**MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL - MDII**

**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:** |
| **MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL** |
| **AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL** |
| Nome da Criança: | Data: |
| Nome do Visitador: | GTM ou Monitor/Supervisor 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 por ordem de tamanho até três objetos |  |  |  | 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 |
| **ASPECTOS DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA** |
| 1. A criança possui caderneta de saúde?\* **basic-circle-outline[1]** Sim **basic-circle-outline[1]** Não **Observe na caderneta da criança:**2. O peso da criança está em curva: basic-circle-outline[1] Ascendente basic-circle-outline[1] Descendente basic-circle-outline[1]Horizontal Peso:3. A altura da criança está em curva: basic-circle-outline[1] Ascendente basic-circle-outline[1] Horizontal Altura:4. O calendário de vacinação está em dia?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não5. A criança está sendo alimentada com leite materno:\* basic-circle-outline[1] Exclusivamente basic-circle-outline[1] Complementarmente basic-circle-outline[1] Predominantemente basic-circle-outline[1] Não está sendo amamentada |
| **As perguntas 6 a 8 exigem comprovação por laudo médico** |
| 6. A criança apresenta algum problema de saúde?\* **basic-circle-outline[1]** Sim **basic-circle-outline[1]** Não **□** Doença falciforme **□** Doença do refluxo gastroesofágico **□** Hiperatividade/déficit de atenção **□** Asma **□** Epilepsia/convulsão **□** Respiração bucal **□** Diabetes **□** Fissura lábio palatina **□** Sífilis congênita **□** Exposição ao HIV **□** Intolerância à lactose **□** Intolerância ao glúten **□** Outras DST / IST **□** Intolerância à proteína do leite **□** Hipertensão **□** Doenças cardiovasculares **□** Anemia **□** Outros/Especifique: |
| Possui acesso a tratamento/acompanhamento?\* **basic-circle-outline[1]** Sim **basic-circle-outline[1]** NãoUtiliza medicação?\* **basic-circle-outline[1]** Sim **basic-circle-outline[1]** NãoObservações: 7. A criança tem alguma deficiência diagnosticada?\* **basic-circle-outline[1]** Sim **basic-circle-outline[1]** NãoEm caso positivo, identificá-la(s): **basic-circle-outline[1]** Auditiva **basic-circle-outline[1]** Física **basic-circle-outline[1]** Intelectual/Cognitiva **basic-circle-outline[1]** Visual **basic-circle-outline[1]** MúltiplaEm caso de não existir diagnóstico clínico, há suspeita de deficiência?\* **basic-circle-outline[1]** Sim **basic-circle-outline[1]** NãoObservações: 8.A criança possui algum destes diagnósticos?\* **basic-circle-outline[1]** Sim **basic-circle-outline[1]** NãoEm caso positivo, identificá-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?\* **basic-circle-outline[1]** Sim **basic-circle-outline[1]** NãoObservações:9. A criança é beneficiária de BPC (Benefício de Prestação Continuada)?\* **basic-circle-outline[1]** Sim **basic-circle-outline[1]** 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

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

11. A família é beneficiada por programas de transferência de renda?\* **basic-circle-outline[1]** Sim **basic-circle-outline[1]** NãoIdentifique o programa: **□** Bolsa Família **□** Outros / Especifique:12. A criança frequenta creche ou pré-escola?\* **basic-circle-outline[1]** Sim **basic-circle-outline[1]** Não13. A criança necessitou de encaminhamentos para rede de serviços neste período?\* **basic-circle-outline[1]** Não **basic-circle-outline[1]** Sim/Quais?  **□** Saúde - Especifique/resultado: **□** Educação - Especifique/resultado: **□** Assistência Social - Especifique/resultado: **□** Outros - Especifique:  |