



PREFEITURA DE  
**CATANDUVA**  
SECRETARIA DE SAÚDE

ASSOCIAÇÃO  
**Mahatma  
Gandhi**   
**SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!**

# **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO NO MUNICÍPIO DE CATANDUVA**

**Catanduva/SP  
2022**

## **EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO**

### **I. Representantes da Coordenação de Atenção Básica (Secretaria de Saúde)**

Camila de Santis Silva – Enfermeira, Diretora do Departamento Técnico  
Gabriela Zerbinatti Mismito Sangalli – Enfermeira, Coordenadora

### **II. Representante da Coordenação Médica da Atenção Básica**

Fernanda M. Martinez Peres – Médica

### **III. Representantes Médicos (Especialistas)**

Kátia Silva Carvalho – Pediatra  
Luciana Sabati Doto Tannous Elias – Pediatra e Neonatologista

### **VI. Representantes da Organização Social Mahatma Gandhi**

Tiago Aparecido Silva – Enfermeiro, Coordenador Técnico  
Mariana Mendonça Alves Pansa – Enfermeira, Supervisora  
Eduarda Oliveira de Aro Margonar – Enfermeira, Supervisora  
Fabiana Lora Bueno – Enfermeira, Supervisora  
Fernanda Pugliani – Enfermeira, Supervisora



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>1. OBJETIVOS.....</b>	<b>4</b>
<b>2. AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO.....</b>	<b>6</b>
<b>3. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NEONATAL.....</b>	<b>7</b>
<b>4. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NEONATAL .....</b>	<b>10</b>
<b>5. AGENDAMENTO DE CONSULTAS.....</b>	<b>11</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>12</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>14</b>

## INTRODUÇÃO

Nascer antes do tempo e nascer muito pequeno não é o desejado para nenhum recém-nascido (RN), porém, um número significativo de RN acaba chegando ao mundo antes do tempo previsto. Durante seu crescimento e em seu desenvolvimento, tais crianças poderão encontrar adversidades na dependência de suas condições de nascimento. Quanto menor ou quanto mais precoce for o seu nascimento, maiores serão suas vulnerabilidades – fisiológicas, metabólicas, psicológicas – o que também determina o período de sua internação hospitalar. Tais ocorrências no RN preocupam quanto ao seu crescimento, ao seu desenvolvimento e às suas necessidades de cuidado após a alta hospitalar. Isso mostra que é importante refletirmos sobre a prematuridade e seus indicadores de risco no RN e em sua família.

A prematuridade é considerada a principal causa de morte em crianças nos primeiros 5 anos de vida no Brasil (França, 2017). A carga de doenças na população, atribuída ao nascimento prematuro e medida em anos de vida perdidos, somados aos anos de vida vividos com incapacidade, revela a condição da prematuridade e suas complicações. Comparado ao mundo, o Brasil, ocupa o nono lugar em número absoluto de partos prematuros (Chawanpaiboon, 2019).

O nascimento prematuro no Brasil está associado, principalmente, a dois componentes: o primeiro deles, composto de pré-termos tardios e associado às cesarianas em mulheres de nível educacional mais elevado; e o segundo, de maior relevância, é composto por todos os graus da prematuridade, está vinculado principalmente à pobreza. Em um estudo recente de Barros (2018) A ruptura prematura de membranas foi o principal fator associado a este último. Mortes fetais e os recém nascidos termos precoces, entre 37 e 38 semanas e que apresentam graus variados de imaturidade pioram os resultados, quando analisamos toda a população de recém-nascidos. (WHO, 2012; ACOG Committee, 2013).

O nascimento prematuro produz um excesso de mortes nos primeiros 5 anos de vida no Brasil, principalmente nas regiões mais pobres, mensurável quando esses números e causas das mortes são comparados aos de países que conseguiram melhor organização da saúde perinatal (França, 2017; GBD, 2017). Nas crianças que sobrevivem, a prematuridade aumenta o risco de condições crônicas, como alterações nos padrões de crescimento desde o período neonatal, atrasos no desenvolvimento sensorial, motor e cognitivo e problemas psíquicos com todas as consequências associadas a cada um e ao conjunto desses eventos. Além disso, essas crianças terão risco aumentado de evoluírem com condições crônicas, tais como, diabetes tipo II e doenças cardiovasculares (Ong, 2015).

No Brasil, de acordo com o estudo *Global Burden of Disease (GBD) Brasil 2015*, uma parceria do MS-Brasil e do *Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME)* da Universidade de Washington, Estados Unidos, as complicações associadas à prematuridade vêm ocupando o primeiro lugar nas causas de óbitos nos primeiros cinco anos de vida, desde os anos 90. Apesar da queda notável nos últimos 25 anos, permanece um número significativo de óbitos potencialmente evitáveis relacionados à prematuridade e sensíveis à atenção efetiva no pré-natal, parto e período neonatal.

A taxa de prematuridade no Brasil está estimada em 11,5% do total de nascimentos. Os pré-termos tardios representam a grande maioria dos prematuros, em torno de 74% do total, seguidos pelos menores de 32 semanas (16%) e de 32-33 semanas (10%) de acordo com o Projeto Nascer no Brasil.

## **1. OBJETIVOS**

A prematuridade deve ser abordada, com múltiplas estratégias para sua prevenção. É um processo que se inicia muito antes da gestação, determinada por fatores socioeconômicos, estilo de vida e de trabalho, que interagem de maneira complexa aos fatores biológicos determinando o nascimento prematuro (Victora,

2001). O grau de prematuridade é determinado pela idade gestacional e frequentemente se associa a quadros de desnutrição fetal.

A OMS recomenda a nomenclatura de pré-termos para crianças que nascem com idade gestacional menor que 37 semanas ou menos de 259 dias, contados a partir do primeiro dia do último período menstrual da mulher (WHO,1977; WHO, 2012; Chawanpaiboon, 2019). No entanto, o *Committee on Obstetric Practice*, juntamente com o *American Institute of Ultrasound in Medicine* e a *Society for Maternal-Fetal Medicine* (2017) consideram o exame obstétrico ultrassonográfico realizado precocemente, antes de completar 14 semanas de gestação, como o padrão ouro para estimativa da idade gestacional, recomendação também do grupo Intergrowth-21st (Papageorghiou, 2014).

Para reverter esses resultados para saúde infantil e materna com a organização em rede da assistência perinatal, de acordo com a estratificação do risco gestacional. Isso significa sistematização dos fluxos assistenciais na APS (Atenção Primária à Saúde) e atenção especializada vinculada às maternidades, e que respondam adequadamente às demandas clínicas da parturiente e do recém-nascido, conforme Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A regionalização inclui estrutura mínima dos pontos de atenção da rede, com composição das equipes assistenciais.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui grande aliada e suas ações devem garantir a continuidade da assistência prestada ao bebê e à sua família, garantindo visitas domiciliares, atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) e retorno do lactente às consultas hospitalares previamente agendadas até atingir 2.500 g. Este seguimento compartilhado entre as equipes da maternidade e da Atenção Básica constitui uma das ofertas que objetiva apoiar os profissionais de saúde na atenção à criança egressa de unidade neonatal, qualificando o cuidado e promovendo uma articulação em rede.

## 2. AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

### A) Idade Gestacional (IG)

Estimada a partir do primeiro dia do último período menstrual e/ou clinicamente pelos métodos de Capurro, Dubovitz ou Ballard. É expressa em dias ou semanas completas.

- **RN pré-termo (RNPT):** Crianças nascidas até 36 semanas e 6 dias (258 dias) de gestação, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) ou nascidas até 37 semanas e 6 dias (256 dias), segundo Academia Americana de Pediatria (AAP).

- **RN a termo (RNT):** Nascidas entre 37 e 41 semanas e 6 dias (ou seja, 259 e 293 dias) de gestação (OMS) e nascidas entre 38 e 41 semanas e 6 dias (o que equivale a 266 e 293 dias) – (AAP).

- **RN pós-termo (RN pós-termo):** Nascidas com 42 semanas ou mais de gestação (294 dias).

### B) Peso ao Nascimento (PN)

É o primeiro peso obtido após o nascimento com a criança totalmente despida.

- **Baixo peso:** Todo RN com PN inferior a 2500 g.
- **Muito baixo peso:** RN com menos de 1500 g.
- **Extremo baixo peso:** RN com menos de 1000 g.

### **C) Classificação do RN conforme peso e idade gestacional**

Considerando como referencial uma curva de crescimento intrauterino, os RN são classificados em:

- Peso adequado para a idade (PAIG): Peso ao nascer entre os percentis 10 e 90.
- Peso pequeno para a idade gestacional (PPIG): Abaixo do percentil 10.
- Peso grande para a idade (PGIG): Acima do percentil 90.

Essa classificação é importante, pois os RN PIG e RN GIG podem ter problemas associados ao crescimento intrauterino alterado.

Este fluxograma para atendimento da criança que nasceu pré-termo traz uma proposta de avaliação de risco rápida, considerando-se os dados obtidos a partir da Caderneta de Saúde da Criança e da Gestante e as informações adicionais do resumo de alta da internação na unidade neonatal. A partir dessa avaliação de risco, são traçadas estratégias para o atendimento na rede básica com foco em determinados aspectos: crescimento e desenvolvimento. Inclui roteiro e tabela para facilitar a identificação de anormalidades na avaliação neuropsicomotora e indicação dos sinais que demandam avaliação especializada. Desta forma, pretendemos facilitar o entendimento da lógica de atendimento de bebês prematuros para profissionais de saúde.

### **3. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NEONATAL**

No contexto do atendimento em rede utilização a classificação de risco para otimizar o atendimento prestado ao paciente, dando a adequada atenção de acordo com o risco aferido. O risco está diretamente relacionado a possibilidade de óbito e no caso do RN a mortalidade infantil. Conforme preconizado classificados pelo seguintes critérios:



ALTO RISCO	RISCO INTERMEDIÁRIO	RISCO HABITUAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>- IG &lt;34 semanas e/ou PN &lt;1.500g</li> <li>- Asfixia grave (<i>conforme critérios da Academia Americana de Pediatria</i>);</li> <li>- Hipoglicemia sintomática;</li> <li>- Desnutrição grave;</li> <li>- Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;</li> <li>- Presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, HIV);</li> <li>- Infecção congênita com comprometimento neurológico;</li> <li>- Triagem neonatal positiva;</li> <li>- Internamento em UTI/UCI neonatal ou pediátrica por 72 horas no período neonatal;</li> <li>- Malformações congênitas;</li> <li>- DBP (Displasia Broncopulmonar) moderada/severa;</li> <li>- Retinopatia da prematuridade com tratamento</li> <li>- PIG abaixo do 3º percentil;</li> <li>- Alteração de neuroimagem;</li> <li>- PCR (parada cardiorrespiratória);</li> <li>- Asfixia perinatal;</li> <li>- Alterações neurológicas (hipertonia, hipotonia, tremores, outros);</li> <li>- Exames de neuroimagem: USTF/TCC/RM alterados - PC com crescimento anormal;</li> <li>- Icterícia se níveis tóxicos de bilirrubina indireta;</li> <li>- DMO;</li> <li>- Enterocolite necrosante;</li> <li>- Infecção grave;</li> <li>- Apneias repetidas;</li> <li>- Displasia broncopulmonar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IG &gt;34 semanas e/ou PN &gt;1.500g</li> <li>- DBP (Displasia Broncopulmonar) leve;</li> <li>- ROP (Retinopatia da Prematuridade) sem tratamento;</li> <li>- PIG;</li> <li>- Hipoglicemia sintomática;</li> <li>- Icterícia se houver níveis tóxicos de Bilirrubina Indireta;</li> <li>- Mães com menos de 15 anos ou mais de 40 anos;</li> <li>- Mães analfabetas;</li> <li>- Mães com até 20 anos e filho morto antes de completar um ano;</li> <li>- Mães com até 20 anos e mais de 3 filhos vivos;</li> <li>- Mães que morreram no parto/puerpério</li> <li>- Risco Social*</li> </ul>	<p>RN a termo sem intercorrências</p>

**\*Risco social:** Mais de 2 pessoas por dormitório, crianças em creche ou em escola, baixa escolaridade materna, situação de violência, uso de drogas, mãe sozinha ou suporte social precário, baixa renda familiar, entre outros.

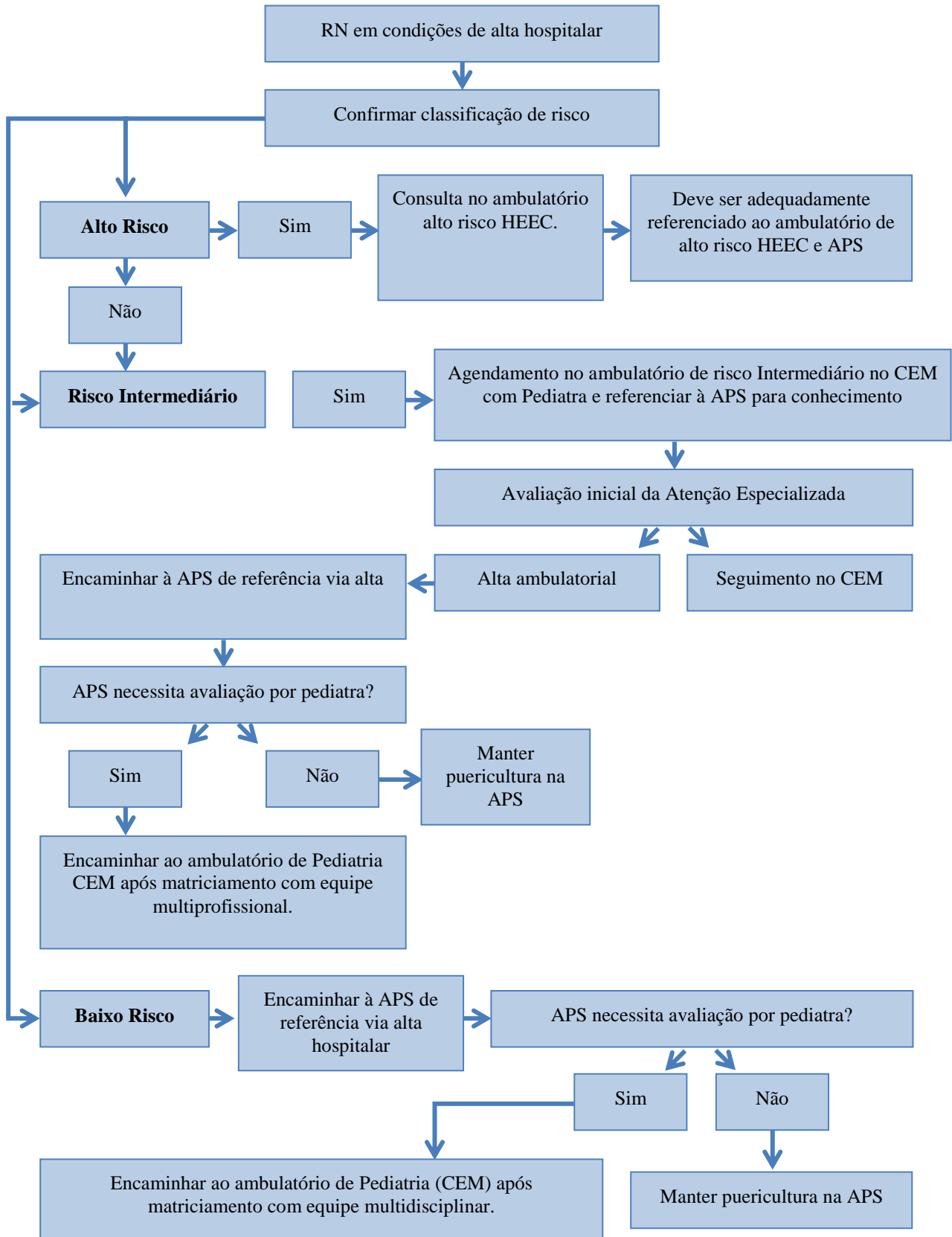
Lembre-se que uma família de alto risco social pode demandar seguimento especializado mesmo que o risco biológico não seja significativo. Se a criança apresenta risco social, a mesma será encaminhado a APS (Atenção Primária de Saúde), será realizado matriciamento com equipe multidisciplinar, e após o matriciamento será encaminhado para CEM (se necessário).

**A classificação de risco deve ser confirmada no momento da alta hospitalar para determinar o atendimento ambulatorial conforme fluxograma.**

#### **OBSERVAÇÃO**

Lembre-se que algumas intercorrências do período neonatal têm um efeito somatório que se traduz num RN criticamente doente, ocasionando um agravamento do risco para seu desenvolvimento. Tente identificar os seguintes achados no relatório da alta: retinopatia da prematuridade (ROP), displasia broncopulmonar (DBP), hemorragia intracraniana (HIC) e enterocolite necrosante (ENC). A criança merece avaliação especializada, por ser de alto risco. Quanto maior for a associação dessas morbidades, maior será o risco para alterações no desenvolvimento neuropsicomotor do RN. Os RN pré-termo tardios (com IG entre 34 e 36 semanas) apresentam morbidade significativamente maior quando comparados aos RN a termo e, por isso, devem ter garantido um acompanhamento que atenda às suas necessidades. Cada serviço deverá ajustar os indicadores de risco conforme a sua realidade e a possibilidade de seguimento.

