**CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA**

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: |
| **CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA** |  Município: |
| **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO** |  Data:  |
|  |  | 1) Nome completo do visitador\*: |
|  |  | (1) Número de Identificação Social - NIS |
|  |  | (2 PIM/4 PCF) Nome completo do logradouro\*: |
|  |  | (3 PIM; 4 PCF) Número\*: | Desenho de um cachorro  Descrição gerada automaticamente(4 PIM/6 PCF):  CEP\*: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_| |
|  |  | (5) Nome completo da comunidade\*: |
|  |  | (6 PIM/5 PCF) Nome completo do bairro\*: |
|  |  | Telefone residencial: |
|  |  | Celular: |
|  |  | (7) Ponto de Referência:  |
|  |  | (8) Área: ( ) Rural/campo ( ) Urbano ( ) Outros  |
|  |  | (7) Nome completo do entrevistado (não deve ser menor de idade)\*: |
|  |  | (8) Função parental do entrevistado\*: |
| **INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA** |
|  |  | (9) Quem é o responsável pela manutenção econômica da família?\* ⭘ Pai e mãe ⭘ Só o pai ⭘ Só a mãe ⭘ Outros/Especifique:  |
|  |  | (10) Total da renda familiar\*: ⭘ 0 até ½ salário mínimo ⭘ Mais de ½ até 1 salário mínimo ⭘ Mais de 1 até 2 salários mínimos ⭘ Mais de 2 até 3 salários mínimos ⭘ Mais de 3 salários mínimos ⭘ Não informado |
|  |  | (11 PIM/18 PCF) Algum membro da família é beneficiado por programas de transferência de renda/Programas Sociais?\* ⭘ Não ⭘ Sim, Especifique quais: |
|  |  | (12) Algum membro da família possui plano de saúde privado?\* ⭘ Sim ⭘ Não Nome do plano:  Número de pessoas cobertas pelo plano:  |
|  |  | (15) Meios de comunicação social que a família mais utiliza\*: **□** Rádio **□** Televisão **□** Jornal **□** Outros/Especifique: |
|  |  | (16) Eletrodomésticos/ferramentas de comunicação existentes no domicílio(Resposta com múltipla escolha) ( ) Celular ( ) Celular com acesso à internet  ( ) Geladeira ( ) Fogão a gás ( ) Televisão ( ) Rádio ( ) Jornal impresso ( ) Computador ( ) Computador/tablete com internet ( ) Outros:  |
|  |  | (16 PIM/31 PCF) A família participa de grupos comunitários?\* ⭘ Sim ⭘ Não  Especifique: |
|  |  | (17 PIM/17 PCF) Que meios de transporte à família utiliza para sair com a(s) criança(s)?(Resposta com múltipla escolha) **□** Ônibus/transporte público **□** Caminhão **□** Carro próprio **□** Carroça  **□** Bicicleta **□** Moto  **□** Outros/Especifique:  |
|  |  |  **□** nenhum |
| **SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO/MORADIA E SANEAMENTO DA FAMÍLIA - OBSERVE E/OU PERGUNTE** |
|  |  |  (22 PIM/9 PCF)Tipo de casa\*:  ⭘ Tijolo/Adobe/Alvenaria ⭘ Madeira tratada ⭘ Madeira aproveitada ⭘ Taipa revestida ⭘ Taipa não revestida ⭘ Outros/Especifique: |
|  |  |  ⭘ Material aproveitado |
|  |  |  ⭘ Palha ⭘ Lona/Plástico |
|  |  | (23 PIM/10 PCF) Quantos cômodos têm no domicílio? (incluir banheiro, cozinha, quartos) \_\_\_\_ Cômodos |
|  |  | (11) Com relação aos espaços e segurança. Observe e pergunte ( ) Há espaço para a criança brincar ( ) Sem espaço para a criança brincar ( ) Espaço seguro para a criança ( ) Espaço sem segurança para a criança |
|  |  | (24 PIM/15 PCF) Neste domicílio tem eletricidade? O Sim O Não  |
|  |  | (25 PIM/12 PCF) Qual a forma de abastecimento de água utilizada? (Resposta com múltipla escolha) ⭘ Rede geral/Pública ⭘ Poço ou nascente ⭘ Outros/Especifique: |
|  |  | ⭘ Cisterna ⭘ Carro pipa ⭘ Cacimba ⭘ Chafariz |
|  |  | (26 PIM/13 PCF) A água para beber é filtrada, fervida ou tratada com algum produto? ⭘ Sim ⭘ Não |
|  |  | Qual tratamento realizado? ⭘ Filtração ⭘ Cloração ⭘ Fervura ⭘ Sem tratamento |
|  |  | (27 PIM/14 PCF) Neste domicílio existe banheiro ou sanitário? ⭘ Sim O Não  |
|  |  | (28) Destino do lixo da família\*: ⭘ Coletado ⭘ Queimado ⭘ A céu aberto O Outros/Especifique: |
|  |  | (19) Quantas pessoas moram neste domicílio? \_\_\_\_\_\_ Pessoas |
|  |  | (20) A família fala outra língua/idioma? ( ) Sim Qual ( ) 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?( ) Sim Quem: ( ) 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 0 a 3 anos Quantas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4 a 6 anos Quantas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7 a 12 anos \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 13 a 18 anos \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 19 a 59 anos \_\_\_\_\_\_\_\_\_+ 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). ( ) 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 |
|  |  | (26) Existem animais domésticos no domicílio? ( ) Gato Quantos? ( ) Cachorro Quantos?  ( ) Pássaro Quantos? ( ) Outros  |
|  |  | (27) Quem é o principal cuidador da(s) criança(s): |
|  |  | (28) Tem alguma gestante no domicílio? ( ) Sim ( ) Não |
|  |  | (29) Qual melhor horário e dia da semana para receber a VD?  Dia da semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite |
|  |  | (30) Algum parente da sua família mora aqui no município? ( ) Sim, no mesmo bairro/comunidade ( ) Sim, em outro bairro/comunidade ( ) Não |
|  |  | (32) Aspectos culturais e religiosos da família: ( ) Católico ( ) Evangélico ( ) Outro: |
|  |  | (33) Qual a sua expectativa ao participar do PCF? |
| **ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS PELO VISITADOR** (sem interrogar a família) |
|  |  | (18) Situação socioeconômica da família\*: O Atende as necessidades básicas da família ⭘ Não atende as necessidades básicas da família Justificativa\*: |
|  |  | (19) Condições de higiene do ambiente\*: ⭘ Adequadas ⭘ Inadequadas Justificativa\*: |
|  |  | (20) Ambiente afetivo das relações familiares\*: ⭘ Amistoso ⭘ Frio ⭘ Tenso ⭘ Agressivo Justificativa\*:  |
|  |  | (21) Normas de convivência familiar\*: ⭘ Respeitosas ⭘ Rígidas ⭘ Negligenciadas Justificativa\*: |
| **ACESSO A SERVIÇOS E PROGRAMAS SOCIAIS** |
|  |  | (13 PIM/34 PCF)Para cuidar da saúde qual serviço a família busca? ( ) Hospital ( ) Centro/Unidade de Saúde ( ) Farmácia ( ) Benzedeira |
|  | Desenho de personagem de desenhos animados com texto preto sobre fundo branco  Descrição gerada automaticamente com confiança média |  ( ) UBS - Unidade Básica de Saúde ( ) UPA – Unidade de Pronto Atendimento  ( ) ESF – Estratégia de Saúde da Família ( ) SAMU ( ) Outro:  |
|  |  | (14) CNES: |
|  |  | (35) A família é atendida pela ESF? ( ) Sim Qual ( ) Não |
|  |  | (36) A família recebe visita do Agente Comunitário de Saúde? ( ) Sim Qual ( ) Não |
|  |  | (37) Que outros serviços acompanham a família?( ) CAPS – Centro de Atenção Psicossocial ( ) SAE – Serviço de Atenção Especializada( ) CRAS – Centro de Referência de Assistência de Social ( ) Centro de Referência Especializado de Assistência Social( ) Centro de Convivência de crianças de 0 a 6 anos ( ) Centro de Convivência para demais ciclos de vida( ) Conselho Tutelar ( ) Outros ( ) Nenhum desses |
|  |  | (38) Forma de acolhida inicial para adesão ao PIM/PCF ( ) Particularizada no CRAS ( ) Coletiva em grupos no CRAS ( ) No domicílio pelo visitador/supervisor  ( ) Coletiva nas oficinas do PAIF ( ) Encontro/reunião intersetorial |
| **COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR** |
|  |  | (1) Nome completo do componente\* (sem abreviaturas) | (2) NIS | (3) CNS |
|  |  | (4) Raça/cor\* | (5) Função Parental\* | (6) Idade\* | (7) Grau de instrução\* | (8) Ocupação\* | (9) Renda | (10) Data inicial da moradia\* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Raça/cor: Br = Branco Pr = Preto Pa = Pardo Am = Amarelo In = Indígena |
|  |  | **INATIVAÇÃO DA FAMÍLIA** |
|  |  | Data:  | Motivo: ⭘ Finalização dos atendimentos de crianças e gestantes ⭘ Saída do Programa Justificativa: |