



FORMULÁRIO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL

PARTE 1

I - DADOS GERAIS	
Vamos conversar sobre os seus dados e os da criança	
1. Município:	<input type="checkbox"/> Embu das Artes <input type="checkbox"/> Recife <input type="checkbox"/> Brasília
2. Nome da UBS	
3. Data da entrevista:	___/___/___
4. O que é da criança	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Avó <input type="checkbox"/> Outros _____
5. Qual o seu nome (primeiro nome):	
6. Qual o nome da Criança (primeiro nome):	
7. Data de nascimento da criança:	___/___/___ FORMULÁRIO PARTE 2: _____
8. Sexo da criança	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
9. Como você classifica a cor da criança?	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não sei
10. Endereço:	
11. Telefones (anotar telefone fixo, celular e de contato, se possível)	
II - DADOS SOBRE A CRIANÇA	
Quero fazer algumas perguntas sobre a criança	
12. A mãe da criança fez pré-natal?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei (Se respondeu "não" ou "não sei", vá para questão 14)
13. Quantas consultas?	<input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 a 6 <input type="checkbox"/> 7 ou + <input type="checkbox"/> Não lembro <input type="checkbox"/> Não sei
14. Qual o tipo de parto?	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não sei
15. Foi prematuro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei (Se respondeu "não" ou "não sei", pule para a questão 17)
16. Se sim, quantos meses?	___ meses <input type="checkbox"/> semanas (assinale meses ou semanas) <input type="checkbox"/> Não sei
17. Qual o peso de nascimento do bebê?	___ gramas <input type="checkbox"/> Não lembro <input type="checkbox"/> Não sei
18. A criança teve algum problema ao nascimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não lembro <input type="checkbox"/> Não sei (Se respondeu "não" ou "não sei", pule para a questão 20)
19. Se sim, qual?	
20. A criança ficou em contato pele a pele sobre o corpo da mãe logo após o nascimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não lembro <input type="checkbox"/> Não sei
21. Foi amamentado na primeira hora de vida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não lembro <input type="checkbox"/> Não sei
22. Ele ainda mama no peito?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nunca mamou <input type="checkbox"/> Não sei (Se respondeu "nunca mamou", pule para a questão 25)
23. Até quando ele mamou no peito?	___ dias <input type="checkbox"/> meses (assinalar dias ou meses) <input type="checkbox"/> Não sei
24. Até quando ele mamou somente no peito, sem água, chá ou outros líquidos?	___ dias <input type="checkbox"/> meses (assinalar dias ou meses) <input type="checkbox"/> Não sei
25. Desde ontem de manhã até hoje de manhã, o que seu filho comeu? Eu vou perguntar os alimentos e você responde sim ou não:	a. leite <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei b. água/chá <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei c. suco natural <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei d. carnes/ovos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei e. legumes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei f. verduras <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei g. frutas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei h. arroz/batata/mandioca /macarrão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei i. feijão/lentilha <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei j. refrigerante <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei k. biscoito salgado/doce <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei l. salgadinho de pacote <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei m. bala/pirulito/chocolate/guloseimas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei n. outros _____
26. A criança recebeu visita domiciliar de algum profissional da saúde na 1ª semana de vida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não lembro <input type="checkbox"/> Não sei

27. A criança possui a caderneta da criança?	<input type="checkbox"/> Sim e leu <input type="checkbox"/> Sim, leu em partes <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Não lembro <input type="checkbox"/> Não sei
28. A criança costuma ter consultas agendadas para acompanhamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei (Se respondeu “não” ou “não sei”, vá para a questão 30)
29. Onde a criança tem a maioria das consultas agendadas?	<input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> Saúde da Família <input type="checkbox"/> Serviço particular/convênio <input type="checkbox"/> Não sei
30. Quando foi a última vez que a criança foi a uma consulta?	<input type="checkbox"/> último mês <input type="checkbox"/> 1-3 me <input type="checkbox"/> 4-6 me <input type="checkbox"/> 6-12 me <input type="checkbox"/> > 12 me <input type="checkbox"/> Não sei
31. A criança frequenta creche/escolinha/educação infantil?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei (Se respondeu “não” ou “não sei”, pular para questão 35)
32. Que tipo de creche/escolinha/educação infantil?	<input type="checkbox"/> Pública/Filantrópica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Não sei
33. Desde que idade?	_____ <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> anos <input type="checkbox"/> Não sei (assinalar meses ou anos)
34. Em quais períodos?	<input type="checkbox"/> de manhã <input type="checkbox"/> à tarde <input type="checkbox"/> manhã + tarde <input type="checkbox"/> Não sei
35. Se não, por quê?	<input type="checkbox"/> não quer colocar na creche <input type="checkbox"/> não tem vaga/ não pode pagar <input type="checkbox"/> Não sei
III - DADOS DA FAMÍLIA Agora vou fazer perguntas sobre a família	
36. Participa de algum programa social, tipo Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei (Se respondeu “não” ou “não sei”, pule para a questão 38)
37. Qual?	
38. Quem é o chefe da família?	<input type="checkbox"/> O pai da criança <input type="checkbox"/> A mãe da criança <input type="checkbox"/> Outro _____ (quem)
39. Qual é a escolaridade do pai da criança?	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental II completo/ Médio incompleto <input type="checkbox"/> Médio completo/Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro
40. Qual a escolaridade da mãe da criança?	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental II completo/ Médio incompleto <input type="checkbox"/> Médio completo/Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro
41. Qual é a escolaridade do chefe de família? (caso não seja nem o pai, nem a mãe)	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental II completo/ Médio incompleto <input type="checkbox"/> Médio completo/Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Não sei/não lembro
42. O chefe da família está:	<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado
43. A mãe da criança está:	<input type="checkbox"/> Empregada <input type="checkbox"/> Desempregada <input type="checkbox"/> Aposentada
44. A mãe da criança trabalha fora quantas vezes por semana?	<input type="checkbox"/> até 3 vezes <input type="checkbox"/> 4 a 6 vezes <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Licença maternidade
45. Quando a criança nasceu a mãe teve direito a licença maternidade?	<input type="checkbox"/> Sim 4 meses <input type="checkbox"/> Sim 6 meses <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não estava trabalhando <input type="checkbox"/> Não sabe
46. Qual a idade da mãe da criança?	
47. Algum profissional da saúde deu diagnóstico de depressão para a mãe da criança?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
48. A criança convive com pessoas que fazem uso de álcool ou droga?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
49. A mãe fez uso de bebida alcoólica durante a gestação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
50. A mãe fumou durante a gestação da criança?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
Queremos, agora, conhecer alguns dados sobre a casa em que a criança mora	
51. A casa possui banheiros? (Não considerar banheiros coletivos)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4ou+
52. Possui empregados domésticos? (Considerar apenas mensalistas que trabalham pelo menos cinco dias por semana – Não considerar diaristas e faxineiras)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4ou+
53. Possui automóveis?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4ou+
54. Possui microcomputador?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4ou+
55. Possui máquina lava-louça?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4ou+
56. Possui geladeira?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4ou+
57. Possui freezer?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4ou+
58. Possui máquina de lava roupas?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4ou+
59. Possui aparelho de DVD?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4ou+
60. Possui micro-ondas?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4ou+
61. Possui motocicleta?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4ou+
62. Possui secadora de roupa?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4ou+

63. Possui acesso a internet em casa ou no celular?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
64. Na casa tem água encanada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
65. A casa fica em rua asfaltada/pavimentada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
IV - COTIDIANO DA CRIANÇA	
Vamos fazer algumas perguntas sobre o cotidiano da criança e sobre seu desenvolvimento	
66. Quem cuida da criança a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Irmãos da criança <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Babá <input type="checkbox"/> Outros _____
67. A criança fica aos cuidados de outra criança com menos de 10 anos de idade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
68. Quantos livros infantis ou livros de imagens a criança tem?	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10 ou mais <input type="checkbox"/> Não sei
69. A criança brinca com: (ler todas as alternativas)	<input type="checkbox"/> a. brinquedos caseiros (tais como bonecas, carros ou outros brinquedos feitos em casa); <input type="checkbox"/> b. brinquedos de uma loja ou brinquedos fabricados; <input type="checkbox"/> c. objetos domésticos (como bacias ou vasos) ou objetos encontrados fora (paus, pedras, conchas de animais ou folhas) <input type="checkbox"/> d. brinquedos eletrônicos (Smartphones ou tablets)
70. A criança assiste TV? Quantos dias da semana?	<input type="checkbox"/> Não assiste <input type="checkbox"/> 1 a 3 dias <input type="checkbox"/> 4 a 6 dias <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Não sei (Se respondeu “não assiste” ou “não sei”, pule para a questão 72)
71. Por quanto tempo ela assiste TV?	<input type="checkbox"/> <ou = 2 horas <input type="checkbox"/> > 2 horas <input type="checkbox"/> Não sei
72. Na última semana você ou qualquer outro membro da família com 15 anos de idade ou mais se envolveu em qualquer uma das seguintes atividades com a criança: (ler todas as alternativas)	<input type="checkbox"/> a. Leu livros ou olhou figuras de livros com a criança? <input type="checkbox"/> b. Contou histórias para a criança? <input type="checkbox"/> c. Cantou músicas para a criança, ou com sua criança? Incluindo canções de ninar? <input type="checkbox"/> d. Levou a criança para passear? <input type="checkbox"/> e. Jogou ou brincou com a criança? <input type="checkbox"/> f. Nomeou, contou ou desenhou coisas com a criança?
V - PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	
73. A criança tem algum problema de saúde ou no crescimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei (Se respondeu “não” ou “não sei”, pule para a questão 75)
74. Qual?	
75. Considera o desenvolvimento da criança normal para a idade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
76. Por quê?	
77. Recebeu informações sobre desenvolvimento infantil?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> No serviço de saúde <input type="checkbox"/> No serviço de educação <input type="checkbox"/> No serviço social <input type="checkbox"/> outros _____ <input type="checkbox"/> Não sei



FORMULÁRIO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL PARTE 2

FORMULÁRIO A – CRIANÇAS DE 0 A 6 MESES

A1. O bebê, quando deitado de barriga para cima, movimenta os braços e as pernas?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
A2. Quando deitado de barriga para baixo o bebê consegue manter a cabeça levantada?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
A3. O bebê consegue juntar as mãos e segurar um brinquedinho?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
A4. O bebê reage a sons?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
A5. Quando você sorri e conversa com a criança, ela responde com sorriso e sons?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
A6. A criança tenta conversar com você?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
A7. A criança fixa e acompanha o seu rosto com o olhar?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
A8. A criança procura o seu olhar?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
A9. É difícil acalmar a criança quando está chorando, mesmo quando você a pega no colo?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>

FORMULÁRIO B – CRIANÇAS DE 7 A 9 MESES

B1. Quando deitada, a criança consegue se virar completamente?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
B2. A criança passa um brinquedo ou objeto de uma mão para a outra?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
B3. A criança consegue ficar sentada sem apoio das mãos para se equilibrar?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
B4. A criança imita os sons que você faz quando conversa com ela?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
B5. A criança localiza sons?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
B6. Quando um objeto cai no chão, a criança procura com o olhar?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
B7. É difícil acalmar a criança quando está chorando, mesmo quando você a pega no colo?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
B8. A criança mostra quando gosta ou não de alguma coisa?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
B9. A criança aceita alimentos pastosos ou em pedaços?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>

FORMULÁRIO C – CRIANÇAS DE 10 A 12 MESES

C1. A criança consegue se levantar se apoiando/segurando em algum lugar?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
C2. A criança consegue pegar objetos pequenos com polegar e o indicador?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
C3. A criança consegue dar alguns passos com apoio?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
C4. A criança chama "mama" ou "papa" ou nome parecido?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
C5. A criança entende pedidos como "Venha cá" ou "Me dá o brinquedo"?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>

C6. A criança olha para você quando você a chama pelo nome?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
C7. A criança brinca de esconde-achou?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
C8. A criança imita quando você bate palmas ou dá tchau?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
C9. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
C10. É difícil acalmar a criança quando está chorando, mesmo quando você a pega no colo?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
C11. A criança mostra quando gosta ou não de alguma coisa?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
C12. A criança pede colo para pessoas conhecidas?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>

FORMULÁRIO D – CRIANÇAS DE 13 A 15 MESES

D1. A criança pega alimentos com a mão e coloca na boca?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
D2. A criança anda com ajuda ou apoiada em algum objeto?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
D3. A criança emite sons como se estivesse conversando, mesmo que não dê para entender o que ela fala?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
D4. A criança fala mama ou papa ou outras palavras que você entende?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
D5. A criança olha para você quando você a chama pelo nome?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
D6. A criança indica o que quer sem que seja pelo choro, podendo ser com palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
D7. A criança coloca um ou mais objetos em uma caneca/pote se você pedir ou mostrar a ela como se faz?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
D8. A criança faz coisas que você pede como "Venha cá" ou "Me dá o brinquedo"?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
D9. A criança faz gestos quando você pede para ela? (por exemplo: dar tchau, bater palma, etc).	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
D10. A criança mostra quando gosta ou não de alguma coisa?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
D11. É fácil para a criança lidar com as mudanças na rotina do dia a dia? (ex: ter horários para dormir, brincar e comer)	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
D12. A criança obedece algumas regras de comportamento? Como por exemplo, evitar situações de perigo (não por o dedo na tomada ou não mexer em objetos que não tem permissão).	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
D13. Quando irritada é fácil a criança se acalmar?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
D14. A criança se irrita com facilidade?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
D15. É difícil colocar a criança para dormir?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>

FORMULÁRIO E – CRIANÇAS DE 16 A 18 MESES

E1. A criança chuta uma bola?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E2. A criança anda sem apoio?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E3. A criança sobe um degrau sem ajuda de uma pessoa, mas se apoiando?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E4. Quando a criança pega um lápis, ela faz rabisco no papel?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E5. A criança fala pelo menos 10 palavras que você entende o significado?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E6. A criança compreende o que as pessoas falam para ela?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E7. A criança consegue colocar um brinquedo ou um objeto em cima do outro?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>

E8. A criança olha para você quando você a chama pelo nome?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E9. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe ou pelo pai?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E10. A criança obedece algumas regras de comportamento? Por exemplo, evitar situações de perigo (não colocar o dedo na tomada ou não mexer em objetos que não tem permissão).	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E11. A criança brinca com brinquedos sem somente colocá-los na boca, balançá-los ou jogá-los no chão?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E12. A criança olha nos seus olhos por mais de 1 ou 2 segundos?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E13. A criança parece não gostar de muito barulho, por exemplo, tapando os ouvidos?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E14. A criança tenta chamar a sua atenção para o que ela está fazendo?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E15. A criança usa palavras para pedir ajuda?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E16. A criança se irrita com facilidade?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E17. É fácil para a criança lidar com mudanças nas rotinas do dia a dia? (ex: ter horário para dormir, brincar e comer)	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
E18. É difícil colocar a criança para dormir?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>

FORMULÁRIO F – CRIANÇAS DE 19 A 24 MESES

F1. A criança sobe escadas sem nenhuma ajuda?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F2. Quando a criança pega um lápis, ela faz rabisco no papel?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F3. A criança fala duas ou mais palavras juntas como “dá água” ou “me dá”?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F4. A criança olha para você quando você a chama pelo nome?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F5. A criança olha se você mostra alguma coisa do outro lado da sala?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F6. A criança brinca de faz-de-conta, por exemplo, falar ao telefone ou dar de comer a uma boneca, etc?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F7. A criança indica o que quer sem chorar, com palavras ou sons, apontando para o que quer alcançar?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F8. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe ou pelo pai?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F9. A criança brinca com brinquedos sem somente colocá-los na boca, balançá-los ou jogá-los no chão?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F10. A criança obedece algumas regras de comportamento? Como por exemplo, evitar situações de perigo (não colocar o dedo na tomada ou não mexer em objetos que não tem permissão).	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F11. A criança parece não gostar de muito barulho, por exemplo, tapando os ouvidos?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F12. A criança sorri como resposta ao seu olhar ou ao seu sorriso?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F13. A criança tem alguma mania ou faz movimentos estranhos com as mãos/dedos?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F14. A criança tenta chamar a sua atenção para o que ela está fazendo?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F15. Alguma vez você pensou que a criança é surda?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F16. Quando irritada é fácil a criança se acalmar?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>

F17. É fácil para a criança lidar com mudanças nas rotinas do dia a dia? (ex: ter horários para dormir, brincar e comer)	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
F18. É fácil para você manter a criança nas rotinas do dia a dia?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>

FORMULÁRIO G – CRIANÇAS DE 25 A 30 MESES

G1. A criança gosta de subir em objetos, como por exemplo, cadeiras, mesas?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G2. A criança é capaz de tirar alguma peça de roupa com ajuda?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G3. Quando a criança pega um lápis, ela desenha linhas no papel, sem ser somente rabisco?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G4. A criança indica o que quer sem chorar, com palavras ou sons, apontando para o que quer alcançar?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G5. A criança fala o nome de pelo menos 5 partes do corpo como nariz, mão ou barriga?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G6. A criança compreende o que as pessoas falam para ela?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G7. A criança fala com outras pessoas e é compreendida a maior parte do tempo?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G8. A criança reconhece e aponta corretamente objetos ou uma figura quando colocada à sua frente?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G9. A criança olha para você quando você a chama pelo nome?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G10. A criança sabe dizer o nome dela?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G11. A criança parece não gostar de muito barulho, por exemplo, tapando os ouvidos?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G12. A criança sorri como resposta ao seu olhar ou ao seu sorriso?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G13. A criança tem alguma mania ou faz movimentos estranhos com as mãos/dedos?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G14. Você alguma vez achou que a criança é surda?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G15. A criança se interessa em brincar com outras crianças?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G16. É fácil para a criança lidar com mudanças nas rotinas do dia a dia? (ex: ter horários para dormir, brincar e comer)	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G17. Quando irritada é fácil a criança se acalmar?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G18. É fácil para você sair com a criança e ir em locais públicos? Ela costuma se comportar bem?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
G19. A criança é muito agressiva?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>

FORMULÁRIO H – CRIANÇAS DE 31 A 36 MESES

H1. A criança joga bola para o alto acima da cabeça?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H2. A criança lava e seca as mãos sem ajuda? (a criança não precisa abrir a torneira).	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H3. A criança tenta vestir alguma peça de roupa como: cueca, calcinha, meias, sapatos, casaco, etc?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H4. A criança dá passos para traz?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H5. A criança desenha formas simples como um círculo?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H6. A criança fala com outras pessoas e é compreendida na maior parte do tempo?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H7. A criança compreende o que as pessoas falam para ela?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H8. A criança fala frases com 3 palavras ou mais?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>

H9. A criança brinca de faz-de-conta, por exemplo, falar ao telefone ou dar de comer a uma boneca, etc?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H10. Se você mostrar figuras de animais, a criança reconhece corretamente “quem mia”? “quem late”?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H11. A criança sabe dizer o nome dela?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H12. A criança parece não gostar de muito barulho, por exemplo, tapando os ouvidos?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H13. Alguma vez você pensou que a criança é surda?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H14. A criança tem alguma mania ou faz movimentos estranhos com as mãos/dedos?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H15. A criança se interessa em brincar com outras crianças?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H16. A criança fala alguma coisa para chamar atenção das pessoas para o que ela está fazendo?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H17. É fácil para a criança lidar com mudanças nas rotinas do dia a dia? (ex: ter horários para dormir, brincar e comer)	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H18. Quando irritada é fácil a criança se acalmar sozinha?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H19. É fácil para você sair com a criança e ir em locais públicos? Ela costuma se comportar bem?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H20. É fácil para você manter a criança nas rotinas do dia a dia?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
H21. A criança é muito agressiva?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>

FORMULÁRIO I – CRIANÇAS DE 37 A 48 MESES

I1. A criança pula de um degrau?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I2. A criança lava e seca as mãos sem ajuda? (A criança não precisa abrir a torneira)	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I3. A criança consegue vestir alguma peça de roupa sem ajuda? (ex: cueca ou calcinha, meias, sapatos, casaco, etc)	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I4. A criança desenha formas simples como um círculo e quadrado?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I5. A criança fala com outras pessoas e é compreendida na maior parte do tempo?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I6. A criança conta histórias de um livro ou TV?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I7. A criança faz perguntas como “por que” ou “como”?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I8. A criança se interessa em brincar com outras crianças?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I9. A criança é muito medrosa ou muito nervosa, de forma exagerada?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I10. A criança parece triste ou infeliz?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I11. É fácil para a criança lidar com mudanças nas rotinas do dia a dia? (ex: ter horário para dormir, brincar e comer)	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I12. A criança muitas vezes quebra coisas de propósito?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I13. A criança é muito agressiva?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I14. A criança é muito inquieta ou incapaz de ficar sentada?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I15. É fácil para você sair com a criança e ir em locais públicos? Ela costuma se comportar bem?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I16. É fácil para você fazer a criança te obedecer?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
I17. A criança tem dificuldades para prestar atenção?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>

FORMULÁRIO J – CRIANÇAS DE 49 A 59 MESES

J1. A criança consegue pegar uma bola quando você joga?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
J2. A criança pula com um pé só?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
J3. A criança consegue se vestir sem ajuda? (Qualquer peça de roupa)	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>
J4. A criança desenha figuras que você reconhece?	() <i>Sim</i>	() <i>Não</i>	() <i>Não sei</i>

J5. A criança pinta um desenho dentro das linhas?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J6. A criança fala com outras pessoas e é compreendida na maior parte do tempo?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J7. A criança conta histórias ou alguma coisa que aconteceu?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J8. A criança sabe contar até 10?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J9. A criança compara coisas usando palavras como “maior” ou “menor”?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J10. A criança usa palavras como “ontem” e “amanhã” corretamente?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J11. A criança segue orientações simples sobre como fazer algo?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J12. A criança consegue fazer sozinha as coisas que você pede?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J13. A criança se dá bem com outras crianças?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J14. A criança presta atenção ou se concentra quando estão falando com ela ou quando ela está em alguma atividade?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J15. A criança consegue dormir algumas noites sem fazer xixi na cama?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J16. A criança parece muito medrosa ou muito nervosa, de forma exagerada?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J17. A criança parece triste ou infeliz?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J18. É fácil para a criança lidar com mudanças nas rotinas do dia a dia? (ex: ter horários para dormir, brincar e comer)	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J19. A criança muitas vezes quebra coisas de propósito?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J20. A criança é muito agressiva?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J21. A criança é muito inquieta ou incapaz de ficar sentada?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J22. É fácil para você sair com a criança e ir em locais públicos? Ela costuma se comportar bem?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J23. É fácil para você saber o que a criança quer?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>
J24. É fácil para você fazer a criança te obedecer?	(<input type="checkbox"/>) <i>Sim</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não</i>	(<input type="checkbox"/>) <i>Não sei</i>