

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

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 9 - INDICADORES DE 4 A 5 ANOS	Avaliação ao final da faixa etária			Dimensão
	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer	
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
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	☐ 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?* ☐ 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: