma () Diabetes () Hipertensão () Doença de refluxo gastroesofágico () Doenças cardiovasculares () Exposição ao HIV () Exposição a outras DST/IST () Sífilis Congênita () Epilepsia/convulsão () Fissura lábio palatina () Respirador bucal () Hiperatividade/Déficit de atenção () Intolerância à lactose () Intolerância à proteína () Intolerância ao glúten () Outro: _____</p>
<p>25. A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional?</p>	<p>() Sim, Cardiologia () Sim, Endocrinologia () 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 a criança está sendo acompanhada?</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. A criança apresenta alguma deficiência</p>	<p>() Sim, Auditiva () Sim, Física () Sim, Intelectual/Cognitiva () Sim, Visual () Sim, Múltipla</p>

28. Tipo de parto	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Cesárea
29. Idade gestacional _____ semanas _____ dias. Nascimento prematuro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
OBSERVAÇÕES:	
III. INFORMAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO/RELACIONAMENTO E HÁBITOS	
30. A criança está matriculada na Educação Infantil (creche ou pré-escola)?	<input type="checkbox"/> Sim Ano de entrada _____ <input type="checkbox"/> Não
31. A criança apresenta dificuldade para se relacionar com outras crianças?	<input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ <input type="checkbox"/> NSA
32. Com quem a criança brinca com mais frequência?	<input type="checkbox"/> Com adulto <input type="checkbox"/> Com criança <input type="checkbox"/> Sozinha
33. Qual o local onde a criança brinca?	<input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> Casa do vizinho <input type="checkbox"/> Na rua <input type="checkbox"/> Na praça <input type="checkbox"/> Outro: _____
34. A criança brinca com jogos eletrônico em telefone celular/computador e/ou tablet?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Pule para a pergunta 36
35. Quanto tempo?	<input type="checkbox"/> Até 02 horas diárias <input type="checkbox"/> Entre 2 e 4 horas diárias <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas diárias
36. A criança assiste televisão em sua rotina diária?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
37. Quanto tempo?	<input type="checkbox"/> Até 02 horas diárias <input type="checkbox"/> Entre 2 e 4 horas diárias <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas diárias
38. Quantas horas de sono a criança tem por dia (24 horas)?	<input type="checkbox"/> Até 10 horas diárias <input type="checkbox"/> Entre 10 e 11 horas diárias <input type="checkbox"/> Entre 12 e 15 horas diárias <input type="checkbox"/> Entre 15 e 16 horas diárias
IV. INFORMAÇÕES SOBRE CONVIVÊNCIA FAMILIAR	
39. A criança vive com quem?	<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: _____
40. Qual tempo a família dedica para brincar com a criança?	<input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Não dedica
41. A família conversa com a criança?	<input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca conversa
42. A criança tem livros infantis disponíveis em casa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
43. A família mostra livros ou figuras para a criança?	<input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Não mostra
44. A família conta histórias para a criança?	<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 a criança?	<input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Uma vez por semana <input type="checkbox"/> Não canta
46. A família leva a criança 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 a criança?	<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 um <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: _____
OBSERVAÇÕES:	