#### 4. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NEONATAL



## 5. AGENDAMENTO DE CONSULTAS

- Retorno para a consulta deverá ser em até 72 horas após a alta;
- Se já tiver obtido alta e tiver peso de alta acima de 2000g, considere os intervalos de 7 dias após a alta e uma segunda consulta 15 dias após, para avaliar o ganho de peso e a estabilidade clínica;
- Após esse período, sugerimos consultas mensais até os 8 meses e depois a cada 2 meses até os 18 meses de idade cronológica. Dessa forma, as consultas atenderão à necessidade do seguimento do desenvolvimento, das vacinas e da introdução de dieta complementar;
- A partir de 18 meses, poderá ser trimestral até os 2 anos e a cada quadrimestral até os 3 anos;
- A partir dos 3 anos: semestral;
- A periodicidade das consultas deve atender às especificidades da criança e conforme critérios do especialista e
- Atenção especial aos aspectos de comportamento e desempenho escolar.

Na programação da frequência das consultas considere:

- A avaliação de risco em relação aos fatores socioeconômicos e biológicos;
- A oferta de serviços de saúde, inclusive das emergências;
- Se existem outros profissionais que dão assistência regular ao lactente;
- O alto risco social, como famílias com pouco suporte social, abuso de substâncias, história de abandono, abuso ou negligência infantil, principalmente no caso de programas que fazem visita domiciliar e
- Se às idas à emergência diminuem com a regularidade das consultas.



## 6. BIBLIOGRAFIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Seguimento Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica. Manual do Método Canguru. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <<https://bvsmms.saude.gov.br/>>

FRANÇA, Elisabeth Barboza et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: Estimativas do Estudo de Carga Global de Doença. Rev. Bras. Epidemiol, São Paulo, 2017, p. 20:46-60.

CHAWANPAIBOON, Saifon et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. Lancet Glob Health, 2019, p. 7:37-46

BARROS, Fernando Carvalho, et al. Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. BMJ Open. 2018, p. 8:021538.

Committee on Obstetric Practice, the American Institute of Ultrasound in Medicine, the Society for Maternal-Fetal Medicine. Committee opinion No 700: methods for estimating the due date. Obstet Gynecol. 2017, p. 129:e150–e154.

FRANÇA, Elisabeth Barboza et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: Estimativas do Estudo de Carga Global de Doença. Rev Bras Epidemiol, São Paulo, 2017, p. 20 (Suppl 01):46-60.

GBD Child Mortality Collaborators. Global, regional, and national under-5 mortality, adult mortality, age-specific mortality, and life expectancy, 1970–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017, 390:1084–1150.

Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, WHO, March of Dimes, PMNCH, Save the Children Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012.

Ong KK, Kennedy K, Gutierrez EC, Forsyth S, Godfrey KM, Koletzko B, et al. Postnatal growth in preterm infants and later health outcomes: a systematic review Acta Paediatrica. 2015, p. 104:974–986.

Papageorgiou AT, Ohuma EO, Altman DG, Gravett MG, Hirst J, da Silveira MF, Lambert A, et al. International standards for fetal growth based on serial ultrasound measurements: the Fetal Growth Longitudinal Study of the INTERGROWTH-21st Project. Lancet. 2014, p. 384: 869–79.

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil. Rev. Bras. Epidemiol. 2001, p. 4:1.

WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. Acta Obstet Gynecol Scand. 1977, 56:247-53.

## 7. ANEXOS

### ANEXO I

#### ROTEIRO PRÁTICO – ATENDIMENTO AO RNPT

O atendimento do pré-termo deve seguir alguns passos. Para simplificar, vamos primeiro estabelecer uma ordem relativa de prioridades na consulta:

- 1) Avalie o risco do bebê mediante a análise da Caderneta de Saúde da Criança, do Cartão da Gestante e da história neonatal.
- 2) Classifique o risco com o levantamento da história familiar e socioeconômica.
- 3) Detecte as potencialidades e os prováveis problemas na família em relação ao cuidado físico e afetivo com o bebê.
- 4) Confira os exames de triagem: teste da orelhinha, teste do pezinho, reflexo vermelho.
- 5) Identifique, no resumo da alta, achados como retinopatia da prematuridade (ROP), displasia broncopulmonar (DBP), alteração de neuroimagem (HIC, LPV), asfixia grave/encefalopatia hipóxico-isquêmica e convulsões, assim como a presença de malformações congênitas, síndromes ou alterações da visão/audição e do exame neuropsicomotor. A presença dessas intercorrências demanda seguimento especializado.
- 6) Para os lactentes com IG  $\leq$  32 semanas e/ou PN  $\leq$  1.500 g, cheque: USTF, ecocardiograma e avaliação de fundo de olho (para ROP), assim como rastreamento para anemia e DMO.
- 7) Classifique o risco e programe se é necessário o seguimento especializado.
- 8) Avalie a necessidade de repetir ou solicitar novos exames.
- 9) Cheque o calendário vacinal e as especificações do RNPT.
- 10) Pergunte à mãe questões sobre medicações em uso, intercorrências clínicas e/ou internações.
- 11) Avalie a alimentação: oriente e estimule o aleitamento materno e corrija os erros alimentares.
- 12) Pese e meça o peso (sem roupa), o comprimento e o perímetro cefálico (PC): coloque os dados na curva usando a idade corrigida.
- 13) Durante o exame físico, busque a presença de sinais mais comuns no lactente pré-termo e que demandem seguimento, tais como: refluxo gastroesofágico, sibilâncias, hérnia inguinal, tremores, alteração de formato craniano e PC, convergência do olhar, alterações de tônus muscular, postura e movimentação, entre outros.
- 14) Avalie o desenvolvimento: confira as etapas do desenvolvimento por intermédio da tabela na Caderneta de Saúde da Criança e/ou aplique a escala de Denver.
- 15) Avalie a necessidade de consulta com especialistas.
- 16) Prescreva vitaminas A e D e sulfato ferroso, conforme a necessidade, a partir dos resultados de exames recentes (Anexo 2).
- 17) Programe o retorno.

## ANEXO II

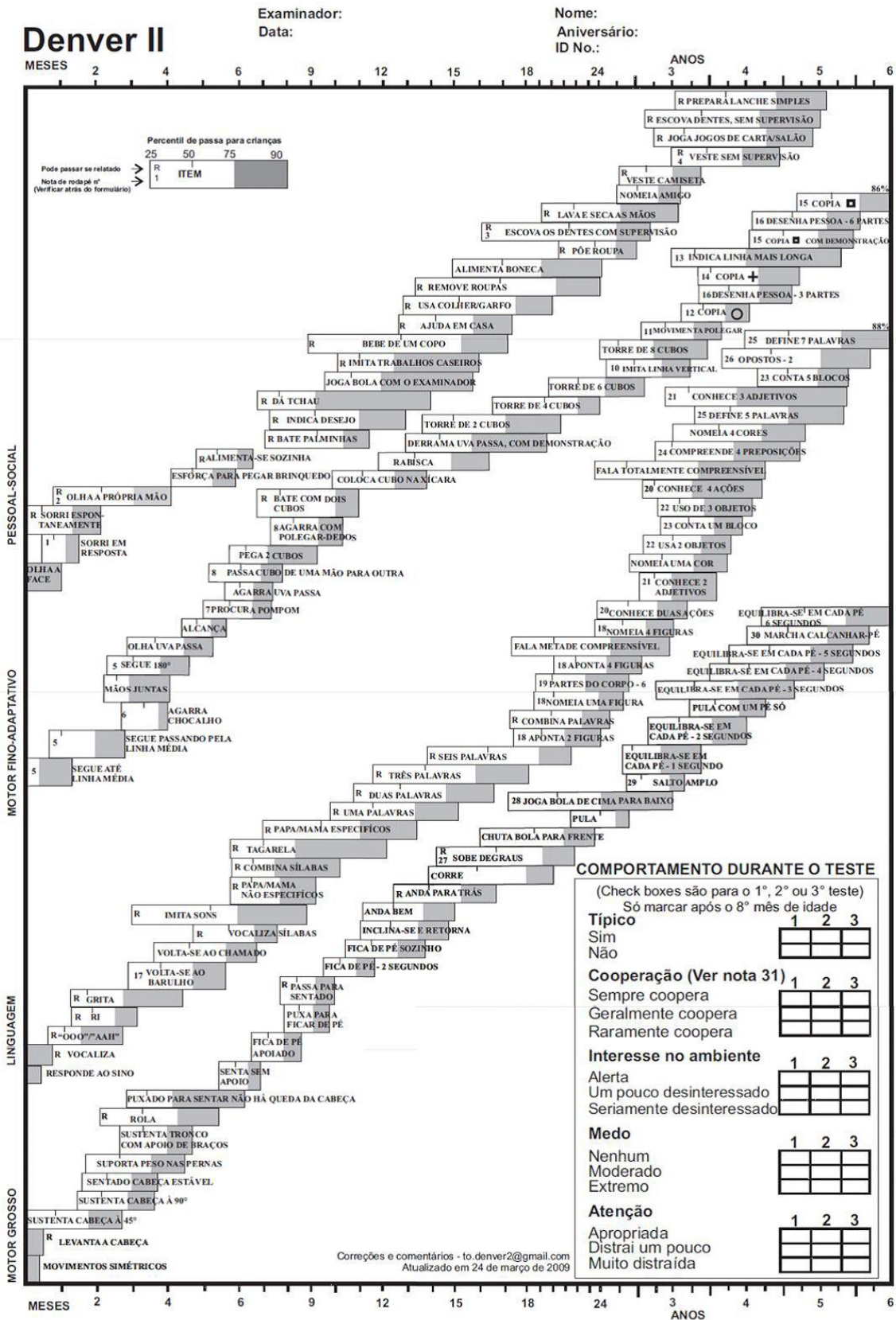
Situação	Recomendação revisada
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional em aleitamento materno exclusivo ou não	1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida.
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional em uso de menos de 500 mL de fórmula infantil por dia	1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida.
Recém-nascidos a termo com peso inferior a 2500 g	2 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos pré-termo com peso entre 2500 e 1500 g .	2 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este prazo, 1mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos pré-termo com peso entre 1500 e 1000 g .	3 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos pré-termo com peso inferior a 1000 g .	4 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/dia mais um ano.
Vitamina D	AAP recomenda suplementar 400UI/d, enquanto a ESPGHAN indica 800-1000UI/d
Vitamina A	400-1000mcg/kg/d (1mcg = 3,3UI)
Zinco	AAP recomenda 1-3mg/kg/d; a ESPGHAN indica 1,1-2mg/kg/d.

Fonte: SBP





## ANEXO III ESCALA DE DENVER



## Anexo 1

Versão Final do M-CHAT em Português

Por favor, preencha as questões abaixo sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento na questão seja raro (ex. você só observou uma ou duas vezes), por favor, responda como se seu filho não fizesse o comportamento.

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc.?	Sim	Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	Sim	Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	Sim	Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	Sim	Não
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	Sim	Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	Sim	Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	Sim	Não
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	Sim	Não
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
11. O seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	Sim	Não
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13. O seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	Sim	Não
14. O seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	Sim	Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?	Sim	Não
16. Seu filho já sabe andar?	Sim	Não
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	Sim	Não
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
22. O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?	Sim	Não
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	Sim	Não

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton.  
Tradução Milena Pereira Pondé e Mirella Fiuza Losapio.

## ANEXO IV

Formulário Referência e Contrarreferência do CEM para APS	
<b>DADOS PESSOAIS</b>	
Nome do Paciente: _____	
Data de Nascimento: ____/____/____      Sexo: ( ) F ( ) M	
Nome do Responsável: _____	
Telefone: (____) _____	
Endereço: _____	
Unidade de referência: _____	
Cartão do SUS: _____	
<b>REFERÊNCIA</b>	
<b>RELATÓRIO MÉDICO</b>	
Antecedentes pessoais: _____	
_____	
Quadro clínico:	
_____	
_____	
_____	
<b>Diagnóstico:</b> _____	
Medicações em uso:	
_____	
_____	
_____	
Resultado de exames e tratamento realizado:	
_____	
_____	
_____	
Condução: _____	
_____	
<b>CONTRA REFERÊNCIA</b>	
PARECER DA ESPECIALIDADE (Descrever tecnicamente a condução clínica instituída na especialidade):	
_____	
_____	
_____	
ORIENTAÇÕES À UNIDADE DE SAÚDE: _____	
_____	
Responsável pelo preenchimento (Carimbo e Assinatura):	