

MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL (ADII)

Faixa 3 - INDICADORES DE 6 A 9 MESES

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(a) visitador(a):		Monitor(a)/supervisor responsável:					
Faixa 3 - INDICADORES DE 6 A 9 MESES	Avaliação ao final da faixa etária			Dimensão			
	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer				
1. Começa a arrastar-se e/ou engatinhar				Motora			
2. Senta sozinha e conserva o equilíbrio				Motora			
3. Agarra pequenos objetos com dois dedos				Motora			
4. Coloca e tira objetos de diferentes tamanhos em uma caixa ou recipiente de boca larga				Cognitiva			
5. Procura objetos que lhe chamam a atenção quando alguém os esconde propositalmente				Cognitiva			
6. Brinca de atirar e buscar objetos				Cognitiva			
7. Emite sons e imita outros que ouve				Comunicação e linguagem			
8. Presta atenção quando ouve seu nome				Socioafetiva			
9. Segura e transfere objetos de uma mão para outra				Motora			
ASPECTOS DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA							
1. A criança possui caderneta de saúde?* ☐ Sim ☐ Não Observe na caderneta da criança: 2. O peso da criança está em curva: ☐ Ascendente ☐ Descendente ☐ Horizontal Peso: 3. A altura da criança está em curva: ☐ Ascendente ☐ Horizontal Altura: 4. O calendário de vacinação está em dia?* ☐ Sim ☐ Não 5. A criança está sendo alimentada com leite materno:* ☐ Exclusivamente ☐ Complementarmente ☐ Predominantemente ☐ Não está sendo amamentada							
As perguntas 6 a 8 exigem comprovação por laudo médico							
6. A criança apresenta algum problema de saúde?* ☐ Sim ☐ Não <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ Doença falciforme ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Exposição ao HIV ☐ Outras DST / IST ☐ Doenças cardiovasculares </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ Doença do refluxo gastroesofágico ☐ Epilepsia/convulsão ☐ Fissura lábio palatina ☐ Intolerância à lactose ☐ Intolerância à proteína do leite ☐ Anemia </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> ☐ Hiperatividade/déficit de atenção ☐ Respiração bucal ☐ Sífilis congênita ☐ Intolerância ao glúten ☐ Hipertensão ☐ Outros/Especifique: </td> </tr> </table>					☐ Doença falciforme ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Exposição ao HIV ☐ Outras DST / IST ☐ Doenças cardiovasculares	☐ Doença do refluxo gastroesofágico ☐ Epilepsia/convulsão ☐ Fissura lábio palatina ☐ Intolerância à lactose ☐ Intolerância à proteína do leite ☐ Anemia	☐ Hiperatividade/déficit de atenção ☐ Respiração bucal ☐ Sífilis congênita ☐ Intolerância ao glúten ☐ Hipertensão ☐ Outros/Especifique:
☐ Doença falciforme ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Exposição ao HIV ☐ Outras DST / IST ☐ Doenças cardiovasculares	☐ Doença do refluxo gastroesofágico ☐ Epilepsia/convulsão ☐ Fissura lábio palatina ☐ Intolerância à lactose ☐ Intolerância à proteína do leite ☐ Anemia	☐ Hiperatividade/déficit de atenção ☐ Respiração bucal ☐ Sífilis congênita ☐ Intolerância ao glúten ☐ Hipertensão ☐ Outros/Especifique:					

Possui acesso a tratamento/acompanhamento?* ☐ Sim ☐ Não
 Utiliza medicação?* ☐ Sim ☐ Não
 Observações:

7. A criança apresenta alguma deficiência diagnosticada clinicamente?*

- ☐ Não ☐ Em investigação/Avaliação diagnóstica
- ☐ Sim, auditiva (Ex: perda auditiva de longo prazo [surdez] total ou parcial de um ou ambos os ouvidos)
- ☐ Sim, física (Ex: malformações de membros, amputações, nanismo, paraplegia [pernas], tetraplegia [quatro membros], hemiplegia [um lado do corpo], monoplegia [um membro], paralisia cerebral, ostomia)
- ☐ Sim, intelectual (Ex: frequentemente associada a síndromes genéticas como síndrome de Down [trissomia do cromossomo 21], Patau [trissomia do 13], Edwards [trissomia do 18], Klinefelter, Turner e síndrome do X frágil, além da síndrome alcoólica fetal)
- ☐ Sim, visual (Ex: baixa visão, cegueira, surdocegueira, visão monocular)
- ☐ Sim, Transtorno do Espectro Autista (suporte 1, 2 ou 3)
- ☐ Sim, múltipla (associação de duas ou mais deficiências ou condições que afetam múltiplas funções como a síndrome congênita do vírus Zika)

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

- | | |
|--|--|
| ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 Olha para a criança (olho no olho) | ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 Consegue ir além das orientações do visitante |
| ☐ 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: