

## MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL - MDII

### Faixa 7 - INDICADORES DE 2 A 3 ANOS

**Legenda:** \* = Campo de informação obrigatória | 0 = Campo de seleção única |  = Campo de múltipla seleção

PIM - PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR		Nº FAMÍLIA/Nº CRIANÇA:		
<b>MONITORAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL INFANTIL</b>				
<b>AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>				
Nome da Criança:		Data:		
Nome do Visitador:		GTM ou Monitor/Supervisor Responsável:		
<b>Faixa 7 - INDICADORES DE 2 A 3 ANOS</b>	<b>Avaliação ao final da faixa etária</b>			<b>Dimensão</b>
	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 e/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
<b>ASPECTOS DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA</b>				
1. A criança possui caderneta de saúde?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
<b>Observe na caderneta da criança:</b>				
2. O peso da criança está em curva: <input type="radio"/> Ascendente <input type="radio"/> Descendente <input type="radio"/> Horizontal <b>Peso:</b>				
3. A altura da criança está em curva: <input type="radio"/> Ascendente <input type="radio"/> Horizontal <b>Altura:</b>				
4. O calendário de vacinação está em dia?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
5. A criança está sendo alimentada com leite materno:*				
<input type="radio"/> Exclusivamente <input type="radio"/> Complementarmente <input type="radio"/> Predominantemente <input type="radio"/> Não está sendo amamentada				
<b>As perguntas 6 a 8 exigem comprovação por laudo médico</b>				
6. A criança apresenta algum problema de saúde?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
<input type="checkbox"/> Doença falciforme	<input type="checkbox"/> Doença do refluxo gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Hiperatividade/déficit de atenção		
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsão	<input type="checkbox"/> Respiração bucal		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fissura lábio palatina	<input type="checkbox"/> Sífilis congênita		
<input type="checkbox"/> Exposição ao HIV	<input type="checkbox"/> Intolerância à lactose	<input type="checkbox"/> Intolerância ao glúten		
<input type="checkbox"/> Outras DST / IST	<input type="checkbox"/> Intolerância à proteína do leite	<input type="checkbox"/> Hipertensão		
<input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Outros/Especifique:		

Possui acesso a tratamento/acompanhamento?\*  Sim  Não  
 Utiliza medicação?\*  Sim  Não

Observações:

7. A criança tem alguma deficiência diagnosticada?\*  Sim  Não

Em caso positivo, identifiqá-la(s):

Auditiva  Física  Intelectual/Cognitiva  Visual  Múltipla

Em caso de não existir diagnóstico clínico, há suspeita de deficiência?\*  Sim  Não

Observações:

8. A criança possui algum destes diagnósticos?\*  Sim  Não

Em caso positivo, identifiqá-lo (s):

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hidrocefalia             | <input type="checkbox"/> Síndrome Alcoólica Fetal                            | <input type="checkbox"/> Transtorno Desintegrativo da Infância |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de LenoxGastaut | <input type="checkbox"/> Síndrome do X Frágil                                | <input type="checkbox"/> Síndrome de Rett                      |
| <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral       | <input type="checkbox"/> Microcefalia  | <input type="checkbox"/> Transtorno de Asperger                |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de West         | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down                                    | <input type="checkbox"/> Autismo                               |
| <input type="checkbox"/> Outros/Especifique:      | <input type="checkbox"/> 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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Olha para a criança (olho no olho)           | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Consegue ir além das orientações do visitador                      |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Demonstra carinho e agrada a criança         | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Acompanha e considera aos interesses da criança                    |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Escuta e responde às solicitações da criança | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Respeita o ritmo/tempo da criança                                  |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Participa e interage às brincadeiras         | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Conversa/narra/descreve a atividade realizada com a criança        |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Questiona a criança durante as brincadeiras  | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Identifica avanços e/ou fragilidades no desenvolvimento da criança |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Consegue estabelecer regras de convivência   | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Sugere/apoia/demonstra entusiasmo durante atividades               |
| <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 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: