

NOVO

CARACTERIZAÇÃO

VERSÃO 3.0



GOVERNO
DO ESTADO
**RIO
GRANDE
DO SUL**
SECRETARIA DA SAÚDE

CARACTERIZAÇÃO

VERSÃO 3.0

- A caracterização faz parte da Metodologia do PIM e consiste na aplicação de formulários específicos do Programa - etapa essencial que marca o início do vínculo com os territórios, famílias e indivíduos que serão acompanhados.
- O aprimoramento trazido pela Versão 3 marca também o INÍCIO de mudanças importantes que serão efetuadas no SisPIM, como melhorias das funcionalidades e na geração de relatórios customizados que possibilitarão, inclusive, a integração futura de dados com órgãos da administração, além de cumprir com a função de acompanhar mudanças da metodologia, de normativas do PIM e de políticas relacionadas.

A DIMENSÃO DO SISPIM:

2003 A 2024



250 mil



300 mil



375 mil



75 mil

Nº DE NOVOS CADASTROS ANUAIS:

12.000

(referência 2023)

HOJE NO SISTEMA:

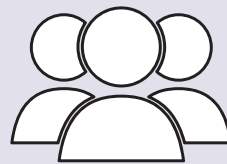
489

MUNICÍPIOS



3800

Técnicos PIM



HISTÓRICO DAS VERSÕES

Versão 1

2003 a 2010

Versão 2

2010 a 2024

Versão 3

2024...



IMPORTANTE!

Não há mudança na metodologia de aplicação dos formulários! Eles seguem sendo aplicados nas primeiras visitas, através do diálogo, perguntas, observações e conferência de documentos como a Caderneta da Criança e da Gestante.

As novidades são focadas na estrutura dos formulários e perguntas acrescentadas, adaptadas ou retiradas! Além disso, não houve alteração no Formulário do diagnóstico inicial do desenvolvimento infantil!

POR QUE MUDAMOS ?

Levamos muito em conta, a atualização dos instrumentos de forma a garantir a inclusão e respeito à diversidade e pluralidade das famílias e indivíduos acompanhados.

As novas perguntas que se agregaram à Versão 3 da Caracterização também exploram mais os eixos que o programa pretender atuar, possibilitando um melhor diagnóstico inicial sobre:

- o desenvolvimento integral infantil;
- a interação parental, o vínculo e o protagonismo familiar;
- o acesso aos direitos e serviços da rede, bem como a participação nas redes comunitárias.

POR QUE MUDAMOS ?

Mudamos, principalmente, para que o processo de caracterização no PIM possibilite um **olhar mais ampliado e integral** para o território, famílias, gestantes e crianças que serão acompanhadas.

Ainda, para que o Plano Singular de Atendimento dele derivado possa estar em melhor consonância com as **necessidades, potencialidades, interesses e expectativas das famílias**.

POR QUE MUDAMOS ?

OUTRAS MOTIVAÇÕES:

- Facilitar o registro das informações;
- Reduzir o uso de folhas de papel;
- Ampliar as possibilidades de tabulação, classificação e ordenação para a geração de relatórios, comparação entre grupos e estabelecimento de associações, fundamentais para o monitoramento da atenção prestada.
- Facilitar a aplicação de pesquisas sobre o Programa.

COMO FORAM FEITAS AS MUDANÇAS?

A partir:

- escuta atenta às necessidades trazidas pelas **equipes municipais** no processo de caracterização;
- discussões multidisciplinares nos **GTs do PIM**;
- olhar e propostas de outras políticas do DAPPS/SES/RS: **atenção primária; saúde da mulher, do homem e da criança; equidades**; entre outras;
- contribuições da Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência e Pessoas com Altas Habilidades no Rio Grande do Sul (**FADERS**).

O QUE MUDOU?

ASPECTOS GERAIS:

- Redução das perguntas descritivas e ampliação das perguntas objetivas;
- Adaptação da linguagem de forma consonante à Caderneta da Criança e da Gestante, do Programa Criança Feliz, do CADÚnico, E-SUS, entre outros;
- Campos novos ou adaptados, possibilitando a integração com outros sistemas de informação do Estado.

QUANTIDADE DE PERGUNTAS:

	Território	Família	Gestante	Criança
VERSÃO 2.0	27	28	28	52
VERSÃO 3.0	↓ 15	↑ 54	↑ 84	↑ 64

**Não houve alteração nos formulários do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil

O QUE MUDOU NO FORMULÁRIO DA FAMÍLIA?



- Agregaram-se perguntas sobre:
 - os dados de identificação do(a) entrevistado(a);
 - aspectos **culturais** da família (línguas que fala, religião que pratica, etc.);
 - a **rede de apoio** da família (parentes próximos na cidade, atividades comunitárias que frequenta, etc.);
 - a composição familiar (se há pessoas com deficiência, uso de drogas, conflito com a lei, etc.)

Primeira Infância Melhor GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

* = Campo de informação obrigatória ○ = Campo de seleção única □ = Campo de múltipla seleção Versão 3 - 19/08/2024 1/2

Nº da família: _____ Município: _____ Data: ____/____/____

1. Nome completo do(a) visitador(a) responsável: * _____

IDENTIFICAÇÃO

2. Qual o nome completo do(a) entrevistado(a)? * _____

3. Possui nome social? * ○ Sim (Especifique abaixo) ○ Não

4. Sexo: * ○ Feminino ○ Masculino 5. Qual o número do telefone/celular? (_____)

6. E-mail: _____

7. Qual o nº de CPF? _____ 8. Qual o nº de identificação Social – NIS? _____ 9. Qual a nacionalidade? *
○ Brasileiro(a) ○ Outro (Especifique abaixo)

10. Logradouro: _____

11. Número: * _____ 12. Complemento: _____

13. Bairro/Comunidade: * _____ 14. CEP: * _____

15. Ponto de referência: * _____ 16. Área: * ○ Rural/Campo ○ Urbano ○ Outra (Especifique abaixo)

17. Qual a função parental do(a) entrevistado(a) (em relação à criança atendida)? *
○ Mãe ○ Madrasta ○ Avô / Avó ○ Tio / Tia ○ Primo / Prima ○ Vizinho(a)
○ Pai ○ Padrasto ○ Irmão / Irmã ○ Integrante de família acolhedora ○ Profissional de serviço de acolhimento ○ Babá
○ Outro. Qual? _____

18. Tem alguma deficiência? * ○ Sim ○ Não
Se sim, qual? □ Auditiva □ Visual □ Intelectual/Cognitiva □ Física □ Outra. Qual? _____

INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA/DOMICÍLIO – OBSERVE E/OU PERGUNTE

19. Qual o melhor horário e dia da semana para receber o atendimento? *
○ Manhã ○ Tarde ○ Noite ○ Segunda ○ Terça ○ Quarta ○ Quinta ○ Sexta ○ Sábado

20. Quem são os(as) principais cuidadores(as) da(s) criança(s)? *
□ Mãe(s) □ Madrasta □ Avô / Avó(s) □ Tio/ Tia □ Primo / Prima □ Vizinho(a)
□ Pai(s) □ Padrasto □ Irmão / Irmã(s) □ Integrante de família acolhedora □ Profissional de serviço de acolhimento □ Babá
□ Outro. Qual? _____

21. Quem são os responsáveis pela renda da família? * (Marque todos que se aplicam)
□ Mãe □ Madrasta □ Avós □ Tio / Tia □ Não quer ou não sabe informar
□ Pai □ Padrasto □ Irmão / Irmã □ Outros. Quais? _____

22. Qual o total da renda familiar? *
○ Até ½ salário mínimo ○ Mais de 1 até 2 salários mínimos ○ Mais de 3 salários mínimos
○ Mais de ½ até 1 salário mínimo ○ Mais de 2 até 3 salários mínimos ○ Não quer ou não sabe informar

23. Quais as principais fontes de renda da família? * (Marque todas que se aplicam)
□ Empregador □ Assalariado com Carteira de Trabalho assinada □ Servidor público / Militar □ Autônomo com Previdência Social
□ Aposentado / Pensionista □ Assalariado sem Carteira de Trabalho assinada □ Autônomo com Previdência Social □ Não sabe informar

24. A família é beneficiária de Programas Sociais? * ○ Sim ○ Não
Se sim, qual? □ Bolsa Família □ Benefício de Prestação Continuada - BPC □ Outro. Qual? _____

25. Qual o tipo de moradia da família? *
○ Casa ○ Própria
○ Apartamento ○ Alugada
○ Serviço de acolhimento institucional ○ Cedida
○ Unidade Materno Infantil em estabelecimento prisional ○ Ocupação
○ Em situação de rua ○ Outra. Qual? _____
○ Outro. Qual? _____

26. Qual a situação da moradia? *
○ Própria ○ Alugada ○ Cedida ○ Ocupação ○ Outra. Qual? _____

28. Quantos cômodos têm no domicílio? * (Incluir banheiro, cozinha, quarto)
○ Não se aplica ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7

29. 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

30. Qual forma de acesso? *
□ Rede / Pública
□ Cisterna
□ Cacimba
□ Outra. Qual? _____

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

* = Campo de informação obrigatória = Campo de seleção única = Campo de múltipla seleção Versão 3 - 19/08/2024 1/2

Município: _____ Data: ____/____/____
 Nº da família: _____ Nº da gestante: _____

IDENTIFICAÇÃO

1. Qual o nome completo? _____
 2. Possui nome social? Sim (Especifique abaixo) Não
 3. Qual o número do telefone / celular? (_____)
 4. Qual o seu e-mail? _____
 5. Qual a data de nascimento? ____/____/____ 6. Qual a sua idade? _____
 Nome completo: _____ Mãe Pai
 Nome completo: _____ Mãe Pai

8. Como você se autodeclara (cor/raça/etnia)?
 Branca Parda Indígena
 Preta Amarela

9. Qual a nacionalidade?
 Brasileira
 Outra. Qual? _____

10. Qual o número do CPF? _____
 11. Qual o número de Identificação Social (NIS)? _____
 12. Qual o número do Cartão Nacional do SUS (CNS)? _____
 13. Recebe Benefício Prestação Continuada (BPC)? Sim Não

14. Tem alguma deficiência? Sim Não
 Se sim, qual(is)?
 Auditiva Intelectual/cognitiva Outra(s).
 Visual Física Qual(is)? _____

15. Qual o dia e horário do atendimento?
 Segunda Terça Quarta
 Quinta Sexta Sábado
 Hora: _____

16. Seus pais moram no mesmo município?
 Sim, no mesmo bairro/comunidade Sim, na mesma casa
 Sim, em outro bairro/comunidade Não

17. Qual o estado civil?
 Solteira União estável Divorciada
 Casada Viúva Separada

18. Sabe ler e escrever?
 Sim Não

19. Grau de instrução?
 Não compreende o que lê (analfabetismo funcional)
 Analfabeta
 Ensino Fundamental incompleto
 Ensino Fundamental completo
 Ensino Médio incompleto
 Ensino Médio completo
 Ensino Superior incompleto
 Ensino Superior completo

20. Estuda atualmente? Sim/Onde? _____ Não
 21. Trabalha atualmente? Sim/Onde? _____ Não
 22. Qual a profissão/ocupação? _____
 23. Fala outra língua / idioma?
 Não
 Sim / Qual? _____

24. Quem mora na casa?
 Filhos(as) Irmãos(as) Amigos(as)
 Companheiro Sogra(o) Outros: _____
 Pal / Mãe Casada Viúva Separada

25. Deseja informar orientação sexual? Sim Não
 Mulher cisgênero Homem transexual
 Outra. Qual? _____

26. Deseja informar identidade de gênero? Sim Não

27. Qual o período gestacional?
 Menos de 22 semanas 22 a 27 semanas 28 a 31 semanas 32 a 36 semanas 37 a 41 semanas

28. Qual o período gestacional?
 Menos de 22 semanas 22 a 27 semanas 28 a 31 semanas 32 a 36 semanas

29. Fez os exames de sífilis e HIV? Sim Não

30. Classificação de risco da gestação?
 Habitual Alto risco

31. Fez os exames de sífilis e HIV? Sim Não

32. Fez os exames de sífilis e HIV? Sim Não

33. Fez os exames de sífilis e HIV? Sim Não

34. Fez os exames de sífilis e HIV? Sim Não

35. Fez os exames de sífilis e HIV? Sim Não

36. Fez os exames de sífilis e HIV? Sim Não

37. Fez os exames de sífilis e HIV? Sim Não

38. Fez os exames de sífilis e HIV? Sim Não

39. Está realizando atividades físicas? Sim Não

40. Está realizando atividades físicas? Sim Não

41. Está realizando atividades físicas? Sim Não

42. Está realizando atividades físicas? Sim Não

43. Está realizando atividades físicas? Sim Não

44. Está realizando atividades físicas? Sim Não

45. Está realizando atividades físicas? Sim Não

46. Está realizando atividades físicas? Sim Não

47. Está realizando atividades físicas? Sim Não

48. Está realizando atividades físicas? Sim Não

49. Está realizando atividades físicas? Sim Não

50. Está realizando atividades físicas? Sim Não

51. Está realizando atividades físicas? Sim Não

52. Está realizando atividades físicas? Sim Não

53. Está realizando atividades físicas? Sim Não

54. Está realizando atividades físicas? Sim Não

55. Está realizando atividades físicas? Sim Não

56. Está realizando atividades físicas? Sim Não

57. Está realizando atividades físicas? Sim Não

58. Está realizando atividades físicas? Sim Não

59. Está realizando atividades físicas? Sim Não

60. Está realizando atividades físicas? Sim Não

61. Está realizando atividades físicas? Sim Não

62. Está realizando atividades físicas? Sim Não

63. Está realizando atividades físicas? Sim Não

64. Está realizando atividades físicas? Sim Não

65. Está realizando atividades físicas? Sim Não

66. Está realizando atividades físicas? Sim Não

67. Está realizando atividades físicas? Sim Não

68. Está realizando atividades físicas? Sim Não

69. Está realizando atividades físicas? Sim Não

70. Está realizando atividades físicas? Sim Não

71. Está realizando atividades físicas? Sim Não

72. Está realizando atividades físicas? Sim Não

73. Está realizando atividades físicas? Sim Não

74. Está realizando atividades físicas? Sim Não

75. Está realizando atividades físicas? Sim Não

76. Está realizando atividades físicas? Sim Não

77. Está realizando atividades físicas? Sim Não

78. Está realizando atividades físicas? Sim Não

79. Está realizando atividades físicas? Sim Não

80. Está realizando atividades físicas? Sim Não

81. Está realizando atividades físicas? Sim Não

82. Está realizando atividades físicas? Sim Não

83. Está realizando atividades físicas? Sim Não

84. Está realizando atividades físicas? Sim Não

85. Está realizando atividades físicas? Sim Não

86. Está realizando atividades físicas? Sim Não

87. Está realizando atividades físicas? Sim Não

88. Está realizando atividades físicas? Sim Não

89. Está realizando atividades físicas? Sim Não

90. Está realizando atividades físicas? Sim Não

91. Está realizando atividades físicas? Sim Não

92. Está realizando atividades físicas? Sim Não

93. Está realizando atividades físicas? Sim Não

94. Está realizando atividades físicas? Sim Não

95. Está realizando atividades físicas? Sim Não

96. Está realizando atividades físicas? Sim Não

97. Está realizando atividades físicas? Sim Não

98. Está realizando atividades físicas? Sim Não

99. Está realizando atividades físicas? Sim Não

100. Está realizando atividades físicas? Sim Não

Justificativa: _____

O QUE MUDOU NO FORMULÁRIO DA GESTANTE?

- Agregaram-se perguntas sobre:
 - mais dados de **identificação** desta gestante;
 - mais informações sobre como está ocorrendo o **pré-natal**, a preparação para o parto e nascimento do bebê;
 - a noção que a gestante tem sobre os seus **direitos**;
 - a **rede de apoio** que ela conta;
 - as gestações anteriores;

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

* = Campo de informação obrigatória = Campo de seleção única = Campo de múltipla seleção Versão 3 - 19/08/2024 1/2

Município: _____ Data: ____/____/____

Nº da família: _____ Nº da gestante: _____

IDENTIFICAÇÃO

1. Qual o nome completo? _____

2. Possui nome social? Sim (Especifique abaixo) Não

3. Qual o número do telefone / celular? (_____)

4. Qual o seu e-mail? _____

5. Qual a data de nascimento? ____/____/____ 6. Qual a sua idade? _____

7. Qual a filiação conforme Registro Civil de Nascimento?
 Nome completo: _____ Mãe Pai
 Nome completo: _____ Mãe Pai

8. Como você se autodeclara (cor/raça/etnia)?
 Branca Parda Indígena
 Preta Amarela

9. Qual a nacionalidade?
 Brasileira
 Outra. Qual? _____

10. Qual o número do CPF? _____

11. Qual o número de Identificação Social (NIS)? _____

12. Qual o número do Cartão Nacional do SUS (CNS)? _____

13. Recebe Benefício Prestação Continuada (BPC)? Sim Não

14. Tem alguma deficiência? Sim Não

15. Qual o dia e horário do atendimento?
 Segunda Terça Quarta
 Quinta Sexta Sábado
 Hora: _____

Se sim, qual(is)?
 Auditiva Intelectual/cognitiva Outra(s). Qual(is)? _____
 Visual Física

16. Seus pais moram no mesmo município?
 Sim, no mesmo bairro/comunidade Sim, na mesma casa
 Sim, em outro bairro/comunidade Não

17. Qual o estado civil?
 Solteira União estável Divorciada
 Casada Viúva Separada

18. Sabe ler e escrever?
 Sim Não

19. Grau de instrução?
 Não compreende o que lê (analfabetismo funcional)
 Analfabeta
 Ensino Fundamental incompleto
 Ensino Fundamental completo
 Ensino Médio incompleto
 Ensino Médio completo
 Ensino Superior incompleto
 Ensino Superior completo

20. Estuda atualmente? Sim/Onde? _____ Não

21. Trabalha atualmente? Sim/Onde? _____ Não

22. Qual a profissão/ocupação? _____

23. Fala outra língua / idioma?
 Não
 Sim / Qual? _____

24. Quem mora na casa?
 Filhos(as) Irmãos(as) Amigos(as)
 Companheiro Casada Viúva Separada
 Pai / Mãe Sogra(o) Outros: _____

25. Deseja informar orientação sexual? Sim Não

26. Deseja informar identidade de gênero? Sim Não

Se sim, qual?
 Heterossexual Bissexual
 Homossexual Gay /Lésbica Outra. Qual? _____
 Mulher cisgênero Homem transexual

DADOS DO PRÉ-NATAL (assinalar conforme Caderneta da Gestante)

27. Com quantas semanas iniciou o pré-natal?
 Não iniciou (concluir o cadastro após o início do pré-natal)
 Até 12 semanas Entre 13ª e 24ª semanas
 Entre 25ª e 31ª semanas Entre 32ª e 36 semanas

28. Qual o período gestacional?
 Menos de 22 semanas 28 a 31 semanas
 32 a 36 semanas 37 a 41 semanas

29. Foi à unidade de saúde para a consulta pré-natal neste mês? Sim Não

30. Quantas consultas de pré-natal você já realizou?
 1 2 3 4 5 6 7 ou mais

31. Fez os exames de sífilis e HIV? Sim Não

32. Qual o tipo de gestação?
 Única Gêmeos Tripla ou mais

33. Apresenta algum fator de risco nesta gestação?
 Se sim, qual?
 Toxoplasmose Sífilis Pós-datismo
 Fumo Infecção Urinária Anemia Uso da insulina
 Alcool Anemia Pré-eclâmpsia
 Outras Drogas Inc. istmocervical Imaturo Outros. Quais? _____
 HIV / AIDS Outros. Quais? _____

34. A gestante já realizou pelo menos uma consulta de pré-natal? Sim Não

35. Essa gravidez foi planejada? Sim Não

36. Em quais serviços da Rede de Atenção é atendida?
 Unidade Básica de Saúde (UBS)
 Estratégia de Saúde da Família (ESF)
 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
 Ambulatório de Gestão de Alto Risco (AGAR)

37. Já sabe o nome e endereço da maternidade? _____ Não

38. Tem preferência sobre o tipo de parto? _____ Não

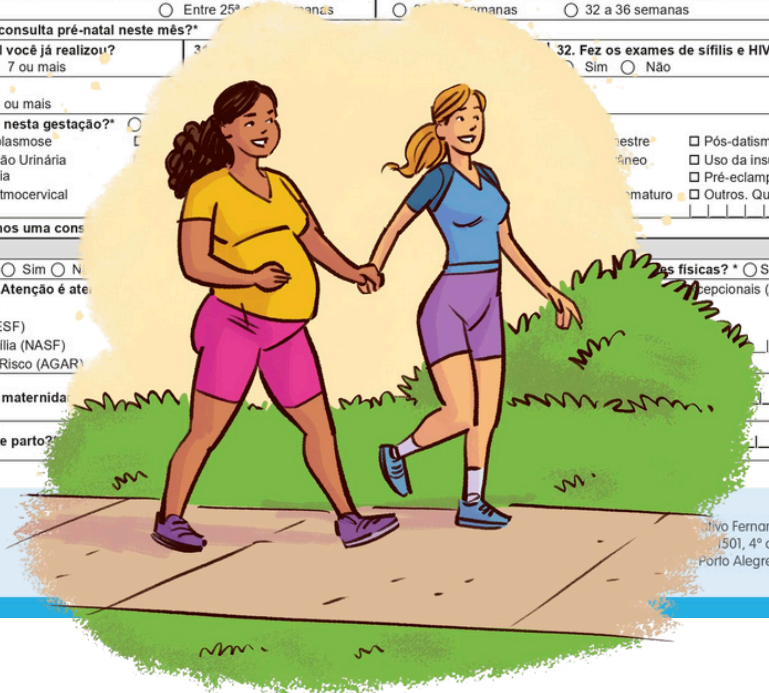


Ilustração: Fernando Ferrari (CAFF) - Rua 1501, 4º andar - Ala Norte - Porto Alegre - RS - 90110-150

O QUE MUDOU NO FORMULÁRIO DA GESTANTE?

- o pai da criança, cônjuge ou companheiro(a) (se houver) e o pré-natal do parceiro;
- informações após o parto (como ele ocorreu, se está amamentando, se deseja continuar sendo acompanhada pelo PIM, entre outras).

O QUE MUDOU NO FORMULÁRIO DA CRIANÇA ?

- Agregaram-se perguntas sobre:
 - os dados de identificação da criança e do(a) adulto(a) cuidador(a);
 - amamentação;
 - acesso à educação;
 - uso de telas na infância.

Primeira Infância Melhor GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

* = Campo de informação obrigatória ○ = Campo de seleção única □ = Campo de múltipla seleção Versão 3 - 19/08/2024 1/2

Nº da família: _____ Nº da criança: _____ Município: _____ Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

1. Qual o nome completo da criança? _____

2. Qual o número do CPF da criança? _____

3. Qual a nacionalidade da criança? Brasileiro(a) Outro. Qual? _____

4. Qual o número de Identificação Social – NIS? _____

5. Qual o número do Cartão Nacional do SUS (CNS)? _____

6. Qual o dia e horário do atendimento? Segunda Terça Quarta Quinta Sexta Sábado Hora do atendimento: _____

7. Qual a data de nascimento? ____/____/____

8. Qual a idade? ____ Anos ____ Meses

9. Qual o sexo? Masculino Feminino

10. Qual a raça / cor / etnia? Branca Preta Parda Amarela Indígena

11. A criança possui Registro Civil de Nascimento (RCN)? Sim Não

12. No RCN da criança consta o nome de ambos os pais? Sim Não

13. Qual a filiação, conforme RCN?
Nome completo: _____ Mãe Pai
Nome completo: _____ Mãe Pai

14. A criança está sendo amamentada com leite humano? 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

15. Até que idade a criança se alimentou de leite materno? 01 mês 02 meses 03 meses 04 meses 05 meses 06 meses Mais de 06 meses Nunca mamou Ainda está sendo amamentada

16. A criança recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC)? Sim Não

DADOS DO(A) CUIDADOR(A)

17. Qual o nome completo? _____

18. Possui nome social? Sim. Qual? _____ Não

19. Qual a função parental em relação à criança atendida? Mãe Padrasto Avô / Avó Tio / Tia Primo / Prima Vizinho(a)
 Pai Madrasta Irmão / Irmã Integrante de família acolhedora Profissional de serviço de acolhimento Babá
 Outro. Qual? _____

20. Qual o sexo? Feminino Masculino

21. Deseja informar orientação sexual? Sim Não
Se sim, qual? Heterossexual Homossexual Gay / Lésbica Bissexual Outra. Qual? _____

22. Deseja informar identidade de gênero? Sim Não
Se sim, qual? Mulher cisgênero Homem cisgênero Mulher transexual Homem transexual Travesti Outra. Qual? _____

23. Grau de instrução do cuidador? Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) Ensino Fundamental incompleto Ensino Médio incompleto Ensino Superior incompleto
 Analfabeto(a) Ensino Fundamental completo Ensino Médio completo Ensino Superior completo

24. Estuda atualmente? Sim. Onde? _____ Não

25. Trabalha atualmente? Sim. Onde? _____ Não

26. Qual a Profissão / Ocupação? _____ Qual a carga horária? _____

27. Qual o número do CPF? _____

28. Tem alguma deficiência? Sim Não
Se sim, qual? Auditiva Visual Intelectual / Cognitiva Física Outra. Qual? _____

29. Caso o cuidador não seja a mãe, qual o grau de instrução da mãe da criança? Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) Ensino Fundamental completo Analfabeta Ensino Médio incompleto Ensino Fundamental incompleto Ensino Médio completo

DADOS DE SAÚDE (questões a seguir devem ser assinaladas conforme a Caderneta da Criança)

30. A criança possui Caderneta da Criança do Ministério da Saúde ou outro documento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento? Sim – Caderneta da Criança Sim – Outro documento Só o cartão de vacinas Não

31. Qual o tipo de parto? Vaginal Fórceps Cesárea

32. Qual a idade gestacional de nascimento da criança? _____ Semanas _____ Dias _____ Nascimento


33. Apgar no 5º minuto? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Não informado

34. A criança realizou os seguintes triagens? Sim Não Agendado
Pezinho: Sim Não Agendado
Orelhinho: Sim Não Agendado
Coraçãozinho: Sim Não Agendado
Orelhinha: Sim Não Agendado
Linguinha: Sim Não Agendado

35. Há registro de comprimento / altura da criança na Caderneta da Criança? Sim Não Não tem informação sobre a altura

36. Há registro de peso da criança na Caderneta da Criança? Sim Não Não tem informação sobre o peso

Primeira Infância Melhor
pim@saude.rs.gov.br
(51) 3021-1234



POSSÍVEIS DÚVIDAS EM RELAÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO DA VERSÃO 3.0

PRECISO ALTERAR OS CADASTROS JÁ INSERIDOS NO SISPIIM NA VERSÃO 2



NÃO! O que já está no sistema não precisa ser alterado ou refeito.





A PARTIR DE QUANDO PODEREI REALIZAR AS ENTREVISTAS DE CARACTERIZAÇÃO UTILIZANDO OS FORMULÁRIOS FÍSICOS NA VERSÃO 3



A partir de 19 de agosto de 2024.



O QUE FAZER QUANDO HÁ CADASTROS QUE FORAM REALIZADOS UTILIZANDO-SE A VERSÃO 2, MAS QUE AINDA NÃO FORAM INSERIDOS NO SISPIIM



Não existe a necessidade de refazer as entrevistas ou preencher novos formulários físicos. Os cadastros físicos realizados na versão 2.0 ainda poderão ser incluídos no SisPIM até 19 de outubro de 2024 (após esta data o sistema não irá mais aceitar).

E SE, POR EXEMPLO, EU JÁ DIGITEI O CADASTRO DA FAMÍLIA NA VERSÃO 2, DEVO CADASTRAR A CRIANÇA E/OU GESTANTE NA VERSÃO 2 OU POSSO CONTINUAR NA VERSÃO 3 ?

- Os formulários são independentes, sendo assim, o(a) visitador(a) pode ter utilizado a Versão 2 para realizar o cadastro da família e preencher os demais formulários utilizando a Versão 3.
- Mas lembre-se: para novas entrevistas realizadas a partir de 19/08/2024, a equipe municipal deve SEMPRE utilizar os formulários da versão 3.



MATERIAS DE APOIO PARA AS EQUIPES:

NOVO



NOVO CURSO DISPONÍVEL

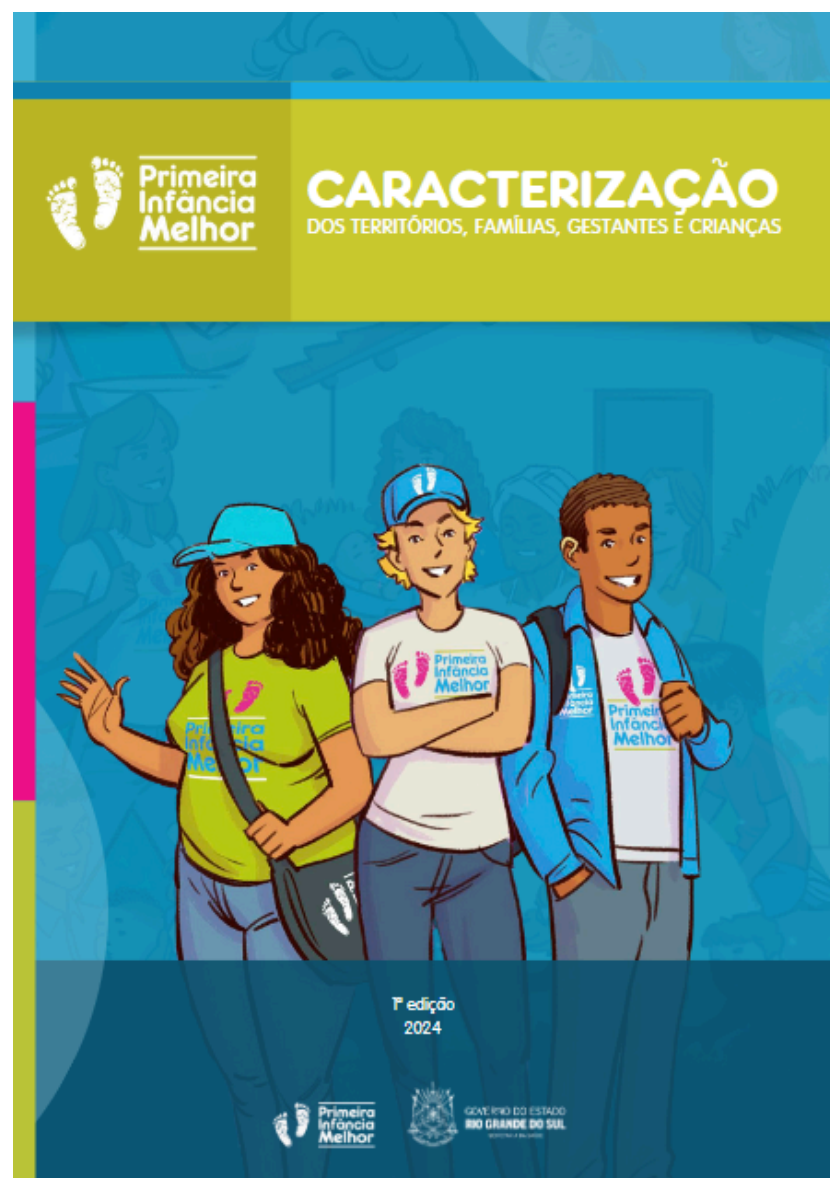
- Público-alvo: todos os membros da equipe PIM;
- Carga horária: 12h/aula;
- Certificação pela Escola de Saúde Pública/RS;
- Turmas abertas, sem necessidade de inscrição.

e-PIM



NOVO

MATERIAS DE APOIO PARA AS EQUIPES:



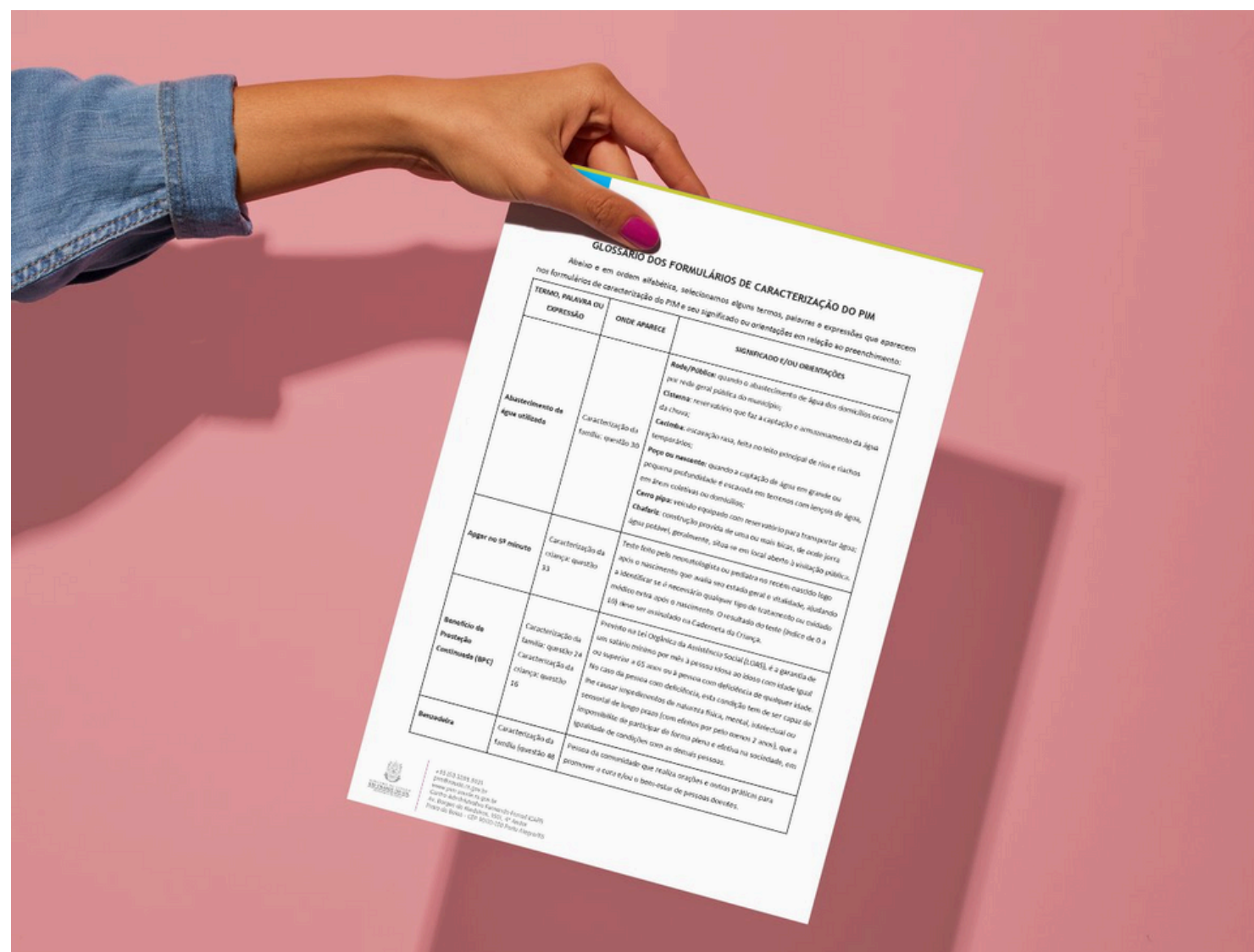
CARACTERIZAÇÃO dos territórios, famílias, gestantes e crianças

Coleção de Guias metodológicos do PIM
Volume 1



NOVO

MATERIAS DE APOIO PARA AS EQUIPES:



GLOSSÁRIO da Caracterização do PIM (disponível no Repositório do SisPIM)

MATERIAS DE APOIO PARA AS EQUIPES:

NOVO



MANUAL
do SisPIM
Versão atualizada



MATERIAS DE APOIO PARA AS EQUIPES:



FORMULÁRIOS VERSÃO 3.0
disponíveis no Repositório do SisPIM

ATENÇÃO!

Profissional responsável pela digitação do SisPIM:

Por conta das atualizações, o sistema pode apresentar erro ao carregar a nova versão, faça a limpeza do cache, conforme passo a passo disponibilizado no SisPIM



ATENÇÃO!

Percebeu algum erro ou dificuldade?

Entre em contato através do email suportesistemapim@saude.rs.gov.br ou pelo whatsapp (51) 993060476, enviando prints da janela do navegador contendo o alerta/erro de forma legível.

Para demais dúvidas da aplicação/metodologia dos formulários, contate a apoiadora responsável por acompanhar o seu município.



OBRIGADA PELA PRESENÇA!



**Primeira
Infância
Melhor**



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE