



04/09/2025

O PROCESSO DE CARACTERIZAÇÃO NO PIM

MÓDULO III

2025

APRESENTANDO O TEMA



O PROCESSO DE CARACTERIZAÇÃO NO PIM

PÚBLICO-ALVO:
GTM's, MONITORES(A'S)/SUPERVISORES(A'S) E VISITADORES(A'S) DO PIM

12h

Formação continuada Caracterização

[Curso >](#)

MÓDULO 03

PLURALIDADE E DIVERSIDADE DAS INFÂNCIAS, FAMÍLIAS E SEUS CONTEXTOS

APRESENTANDO O TEMA



The banner is titled 'O PROCESSO DE CARACTERIZAÇÃO NO PIM' (The Process of Characterization in PIM). It specifies the target audience as 'PÚBLICO-ALVO: GTMs, MONITORES(A)S/SUPERVISORES(A)S E VISITADORES(A)S DO PIM' (Target Audience: GTMs, Monitors/Supervisors and Visitors of PIM). The course duration is '12h'. Below the title, it says 'Formação continuada Caracterização' (Continuing Education Characterization). A blue button with the text 'Curso >' (Course >) is located at the bottom.

O processo de caracterização no PIM é uma etapa fundamental da metodologia de atendimento do Programa. Através de questionários, observações ou testagem, a equipe municipal inicia a aproximação, reconhecimento e vinculação com o território, famílias e indivíduos que irá acompanhar.

APRESENTANDO O TEMA

- 1 O QUE É A CARACTERIZAÇÃO NO PIM E PARA QUE SERVE?
- 2 QUANDO É REALIZADA?
- 3 FLUXO DE APLICAÇÃO
- 4 ASPECTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR NO PROCESSO DE CARACTERIZAÇÃO DO PIM

1 O que é a caracterização dentro do PIM e para que serve

- ▶ A caracterização consiste na aplicação de formulários específicos do Programa - etapa essencial que marca o início do vínculo do PIM com os territórios, famílias e indivíduos que serão acompanhados.
- ▶ Todos os territórios, famílias, gestantes e crianças que serão acompanhados pelo PIM precisarão passar pela caracterização.
- ▶ Posteriormente, essas informações serão cadastradas no Sistema de Informações do PIM, o SisPIM.

Além de cadastro no Programa, as informações coletadas durante o processo de caracterização contribuirão para a construção do Plano Singular de Atendimento (PSA), adaptado às necessidades, potencialidades, interesses e expectativas visualizadas no contexto familiar. Todos os dados coletados constituem-se como base para as primeiras ações a serem desenvolvidas pelo(a) visitador(a) com as famílias, como as visitas domiciliares, atividades em grupo, encaminhamentos para a rede de serviços e outras.

1 O que é a caracterização dentro do PIM e para que serve

Os formulários são constituídos por um conjunto de perguntas relacionadas aos dados de identificação dos territórios, famílias, gestantes e crianças que serão acompanhadas. Além disso, são compostos por questões que proporcionam um olhar inicial para os campos que o Programa se propõe a intervir: **1)** a promoção da parentalidade positiva, **2)** a vigilância e promoção do desenvolvimento integral infantil, e **3)** a articulação em rede.

Exemplo:

Observar como a família demonstra afeto e perguntar se e como brinca e conversa com a criança ajuda a pensar em quais ações podemos incluir no PSA em relação à promoção da parentalidade positiva.

Observar a Caderneta da Criança permite conferir se as vacinas estão em dia e, se não estiverem, incluir sua atualização no PSA da família. Essa ação compõe o eixo do PIM¹ da vigilância e promoção do desenvolvimento integral infantil.

Perguntar sobre com quem a gestante compartilha suas dúvidas em relação à gestação, se ela tem alguém para apoiá-la nesse período e no cuidado com a criança permite observar como se estrutura a sua rede de apoio, bem como incluir ações no PSA para fortalecer essa rede.



2 Quando é realizada?

CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO



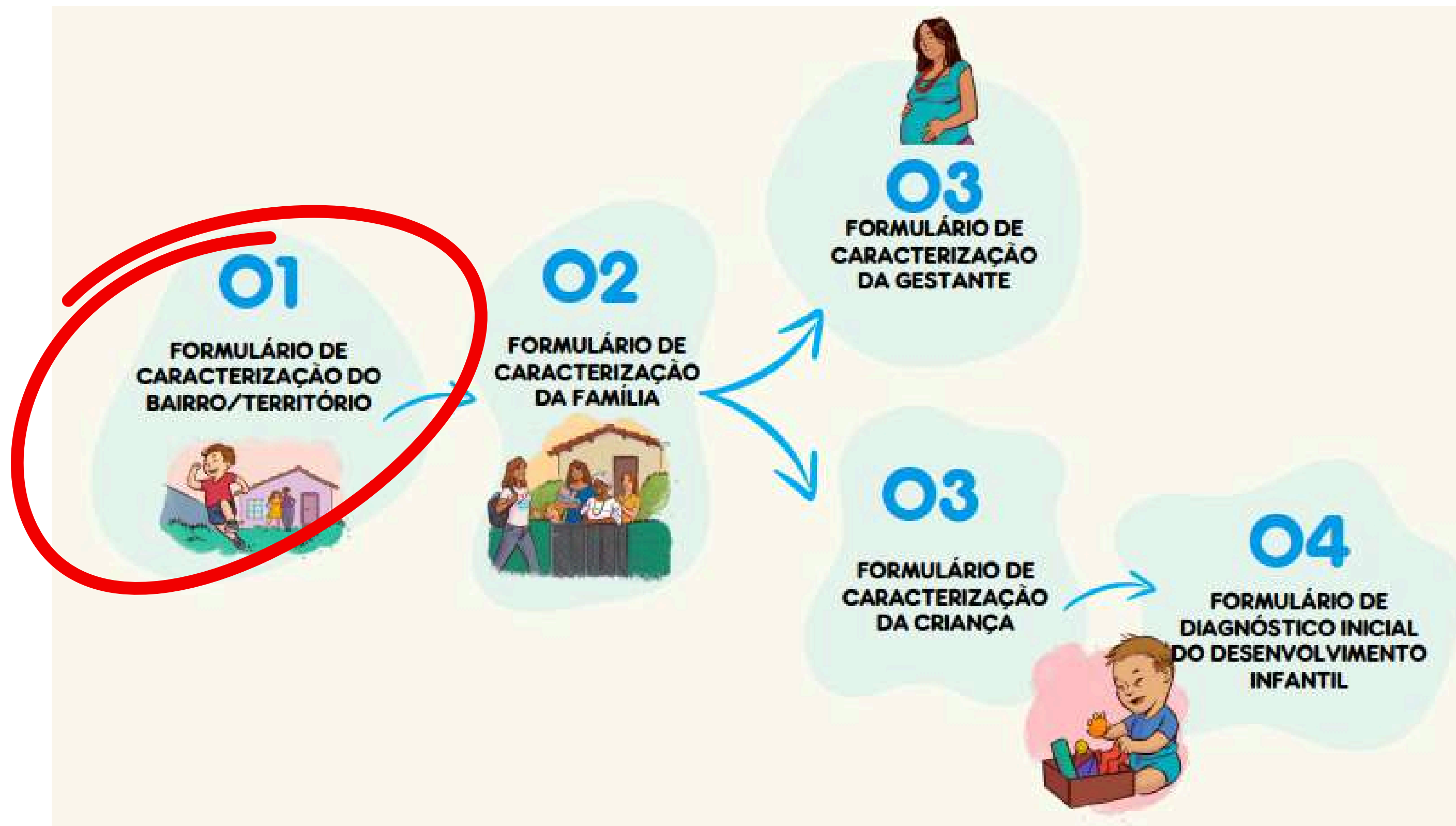
Após a definição do território para atuação do Programa e antes do cadastro das famílias que ali residem e que serão acompanhadas pelo PIM

CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA, DA GESTANTE, DA CRIANÇA E DIAGNÓSTICO INICIAL DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL:



Após o aceite da família para participar do programa.

3 Fluxo de Aplicação



CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

Aplicado por

Monitor(a)/supervisor(a)
ou GTM

Entrevistado(a)

Pessoa(s) e/ou profissional(is) que
conheça(m) o território. EX: líder
comunitário


Especificidade

01 formulário por Território -
bairro/comunidade
atendido

Necessidade de atualização

Não é necessária a sua
atualização

CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO



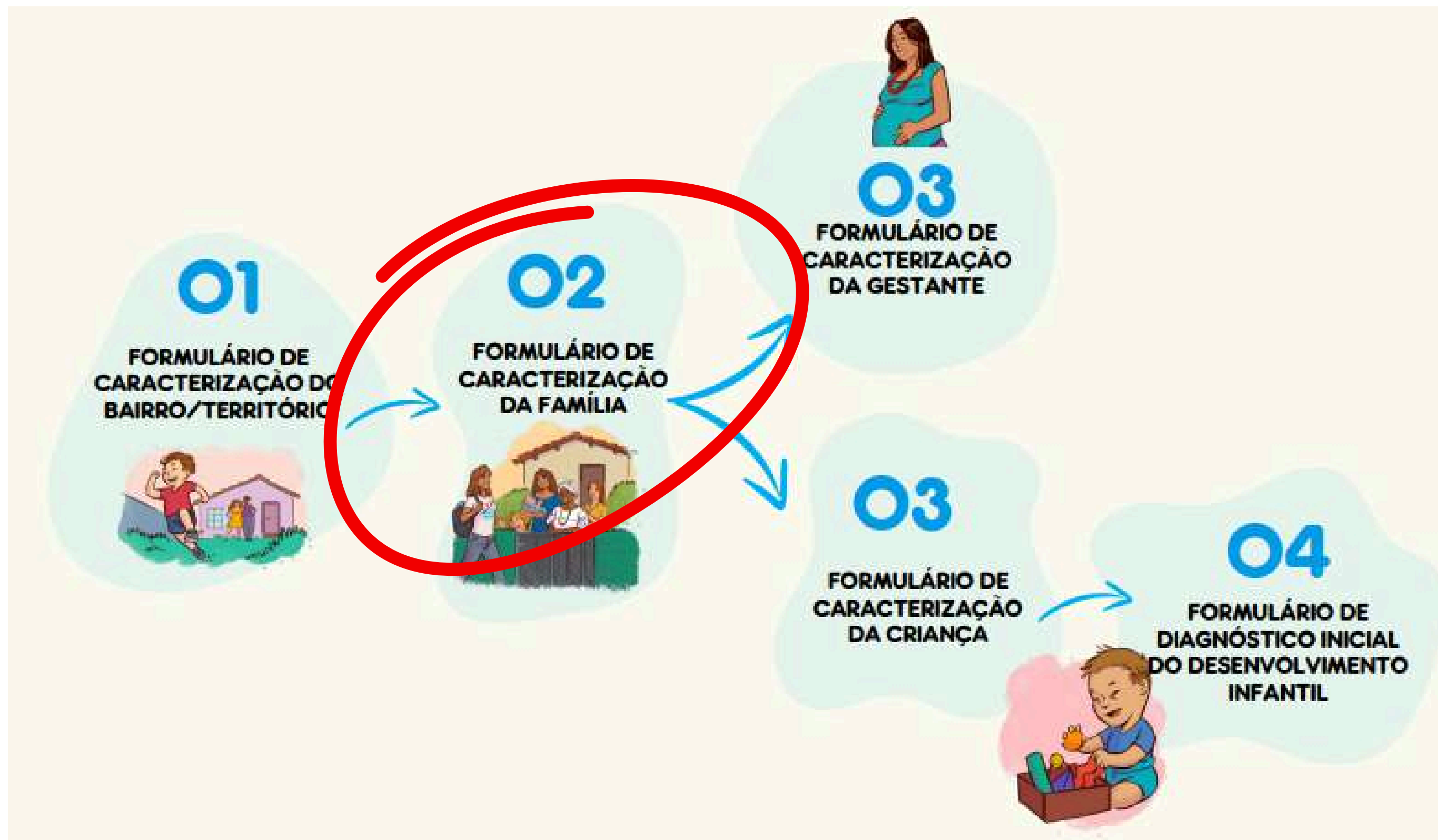
FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

(BAIRRO / COMUNIDADE)

Informação obrigatória = Campo de seleção única = Campo de múltipla seleção Versão 3 - 19/08/2024

Nº da comunidade: _____	Data: 01 / 01 / 2025	Município: Arco Íris
IDENTIFICAÇÃO		
1. Nome completo da comunidade: Arvoredo		
2. Nome completo do bairro: Linha 12		
3. Zona de localização: <input type="radio"/> Urbana <input checked="" type="radio"/> Rural		
4. Tipo de comunidade:*		
<input checked="" type="radio"/> Convencional <input type="radio"/> Área de ocupação <input type="radio"/> Quilombola <input type="radio"/> Assentamento <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Outro Grupo Populacional Tradicional e Específico: _____		
DADOS DO BAIRRO OU COMUNIDADE		
5. Aspectos que impactam na dinâmica do território / bairro de atuação:		
<input checked="" type="checkbox"/> Alto índice de violência urbana <input checked="" type="checkbox"/> Muitas crianças sem acesso à creche <input checked="" type="checkbox"/> Alto índice de habitações inadequadas <input checked="" type="checkbox"/> Alto índice de violência contra a mulher <input checked="" type="checkbox"/> Alto índice de esgoto a céu aberto <input checked="" type="checkbox"/> Baixa cobertura de pré-escola <input type="checkbox"/> Alto índice de violência contra a criança <input type="checkbox"/> Alto índice de trabalho ou ocupação informal dos moradores <input type="checkbox"/> Alto índice de gravidez na adolescência <input checked="" type="checkbox"/> Alto índice de morbidade e mortalidade infantil <input checked="" type="checkbox"/> Alto índice de famílias em vulnerabilidade e pobreza <input type="checkbox"/> Alto índice de analfabetismo <input checked="" type="checkbox"/> Alto n° de beneficiários de programas de transferência de rendas <input checked="" type="checkbox"/> Ausência ou insuficiência de serviços públicos <input type="checkbox"/> Alto índice de desemprego <input type="checkbox"/> Outro(s): Dificuldade de acesso quando chove		
6. Fornecimento de água:*		
<input type="checkbox"/> Encanada <input type="checkbox"/> Tratada <input checked="" type="checkbox"/> Poços <input checked="" type="checkbox"/> Caixa d'água <input type="checkbox"/> Outros		
7. Fornecimento de energia elétrica: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
8. Destino do lixo:*		
<input type="checkbox"/> Reciclagem <input checked="" type="checkbox"/> Incineração <input checked="" type="checkbox"/> Aterro sanitário <input type="checkbox"/> Coleta <input type="checkbox"/> Depósito a céu aberto <input type="checkbox"/> Outros		
9. Esgoto existente na comunidade:*		
<input type="checkbox"/> Encanado <input type="checkbox"/> Estação de tratamento <input checked="" type="checkbox"/> Fossa séptica <input type="checkbox"/> Outros		
10. Vias de acesso à comunidade:*		
<input type="checkbox"/> Ruas pavimentadas <input type="checkbox"/> Chão batido <input type="checkbox"/> Fluvial <input checked="" type="checkbox"/> Estrada <input type="checkbox"/> Outros: _____		
11. Transporte coletivo: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
12. Equipamentos e serviços disponíveis no território (bairro / comunidade):*		
<input checked="" type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde - UBS <input checked="" type="checkbox"/> Parteiras <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Estratégia Saúde da Família - ESF <input type="checkbox"/> Centro de Atenção Psicossocial - CAPS <input type="checkbox"/> Conselho da Mulher <input type="checkbox"/> Unidade de Pronto Atendimento - UPA <input type="checkbox"/> Centro Especializado em Reabilitação - CER <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de Referência de Assistência Social - CRAS <input type="checkbox"/> Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS <input type="checkbox"/> Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU <input type="checkbox"/> Centros de Convivência (Assistência Social)		
13. Equipamentos de educação:*		
<input checked="" type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Escolas de ensino médio <input type="checkbox"/> Escolas de Educação de Jovens e Adultos <input type="checkbox"/> Pré-escola <input type="checkbox"/> Instituições de ensino superior <input type="checkbox"/> Escolas de ensino fundamental <input type="checkbox"/> Escola de Ensino Técnico e Profissional <input type="checkbox"/> Outro(s): _____		
14. Locais comunitários existentes no bairro ou comunidade:		
<input type="checkbox"/> Centro comunitário <input type="checkbox"/> Clubes / associações <input type="checkbox"/> Espaços culturais <input type="checkbox"/> Praças com espaços infantis <input checked="" type="checkbox"/> Academia da Saúde <input type="checkbox"/> Pontos de cultura <input type="checkbox"/> Brinquedotecas <input type="checkbox"/> Quadra poliesportiva <input type="checkbox"/> Bibliotecas <input type="checkbox"/> Locais religiosos <input type="checkbox"/> Outro(s): _____		
15. OBSERVAÇÕES: É importante informar os aspectos culturais, festividades, ou eventos religiosos existentes na comunidade; melhor meio e horários de acesso e outras características relevantes.		
<p style="color: red; font-weight: bold;">O acesso à comunidade se dá através de carro ou moto. Quando chove, o acesso é bloqueado em razão da ponte sobre o Rio Azul. Na comunidade, há a procissão de N. Senhora de Fátima e muitos festejos em maio que envolvem todas as famílias.</p>		

3 Fluxo de Aplicação



CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Aplicado por

Visitador(a)

Entrevistado(a)

Família com criança:
preferencialmente um(a) dos(as)
responsáveis legais da criança
Família com gestante: pessoa
gestante*

Especificidade

01 formulário por família
atendida

Necessidade de atualização

- Questão 42 - Caso seja difícil obter as informações nas primeiras visitas, o formulário poderá ser atualizado posteriormente, quando a informação for obtida;
- Quando a família for inativada no Programa, deve o(a) visitador(a) retornar ao seu cadastro e informar a data e o motivo de sua inativação.

*Se for adolescente, pode responder por si ou, se preferir, na presença de um(a) responsável.

CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

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 Avó / Avô(s) 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 Avó / Avô(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 Primo / Prima Vizinho(a)
 Pai Padrasto Irmão / Irmã Não quer ou não sabe informar Profissional de serviço de acolhimento Babá
 Outros. Quais? _____

22. Qual o total da renda familiar? * Até 1/3 salário mínimo Mais de 1 até 2 salários mínimos Mais de 2 até 3 salários mínimos Mais de 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 sem Previdência Social Outro. Qual? _____
 Aposentado / Pensionista Assalariado sem Carteira de Trabalho assinada Autônomo com Previdência Social Não quer ou 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 Apartamento Serviço de acolhimento institucional Unidade Materno Infantil em estabelecimento prisional Em situação de rua Outro. Qual? _____

26. Qual a situação da moradia da família? *
 Própria Alugada Cédida Ocupação Outra. Qual? _____

27. Sobre a moradia, qual material predominante nas paredes? *
 Alvenaria Madeira tratada Madeira aproveitada Taipa Palha Lona /Plástico Outro. Qual? _____

28. Quantos cômodos têm no domicílio? * (Incluir banheiro, cozinha, quartos...)
 Não se aplica 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ou mais

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 abastecimento da água utilizada? *
 Rede / Pública Poço ou nascente Sistema Carro pipa Cadimba Chafariz Outra. Qual? _____

31. A água para beber é filtrada, fervida ou tratada com algum produto? * Sim Não

32. Neste domicílio existe banheiro ou sanitário? *
 Sim Não

33. Neste domicílio tem eletricidade? *
 Sim Não

Versão 3 - 19/08/2024 2/2

34. Quais eletrodomésticos/ferramentas de comunicação existentes no domicílio? *
 Celular Celular com acesso a internet Geladeira
 Fogão a gás Televisão Rádio
 Jornal impresso Computador Computador/Tablet com acesso à internet
 Outros. Qual(is)? _____

35. Quais meios de transporte à família utiliza para sair com a(s) criança(s)?*
 Transporte público Carro próprio Moto Bicicleta Outro. Qual? _____
 Nenhum

36. Qual o destino do lixo da família? *
 Coletado Queimado
 A céu aberto Outro. Qual? _____

37. Quantas pessoas moram neste domicílio? *
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ou mais

38. Qual o número de membros da família por faixa etária? *
 De 0 a 3 anos: _____ De 4 a 6 anos: _____ De 7 a 12 anos: _____ De 13 a 18 anos: _____ De 19 a 59 anos: _____ De 60 anos ou mais: _____

39. Tem alguma gestante no domicílio? *
 Sim Não

40. Qual o número de crianças que serão atendidas na visita? *
 Não se aplica 1 2 3 4 5 6 7 ou mais

41. A família fala outra língua/dioma? * Sim Não
 Se sim, qual(is)? _____

42. 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 Pessoa cumprindo pena em regime aberto
 Uso abusivo de álcool Pessoa cumprindo medida socioeducativa
 Uso abusivo de outras drogas Mãe com histórico de filho que tenha morrido
 Pessoa com 16 ou + sem trabalhar Mãe com histórico de filho nascido morto

43. Algum membro da família (que more na casa) está privado de liberdade (regime fechado)? * Sim Não Não quer responder
 Se sim, qual (em relação à criança)? (Marque todas que se aplicam)
 Mãe Irmão Pai Avô(s) Outro parente. Qual? _____

44. Existem animais domésticos no domicílio?
 Gatos/Quantos? _____ Pássaros/Quantos? _____
 Cachorro/Quantos? _____ Outros(s). Qual(is)? _____

45. Algum parente da sua família mora aqui no município? * Sim, no mesmo bairro/comunidade Sim, em outro bairro/comunidade Não

46. A família participa de grupos ou atividades comunitárias? * Sim Não

47. Quais os aspectos culturais e religiosos da família?
 Católico Umbandista Espírita
 Evangélico Ateu Outro. Qual? _____

48. Para cuidar da saúde qual serviço a família busca? *
 UBS - Unidade Básica de Saúde Farmácia Hospital
 ESF - Estratégia de Saúde da Família Centro de Saúde SAMU
 UPA - Unidade de Pronto Atendimento Benzedeira
 Outros(s). Qual(is)? _____

49. A família é atendida pela ESF? *
 Sim. Qual? _____ Não

50. A família recebe visita do(a) Agente Comunitário? *
 Sim. Qual? _____ Não

51. Quais os outros serviços acompanham a família? *
 CAPS - Centro de Atenção Psicossocial CREAMS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
 SAE - Serviço de Assistência Especializada Conselho Tutelar
 Centro de Referência de Atendimento à Mulher Serviços de Atenção Especializada à Pessoas com deficiências - PCD
 Centro de Convivência de crianças de 0 a 6 anos Nenhum desses

52. Qual CRAS de referências da família? _____

53. Qual a forma de captação da família ao PIM? *
 Particularizada no CRAS Encaminhamento da rede da Educação
 Coletiva em grupos no CRAS Encaminhamento de outros serviços da rede da Assistência Social
 No domicílio, pelo visitador/supervisor/GTM Encaminhamento por órgão do Poder Judiciário
 Coletiva nas oficinas do PAIF Através de conhecidos / vizinhos
 Encontro/reunião intersetorial Estabelecimento prisional
 Encaminhamento da rede da Saúde Outros. Qual? _____

54. Qual a expectativa da família ao participar do PIM? *
 Motivo: _____
 Finalização dos atendimentos em razão da criança ter completado 05 anos
 Finalização dos atendimentos em razão da criança ter completado 03 anos
 Mudança de endereço para o mesmo município
 Mudança de endereço para outro município
 Suspensão para aguardar transferência de Visitador
 Desabilitação ou suspensão do programa no município
 Inativa por finalização dos atendimentos de crianças e gestantes
 Ingresso do familiar no mercado de trabalho
 Desistência do programa
 Óbito da criança e/ou gestante
 Ingresso da criança na educação infantil
 Outro. Qual? _____

Data: ____/____/____

CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Versão 3 - 19/08/2024 1/2

Preenchimento automático pelo SisPIAM

* = Campo de informação obrigatória ○ = Campo de seleção única □ = Campo de múltipla seleção

Nº da família: _____ Município: Arco Íris Data: 02/02/25

1. Nome completo do(a) visitador(a) responsável: Natália Fonseca

2. Qual o nome completo do(a) entrevistado(a)? Josefa Perez

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

4. Sexo: Feminino Masculino 5. Qual o número do telefone/celular? (00) 99999-9999

6. E-mail: nao possui

7. Qual o nº de CPF? 0000000000010 8. Qual o nº de identificação Social - NIS? 000000000010 9. Qual a nacionalidade? Brasileiro(a) Outro (Especifique abaixo) Venezuelana

10. Logradouro: Estrada Aurora 11. Número: 5/n 12. Complemento: _____

13. Bairro/Comunidade: Linha 12 14. CEP: 02002010

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

17. Qual a função parental do(a) entrevistado(a) (em relação à criança atendida)? Mãe Madrasta Avó / Avô Tio / Tia Pai Padrasto Irmão / Irmã Integrante de família acolhedora Primo / Prima Profissional de serviço de acolhimento Vizinho(a) 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 Segunda Tarde Terça Noite Quarta Quinta Sexta Sábado

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

21. Quem são os responsáveis pela renda da família? (Marque todos que se aplicam)
 Mãe Madrasta Avós Tio / Tia Pai Padrasto Irmão / Irmã Não quer ou não sabe informar 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 sem Previdência Social Outro, Qual? Artesanato
 Aposentado / Pensionista Assalariado sem Carteira de Trabalho assinada Autônomo com Previdência Social Não quer ou 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 Apartamento Serviço de acolhimento institucional Unidade Materno Infantil em estabelecimento prisional Em situação de rua Outro, Qual? _____

26. Qual a situação da moradia da família? Própria Alugada Cedida Ocupação Outra, Qual? _____

27. Sobre a moradia, qual material predominante nas paredes? Alvenaria Madeira tratada Madeira aproveitada Taipa Palha Lona /Plástico Outro, Qual? _____

28. Quantos cômodos têm no domicílio? (Incluir banheiro, cozinha, quartos...)
 Não se aplica 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ou mais

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 abastecimento da água utilizada? Rede / Pública Poço ou nascente Cisterna Carro pipe Cacimba Chafariz Outra, Qual? _____

31. A água para beber é filtrada, fervida ou tratada com algum produto? Sim Não

32. Neste domicílio existe banheiro ou sanitário? Sim Não

33. Neste domicílio tem eletricidade? Sim Não

Versão 3 - 19/08/2024 2/2

34. Quais eletrodomésticos/ferramentas de comunicação existentes no domicílio? Celular Celular com acesso a internet Geladeira Fogão a gás Televisão Rádio Jornal impresso Computador Computador/Tablet com acesso à internet Outros, Qual(is)? Geladeira

35. Quais meios de transporte à família utiliza para sair com a(s) criança(s)? Transporte público Carro próprio Moto Bicicleta Outro, Qual? Cavalo Nenhum

36. Qual o destino do lixo da família? Coletado Queimado A céu aberto Outro, Qual? Aterro local

37. Quantas pessoas moram neste domicílio? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ou mais

38. Qual o número de membros da família por faixa etária? De 0 a 3 anos: _____ De 4 a 6 anos: _____ De 7 a 12 anos: _____ De 13 a 18 anos: _____ De 19 a 59 anos: 02 De 60 anos ou mais: 01

39. Tem alguma gestante no domicílio? Sim Não

40. Qual o número de crianças que serão atendidas na visita? Não se aplica 1 2 3 4 5 6 7 ou mais

41. A família fala outra língua/idioma? Sim Não
Se sim, qual(is)? Espanhol

42. 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 Pessoa cumprindo pena em regime aberto Uso abusivo de álcool Pessoa cumprindo medida socioeducativa Uso abusivo de outras drogas Mãe com histórico de filho que tenha morrido Pessoa com 16 ou + sem trabalhar Mãe com histórico de filho nascido morto

43. Algum membro da família (que more na casa) está privado de liberdade (regime fechado)? Sim Não Não quer responder
Se sim, qual (em relação à criança)? (Marque todas que se aplicam)
 Mãe Irmão Pai Avô(ó) Outro parente, Qual? _____

44. Existem animais domésticos no domicílio? Gatos/Quantos? 1 Passaro/Quantos? _____ Cachorro/Quantos? 2 Outro(s), Qual(is)? 1 cavalo e 30 galinhas

45. Algum parente da sua família mora aqui no município? Sim, no mesmo bairro/comunidade Sim, em _____ Não

46. A família participa de grupos ou atividades comunitárias? Sim Não
Ex: associação de moradores, grupos de saúde, da igreja, grupo de mulheres, entre outros.

