

**MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL**  
**AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL (ADII)**  
**Faixa 9 - INDICADORES DE 4 A 5 ANOS**

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

<b>PIM - PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR</b>		<b>Nº FAMÍLIA/Nº CRIANÇA:</b>		
<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:		
<b>Faixa 9 - INDICADORES DE 4 A 5 ANOS</b>	<b>Avaliação ao final da faixa etária</b>			<b>Dimensão</b>
	<b>Consegue fazer sozinho</b>	<b>Consegue fazer com ajuda</b>	<b>Ainda não consegue fazer</b>	
1. Veste e tira as roupas sozinha				Socioafetiva
2. Alegra-se quando brinca com outras crianças				Socioafetiva
3. Realiza atividades simples quando solicitada				Cognitiva
4. Monta quebra-cabeças de até seis peças				Cognitiva
5. Compara e agrupa objetos por cor e forma				Cognitiva
6. Coloca mais de três objetos por ordem de tamanho				Cognitiva
7. Corre, salta e sobe com segurança				Motora
8. Fala tudo compreensivelmente				Comunicação e linguagem
9. Expressa-se bem sobre o que lhe interessa, no passado e presente				Comunicação e linguagem
10. Reconhece as posições: acima, abaixo, em frente e atrás				Cognitiva
11. Capaz de expressar preferências e ideias próprias				Cognitiva
<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 do X Frágil  Síndrome de  
 Rett  Microcefalia  Transtorno de  
 Asperger  Síndrome de Down  Autismo  
 Síndrome de West  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

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