

MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL (ADII)

Faixa 10 - INDICADORES DE 5 A 6 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 10 - INDICADORES DE 5 A 6 ANOS	Avaliação ao final da faixa etária			Dimensão
	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer	
1. Tem independência na sua rotina, como tomar banho, vestir-se e comer				Socioafetiva
2. Compreende o que pode ou não fazer				Socioafetiva
3. Mostra disposição para ajudar nas tarefas domésticas				Socioafetiva
4. Colore bem, cuidando para não sair dos contornos e recorta com precisão				Motora
5. Expressa-se livremente por meio do desenho				Motora
6. Corre, salta e sobe com coordenação				Motora
7. Gosta que lhe apresentem desafios ou atividades que a façam pensar				Cognitiva
8. Expressa verbalmente o que pensa, no passado, presente e futuro				Comunicação e linguagem
9. Faz muitas perguntas				Cognitiva
10. Expressa desejo de ir à escola para aprender a ler e escrever				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: