

MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL (ADII)

Faixa 7 - INDICADORES DE 2 A 3 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(a) visitador(a):		Monitor(a)/supervisor(a) responsável:		
Faixa 7 - INDICADORES DE 2 A 3 ANOS	Avaliação ao final da faixa etária			Dimensão
	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer	
1. Compreende grande parte do que escuta				Comunicação e linguagem
2. Fala frases com quatro ou mais palavras				Comunicação e linguagem
3. Imita atitudes simples dos adultos				Socioafetiva
4. Corre com segurança				Motora
5. Pula com os dois pés juntos ou fica num pé só				Motora
6. Seleciona objetos semelhantes por cor e forma				Cognitiva
7. Constrói torres ou pontes com mais de três elementos				Cognitiva
8. Faz rabiscos e riscos no papel				Motora
9. Sustenta copo e colher com firmeza				Motora
10. Avisa a necessidade de fazer xixi e cocô				Socioafetiva
11. Despede-se quando sai de um lugar				Socioafetiva
12. Aceita relacionar-se com outras pessoas, mesmo que desconhecidas				Socioafetiva
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 ☐ 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 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: