

**MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL**  
**AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL (ADII)**  
**Faixa 8 - INDICADORES DE 3 A 4 ANOS**

**Legenda:** \* = Campo de informação obrigatória | O = Campo de seleção única |  = Campo de múltipla seleção

PIM - PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR		Nº FAMÍLIA/Nº CRIANÇA:		
<b>MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL</b>				
<b>AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>				
Nome da Criança:		Data:		
Nome do(a) visitador(a):		Monitor(a)/supervisor(a) responsável:		
Faixa 8 - INDICADORES DE 3 A 4 ANOS	Avaliação ao final da faixa etária			Dimensão
	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer	
1. Mantém diálogos simples				Comunicação e linguagem
2. Brinca de forma amistosa com outras crianças				Socioafetiva
3. Relaciona-se bem com adultos e crianças conhecidas				Socioafetiva
4. Combina corrida com outra ação mantendo o equilíbrio e a segurança				Motora
5. Salta com segurança e/ou pula num pé só alternadamente				Motora
6. Coloca até três objetos por ordem de tamanho				Cognitiva
7. Forma quebra-cabeças simples, de duas a quatro peças				Cognitiva
8. Brinca por associação, como fazer de conta que folha é dinheiro				Cognitiva
9. Veste e tira roupas com auxílio				Cognitiva
10. Abotoa roupas com auxílio				Cognitiva
11. Repete canções, contos e/ou poesias curtas				Comunicação e linguagem
12. Compreende sensações (ex.: frio, cansado)				Comunicação e linguagem
<b>ASPECTOS DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA</b>				
1. A criança possui caderneta de saúde?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
<b>Observe na caderneta da criança:</b>				
2. O peso da criança está em curva: <input type="radio"/> Ascendente <input type="radio"/> Descendente <input type="radio"/> Horizontal <b>Peso:</b>				
3. A altura da criança está em curva: <input type="radio"/> Ascendente <input type="radio"/> Horizontal <b>Altura:</b>				
4. O calendário de vacinação está em dia?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
5. A criança está sendo alimentada com leite materno:*				
<input type="radio"/> Exclusivamente <input type="radio"/> Complementarmente <input type="radio"/> Predominantemente <input type="radio"/> Não está sendo amamentada				
<b>As perguntas 6 a 8 exigem comprovação por laudo médico</b>				
6. A criança apresenta algum problema de saúde?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
<input type="checkbox"/> Doença falciforme	<input type="checkbox"/> Doença do refluxo gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Hiperatividade/déficit de atenção		
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsão	<input type="checkbox"/> Respiração bucal		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fissura lábio palatina	<input type="checkbox"/> Sífilis congênita		
<input type="checkbox"/> Exposição ao HIV	<input type="checkbox"/> Intolerância à lactose	<input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten		
<input type="checkbox"/> Outras DST / IST	<input type="checkbox"/> Intolerância à proteína do leite	<input type="checkbox"/> Hipertensão		
<input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Outros/Especifique:		

Possui acesso a tratamento/acompanhamento?\*  Sim  Não  
 Utiliza medicação?\*  Sim  Não

Observações:

7. A criança tem alguma deficiência diagnosticada?\*  Sim  Não

Em caso positivo, identifi-cá-la(s):

Auditiva  Física  Intelectual/Cognitiva  Visual  Múltipla

Em caso de não existir diagnóstico clínico, há suspeita de deficiência?\*  Sim  Não

Observações:

8. A criança possui algum destes diagnósticos?\*  Sim  Não

Em caso positivo, identifi-cá-lo (s):

Hidrocefalia

Síndrome Alcoólica Fetal

Transtorno Desintegrativo da Infância

Síndrome de LenoxGastaut

Síndrome do X Frágil  Síndrome de

Rett

Paralisia Cerebral

Microcefalia  Transtorno de

Asperger

Síndrome de West

Síndrome de Down  Autismo

Outros/Especifique:

Transtornos Globais de Desenvolvimento/Especifique:

Possui acesso a tratamento/acompanhamento?\*  Sim  Não

Observações:

9. A criança é beneficiária de BPC (Benefício de Prestação Continuada)?\*  Sim  Não

### ENVOLVIMENTO FAMILIAR NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA

10. Assinale as alternativas a seguir, conforme os aspectos observados sobre a atuação da família, durante a estimulação à criança:\*

Legenda: 0 Ausente | 1 Raramente | 2 Presente/Claramente

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Olha para a criança (olho no olho)           | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Consegue ir além das orientações do visitador                      |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Demonstra carinho e agrada a criança         | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Acompanha e considera aos interesses da criança                    |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Escuta e responde às solicitações da criança | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Respeita o ritmo/tempo da criança                                  |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Participa e interage às brincadeiras         | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Conversa/narra/descreve a atividade realizada com a criança        |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Questiona a criança durante as brincadeiras  | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Identifica avanços e/ou fragilidades no desenvolvimento da criança |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Consegue estabelecer regras de convivência   | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Sugere/apoia/demonstra entusiasmo durante atividades               |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Estimula iniciativas da criança              |  |

11. A família é beneficiada por programas de transferência de renda?\*  Sim  Não

Identifique o programa:  Bolsa Família  Outros / Especifique:

12. A criança frequenta creche ou pré-escola?\*  Sim  Não

13. A criança necessitou de encaminhamentos para rede de serviços neste período?\*  Não  Sim/Quais?

Saúde - Especifique/resultado:

Educação - Especifique/resultado:

Assistência Social - Especifique/resultado:

Outros - Especifique: