**CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA**

Legenda:

Perguntas/alternativas Formulários PIM/PCF \*=Campo de informação obrigatória

Perguntas/alternativas somente Formulário PIM O = Campo de seleção única

Perguntas/alternativas somente Formulário PCF **□** = Campo de múltipla seleção

O número das perguntas/alternativas de cada um dos formulários encontra-se ao lado de cada logo específico.

|  |  |
| --- | --- |
| **PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR/CRIANÇA FELIZ** |  Família/Criança: / |
| **CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA** |  Município: |
| **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO** |  Data:  |
|  |  | (1 PIM/2 PCF) Nome completo da criança\*:  |
|  |  | (2 PIM/1 PCF) NIS: |
|  |  | (3 PIM/7 PCF) CNS: |
|  |  | (4, 5 PIM/8 PCF) Qual o melhor dia e horário para o atendimento?⭘ Segunda ⭘Terça ⭘Quarta ⭘Quinta ⭘Sexta ⭘Sábado Hora do atendimento\*: \_\_\_\_:\_\_\_\_ |
|  |  | (6 - PIM; 3 - PCF) Data de nascimento\*: |  | (4) Idade: |
|  |  | (7 PIM/5 PCF) Sexo\*: ⭘Masculino ⭘Feminino |
|  |  | Idade: ( ) 0 a 3 meses ( ) 3 a 6 meses ( ) 6 a 9 meses ( ) 9 a 12 meses ( ) 1 a 2 anos ( ) 2 a 3 anos ( ) 3 a 4 anos ( ) 4 a 5 anos ( ) 5 a 6 anos |
|  |  | (8 PIM/6 PCF) Raça/cor\*:⭘Branca ⭘Preta ⭘Parda ⭘Amarela ⭘Indígena |
|  |  | (14 PIM/9 PCF) A criança possui registro civil (RCN)?\*⭘Sim ⭘Não/Justifique: |
|  |  | (9) Nome completo do entrevistado(não deve ser menor de idade)\*: | (10) Grau de parentesco do entrevistado\*: |
|  |  | (11) Nome completo do pai: |
|  |  | (12) Nome completo da mãe\*: |
|  |  | (13) Grau de instrução da mãe da criança\*:  ⭘ Nenhum ⭘ Alfabetizada ⭘ Ensino fundamental incompleto ⭘ Ensino fundamental completo ⭘ Ensino médio incompleto ⭘ Ensino médio completo ⭘ Ensino superior incompleto ⭘ Ensino superior completo ⭘ Outros/Especifique: |
|  |  | (10) Na 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 ( ) Não compreende o que lê (analfabetismo funcional)  ( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental (I e II) incompleto ou completo (1° ao 9° ano) ( ) Ensino Médio incompleto ou completo ( ) Ensino superior incompleto ou completo |
|  |  | (13) Estuda atualmente? ( ) Sim ( ) Não Se sim, onde? |
|  |  | (14) Trabalha atualmente? ( ) Sim ( ) Não Se sim, onde? |
|  |  | (15) Profissão/ocupação  |  |  (16) Carga horária |
|  |  | (15) A criança participa de outros programas socioeducativos?\*⭘Sim ⭘ Não Nome(s) do(s) programa(s):  |
|  |  | (16) A criança possui cuidados e/ou hábitos de higiene\*: ⭘ Adequados O Inadequados  |
|  |  | (22) A criança está sendo amamentada com leite materno? ( ) Sim, exclusivamente (a criança recebe só leite materno, sem água, chá, suco, outro leite ou alimento) ( ) Sim, predominantemente (a criança recebe leite materno e água, chá ou suco, mas não recebe outros leites) ( ) Sim, complementarmente (a criança recebe leite materno, mas também recebe outros alimentos) ( ) Não está sendo amamentada (pule a próxima pergunta) |
|  |  | (23) Até que idade a criança se alimentou de leite materno? ( ) 01 mês ( ) 02 meses ( ) 03 meses ( ) 04 meses ( ) 05 meses  ( ) 06 meses ( ) Mais de 6 meses ( ) Nunca mamou |
| **DADOS DE SAÚDE****(questões a seguir devem ser assinaladas conforme a Caderneta de Saúde da Criança - CSC**) |
|  |  | (17) A criança possui Caderneta de Saúde da Criança (CSC) do Ministério da Saúde ou outro documento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento? ( ) Sim – CSC ( ) Sim – Outro documento ( ) Só o cartão de vacinas ( ) Não |
|  |  | (17) Nascimento prematuro?\* ⭘ Sim/Nº semanas: ⭘ Não |
|  |  | (18) Apgar no 5º minuto\*:  ⭘ zero ⭘ 1 ⭘ 2 ⭘ 3 ⭘ 4 ⭘ 5 ⭘ 6 ⭘ 7 ⭘ 8 ⭘ 9 ⭘ 10 ⭘ NIJustificativa para NI (não informado):  |
|  |  | (19 PIM/18 PCF) A criança realizou os seguintes testes?\* Pezinho: ⭘ Sim ⭘ Não ⭘ Agendado Olhinho: ⭘ Sim ⭘ Não ⭘ Agendado Orelhinha: ⭘ Sim ⭘ Não ⭘ Agendado |
|  |  | Coraçãozinho:⭘ Sim ⭘ Não |
|  |  | (20 PIM/19 PCF) A criança está sendo pesada mensalmente?\* ⭘ Sim ⭘ Não  |
|  |  | ⭘ Não tem informação sobre o peso |  | Peso atual: \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ kg |
|  |  | (21) A criança aumentou de peso neste mês?\* ⭘ Sim O Não |
|  |  | (22) A criança está desnutrida?\*⭘ Sim ⭘ Não |
|  |  | (23) A altura da criança está sendo medida mensalmente?\* ⭘ Sim ⭘ Não Altura atual: \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_m |
|  |  | (20) Há registro de comprimento/altura da criança na CSC? (Olhar a CSC) ( ) Sim ( ) Não ( ) Não tem informação sobre a altura |
|  |  | (24 - PIM; 21 PCF) O calendário de vacinação da criança está atualizado?\* ( ) Sim ( ) Não |
|  |  | ( ) Não tem registro |
|  |  | (25) A criança apresenta algum problema de saúde ou doença crônica?\* ⭘ Não **□** Anemia falciforme **□** Doença do refluxo gastroesofágico **□** Hiperatividade/ Déficit de atenção **□** Asma **□** Epilepsia/Convulsão **□** Respirador bucal  **□** Diabetes **□** Fissura lábio palatina **□** Rinite **□** Outros/Especifique:  |
| **Questões 26 até 28 exigem comprovação por laudo médico** |
|  |  | (26 PIM/27 PCF) A criança apresenta alguma deficiência diagnosticada clinicamente?\* ⭘ Não ⭘ Sim, Auditiva ⭘ Sim, Física ⭘ Sim, Intelectual/Cognitiva ⭘ Sim, Visual ⭘ Sim, Múltipla Especifique: |
|  |  | (27) A criança apresenta algum destes diagnósticos?\* ⭘ Não  **□** Hidrocefalia **□** Síndrome Alcoólica Fetal  **□** Síndrome de Lenox Gastaut **□** Síndrome do X Frágil  **□** Paralisia cerebral **□** Síndrome de Down **□** Síndrome de West **□** Transtornos Globais do Desenvolvimento (Síndrome de Rett, Transtorno de Asperger, Autismo e Transtorno Desintegrativo da Infância) **□** Outros/Especifique: |
|  |  | (28) Com que idade foi confirmado o diagnóstico médico referido nas questões anteriores (26 ou 27)? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses. |
| **ACOMPANHAMENTO CLÍNICO MULTIPROFISSIONAL** |
|  |  | (24) A criança apresenta algum tipo de problema de saúde? Se sim, já foi diagnosticado? ( ) Sim ( ) Não ( ) 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:  |
|  |  | (29) A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional?\*  ⭘ Sim ⭘ Não Em caso positivo, marcar a(s) especialidade(s) com o número correspondente à Instituição do atendimento  Especialidades Instituições para marcar ( )Cardiologia ( )Odontologia 1Ambulatório de especialidades em hospital público( )Endocrinologia ( )Oftalmologia 2APAE( )Equoterapia ( )Pediatria 3CAPSi( )Fisioterapia ( )Pneumologia 4 Centro de Especialidades/SUS( )Fonoaudiologia ( )Psicologia 5Clínica ou consultório privado( )Gastroenterologia ( )Psicopedagogia 6Fundação/Associação/Instituto( )Musicoterapia ( )Terapia ocupacional 7 Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF( )Neuropediatria 8Unidade Básica de Saúde - UBS ( )Outras/Especifique: 9Outras/Especifique em outras especialidades  descrevendo a especialidade e a instituição correspondente |
|  |  | 25. A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional? ( ) 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 próxima pergunta) |
|  |  | 26. Em qual serviço a criança está sendo acompanhada? ( ) 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:  |
|  |  | (28) Tipo de parto: ( ) Normal ( ) Fórceps ( ) Cesárea |
|  |  | (29) Idade gestacional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dias. Nascimento prematuro: ( ) Sim ( ) Não |
|  |  | Observações sobre a saúde da criança: |
| **INFORMAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO/RELACIONAMENTO E HÁBITOS** |
|  |  | (30) A criança está matriculada na Educação Infantil (creche ou pré-escola)? ( ) Sim Ano de entrada: ( ) Não |
|  |  | (31 PIM/31 PCF) A criança apresenta dificuldade para se relacionar com outras crianças?\*  ⭘ Não ⭘ Sim/Qual?  |
|  |  | (32 PIM/2 PCF) Com quem a criança brinca com mais frequência?\*  ⭘ Com adulto ⭘ Com criança ⭘ Sozinha  |
|  |  | O Com adulto e criança |
|  |  | (33 PIM/33 PCF) Qual o local onde a criança brinca?\* **□** Em casa **□** Na casa do vizinho **□** Na rua **□** No parque/praça **□** Outros/Especifique: |
|  |  | (34) A criança fala\*: **□** Língua Portuguesa **□** Outras Línguas/Quais? |
|  |  | (34) A criança brinca com jogos eletrônico em telefone celular/computador e/ou tablet? ( ) Sim ( ) Não |
|  |  | (35) Quanto tempo?  ( ) Até 02 horas diárias ( ) Entre 2 e 4 horas diárias ( ) Mais de 4 horas diárias |
|  |  | (36) A criança assiste televisão em sua rotina diária? ( ) Sim ( ) Não |
|  |  | (37) Quanto tempo?  ( ) Até 02 horas diárias ( ) Entre 2 e 4 horas diárias ( ) Mais de 4 horas diárias |
|  |  | (38) Quantas horas de sono a criança 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 |
| **CONVIVÊNCIA FAMILIAR** |
|  |  | (35) Quem cuida da criança?\*  ⭘ Mãe ⭘ Pai ⭘ Irmão/Irmã ⭘ Avô/Avó ⭘ Tio/Tia ⭘ Primo/Prima ⭘ Outros/Especifique: |
|  |  | (39) A criança vive com quem? ( ) Mãe ( ) Pai ( ) Padrasto ( ) Madrasta ( ) Irmão/irmã  ( ) Avó/avô ( ) Tio/tia ( ) Primo/prima ( ) Babá ( ) Vizinho(a) ( ) Outro:  |
|  |  | (36)Grau de instrução da pessoa que cuida da criança\*: ⭘ Nenhum ⭘ Alfabetizada⭘ Ensino fundamental incompleto ⭘ Ensino fundamental completo⭘ Ensino médio incompleto ⭘ Ensino médio completo⭘ Ensino superior incompleto ⭘ Ensino superior completo⭘ Outros/Especifique: |
|  |  | (37) A família encontra alguma dificuldade para educar a criança?\* ⭘ Não ⭘ Sim/Especifique: |
|  |  | (38 PIM/40 PCF) A família brinca com a criança (Qual tempo dedicado)?\*  ⭘ Todos os dias ⭘ Uma vez por semana ou mais ⭘ Não brinca/Não dedica |
|  |  | (39 PIM/41 PCF) A família conversa com a criança?\* |
|  |  | ⭘ Várias vezes ao dia ⭘ Uma vez ao dia ou mais ⭘ Não conversa |
|  |  | ( ) Frequentemente ( ) Raramente ( ) Nunca conversa |
|  |  | (40 PIM/43 PCF) A família mostra livros e/ou figuras para a criança?\*  ⭘ Todos os dias ⭘ Uma vez por semana ou mais ⭘ Não mostra livros ou figuras |
|  |  | (42) A criança tem livros infantis disponíveis em casa? ( ) Sim ( ) Não |
|  |  | (41 PIM/44 PCF) A família conta histórias para a criança?\*  ⭘ Todos os dias ⭘ Uma vez por semana ou mais ⭘ Não conta histórias |
|  |  | (42 PIM/46 PCF) A família leva a criança para passear?\*  ⭘ Uma vez por semana ⭘ Uma vez por mês ou mais ⭘ Não leva para passear |
|  |  |  ⭘ Todos os dias |
|  |  | (43 PIM/45 PCF) A família ensina canções e/ou canta com a criança?\*  ⭘ Todos os dias ⭘ Uma vez por semana ou mais ⭘ Não ensina canções e não canta |
|  |  | (44 PIM/47 PCF) Como a família demonstra afeto?\* **□** Com palavras e gestos de carinho  **□** Presenteando frequentemente  **□** Realizando atividades conjuntas de acordo com a idade de cada um  **□** Conversando sobre interesses e necessidades de cada um **□** Satisfazendo as necessidades materiais da família **□** Outras formas/Especifique: |
|  |  |  **□** Brincando juntos |
|  |  | (45 PIM/48 PCF)Como a família lida com as condutas negativas (maus comportamentos) da criança?\* **□** Achando graça  **□** Com ameaças  **□** Com agressões verbais  **□** Com castigos corporais  **□** Com conselhos  **□** Com indiferença **□** Suspendendo atividades que a criança mais aprecia (gosta) **□** Outras formas/Especifique: |
|  |  | (52 PIM) Outras observações sobre a criança: |
| **ROTINA DIÁRIA** |
|  |  |  (46) Rotina de alimentação pela manhã\*: \_\_\_\_\_\_ h (47) Rotina de alimentação pela tarde\*: \_\_\_\_\_ h (48) Rotina de alimentação pela noite\*: \_\_\_\_\_\_ h |
|  |  |  (49) Rotina de sono pela manhã\*: \_\_\_\_\_\_ h (50) Rotina de sono pela tarde\*: \_\_\_\_\_\_ h (51) Rotina de sono pela noite\*: \_\_\_\_\_\_ h |
| **INATIVAÇÃO DA CRIANÇA** |
|  |  | Data:  | Motivo: ⭘ Ingresso em creche ou escola ⭘ Idade limite ⭘ Falecimento ⭘ Saída do ProgramaJustificativa: |