47. Quais os aspectos culturais e religiosos da família? Católico Umbandista Espírita Evangélico Ateu Outro, Qual? _____

48. Para cuidar da saúde qual serviço a família busca? UBS - Unidade Básica de Saúde Farmácia ESF - Estratégia de Saúde da Família Hospital Centro de Saúde SAMU UPA - Unidade de Pronto Atendimento Benzedeira Outro(s), Qual(is)? _____

49. A família é atendida pela ESF? Sim, Qual? US Dem Cuidar Não

50. A família recebe visita do(a) Agente Comunitário? Sim, Qual? Joana de Paula Não
Forma como a família foi encaminhada ao PIM

51. Quais os outros serviços acompanham a família? CAPS - Centro de Atenção Psicossocial CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social SAE - Serviço de Assistência Especializada Conselho Tutelar Centro de Referência de Atendimento à Mulher Serviços de Atenção Especializada à Pessoas com deficiências - PCD Centro de Convivência de crianças de 0 a 6 anos Nenhum desses

52. Qual CRAS de referências da família? CRAS central

53. Qual a forma de captação da família ao PIM? Particularizada no CRAS Encaminhamento da rede da Educação Coletiva em grupos no CRAS Encaminhamento de outros serviços da rede da Assistência Social No domicílio, pelo visitador/supervisor/GTM Encaminhamento por órgão do Poder Judiciário Coletiva nas oficinas do PAIF Através de conhecidos / vizinhos Encontro/reunião intersetorial Estabelecimento prisional Encaminhamento da rede da Saúde Outros, Qual? _____

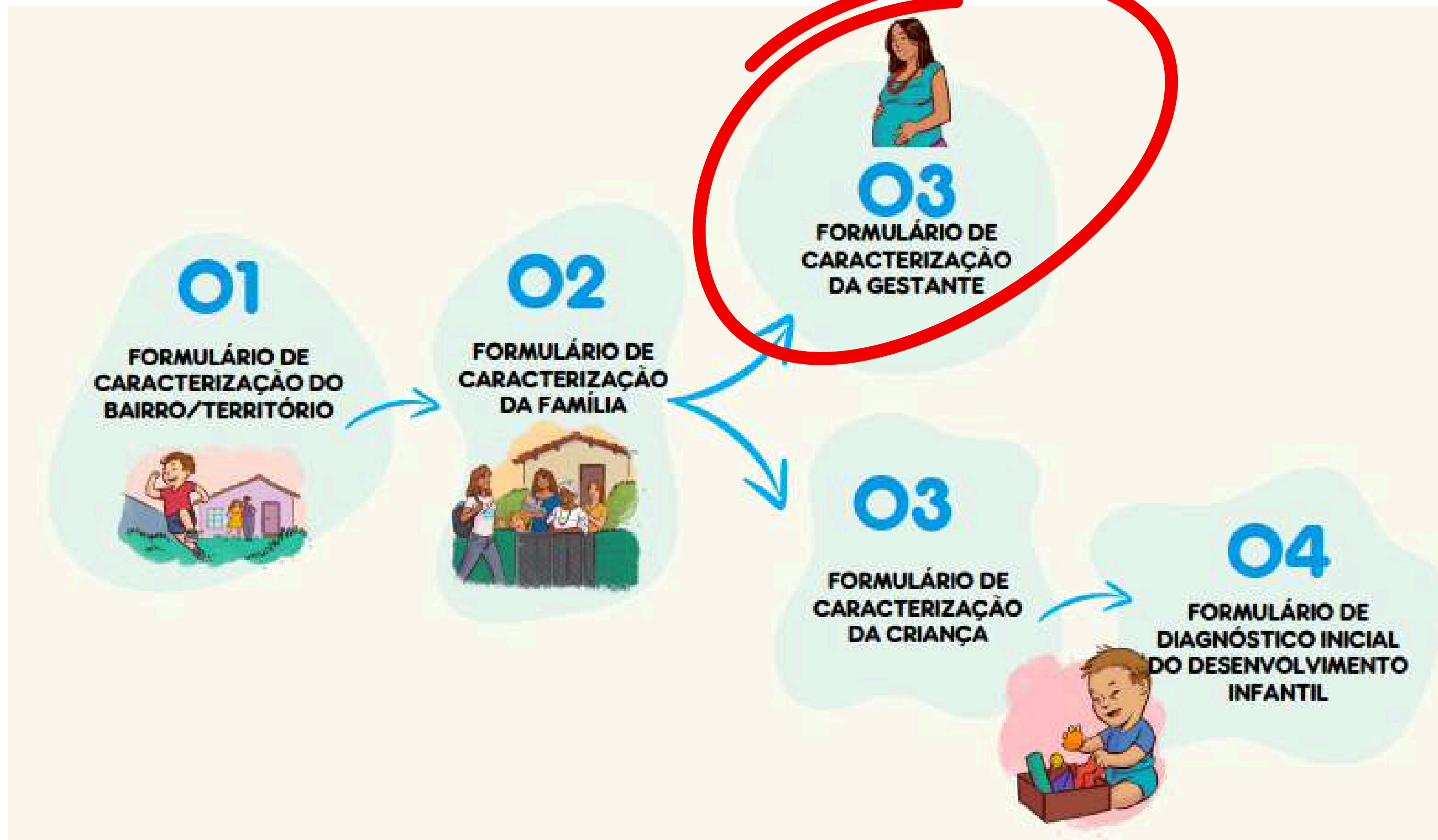
54. Qual a expectativa da família ao participar do PIM?

INATIVAÇÃO DA FAMÍLIA

Motivo:
 Finalização dos atendimentos em razão da criança ter completado 06 anos
 Finalização dos atendimentos em razão da criança ter completado 03 anos
 Mudança de endereço para o mesmo município
 Mudança de endereço para outro município
 Suspensão para aguardar transferência de Visitador
 Desabilitação ou suspensão do programa no município
 Inativa por finalização dos atendimentos de crianças e gestantes
 Ingresso do familiar no mercado de trabalho
 Desistência do programa
 Óbito da criança e/ou gestante
 Ingresso da criança na educação infantil
 Outro, Qual? _____

Data: ____/____/____

3 Fluxo de Aplicação



CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

Aplicado por

Visitador(a)

Entrevistado(a)

Pessoa gestante que será acompanhada pelo Programa*

Especificidade

1 formulário por gestação

Necessidade de atualização

- Questões 72 a 84: ao final da gestação;
- Quando a gestante for inativada no Programa, deve o(a) visitador(a) retornar ao seu cadastro e informar a data e o motivo de sua inativação.

*Se for adolescente, pode responder por si ou, se preferir, na presença de um(a) responsável.

CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

* = Campo de informação obrigatória = Campo de seleção única = Campo de múltipla seleção Versão 3 - 21/08/2024 1/2

Município: _____	Data: ____/____/____
Nº da família: _____	Nº da gestante: _____
IDENTIFICAÇÃO	
1. Qual o nome completo? _____	
2. Possui nome social? <input type="radio"/> Sim (Especifique abaixo) <input type="radio"/> 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: _____ <input type="radio"/> Mãe <input type="radio"/> Pai	
Nome completo: _____ <input type="radio"/> Mãe <input type="radio"/> Pai	
8. Como você se autodeclara (cor/raça/etnia)? <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela	
9. Qual a nacionalidade? <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> 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)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
14. Tem alguma deficiência? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Se sim, qual(is)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/cognitiva <input type="checkbox"/> Outra(s). <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física Qual(is)? _____	
15. Qual o dia e horário do atendimento? _____	
16. Seus pais moram no mesmo município? <input type="checkbox"/> Sim, no mesmo bairro/comunidade <input type="checkbox"/> Sim, na mesma casa <input type="checkbox"/> Sim, em outro bairro/comunidade <input type="checkbox"/> Não	
17. Qual o estado civil? <input type="radio"/> Solteira <input type="radio"/> União estável <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Viúva <input type="radio"/> Separada	
18. Sabe ler e escrever? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
19. Grau de instrução? <input type="radio"/> Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) <input type="radio"/> Ensino Fundamental completo <input type="radio"/> Ensino Superior incompleto <input type="radio"/> Analfabeta <input type="radio"/> Ensino Médio incompleto <input type="radio"/> Ensino Superior completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="radio"/> Ensino Médio completo	
20. Estuda atualmente? <input type="radio"/> Sim/Onde? _____ <input type="radio"/> Não	
21. Trabalha atualmente? <input type="radio"/> Sim/Onde? _____ <input type="radio"/> Não	
22. Qual a profissão/ocupação? _____	
23. Fala outra língua / idioma? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim / Qual? _____	
24. Quem mora na casa? <input type="checkbox"/> Filho(as) <input type="checkbox"/> Irmão(s) <input type="checkbox"/> Amigo(s) <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Pai / Mãe <input type="checkbox"/> Sogra(o) <input type="checkbox"/> Outros: _____	
25. Deseja informar orientação sexual? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Se sim, qual? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual Gay /Lésbica <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra. Qual? _____	
26. Deseja informar identidade de gênero? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Se sim, qual? <input type="radio"/> Mulher cisgênero <input type="radio"/> Homem transsexual <input type="radio"/> Outra. Qual? _____	
DADOS DO PRÉ-NATAL (assinatar conforme Caderneta da Gestante)	
27. Com quantas semanas iniciou o pré-natal? <input type="radio"/> Não iniciou (concluir o cadastro após o início do pré-natal) <input type="radio"/> Entre a 13ª e 24ª semanas <input type="radio"/> Entre 25ª e 36ª semanas <input type="radio"/> Até 12 semanas <input type="radio"/> Entre 22 e 27 semanas <input type="radio"/> 28 a 31 semanas <input type="radio"/> 32 a 36 semanas <input type="radio"/> 37 a 41 semanas	
28. Qual o período gestacional? <input type="radio"/> Menos de 22 semanas <input type="radio"/> 22 a 27 semanas <input type="radio"/> 28 a 31 semanas <input type="radio"/> 32 a 36 semanas	
29. Foi à unidade de saúde para a consulta pré-natal neste mês? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
30. Quantas consultas de pré-natal você já realizou? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 ou mais	
31. Realizou vacinas preconizadas às gestantes? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
32. Fez os exames de sífilis e HIV? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
33. Qual o tipo de gestação? <input type="radio"/> Única <input type="radio"/> Gêmeo <input type="radio"/> Tripla ou mais	
34. Qual a classificação de risco da gestação? <input type="radio"/> Risco habitual <input type="radio"/> Alto risco	
35. Apresenta algum fator de risco nesta gestação? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Se sim, qual? <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Isoimunização Rh <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Hemorragia no trimestre <input type="checkbox"/> Pós-datismo <input type="checkbox"/> Fumo <input type="checkbox"/> Infecção Urinária <input type="checkbox"/> Oligo / polidramnio <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Exatema / rash cutâneo <input type="checkbox"/> Uso da insulina <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Rut. Prem. membrana <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia <input type="checkbox"/> Outras Drogas <input type="checkbox"/> Inc. Istmo-cervical <input type="checkbox"/> CIUR <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional <input type="checkbox"/> Ameaça de parto prematuro <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____ <input type="checkbox"/> HIV / AIDS	
36. A gestante já realizou pelo menos uma consulta odontológica durante esta gestação? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
OUTRAS OBSERVAÇÕES	
37. Essa gravidez foi planejada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
38. A pessoa que gesta dorme bem? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
39. Está realizando atividades físicas? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
40. Em quais serviços da Rede de Atenção é atendida? <input type="checkbox"/> Centro Especializado em Reabilitação (CER) <input type="checkbox"/> Assoc. Pais e Amigos dos excepcionais (APAE) <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde (UBS) <input type="checkbox"/> Serviço de Atendimento Especializado em IST / AIDS <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Estratégia de Saúde da Família (ESF) <input type="checkbox"/> Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) <input type="checkbox"/> Não é vinculada a nenhum serviço <input type="checkbox"/> Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) <input type="checkbox"/> Centro de Ref. em Assistência Social (CRAS) <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____ <input type="checkbox"/> Ambulatório de Gestão de Alto Risco (AGAR) <input type="checkbox"/> Centro de Ref. Esp. Assist. Social (CREAS)	
41. Já sabe o nome e endereço da maternidade que você vai ter seu filho? <input type="radio"/> Sim. Qual? _____ <input type="radio"/> Não	
42. Tem preferência sobre o tipo de parto? <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Cesárea. Justificativa: _____	

Versão 3 - 21/08/2024 2/2

43. Tem conhecimentos sobre riscos, benefícios e possibilidades dos tipos de parto? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
44. Participantes de grupos de gestantes? <input type="checkbox"/> Sim, na UBS ou ESF <input type="checkbox"/> Sim, no Hospital <input type="checkbox"/> Sim, no CRAS <input type="checkbox"/> Não participa <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____	
45. Com quem compartilha dúvidas, curiosidades e inquietudes com relação à gestação? <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Equipe de saúde do pré-natal <input type="checkbox"/> Não compartilha <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Grupo(s) de gestantes <input type="checkbox"/> Outros. Quem? _____	
46. Recebe apoio da família agora na gestação? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
47. Pretende amamentar? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
48. E quando a criança nascer, tem alguém para apoiar a gestante? <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Profissionais da rede de serviços <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Outros. Quem? _____	
49. Gostaria de ter um acompanhante na hora do parto? <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Profissionais da rede de serviços <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Outros. Quem? _____	
50. Você sabe que o Registro de Nascimento é um direito da criança? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
51. Como está preparando o enxoval do bebê? <input type="radio"/> Por conta própria <input type="radio"/> Recebendo benefício eventual da Assistência Social <input type="radio"/> Ainda não está fazendo	
52. Qual a forma de captação da gestante ao PIM? <input type="radio"/> No domicílio, pelo visitador / supervisor / GTM <input type="radio"/> Encaminhamento da rede da Assistência Social <input type="radio"/> Encaminhamento da rede da Educação <input type="radio"/> Encaminhamento da rede da Saúde <input type="radio"/> Encaminhamento por órgão do Poder Judiciário <input type="radio"/> Em atividades comunitárias <input type="radio"/> Através de conhecidos / vizinhos <input type="radio"/> Estabelecimento prisional <input type="radio"/> Outra. Qual? _____	
53. Gostaria que seu(u) filho(a) fosse atendido pelo PIM depois do nascimento do bebê? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
54. Qual a expectativa inicial em relação ao atendimento do PIM? _____	
DADOS SOBRE GESTAÇÕES ANTERIORES	
55. Antes dessa gravidez, quantas vezes ficou grávida? <input type="radio"/> Nenhuma vez <input type="radio"/> Uma vez <input type="radio"/> Duas vezes <input type="radio"/> Três ou mais vezes	
56. Sobre a(s) gestação(ões) anterior(es). Quantos nasceram vivos (NV-NATIVIVOS)? <input type="radio"/> Um <input type="radio"/> Dois <input type="radio"/> Três ou mais Quantos estão vivos hoje? _____	
Abortos: (observar caderneta da gestante): <input type="radio"/> Um <input type="radio"/> Dois <input type="radio"/> Três ou mais	
Nascidos Mortos (NM-Natimortos): <input type="radio"/> Um <input type="radio"/> Dois <input type="radio"/> Três ou mais Algum filho possui deficiência ou síndrome? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)	
57. O pai da criança está acompanhando a gestação? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se aplica	
58. A gestante vive em companhia de cônjuge ou companheiro(a)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não - Encerre a entrevista e não preencha as questões 59 a 71	
59. O(a) cônjuge ou companheiro(a) é o pai / mãe da criança? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
60. Qual o nome completo do cônjuge ou companheiro(a)? _____	
61. Qual o sexo? <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	
62. O(a) companheiro(a) está indo às consultas? <input type="radio"/> Sim, eventualmente <input type="radio"/> Sim, em todas as consultas <input type="radio"/> Apenas quando solicitado(a) <input type="radio"/> Não acompanha	
63. Qual a data de nascimento? ____/____/____	
64. Qual a idade? _____	
65. Qual o número do Cartão Nacional do SUS (CNS)? _____	
66. Qual o número de identificação Social (NIS)? _____	
67. Grau de instrução do(a) companheiro(a)? <input type="radio"/> Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) <input type="radio"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="radio"/> Ensino Médio completo <input type="radio"/> Analfabeta(s) <input type="radio"/> Ensino Fundamental completo <input type="radio"/> Ensino Superior incompleto <input type="radio"/> Ensino Médio incompleto <input type="radio"/> Ensino Superior completo	
68. Estuda atualmente? <input type="radio"/> Sim. Onde? _____ <input type="radio"/> Não	
69. Trabalha atualmente? <input type="radio"/> Sim. Onde? _____ <input type="radio"/> Não	
70. Qual a profissão / ocupação? _____ Carga horária semanal? _____	
71. O cônjuge ou o companheiro(a) está realizando o pré-natal do parceiro? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
PREENCHER APENAS AO FINAL DA GESTAÇÃO	
72. Qual a data do Parto? ____/____/____	
73. Qual o resultado do parto <input type="radio"/> NV-Nativo <input type="radio"/> NM-Natimorto <input type="radio"/> AB-Aborto	
74. O parto foi prematuro? <input type="radio"/> Sim / Nª semanas: _____ <input type="radio"/> Não	
75. Apresentou baixo peso ao nascer? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
76. Qual o tipo de parto? <input type="radio"/> Vaginal <input type="radio"/> Fórceps <input type="radio"/> Cesárea	
77. Teve acompanhamento durante o parto? <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Profissionais da rede de serviços <input type="checkbox"/> Não teve acompanhante <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Outros. Quem? _____ <input type="radio"/> Sim / Data ____/____/____ <input type="radio"/> Não	
78. A data da primeira consulta foi marcada / realizada? _____	
79. Está amamentando? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não se aplica (gestantes com condições de saúde que impedem a amamentação)	
80. Recebeu orientação sobre o planejamento familiar? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não 81. A criança continuará sendo atendida pelo PIM? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
82. Número de consultas de pré-natal realizadas ao longo da gestação? (consultar a caderneta da gestante) <input type="radio"/> 1 a 3 <input type="radio"/> 4 a 6 <input type="radio"/> 7 ou mais	
83. Realizou pelo menos uma consulta odontológica ao longo da gestação? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
84. Observações: _____	
INATIVAÇÃO DA GESTANTE	
Data: ____/____/____	
Motivo: <input type="radio"/> Final de gestação (NV, NM, AB) <input type="radio"/> Mudança de endereço da gestante para o mesmo município <input type="radio"/> Mudança de endereço da gestante para outro município <input type="radio"/> Ingresso da gestante no mercado de trabalho <input type="radio"/> Desistência do programa <input type="radio"/> Óbito da gestante <input type="radio"/> Outro. Qual? _____	

CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

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

Nome completo: **Paula Medeiros** Data: **15/02/25**

Nº da família: **1000** Nº da gestante: **1000**

1. Qual o nome completo? Paula Medeiros

2. Possui nome social? Não

3. Qual o número do telefone / celular? (55) 8888 8888

4. Qual o seu e-mail? paulamedeiros123@email.com

5. Qual a data de nascimento? 01/01/1989 **6. Qual a sua idade? 35**

7. Qual a filiação conforme Registro Civil de Nascimento? Mãe Pai
 Nome completo: **Antonio Brasil**
 Nome completo: **Josefa Perez**

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

9. Qual a nacionalidade? Brasileira

10. Qual o número do CPF? 0.000.000.000.30

11. Qual o número de identificação Social (NIS)?

12. Qual o número do Cartão Nacional do SUS (CNS)? 0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.1.1.1

13. Recebe Benefício Prestação Continuada (BPC)? Não

14. Tem alguma deficiência? Não

15. Qual o dia e horário do atendimento? Segunda 17h

16. Seus pais moram no mesmo município? Não

17. Qual o estado civil? Casada

18. Sabe ler e escrever? Não

19. Grau de instrução? Ensino Médio incompleto

20. Estuda atualmente? Não

21. Trabalha atualmente? Não

22. Qual a profissão/ocupação? Do lar

23. Fala outra língua / idioma? Não

24. Quem mora na casa? Companheiro, Filhos(as), Irmãos(as), Amigos(as), Sogra(o), Outros

25. Deseja informar orientação sexual? Sim

26. Deseja informar identidade de gênero? Sim

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

27. Com quantas semanas iniciou o pré-natal? Entre a 13ª e 24ª semanas

28. Qual o período gestacional? Menos de 22 semanas

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

30. Quantas consultas de pré-natal você já realizou? 1

31. Realizou vacinas preconizadas às gestantes? Sim

32. Fez os exames de sífilis e HIV? Não

33. Qual o tipo de gestação? Única

34. Qual a classificação de risco da gestação? Risco habitual

35. Apresenta algum fator de risco nesta gestação? Sim

36. A gestante já realizou pelo menos uma consulta odontológica durante esta gestação? Não

37. Essa gravidez foi planejada? Não

38. A pessoa que gesta dorme bem? Não

39. Está realizando atividades físicas? Não

40. Em quais serviços da Rede de Atenção é atendida? Centro Especializado em Reabilitação (CER), Serviço de Atendimento Especializado em IST / AIDS, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Ref. em Assistência Social (CRAS), Centro de Ref. Esp. Assist. Social (CREAS)

41. Já sabe o nome e endereço da maternidade que você vai ter seu filho? Hospital Municipal

42. Tem preferência sobre o tipo de parto? Normal Justificativa: **Sua família prefere o parto natural.**

Versão 3 - 19/08/2024 2/2

43. Tem conhecimentos sobre riscos, benefícios e possibilidades dos tipos de parto? Não

44. Participantes de grupos de gestantes? Não

45. Com quem compartilha dúvidas, curiosidades e inquietudes com relação à gestação? Não compartilha

46. Recebe apoio da família agora na gestação? Não

47. Pretende amamentar? Não

48. E quando a criança nascer, tem alguém para apoiar a gestante? Não

49. Gostaria de ter um acompanhante na hora do parto? Não

50. Você sabe que o Registro de Nascimento é um direito da criança? Sim

51. Como está preparando o enxoval do bebê? Por conta própria

52. Qual a forma de captação da gestante ao PIM? Encaminhamento da rede da Saúde

53. Gostaria que seu(a) filho(a) fosse atendido pelo PIM depois do nascimento do bebê? Não

54. Qual a expectativa inicial em relação ao atendimento do PIM? Poder ter alguém com quem conversar sobre o bebê.

DADOS SOBRE GESTAÇÕES ANTERIORES

55. Antes dessa gravidez, quantas vezes ficou grávida? Uma vez

56. Sobre a(s) gestação(ões) anterior(es), quantos nasceram vivos (NV-NATIVIVOS)? Um

57. Quantos estão vivos hoje? Um

58. Abortos: (observar caderneta da gestante) Um

59. Nascidos Mortos (NM-Natimortos): Nenhum

60. Algum filho possui deficiência ou síndrome? Não

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)

61. O pai da criança está acompanhando a gestação? Não

62. A gestante vive em companhia de cônjuge ou companheiro(a)? Não - Encerre a entrevista

63. O(a) cônjuge ou companheiro(a) é o pai / mãe da criança? Não

64. Qual o nome completo do cônjuge ou companheiro(a)? João Andrade

65. Qual o sexo? Masculino

66. O(a) companheiro(a) está indo às consultas? Não

67. Qual a data de nascimento? 15/08/1984

68. Qual a idade? 40

69. Qual o número do Cartão Nacional do SUS (CNS)? 11111122222222222222

70. Qual o número de identificação Social (NIS)? 11111122222222222222

71. Grau de instrução do(a) companheiro(a)? Ensino Médio completo

72. Estuda atualmente? Não

73. Trabalha atualmente? Não

74. Qual a profissão / ocupação? mecânico

75. Carga horária semanal? 48

76. O cônjuge ou o companheiro(a) está realizando o pré-natal do parceiro? Não

PREENCHER APENAS AO FINAL DA GESTAÇÃO

77. Qual a data do Parto? / /

78. Qual o resultado do parto? NV-Nativo

79. O parto foi prematuro? Não

80. Apresentou baixo peso ao nascer? Não

81. Qual o tipo de parto? Vaginal

82. Teve acompanhamento durante o parto? Não

83. A data da primeira consulta foi marcada / realizada? / /

84. Está amamentando? Não

85. Recebeu orientação sobre o planejamento familiar? Não

86. A criança continuará sendo atendida pelo PIM? Não

87. Número de consultas de pré-natal realizadas ao longo da gestação? 1 a 3

88. Realizou pelo menos uma consulta odontológica ao longo da gestação? Não

89. Observações: Gestação não planejada, gestante demonstra receio em função de problemas nas gestações anteriores.

INATIVAÇÃO DA GESTANTE

Motivo: Final de gestação (NV, NM, AB) Mudança de endereço da gestante para o mesmo município Mudança de endereço da gestante para outro município Ingresso da gestante no mercado de trabalho Desistência do programa Óbito da gestante Outro. Qual? / /

CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

ORIENTAÇÃO SOBRE CADASTRO DE GESTANTE NO SISPIM!



IMPORTANTE!



Cada gestação deve ter seu próprio cadastro, mesmo quando se trata da mesma gestante.

Para GESTAÇÕES JÁ CADASTRADAS que utilizam a Versão 2 dos Formulários, usar a função "Alterar" SOMENTE para:

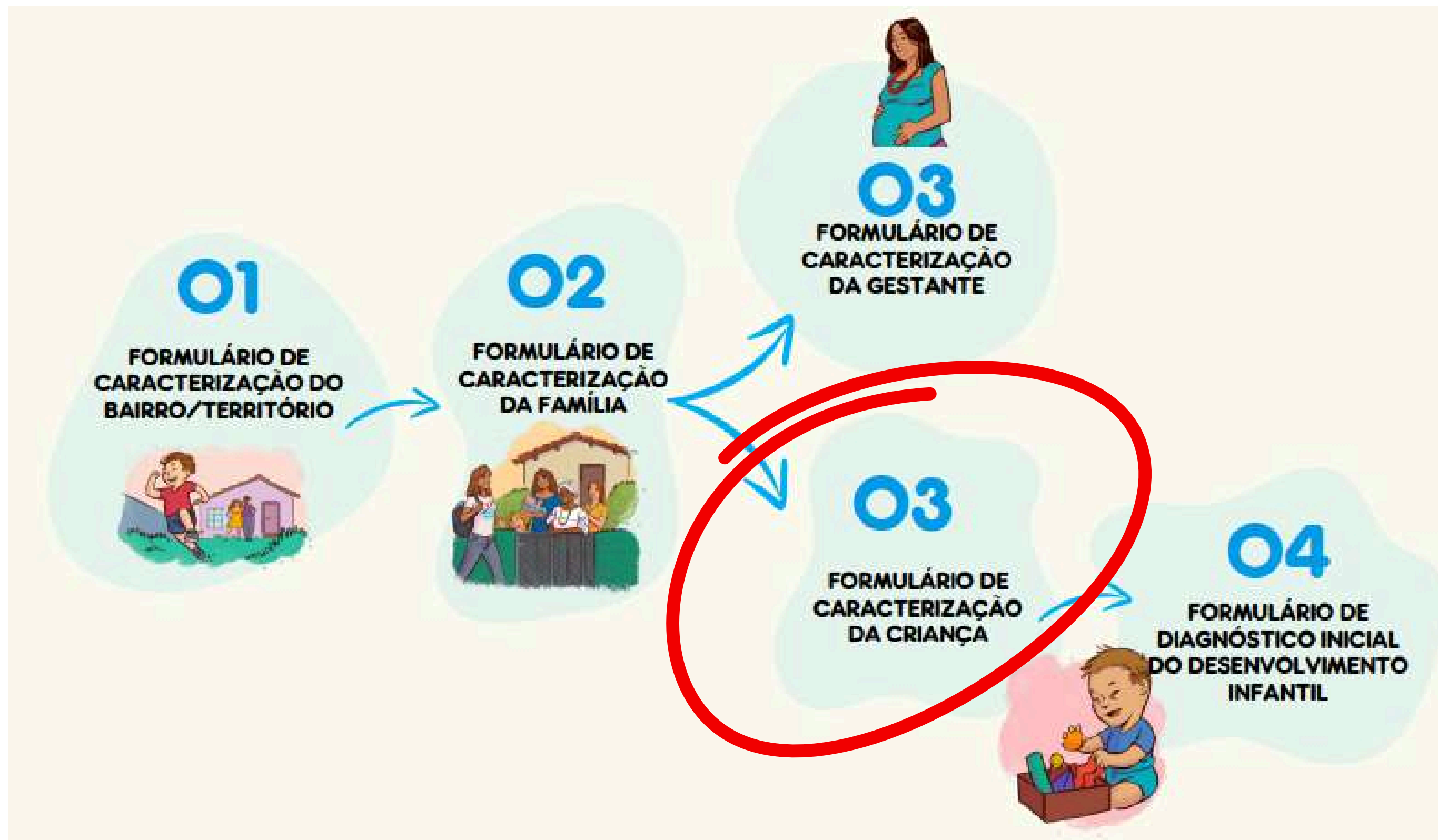
- ✎ Corrigir informações inseridas;
- ✓ Finalizar gestações pendentes (registrar data do parto ou desfecho);
- ✎ Atualizar dados faltantes de gestações em andamento.

✗ O QUE NÃO FAZER:

- ✗ NÃO reabrir cadastros antigos (versão 2) para registrar novas gestações;
- ✗ NÃO alterar datas e informações de gestações finalizadas para reaproveitar o cadastro;

O uso incorreto dos cadastros compromete os indicadores do programa e dificulta o acompanhamento adequado das gestantes. Cadastros na versão 2 com situação "ativa" devem ser apenas gestações iniciadas antes da implementação da versão 3 que ainda não foram finalizadas.

3 Fluxo de Aplicação



CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

Aplicado por

Visitador(a)

Entrevistado(a)

Responsável legal pela criança,
ou adulto cuidador que estará
presente nos atendimentos

Especificidade

1 formulário por criança
acompanhada

Necessidade de atualização

- Questão 38 - Nas situações em que a criança seja diagnosticada com alguma deficiência após o preenchimento do formulário de caracterização da criança.
- As demais atualizações sobre o acompanhamento da criança serão descritas nos formulários do monitoramento do desenvolvimento integral infantil (acompanhamento descritivo trimestral e avaliação do desenvolvimento infantil).
- Quando a criança for inativada no Programa, deve o(a) visitador(a) retornar ao seu cadastro e informar a data e o motivo de sua inativação.

CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

* = Campo de informação obrigatória = Campo de seleção única = Campo de múltipla seleção Versão 3 - 21/08/2024 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 Pai Outro. Qual? _____
 Padrasto Madrasta Avô / Avó Irmão / Irmã Tio / Tia Integrante de família acolhedora Profissional de serviço de acolhimento Vizinho(a) Babá

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) Analfabeto(a) Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental completo Ensino Médio incompleto Ensino Médio completo Ensino Superior incompleto Ensino Superior completo

24. Estuda atualmente? Sim. Onde? _____ Não

25. Trabalha atualmente? Sim. Onde? _____ Não

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

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) Analfabeta Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental completo Ensino Médio incompleto Ensino Médio completo Ensino Superior incompleto Ensino Superior completo Não sabe informar

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 prematuro? Sim Não

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
 Olfinho: Sim Não Agendado
 Coraçãozinho: Sim Não Agendado
 Orelhinha: Sim Não Agendado
 Lingüinha: Sim Não Agendado

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

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

37. O calendário de vacinação da criança está atualizado? Sim Não Não tem registro

Versão 3 - 21/08/2024 2/2

Questões 38 e 39 exigem comprovação por laudo médico

38. A criança apresenta alguma deficiência diagnosticada clinicamente? Não Sim, física Sim, visual Outra. Qual? _____
 Sim, auditiva Sim, intelectual / cognitiva Sim, múltipla

39. O diagnóstico foi confirmado posterior a captação do PIM? Sim Não

ACOMPANHAMENTO CLÍNICO MULTIPROFISSIONAL

40. A criança apresenta algum tipo de problema de saúde diagnosticado? Sim Não
 Se sim, qual(is)? Doença falciforme Anemia Asma Intolerância ao glúten Hipertensão Doença de refluxo gastroesofágico Doenças cardiovasculares Exposição ao HIV Exposição a outras DST / IST Sífilis Congênita Epilepsia / convulsão Fissura labiopalatina Respirador bucal Hiperatividade / Déficit de atenção Intolerância à lactose Alergia à proteína do leite de vaca (APLV)

41. A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional? Não está sendo acompanhada (pule para pergunta 43) Cardiologia Endocrinologia Fisioterapia Fonoaudiologia Pediatria Pneumologia Neuropediatria Oftalmologia Psicologia Gastroenterologia Infectologia Odontologia Psicopedagogia Terapia ocupacional Musicoterapia Equoterapia

42. Em qual serviço a criança está sendo acompanhada? Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) Serviço de Atendimento Especializado em IST / AIDS Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Centro Especializado em Reabilitação (CER) APAE Fundação / Associação / Instituto Clínica ou consultório privado Ambulatório de especialidades em hospital

43. Observações sobre a saúde da criança: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO, RELACIONAMENTOS E HÁBITOS

44. A criança está matriculada na Educação Infantil (creche ou pré-escola)? Sim. Ano de entrada: ____ Não

45. A criança apresenta dificuldade para se relacionar com outras crianças? Sim. Qual(is)? _____ Não

46. Com quem a criança brinca com mais frequência? Com adulto(s) Com criança(s) Sozinha

47. Qual o local onde a criança brinca? Em casa Na casa do(s) vizinho(s) Na rua No parque / praça Outro(s). Onde? _____

48. A criança brinca com jogos eletrônico em telefone celular / computador e / ou tablet? Sim Não. Pule para a pergunta 50

49. Quanto tempo? Até 02 horas diárias Entre 2 e 4 horas diárias Mais de 4 horas diárias

50. A criança assiste televisão em sua rotina diária? Sim Não. Pule para 52

51. Quanto tempo? Até 02 horas diárias Entre 2 e 4 horas diárias Mais de 4 horas diárias

52. Quantas horas de sono a criança tem por dia? Até 10 horas diárias Entre 10 e 11 horas diárias Entre 12 e 15 horas diárias Entre 15 e 16 horas diárias

CONVIVÊNCIA FAMILIAR

53. A criança vive com quem? Mãe Pai Outro(s). Qual? _____
 Padrasto Madrasta Avô / Avó Irmão / Irmã Tio / Tia Com família acolhedora Em serviço de acolhimento Babá Vizinho(a)

54. Qual o tempo a família dedica para brincar com a criança? Todos os dias Uma vez por semana ou mais Não brinca / Não dedica

55. A família conversa com a criança? Frequentemente Raramente Nunca conversa

56. A criança tem livros infantis disponíveis em casa? Sim Não

57. A família mostra livros e / ou figuras para a criança? Todos os dias Uma vez por semana ou mais Não mostra livros ou figuras

58. A família conta histórias para a criança? Todos os dias Uma vez por semana Não conta histórias

59. A família leva a criança para passear? Todos os dias Uma vez por semana Uma vez por mês Não leva para passear

60. A família ensina canções e / ou canta com a criança? Todos os dias Uma vez por semana Não ensina canções / não canta

61. Como a família demonstra afeto? Com palavras e gestos de carinho Presenteando frequentemente Outras formas / Especifique: _____
 Realizando atividades conjuntas Conversando sobre interesses e necessidades de cada um Satisfazendo as necessidades materiais da família Brincando juntos

62. Como a família lida com maus comportamentos da criança? Achar graça Com ameaças Outras formas / Especifique: _____
 Com agressões verbais Com castigos corporais Suspende atividades que a criança mais aprecia (gosta) Com conselhos / conversa Com indiferença

63. Qual a forma de captação da criança ao PIM? Mãe era acompanhada pelo PIM na gestação No domicílio, pelo visitador / supervisor Em atividades comunitárias Outra. Qual? _____
 Encaminhamento da rede da Assistência Social Encaminhamento da rede da Educação Encaminhamento da rede da Saúde Encaminhamento por órgão do Poder Judiciário Estabelecimento prisional

64. Outras observações sobre a criança: _____

INATIVAÇÃO DA CRIANÇA

Motivo: Finalização dos atendimentos em razão da criança ter completado 06 anos Mudança de endereço da criança para o mesmo município Mudança de endereço da criança para outro município Ingresso da criança na educação infantil Ingresso do cuidador no mercado de trabalho Óbito da criança Criança ter completado 03 anos e o município priorizar a faixa etária de 0-3 anos Outro. Qual? _____

Data: ____/____/____

CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

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

Nº da família: Nº da criança: Município: Data: **05/01/26**

IDENTIFICAÇÃO

1. Qual o nome completo da criança? **Druna Medeiros de Andrade**

2. Qual o número do CPF da criança? **01011122235**

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

4. Qual o número de Identificação Social - NIS? **11135622222**

5. Qual o número do Cartão Nacional do SUS (CNS)? **01011111111111111111**

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

7. Qual a data de nascimento? **24/12/2025**

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: **Paula Medeiros João de Andrade** 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 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? **Paula Medeiros**

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? **Do lar** Qual a carga horária semanal?

27. Qual o número do CPF? **02140000000**

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 Ensino Superior incompleto
 Analfabeta Ensino Médio incompleto Ensino Superior completo
 Ensino Fundamental incompleto Ensino Médio completo Não sabe informar

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 prematuro? Sim Não

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

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

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

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

37. O calendário de vacinação da criança está atualizado?
 Sim Não Não tem registro

Responsável legal da criança ou cuidador(a) que estará presente nos atendimentos.

Forma como a criança foi encaminhada ao PIM

Questões 26 até 28 exigem comprovação por laudo médico

38. A criança apresenta alguma deficiência diagnosticada clinicamente?
 Não Sim, física Sim, visual Outra. Qual?

39. O diagnóstico foi confirmado posterior a captação do PIM? Sim Não

ACOMPANHAMENTO CLÍNICO MULTIPROFISSIONAL

40. A criança apresenta algum tipo de problema de saúde diagnosticado? Sim Não
 Se sim, qual(is)?
 Doença falciforme Intolerância ao glúten Doenças cardiovasculares Sífilis Congênita Respirador bucal Diabetes
 Anemia Hipertensão Exposição ao HIV Epilepsia / convulsão Hiperatividade / Déficit de atenção Intolerância à lactose
 Asma Doença de refluxo gastroesofágico Exposição a outras DST / IST Fissura labiopalatina Alergia à proteína do leite de vaca (APLV)

41. A criança está sendo acompanhada em alguma especialidade médica ou multiprofissional?
 Não está sendo acompanhada (pule para pergunta 43) Fonoaudiologia Oftalmologia Odontologia Equoterapia
 Cardiologia Pediatria Psicologia Psicopedagogia
 Endocrinologia Pneumologia Gastroenterologia Terapia ocupacional
 Fisioterapia Neuropediatria Infectologia Musicoterapia
 Outro(s):

42. Em qual serviço a criança está sendo acompanhada?
 Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Fundação / Associação / Instituto
 Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) Centro Especializado em Reabilitação (CER) Clínica ou consultório privado
 Serviço de Atendimento Especializado em IST / AIDs APAE Ambulatório de especialidades em hospital
 Outro(s):

43. Observações sobre a saúde da criança:

INFORMAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO, RELACIONAMENTOS E HÁBITOS

44. A criança está matriculada na Educação Infantil (creche ou pré-escola)?
 Sim. Ano de entrada: Não

45. A criança apresenta dificuldade para se relacionar com outras crianças?
 Sim. Qual(is)? Não

46. Com quem a criança brinca com mais frequência? Com adulto(s) Com criança(s) Sozinha.

47. Qual o local onde a criança brinca? Em casa Na casa do(s) vizinho(s) Na rua No parque / praça Outro(s). Onde?

48. A criança brinca com jogos eletrônico em telefone celular / computador e / ou tablet?
 Sim Não. Pule para a pergunta 50

49. Quanto tempo?
 Até 02 horas diárias Entre 2 e 4 horas diárias Mais de 4 horas diárias

50. A criança assiste televisão em sua rotina diária?
 Sim Não. Pule para 52

51. Quanto tempo?
 Até 02 horas diárias Entre 2 e 4 horas diárias Mais de 4 horas diárias

52. Quantas horas de sono a criança tem por dia? Até 10 horas diárias Entre 10 e 11 horas diárias Entre 12 e 15 horas diárias Entre 15 e 16 horas diárias

CONVIVÊNCIA FAMILIAR

53. A criança vive com quem?
 Mãe Padrasto Avô / Avó Tio / Tia Primo / Prima Vizinho(a)
 Pai Madrasta Irmão / Irmã Com família acolhedora Em serviço de acolhimento Babá
 Outro(s). Qual?

54. Qual o tempo a família dedica para brincar com a criança?
 Todos os dias Uma vez por semana ou mais Não brinca / Não dedica

55. A família conversa com a criança?
 Frequentemente Raramente Nunca conversa

56. A criança tem livros infantis disponíveis em casa?
 Sim Não

57. A família mostra livros e / ou figuras para a criança?
 Todos os dias Uma vez por semana ou mais Não mostra livros ou figuras

58. A família conta histórias para a criança? Todos os dias Uma vez por semana Não conta histórias

59. A família leva a criança para passear? Todos os dias Uma vez por semana Uma vez por mês Não leva para passear

60. A família ensina canções e / ou canta com a criança? Todos os dias Uma vez por semana Não ensina canções / não canta

61. Como a família demonstra afeto?
 Com palavras e gestos de carinho Realizando atividades conjuntas Satisfazendo as necessidades materiais da família
 Presenteando frequentemente Conversando sobre interesses e necessidades de cada um Brincando juntos
 Outras formas / Especifique:

62. Como a família lida com maus comportamentos da criança?
 Acharndo graça Com agressões verbais Suspende atividades que a criança mais aprecia (gosta)
 Com ameaças Com castigos corporais Com conselhos / conversa
 Outras formas / Especifique:

63. Qual a forma de captação da criança ao PIM?
 Mãe era acompanhada pelo PIM na estação Encaminhamento da rede da Assistência Social Encaminhamento da rede da Saúde
 No domicílio, pelo visitador / supervisor Encaminhamento da rede da Educação Encaminhamento por órgão do Poder Judiciário
 Em atividades comunitárias Através de conhecidos / vizinhos Encaminhamento pelo Poder Executivo
 Outra. Qual?

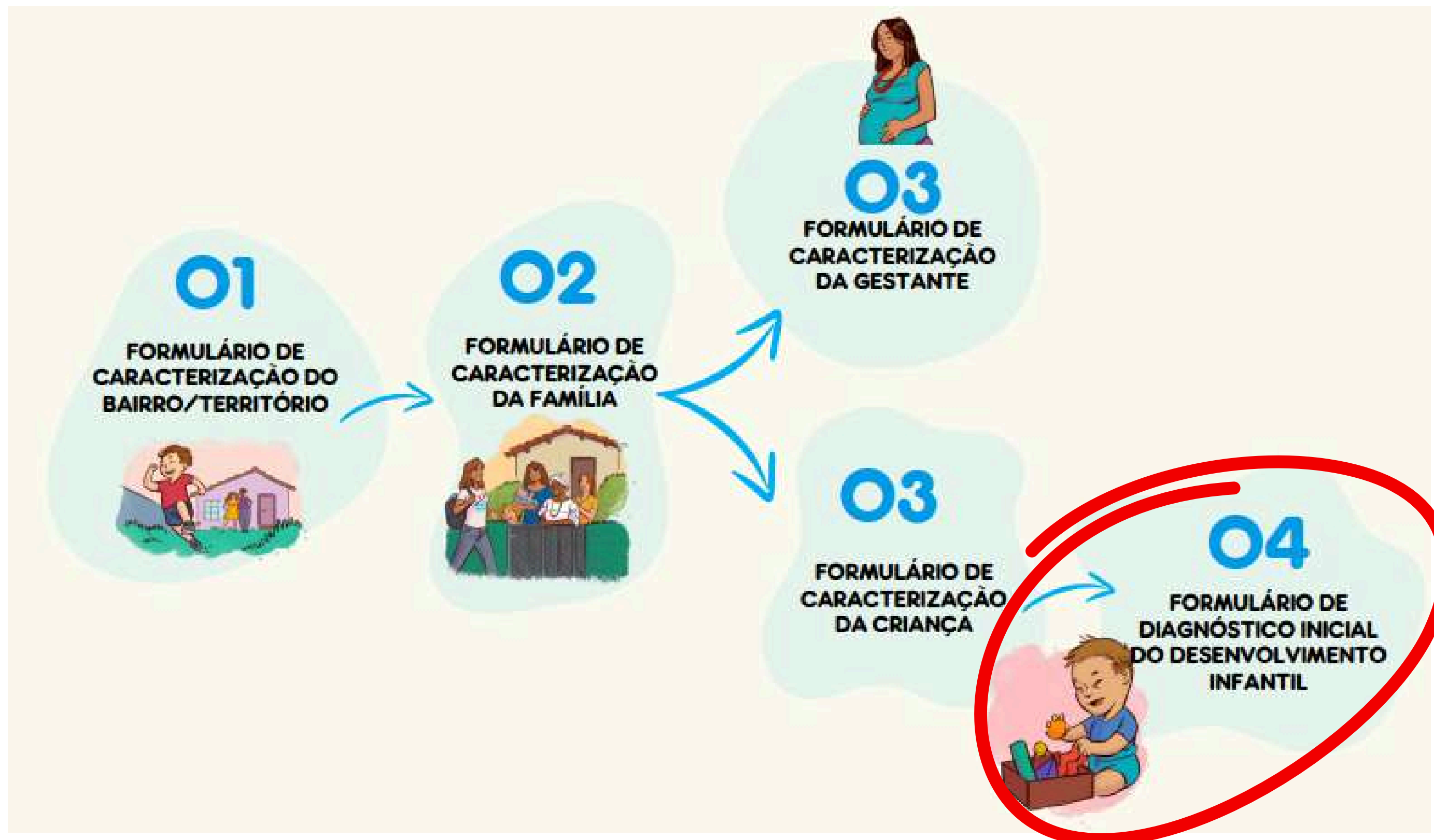
64. Outras observações sobre a criança:
A mãe refere que a criança tem tido cólicas.

INATIVAÇÃO DA CRIANÇA

Motivo: Finalização dos atendimentos em razão da criança ter completado 06 anos
 Mudança de endereço da criança para o mesmo município
 Mudança de endereço da criança para outro município
 Ingresso da criança na educação Infantil
 Ingresso do cuidador no mercado de trabalho
 Óbito da criança
 Criança ter completado 03 anos e o município priorizar a faixa etária de 0-3 anos
 Outro. Qual?

Data: / /

3 Fluxo de Aplicação



CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO INICIAL DO DESENVOLVIMENTO



CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO INICIAL DO DESENVOLVIMENTO

Aplicado por

Visitador(a)

Formato

Aplicação prática de atividades lúdicas que permitam visualizar o desenvolvimento da criança.

Realizadas pelo(a) visitador(a) junto à criança e na presença de um(a) adulto(a) cuidador(a).

Necessidade de atualização

Não é necessária sua atualização

Especificidade

1 formulário por criança acompanhada. Não deve ser preenchido para crianças que apresentem laudo médico comprovando deficiência.

CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO INICIAL DO DESENVOLVIMENTO

Quando o diagnóstico inicial do desenvolvimento é realizado?



Obrigatoriamente em até 30 dias após a realização da caracterização (cadastro) da criança.

COMO É REALIZADO?

O diagnóstico inicial será realizado durante uma visita à família a partir da aplicação prática de atividades lúdicas que permitem visualizar o desenvolvimento da criança. A testagem é registrada em um formulário específico que permite caracterizar e avaliar o desenvolvimento da criança a partir do alcance ou não de indicadores da faixa etária em que ela se encontra no ingresso no programa.

A partir dessa observação, você irá marcar no formulário, para cada indicador, se a criança “consegue fazer sozinha”, “consegue fazer com ajuda” ou “ainda não consegue fazer”

CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO INICIAL DO DESENVOLVIMENTO

“consegue fazer sozinha”, “consegue fazer com ajuda” ou “ainda não consegue fazer”



CONSEGUE FAZER SOZINHA	Se considera que a criança consegue realizar a atividade por si só, sem a ajuda de outra pessoa.
CONSEGUE FAZER COM AJUDA	Se considera que a criança necessita de algum tipo de apoio/ajuda para realizar a atividade.
AINDA NÃO CONSEGUE FAZER	Se considera que a criança, neste momento, ainda não a executa.

▶ No planejamento para a realização do diagnóstico inicial, você deve refletir se precisará de materiais e/ou brinquedos para desenvolver as atividades lúdicas que realizará com a criança para observar os indicadores de sua faixa etária, levando em sua mochila ou combinando com a família para separá-los para o dia da visita.

CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO INICIAL DO DESENVOLVIMENTO

O que são os indicadores do desenvolvimento infantil?

- Sinalizadores que permitem conhecer o desenvolvimento maturacional da criança na faixa etária em que ela se encontra.
- Refletem as atitudes esperadas em cada faixa etária e servem como referência para acompanhar e avaliar a evolução da criança ao longo do atendimento do PIM.
- Os indicadores que constam no Formulário de diagnóstico inicial do desenvolvimento infantil são os mesmos que se encontram no Guia da Família. São baseados na testagem de Denver II, nos marcos do desenvolvimento da Caderneta da Criança do Ministério da Saúde e nos materiais do Centro de Referência Latinoamericano para la Educación Preescolar - CELEP, de Cuba.

Apesar de estarem divididos por faixa etária e dimensões do desenvolvimento, os indicadores expressam aquisições progressivas e integradas. Dessa forma, uma aquisição motora pode servir de base para uma aquisição cognitiva, por exemplo.

CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO INICIAL DO DESENVOLVIMENTO


O que significa a criança “conseguir fazer sozinha”, “conseguir fazer com ajuda” e “ainda não conseguir fazer” os indicadores esperados para a sua faixa etária?

Quando a criança alcança os indicadores esperados para sua faixa etária, isso sugere que ela está adquirindo as habilidades na mesma idade cronológica em que a maioria das crianças as adquirem. Isso nos indica que seu desenvolvimento é típico, ou seja, dentro do esperado.

Os indicadores que a criança atinge com ajuda devem ser foco das atividades propostas durante os atendimentos do PIM, uma vez que indicam habilidades que a criança está preparada para desenvolver.

CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO INICIAL DO DESENVOLVIMENTO

Ainda não conseguir fazer alguns indicadores de uma única faixa etária pode ser algo normal e esperado, especialmente se a testagem ocorrer no início da faixa etária.



se a criança tem 2 anos e 1 mês, a faixa etária correspondente a ser aplicada é a Faixa 7 (de dois a três anos). Isso significa que a criança ainda tem cerca de 11 meses nesta faixa para conseguir atingir os indicadores esperados.

CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO INICIAL DO DESENVOLVIMENTO

Se a criança não alcançar os indicadores esperados por repetidas faixas etárias, deve-se dar a devida atenção, pois isso pode indicar um atraso no desenvolvimento integral, ou seja, uma defasagem importante entre a idade cronológica e a idade da aquisição de determinada habilidade



Quando a criança ainda não consegue alcançar determinadas habilidades ou apresenta dificuldades para tal, isto pode sinalizar, por exemplo, que o ambiente onde ela cresce não está favorável ao seu desenvolvimento e/ou que a criança não está recebendo os cuidados integrais necessários.

atrasos nos indicadores do desenvolvimento também podem sinalizar alterações genéticas, ambientais e/ou consequências de uma lesão ocorrida no período do desenvolvimento (pré, perinatal e/ou pós natal).

CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO INICIAL DO DESENVOLVIMENTO

Para que serve o diagnóstico inicial do desenvolvimento infantil no PIM?

- ▶ Por se constituir como o primeiro registro do desenvolvimento da criança no programa, servirá como base para o monitoramento de seu desenvolvimento durante todo o seu acompanhamento no PIM.

Seu resultado irá subsidiar:

**Plano Singular de
Atendimento
(PSA)**

**Planos de
Visita
Domiciliar**

**Atividade em
Grupo**

CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO INICIAL DO DESENVOLVIMENTO

Faixas etárias usadas como parâmetros para a observação do desenvolvimento infantil

FAIXA	IDADE DO BEBÊ/CRIANÇA
1	Do primeiro ao vigésimo oitavo dia de vida (parte 01)
	Do vigésimo nono dia de vida aos três meses (parte 02)
2	De 3 a 6 meses
3	De 6 a 9 meses
4	De 9 a 12 meses
5	De 12 a 18 meses
6	De 18 a 24 meses
7	De 2 a 3 anos
8	De 3 a 4 anos
9	De 4 a 5 anos
10	De 5 a 6 anos

Os indicadores da faixa 1 (de a 3 meses de vida incompletos) são divididos em duas partes.

A avaliação dos sinais neurológicos (parte 1 - indicadores 1 e 2) deve ser realizada antes do 28º dia de vida da criança, enquanto a testagem dos demais indicadores (parte 2 - indicadores 3 a 11), serão executadas após o 28º dia de vida.

4

Aspectos importantes a considerar no processo de caracterização do PIM

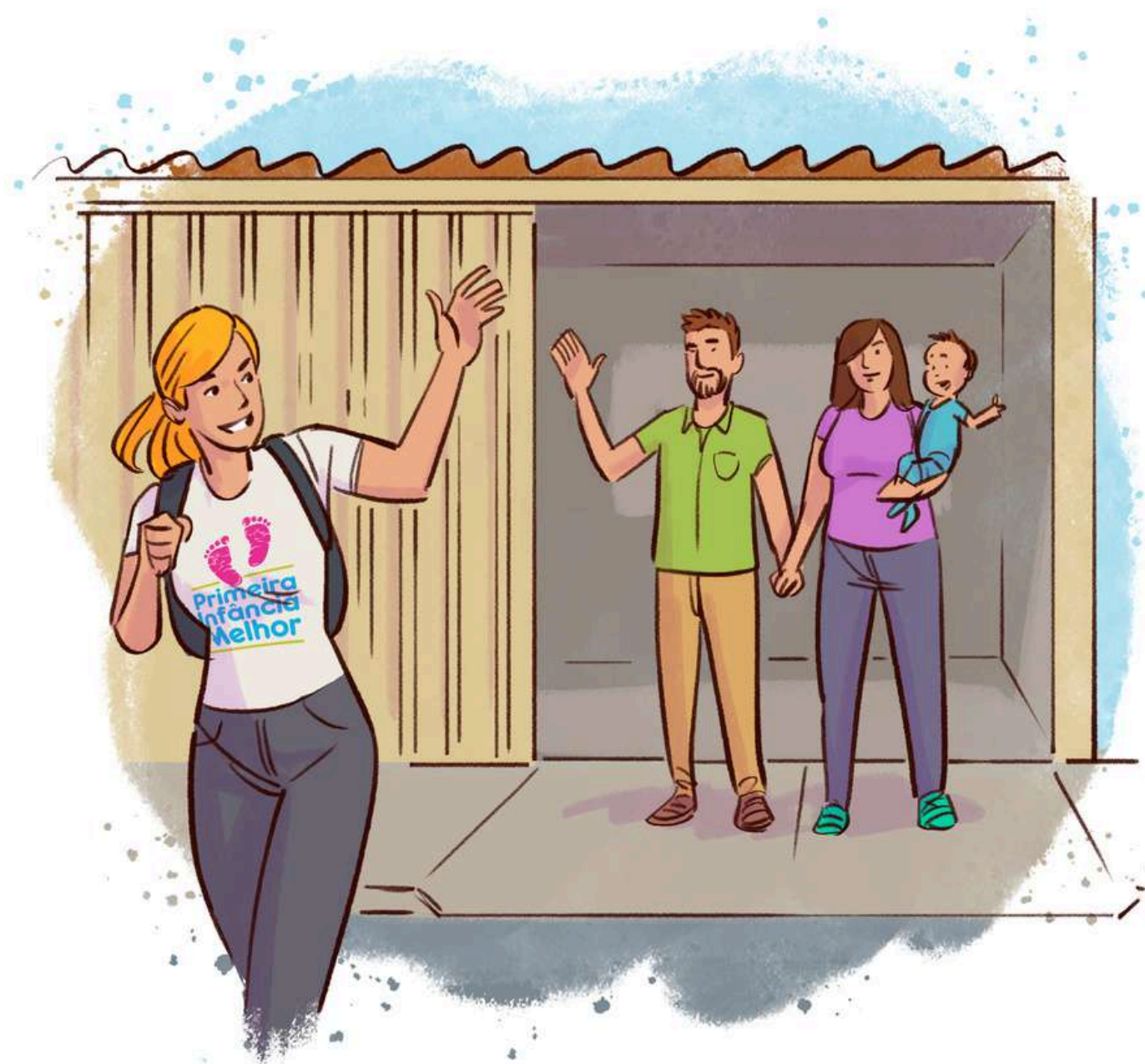
Antes de iniciar os diálogos, perguntas e observações da caracterização, é fundamental que o objetivo, metodologia e demais aspectos do PIM sejam dialogados com a família, esclarecendo possíveis dúvidas. Por exemplo, como o Programa funciona, qual o objetivo das intervenções e quais os efeitos que ele pode ter na família e no território.



4

Aspectos importantes a considerar no processo de caracterização do PIM

É fundamental esclarecer os objetivos do processo de caracterização e como ele será realizado.



A família precisa saber que a caracterização envolve perguntas diretas e observações sobre a vida familiar, sua configuração e modo como se relacionam, as quais serão realizadas durante as visitas domiciliares em horários agendados e acordados com a família, sendo necessário até 30 dias para a conclusão dos cadastros.

Compreender qual o sentido das perguntas e observações que serão realizadas e por que é importante que a família compartilhe com o(a) visitador(a) reduz o sentimento de insegurança, desconfiança ou invasão de privacidade que possa surgir.

4 Aspectos importantes a considerar no processo de caracterização do PIM

É importante explicar que as perguntas têm como objetivo conhecer a realidade da família e, com isso, poder traçar conjuntamente os objetivos para o Plano Singular de Atendimento. Estas não possuem caráter fiscalizatório, nem irão influenciar em outros cadastros públicos ou benefícios socioassistenciais que a família possui ou receba.

Outro aspecto importante na postura dos profissionais do PIM é o respeito e o não julgamento em relação aos aspectos culturais das famílias e territórios, excluindo qualquer forma de intolerância, desrespeito, preconceito ou discriminação em sua atuação



PLURALIDADE E DIVERSIDADE DAS INFÂNCIAS, SUAS FAMÍLIAS E CONTEXTOS



POR QUE É TÃO IMPORTANTE FALARMOS SOBRE PLURALIDADE E DIVERSIDADE DAS FAMÍLIAS NO PIM?

As infâncias, suas famílias e contextos são múltiplas e diversas.

É fundamental garantir a caracterização destas realidades de forma o mais fidedigna possível.

As perguntas, quando feitas de forma qualificada, apoiam tanto no sentido do reconhecimento da diversidade como no planejamento de atenção condizente com as particularidades e singularidades.

POR QUE É TÃO IMPORTANTE FALARMOS SOBRE PLURALIDADE E DIVERSIDADE DAS FAMÍLIAS NO PIM?

Na nossa sociedade, os marcadores sociais da diferença, que constituem a diversidade, produzem desigualdades no acesso a direitos e oportunidades.

Além disso, estas pessoas podem estar mais suscetíveis a situações de violência, em decorrência do estigma, preconceito, e discriminação.

QUAIS SÃO ESSES MARCADORES SOCIAIS?

Raça/cor

Sexualidade

Gênero

Etnia

Pessoa com
deficiência

Famílias com
pessoa(s) privadas
de liberdade

Em serviços de
acolhimento
institucional

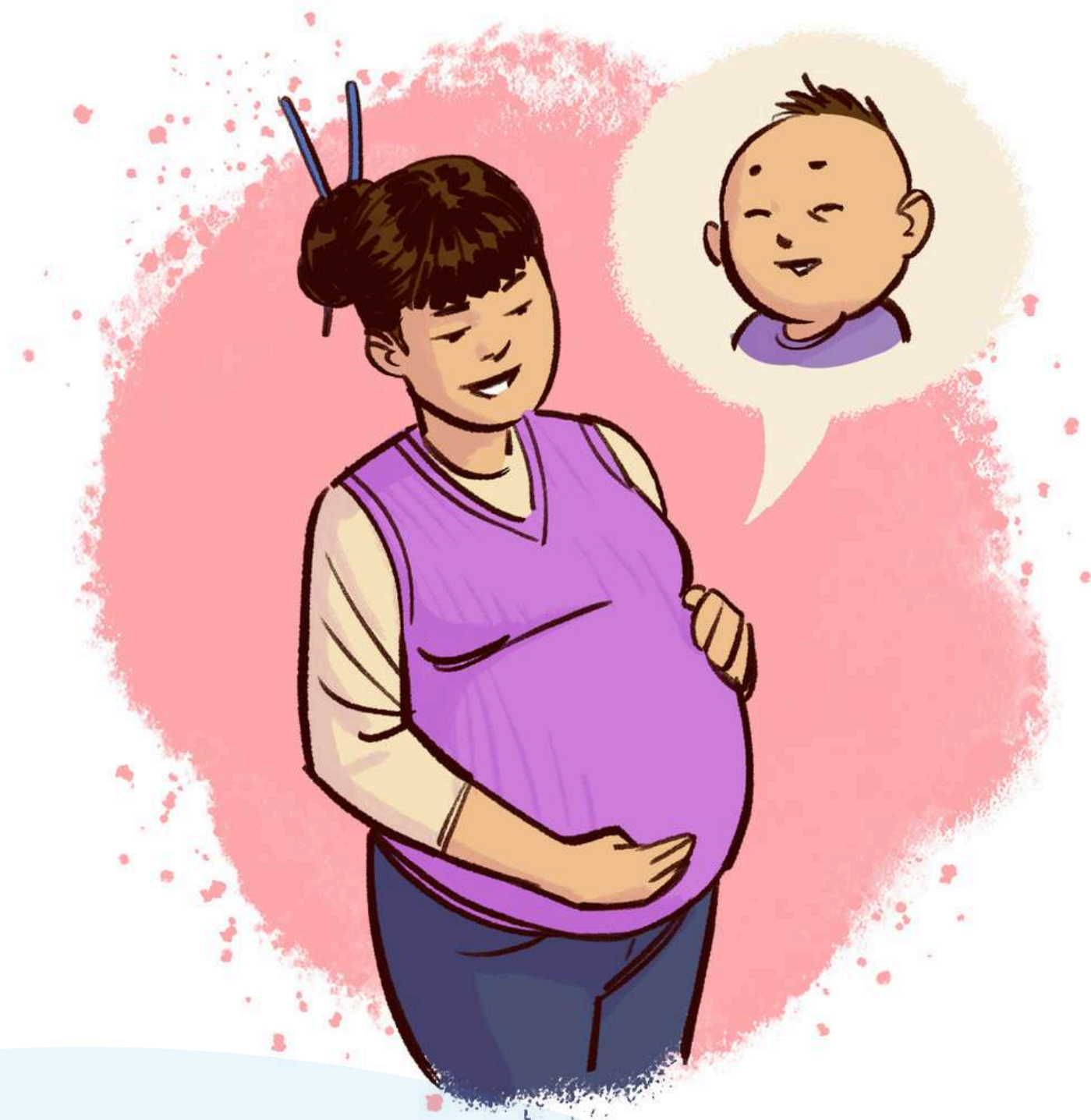
POR QUE É PRECISO UM OLHAR SENSÍVEL PARA ISSO?

É um direito de toda pessoa acessar os serviços e ser reconhecida sem discriminação a partir da sua raça/cor, etnia, identidade de gênero e sexualidade.

Realizar a coleta de informações sobre estas questões possibilita:

- 1) Construir o Plano Singular de Atendimento tendo maior conhecimento e registro da realidade;
- 2) Coletar dados que apoiam em pesquisas, monitoramento e avaliação da política pública.

O DIREITO DE SE RECONHECER E SER RECONHECIDO(A)



AUTODECLARAÇÃO

O que é?

A autodeclaração étnico-racial não só é crucial para promover a equidade e facilitar a elaboração de políticas públicas eficientes, mas também ajuda a entender questões de identidade: quem somos e como somos percebidos. Ela também auxilia na revelação das necessidades específicas de determinados grupos e por que essas necessidades não estão sendo atendidas.

Somente a própria pessoa pode saber a definição precisa da própria raça, cor ou etnia, levando em consideração a sua origem, ascendentes ou as suas convicções políticas ou culturais.



QUESITO RAÇA/COR

O que é?

É a forma como a pessoa se identifica enquanto etnia considerando sua cultura, história familiar e sua cor. De acordo com a Portaria MS nº 334/2017, as pessoas são perguntadas sobre sua raça/cor, de acordo com padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como:

- **Branca:** população descendente historicamente e culturalmente de povos europeus;
- **Preta:** população descendente historicamente e culturalmente de povos africanos;
- **Amarela:** população descendente historicamente e culturalmente de populações asiáticas como japoneses, chineses e coreanos;
- **Parda:** população de ascendência múltipla, sendo resultado da miscigenação de povos europeus, africanos e indígenas;
- **Indígena:** população descendente historicamente e culturalmente com diversos povos étnicos que podem ou não morar em aldeias.



QUESITO RAÇA/COR

O que é?

No caso de recém-nascidos ou diante de situações em que a pessoa estiver impossibilitada para a autodeclaração, caberá aos familiares ou responsáveis a declaração de sua raça/cor ou pertencimento étnico-racial.

COMO APARECE NOS FORMULÁRIOS?

- Caracterização da Gestante

8. Como você se autodeclara (cor/ raça/ etnia)?*

- Branca Parda Indígena
 Preta Amarela

- Caracterização da Criança

10. Qual a raça / cor / etnia?*

- Branca Preta Parda Amarela Indígena



QUESITO RAÇA/COR

Por que perguntar?

- ▶ Monitorar, elaborar e implementar políticas públicas afirmativas e universalistas voltadas à população negra, povos e comunidades tradicionais e indígenas;
- Evitar as iniquidades no acesso e permanência nos serviços de saúde por consequências do Racismo Institucional;
- Reduzir os impactos de determinadas doenças e agravos;
- Tornar os sistemas nacionais e locais de informação da saúde aptos a consolidar indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais;
- Promover pesquisas com base de dados consolidada.



SEXO

É convencionalizado que se defina o sexo de uma pessoa através de sua genitália:

- O sexo, em geral, define as expectativas de gênero e os estereótipos do que é ser menino ou menina;
- Embora atualmente haja o entendimento de que o sexo também é social, a definição ainda é feita por critérios biológicos e definem: homem, mulher, intersexo.

COMO APARECE NOS FORMULÁRIOS?

- Caracterização da Criança

9. Qual o sexo?* Masculino Feminino

- Caracterização da Família

4. Sexo: * Feminino Masculino



ORIENTAÇÃO SEXUAL

- É como cada pessoa vivencia a atração afetivo-sexual;
- A sexualidade, assim como a identidade de gênero, é fluída.

Nos formulários de caracterização, poderá ser assinalado:

Heterossexual: pessoas que têm sentimentos afetivos e atração sexual por outras pessoas com identidades de gênero diferente da sua. Exemplo: pessoa com identidade de gênero feminina que se relacione com outra pessoa de identidade de gênero masculina.

Gay: homens que, independentemente da identidade de gênero (cis, trans, etc), relacionam-se afetiva e sexualmente com outros homens

Lésbica: mulheres que relacionam-se, independentemente da identidade de gênero (cis, trans, etc), afetiva e sexualmente com outras mulheres

Bissexual: pessoas que relacionam-se afetiva e sexualmente com dois ou mais gêneros, independentemente da identidade de gênero.



ORIENTAÇÃO SEXUAL

COMO APARECE NOS FORMULÁRIOS?

- Caracterização da Gestante

25. Deseja informar orientação sexual?* Sim Não

Se sim, qual? Heterossexual Bissexual
 Homossexual Gay /Lésbica Outra. Qual?

- Caracterização da Criança - Pergunta destinada à pessoa cuidadora principal

21. Deseja informar orientação sexual?* Sim Não

Se sim, qual? Heterossexual Homossexual Gay / Lésbica Bissexual Outra. Qual?



IDENTIDADE DE GÊNERO

- Forma como a pessoa se identifica e que não está necessariamente relacionada com características biológicas e comportamentais comumente consideradas masculinas ou femininas pela sociedade. Ou seja, há pessoas que se identificam com um gênero diferente daquele atribuído em seu nascimento.

COMO APARECE NOS FORMULÁRIOS?

- Caracterização da Gestante

26. Deseja informar identidade de gênero?* Sim Não

Mulher cisgênero Homem transexual

Outra. Qual? | | | | | | | | | | | | | | |

- Caracterização da Criança - Pergunta destinada à pessoa cuidadora principal

22. Deseja informar identidade de gênero?* Sim Não

Se sim, qual? Mulher cisgênero Homem cisgênero Mulher transexual

Homem transexual Travesti Outra. Qual? | | | | |



QUAIS SÃO AS IDENTIDADES DE GÊNERO

Cisgênero: Pessoa que se identifica com o gênero designado no nascimento.

- Exemplo: uma mulher cisgênero é a pessoa que nasceu com órgão genital considerado feminino (vagina), é entendida socialmente como uma mulher e também se identifica como tal.

Transexual: Pessoa que se identifica com um gênero diferente do designado ao nascimento.

- Exemplo: mulher transgênero é aquela que, quando nasceu, foi entendida como menino por possuir órgão genital considerado masculino (pênis), no entanto se identifica como mulher.

Travesti: São pessoas que constroem seus corpos com símbolos e marcadores socialmente compreendidos como pertencentes ao feminino. Em geral, as pessoas se identificam desta forma a depender do contexto cultural e/ou político em que estão inseridas. Deve ser entendido como uma identidade de gênero feminina e legítima.

Outra: Pessoa que se identifica fora dos padrões binários de gênero (homem ou mulher), podendo ser alguém que vivencia o gênero de forma fluída, não binária, agênero, ou outras.

NOME SOCIAL

É a designação pela qual a pessoa se identifica e é socialmente reconhecida conforme Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. É utilizado por pessoas trans e travestis, sendo um direito ter seu nome social reconhecido.

POR QUE É IMPORTANTE PERGUNTAR ISSO?

Conforme o Decreto nº 8.727 de abril de 2016, os sistemas de informação da administração pública deverão conter o campo “nome social” para o registro de cadastros, programas, serviços, formulários, etc.

Além disso, a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde garante que todo cidadão tem direito o atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.

Vale ainda saber que pessoas trans podem realizar a retificação de nome e sexo no registro civil, isto é, o registro civil passa a ser formalmente alterado.

Respeitar e registrar a orientação sexual, a identidade de gênero e o nome social são medidas de promoção da saúde e garantia de direitos já estabelecidos em legislação



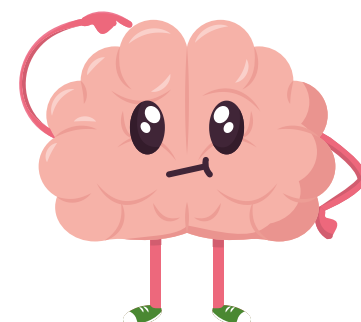
CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O MOMENTO DE REALIZAR AS PERGUNTAS



CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O MOMENTO DE REALIZAR AS PERGUNTAS



E se a pessoa ficar desconfortável com a pergunta que eu fiz???



É importante saber que é mais comum a pessoa que está fazendo a pergunta ficar desconfortável do que a pessoa que está respondendo

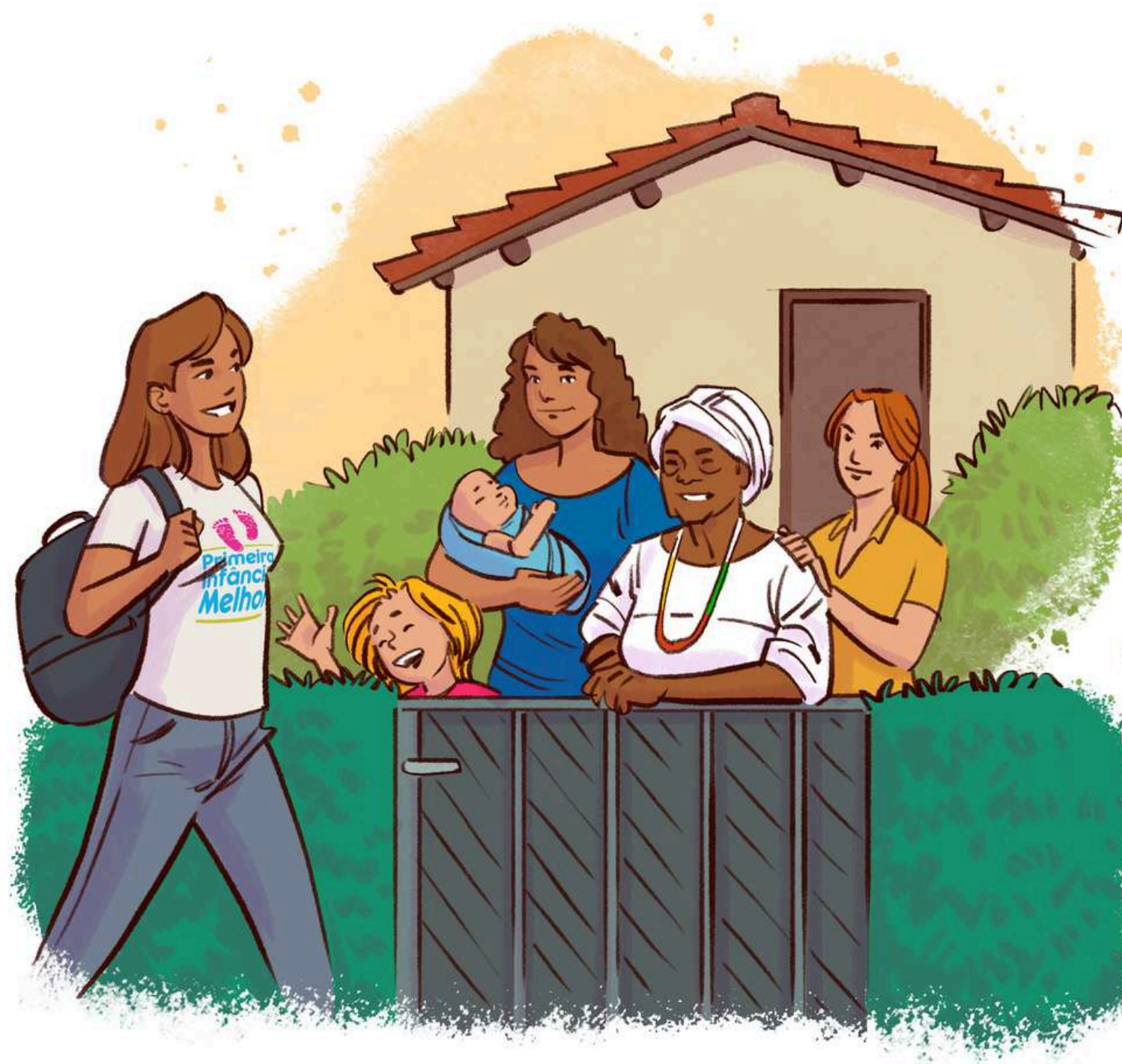
Se questione:

Como você se sente ao se imaginar realizando essas perguntas?

Já parou para pensar o por quê?

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O MOMENTO DE REALIZAR AS PERGUNTAS

- ▶ Nossa sociedade é cheia de tabus, normas e preconceitos em relação a diversas temáticas
- ▶ Muitas características foram sendo usadas de forma pejorativa e humilhante
- ▶ Por isso, pode parecer ruim perguntar se a pessoa é preta ou branca, se é lésbica ou heterossexual, se é cis ou transgênero, por exemplo
- ▶ Outro motivo que dificulta é a sensação de que, no contato com a pessoa, já seria possível supor sua raça/cor/etnia, sua orientação sexual ou sua identidade de gênero
- ▶ Isso pode trazer muitos equívocos e dificultar, de verdade, que vocês consigam construir um vínculo honesto e de confiança



CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES SOBRE O MOMENTO DE REALIZAR AS PERGUNTAS

PERGUNTAR E ABRIR ESPAÇO PARA O DIÁLOGO É SEMPRE A MELHOR ALTERNATIVA!



Ainda assim, se alguma pessoa se sentir desconfortável, procure **entender o motivo, acolher e dialogar**.

É importante que **a pessoa se sinta segura** de que não sofrerá qualquer tipo de discriminação por sua resposta.

PONTOS FINAIS DE ALINHAMENTO

Lembrar que o PIM é um programa destinado à gestantes e crianças que tem como uma das prioridades o atendimento de famílias em situação de vulnerabilidade.

O caderno nº 2 do PIM - Estrutura e Funcionamento traz como sugestão de priorização das famílias a serem acompanhadas as seguintes situações:

- Beneficiárias de programas de transferência de renda como o Bolsa família;
- Pobreza, extrema pobreza e/ou vulnerabilidade socioeconômica;
- Famílias vivendo em situação de rua;
- Condições de habitação e densidade domiciliar;
- Gestantes adolescentes e/ou de alto risco;
- Histórico de morbidade e mortalidade infantil; Criança prematura;
- Criança egressa de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal;
- Crianças com mais de uma hospitalização no primeiro ano de vida;
- Mães com diagnóstico ou sintomas de depressão pós-parto;
- Abuso de álcool e outras drogas na família;
- Famílias com cuidadores, gestantes ou criança com deficiência;
- Membro familiar em atendimento especializado e/ou tratamento psiquiátrico;
- Gestantes adolescentes e crianças menores de 06 anos em situação de acolhimento institucional ou familiar;
- Família acolhedora;
- Analfabetismo ou baixa escolaridade materna ou do cuidador principal;
- Crianças não inseridas na rede formal de ensino;
- Violência doméstica;
- Membro familiar em privação de liberdade;
- Gestantes e puérperas com bebês privadas de liberdade;
- Famílias monoparentais;
- Fragilidade na função protetiva;
- Fragilidade das relações familiares;
- Baixa capacidade para vida autônoma;
- Exposição à HIV ou sífilis durante a gravidez e/ou transmissão vertical;
- Trabalho infantil;
- **Indígenas, quilombolas, negros, migrantes e refugiados em situação de vulnerabilidade;**
- **Indígenas não aldeados;**
- Famílias afetadas ou impactadas por catástrofes naturais e humanas.

PONTOS FINAIS DE ALINHAMENTO

Muitas pessoas pensam que são ausentes de qualquer preconceito e chegam a reproduzir a ideia de que “aqui no meu município todo mundo é tratado de maneira igual”

Será?

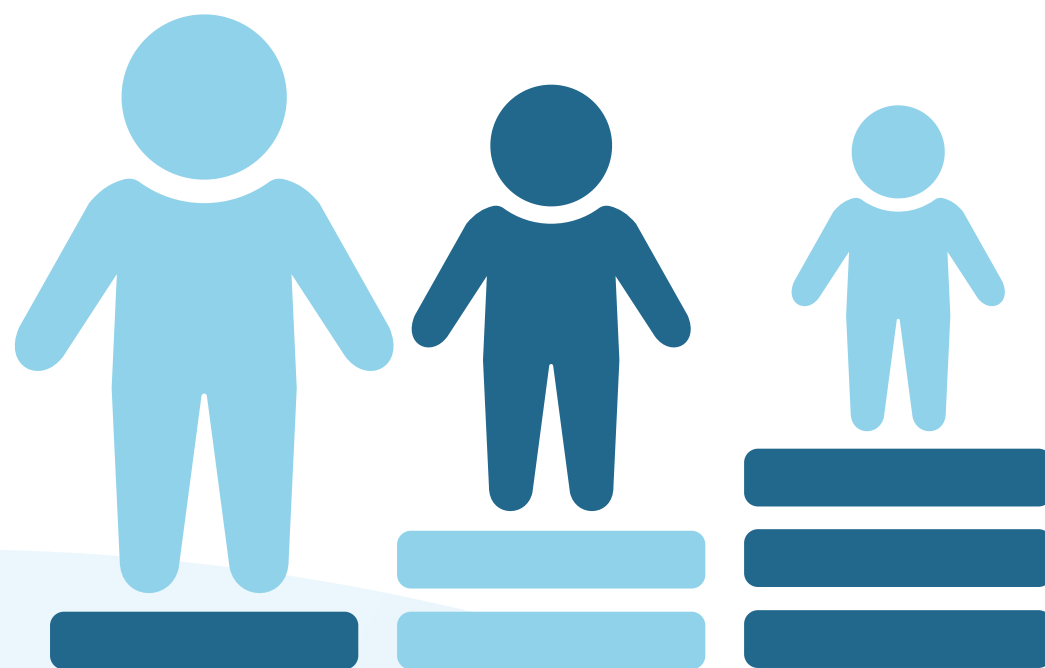
Se tem a igualdade em direitos, **mas cada um parte de um local diferente para conseguir acessar esses direitos**



PONTOS FINAIS DE ALINHAMENTO

O SUS funciona de acordo com a perspectiva do **princípio de equidade**

- ▶ O princípio da equidade inclui o reconhecimento de determinantes sociais, como as diferentes condições de vida, que envolvem habitação, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, entre outros que impactam diretamente na saúde;
- ▶ É um princípio que reconhece que as pessoas não são iguais e que, para garantir a igualdade de acesso à saúde, é preciso considerar as diferenças sociais, econômicas e culturais de cada indivíduo ou grupo;
- ▶ Significa tratar desigualmente os desiguais, buscando garantir que todos tenham acesso à saúde de acordo com suas necessidades específicas.



PONTOS FINAIS DE ALINHAMENTO

Por último, vale destacar outros aspectos éticos importantes no PIM e que se aplicam, também, na forma como é feita a caracterização das famílias:

- 1 Postura de não julgamento e combate a toda forma de discriminação e preconceito;**
- 2 As informações coletadas são sigilosas;**
- 3 O principal motivo da caracterização é apoiar no conhecimento da família e na construção do Plano Singular de Atendimento.**

PONTOS FINAIS DE ALINHAMENTO

PIA - PRIMEIRA INFÂNCIA ANTIRRACISTA



Uma iniciativa do UNICEF Brasil em parceria com o Instituto Promundo, a estratégia PIA – Primeira Infância Antirracista consiste numa campanha de comunicação que oferece materiais informativos e indutores de práticas antirracistas nos diferentes serviços de atendimento às gestantes, crianças negras e indígenas de até 6 anos, além de suas famílias.

PONTOS FINAIS DE ALINHAMENTO

PIA - PRIMEIRA INFÂNCIA ANTIRRACISTA

C

PONTOS FINAIS DE ALINHAMENTO

PIA - PRIMEIRA INFÂNCIA ANTIRRACISTA

C



Publicação

Primeiras infâncias negras e a saúde

Caminhos para práticas antirracistas na primeira infância na área de saúde.

Veja a publicação



Publicação

Primeiras infâncias negras e a educação infantil

Caminhos para uma educação infantil antirracista.

Veja a publicação



Publicação

Primeiras infâncias indígenas

Como implementar práticas antirracistas na atuação com crianças indígenas na primeira infância.

Veja a publicação



Publicação

Primeiras infâncias negras e a assistência social

Caminhos para uma assistência social antirracista na primeira infância.

Veja a publicação

PONTOS FINAIS DE ALINHAMENTO

CURSO DO E-PIM



FORMAÇÃO CONTINUADA/AUTOINSTRUCIONAL

ABORDAGENS ANTIRRACISTAS

NO ATENDIMENTO A CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS

PÚBLICO-ALVO: EQUIPES MUNICIPAIS DO PIM, PROFISSIONAIS QUE ATUAM COM CRIANÇAS, PÚBLICO EM GERAL

20h

Abordagens antirracistas no atendimento às crianç...

[Curso >](#)

Curso elaborado pelo Instituto Promundo, em parceria com o Primeira Infância Melhor

Obrigada!



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

 www.pim.saude.rs.gov.br

 pim@saude.rs.gov.br

 Facebook.com/PIMRS

 Twitter.com/PIM_RS