

# 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.

<b>I - IDENTIFICAÇÃO</b>	
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	
<b>II – INFORMAÇÕES SOBRE O DOMICÍLIO/FAMÍLIA - OBSERVE E/OU PERGUNTE</b>	
9. Sobre a casa: Qual o material predominante das paredes?	( ) Alvenaria ( ) Madeira tratada ( ) Madeira aproveitada ( ) Taipa ( ) Palha ( ) Lona/Plástico ( ) 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? (Utilizar dado do Cadastro Único) _____ Nº do celular _____	
23. Outras pessoas contribuem com a renda da família?	<input type="checkbox"/> Sim Quem: _____ <input type="checkbox"/> Não

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

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)