



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

NOTA INFORMATIVA CONJUNTA Nº 01/2021

1. INTRODUÇÃO

O Maranhão apresenta uma alta taxa de mortalidade materna, fetal e infantil e diante deste cenário o Governo do Estado adotou estratégias para a redução e melhoria desses indicadores, dentre elas podemos destacar o Programa Cheque Cesta Básica Gestante, com a finalidade de aumentar a adesão à assistência pré-natal e puericultura.

O Programa Cheque Cesta Básica Gestante foi instituído pela Lei nº 10.956, de 5 de dezembro de 2018 em seu Art. 5º, e regulamento pelo Decreto Estadual nº 34.651, de 2 de janeiro de 2019, e Portaria conjunta nº 01, de 15 de março de 2019^{1,2,3}. É um programa de transferência condicionada de renda para gestantes de baixa renda do Estado do Maranhão advindo do valor arrecadado a título de Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação – ICMS, sobre operações de venda de produtos pertencentes à cesta básica.

O objetivo desta nota consiste em subsidiar os municípios para a operacionalização do Programa Cheque Cesta Básica Gestante e Sistema Mãe Maranhense.

2. REGULAMENTAÇÃO

A Portaria conjunta nº 01, de 15 de março de 2019 regulamenta a execução do Programa Cheque Cesta Básica Gestante, a qual será realizada conjuntamente pela Secretaria de Estado da Saúde – SES, Secretaria Extraordinária de Articulação de Políticas Públicas – SEEPP e Secretaria de Estado da Fazenda – SEFAZ. De acordo com a portaria:

Cabe ao Estado, através da SES:

- Realizar a concessão, liberação e pagamento do benefício do programa;
- Monitorar o cumprimento das condicionalidades, em articulação com a SEEPP;
- Acompanhar e fiscalizar a execução do programa;
- Realizar o acompanhamento técnico para indicação das gestantes elegíveis ao recebimento do benefício, mediante a análise do cadastro observando os critérios estabelecidos em portaria;



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

- Elaborar os relatórios e fornecer as bases de dados necessários ao acompanhamento, controle, avaliação e fiscalização da execução do programa junto ao município;
- Realizar manutenção e aprimoramento do SMM;
- Disponibilizar o modelo de fichas de cadastro, pré-natal e pós-parto e fichas de estratificação de risco da gestante e da criança no site <https://smm.saude.ma.gov.br>;
- Realizar oficinas de alinhamento com os profissionais dos municípios;
- Realizar apoio institucional aos municípios para o fortalecimento do programa.

Cabe ao Estado, através da SEEPP:

- Monitorar e acompanhar de todas as fases de execução do programa, assim como o apoio, a articulação intersetorial e a supervisão das ações governamentais para o cumprimento de suas condicionalidades.

Cabe ao Estado, através da SEFAZ:

- Disciplinar, coordenar e implementar as ações de apoio financeiro anual à execução do programa.

3. PROCESSO DE ADESÃO DOS MUNICÍPIOS AO PROGRAMA

O processo de adesão dos municípios ao programa deu-se através da assinatura do Termo de Adesão pelo prefeito, no ano de 2019, em que o município declara conhecer o **Programa Cheque Cesta Básica Gestante** e, através deste, formalizar sua participação a fim de beneficiar as mulheres gestantes residentes em seu território, por meio da concessão de **até** 9 (nove) parcelas de R\$ 100,00 (cem) reais, sendo até 6 (seis) parcelas durante a gravidez e as demais parcelas nos primeiros meses de vida da criança.

O Termo de Adesão tem vigência indeterminada, porém poderá ser aditado ou finalizado por descumprimento de suas normas.

4. CONDICIONALIDADES PARA RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

São critérios de inclusão das gestantes no Programa Cheque Cesta Básica Gestante:

- Residir no Estado do Maranhão;



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

- Possuir renda familiar mensal bruta que não ultrapasse um salário mínimo;
- Ter iniciado o pré-natal com até 12 semanas de gestação;

As condicionalidades elencadas em portaria, que são utilizadas para oferta do benefício são baseadas nas orientações do Ministério da Saúde.

Para continuidade no recebimento do benefício, as gestantes deverão comparecer regularmente às consultas de pré-natal, puerpério e puericultura e seguir as condicionalidades elencadas no quadro a seguir:

Parcela	Condicionalidade
1ª	1ª Consulta de pré-natal até a 12ª semana de gestação (1ª Trimestre) Cadastro da gestante; Avaliação obstétrica (médico ou enfermeiro); Realizar testes rápidos de Sífilis/HIV/Hepatites Virais; Atualizar a caderneta da gestante (informações e esquema vacinal); Realizar Estratificação de Risco; Solicitação de exames laboratoriais: tipagem sanguínea e fator Rh; triagem de anticorpos e <i>coombs</i> direto se for Rh da mãe for negativo; sorologia anti-HIV; sorologia para toxoplasmose IgM e IgG; sorologia para hepatite B (HbsAg); teste não treponêmico para detecção de sífilis em gestantes (VDRL) caso o teste rápido de sífilis seja positivo; hemograma (ou hemoglobina e hematócrito); glicemia em jejum, e em caso de alteração, realizar o teste de tolerância à glicose; urina tipo I, e em caso de alteração realizar urocultura. E se houver indicação clínica, realizar colpocitologia oncótica.
2ª	2ª consulta de pré-natal Avaliação obstétrica (médico ou enfermeiro); Atualizar a caderneta da gestante (informações e esquema vacinal); Realizar estratificação de risco.
3ª	3ª Consulta de pré-natal Avaliação obstétrica (médico ou enfermeiro); Atualizar a caderneta da gestante (informações e esquema vacinal);



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

	<p>Realizar Estratificação de Risco</p> <p>Avaliação dos resultados dos exames solicitados: tipagem sanguínea e fator Rh; triagem de anticorpos e <i>coombs</i> direto se for Rh da mãe for negativo; sorologia anti-HIV; sorologia para toxoplasmose IgM e IgG; sorologia para hepatite B (HbsAg); teste não treponêmico para detecção de sífilis em gestantes (VDRL) caso o teste rápido de sífilis seja positivo; hemograma (ou hemoglobina e hematócrito); glicemia em jejum, e em caso de alteração, realizar o teste de tolerância à glicose e curva glicêmica; urina tipo I, e em caso de alteração realizar urocultura. E se houve indicação clínica, da colpocitologia oncótica.</p>
4ª	<p>4ª Consulta de pré-natal</p> <p>Avaliação obstétrica (médico ou enfermeiro);</p> <p>Atualizar a caderneta da gestante (informações e esquema vacinal);</p> <p>Realizar estratificação de risco;</p> <p>Realizar ultrassonografia obstétrica.</p>
5ª	<p>5ª consulta de pré-natal</p> <p>Avaliação obstétrica (médico ou enfermeiro);</p> <p>Atualizar a caderneta da gestante (informações e esquema vacinal);</p> <p>Realizar estratificação de risco;</p> <p>Realizar ultrassonografia obstétrica</p> <p>Solicitação de exames laboratoriais: sorologia para toxoplasmose IgM e IgG; sorologia para hepatite B (HbsAg); sorologia anti-HIV; teste não treponêmico para detecção de sífilis em gestantes (VDRL); hemograma (ou hemoglobina e hematócrito); glicemia em jejum, e em caso de alteração, realizar o teste de tolerância à glicose; urina tipo I e em caso de alteração realizar urocultura.</p>
6ª	<p>6ª consulta de pré-natal</p> <p>Avaliação obstétrica (médico ou enfermeiro);</p> <p>Atualizar a caderneta da gestante (informações e esquema vacinal);</p> <p>Realizar estratificação de risco;</p> <p>Realizar ultrassonografia obstétrica;</p> <p>Avaliação dos resultados dos exames solicitados: sorologia para toxoplasmose IgM e IgG; sorologia para hepatite B (HbsAg); sorologia anti-HIV; teste não</p>



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

	treponêmico para detecção de sífilis em gestantes (VDRL); hemograma (ou hemoglobina e hematócrito); glicemia em jejum, e em caso de alteração, realizar o teste de tolerância à glicose; urina tipo I, e em caso de alteração realizar urocultura.
7ª	O município ou estabelecimento hospitalar / maternidade deverá informar a data do parto no sistema.
8ª	Realização da 1ª consulta pós-parto em até 7 dias após o nascimento; Coleta das triagens neonatais (teste do pezinho); Realizar estratificação de risco da criança; Preencher a caderneta da criança.
9ª	Realização da 2ª consulta pós-parto entre 30 e 42 dias após o nascimento; Comprovação da 1º vacina ao nascer (BCG e hepatite B); Registro Civil de Nascimento; Atualizar a caderneta da criança; Avaliação dos resultados das triagens neonatais e encaminhamento se necessário.

5. SISTEMA MÃE MARANHENSE - SMM

A Secretaria de Estado da Saúde (SES) desenvolveu o Sistema Mãe Maranhense (SMM) para gerenciamento do programa, cadastro, cumprimento de condicionalidades e monitoramento da atenção ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura, bem como eventos rotineiros (exames e consultas) ou fortuitos (urgência e emergência).

O Sistema Mãe Maranhense (SMM) é acessado através do endereço eletrônico <https://smm.saude.ma.gov.br/auth/login> - por meio do *login* e senha informada para os municípios e tem como principais objetivos:

- a) Acompanhar e monitorar todas as gestantes do Estado do Maranhão que são atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS, independentemente da renda familiar, devido à descontinuidade do sistema SISPRENATAL WEB do Ministério da Saúde, que tinha por finalidade reunir todas as informações de acompanhamento de assistência do pré-natal;



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

- b) Gerenciar a elegibilidade das gestantes aptas a receber o benefício do programa Cheque Cesta Básica Gestante conforme critérios elencados em portaria, e também se propõe a acompanhar toda assistência de saúde, bem como os exames realizados, vacinas e acompanhamento das crianças nos primeiros meses de vida, por meio do preenchimento das fichas: cadastro, estratificação de risco da gestante, consulta de pré-natal, primeiro atendimento pós-parto, estratificação de risco da criança e segundo atendimento pós-parto pelas Equipes de Saúde da Família;

Para operacionalização do SMM é necessário que o município cadastre junto à SES um administrador municipal via ofício, assinado pelo Secretário de Saúde municipal, através do endereço smm@saude.ma.gov.br com as seguintes informações: **nome completo, endereço com CEP, CPF, data de nascimento, telefone para contato e e-mail**. O administrador municipal deverá, através do SMM, efetuar cadastro dos digitadores do seu município, seja da Atenção Primária à Saúde ou da unidade hospitalar.

Todas as gestantes dos municípios, independentemente da idade gestacional, devem ser cadastradas no SMM, com o objetivo de acompanhamento e monitoramento da qualidade do pré-natal, parto, nascimento, puerpério e puericultura. As gestantes que cumprirem as condicionalidades descritas na portaria do Programa Cheque Cesta Básicas Gestante serão contempladas com o benefício.

Na captação da gestante deverão ser preenchidas as seguintes fichas: cadastro (Anexo 1), ficha de consulta pré-natal (Anexo 2) e ficha de estratificação de risco da gestante (Anexo 3). A ficha de cadastro será preenchida uma única vez. Nas consultas subsequentes os serviços de saúde deverão preencher as fichas de consulta pré-natal e a ficha de estratificação de risco da gestante mensalmente.

As informações referentes ao trabalho de parto, parto e nascimento deverão ser preenchidas pelas equipes de saúde das unidades hospitalares/maternidades por meio do módulo hospitalar através da ficha “Assistência ao parto e nascimento” (Anexo 4). Em casos de internação da gestante, a unidade hospitalar/maternidade deverá garantir o preenchimento da ficha de consulta de pré-natal (Anexo 2) durante o período de internação. Nos casos de internação da puérpera e/ou recém-nascido, com o objetivo de garantir a continuidade do benefício, deverão ser preenchidas as fichas “Formulário de Atenção ao puerpério (até 42 dias)” (Anexo 5) e “Formulário do Recém-nascido (neonatal ou pós-neonatal)” (Anexo 6).



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

Cabe também às unidades hospitalares, identificar as gestantes, puérperas e/ou recém-nascidos beneficiários internados nos leitos de gestação de alto risco, de alojamento conjunto, leitos neonatais, unidade de terapia intensiva, isolamentos para tratamento de infecções puerperais ou quaisquer condições patológicas que prolongue a permanência desse público sob os cuidados do serviço hospitalar.

Além disto, as informações referentes ao parto, às condições de saúde da puérpera e da criança deverão ser avaliadas e acompanhadas, no mínimo duas vezes pela Atenção Primária e cumprir com as condicionalidades referentes ao período. A primeira consulta pós-parto deverá ocorrer até sete dias e as informações deverão ser preenchida na ficha de 1º atendimento pós-parto (Anexo 7) e ficha de estratificação de risco da criança (Anexo 8). A segunda consulta pós-parto deverá acontecer entre 30 e 42 dias e as informações deverão ser preenchidas na ficha de 2º atendimento pós-parto (Anexo 9) e a ficha de estratificação de risco da criança.

Vale ressaltar que as inserções das informações referentes ao módulo hospitalar devem obedecer aos prazos descritos no item “PROCESSO DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO”.

Algumas informações não podem ser alteradas no SMM pela gestão municipal, tais como: CPF da gestante, renda mensal, data de captação da gestante, cartão nacional do SUS, município de residência e data da última menstruação (DUM). Em caso de erros nesses dados, o município deverá entrar em contato com a Coordenação Estadual do Cheque por meio do e-mail smm@saude.ma.gov.br, através de ofício assinado pelo Secretário de Saúde do município.

A gestão municipal, por meio do SMM, pode emitir relatórios com objetivo de acompanhamento e monitoramento dos dados inseridos sobre as gestantes e outras informações relacionados ao município. Dentre os dados que podem ser extraídos por meio de relatório:

- **Gestante por município:** é possível emitir um relatório sobre todas as gestantes do município, quantidade de consultas de pré-natal, situação do cartão, número do cartão, *status* da gestante, dados sobre a vacina, Idade Gestacional (IG) da captação, IG atual, idade da gestante, bem como outros dados que poderão ser trabalhados de diferentes maneiras pelos gestores;
- **Panorama de saúde do município:** destaca-se como um importante relatório de análise técnica quantitativa que indica de modo panorâmico a situação das gestantes atendidas do município, podendo observar a quantidade de gestantes com 0 a 3 consultas, 4 a 5 consultas ou mais de 6 consultas;



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

- **Consultas de pós-parto (P1 e P2):** é possível acompanhar todas as gestantes que possuem registro da 1º e 2º consulta pós-parto. O município pode observar informações sobre data do parto, dados sobre vacinação, teste do pezinho, dentre outras informações;
- **Aborto:** os gestores poderão acompanhar as informações de todas as gestantes em situação de abortamento e, a partir da análise desses dados, atuar preventivamente.

6. ATRIBUIÇÕES DOS PARTICIPANTES NO PROGRAMA

O Programa Cheque Básica Gestante requer o engajamento de diversos participantes para operacionalização com sucesso da concessão do benefício. Dessa forma, a seguir, estão descritas as atribuições dos participantes:

Cabe à SES, através da Unidade Regional de Saúde:

- Receber os cartões junto a Coordenação das Regionais;
- Realizar a entrega dos cartões aos municípios;
- Realizar a devolução dos cartões à Coordenação das Regionais, por meio de ofício com descrição da situação de cada cartão, de acordo com os seguintes critérios: gestantes não localizadas, morte materna ou outra situação detalhadamente descrita.
- Enviar os termos e lista das gestantes referentes ao recebimento dos cartões no município para a Coordenação das Regionais;
- Realizar apoio institucional aos municípios para o fortalecimento do programa;
- Monitorar pelo SMM a inserção de dados e entrega de todos os cartões pelos municípios.

Cabe aos municípios:

- Assinar o Termo de Adesão ao Programa;
- Cadastrar as gestantes no SMM, mantendo a atualização, envio regular e consistente de informações conforme os critérios estabelecidos em portaria;
- Garantir oferta das consultas de pré-natal bem como os exames necessários conforme preconizado pelo Ministério da Saúde - MS;
- Realizar referência e contrarreferência das gestantes estratificadas de alto risco;



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

- Orientar e informar todas as gestantes beneficiadas sobre dúvidas quanto ao cadastro, recebimento do cartão e de parcelas;
- Disponibilizar as fichas de: cadastro, consulta pré-natal, estratificação de risco da gestante e da criança, primeiro atendimento pós-parto, segundo atendimento pós-parto para as equipes de saúde da família;
- Realizar a entrega dos cartões às gestantes de seu território;
- Anexar cópia de documento de identificação da gestante com foto na lista de recebimento para envio às Unidades Regionais;
- Realizar a devolução dos cartões à Unidade Regional, por meio de ofício com descrição da situação de cada cartão, de acordo com os seguintes critérios: gestantes não localizadas, morte materna ou outra situação detalhadamente descrita.

Cabe aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família:

- Realizar busca ativa das gestantes do território adscrito;
- Realizar o cadastro, registro das consultas de pré-natal e estratificação de risco de todas as gestantes independentemente da idade gestacional para monitoramento e dados epidemiológicos;
- Preencher as fichas de cadastro, estratificação de risco da gestante, consulta de pré-natal, primeiro atendimento pós-parto, estratificação de risco da criança e segundo atendimento pós-parto;
- Encaminhar todas as fichas corretamente preenchidas para o coordenador ou digitador do programa para inserção, em tempo oportuno, no SMM;
- Realizar consulta mensal das gestantes, com maior atenção para as cadastradas no programa;
- Solicitar todos os exames laboratoriais e de imagens conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Realizar os testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites no primeiro trimestre e no terceiro trimestre;
- Realizar vacinação de todas as gestantes de acordo com calendário nacional do Ministério da Saúde;



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

- Atualizar e registrar adequadamente os dados na caderneta da gestante;
- Identificar os casos de aborto, informar por meio da ficha de pré-natal e encaminhar para os digitadores do SMM, imediatamente;
- Identificar os casos de morte fetal e informar por meio da ficha de pré-natal e encaminhar para os digitadores do SMM, imediatamente;
- Realizar as consultas de puerpério e puericultura, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Atualizar e registrar adequadamente os dados na caderneta da criança;

Cabe ao administrador municipal e das maternidades:

- Cadastrar digitadores a nível municipal e/ou nas unidades hospitalares e maternidades;
- Prezar pela segurança das informações inseridas no SMM;
- Qualificar ESF e digitadores para continuidade do programa;
- Acompanhar o processo de todas as gestantes inseridas no programa;
- Visualizar dados, emitir relatórios de consulta de pré-natal, exames, risco gestacional, parto e nascimento, consulta puerperal e puericultura das gestantes inseridas no SMM;
- Informar no SMM a entrega do cartão à gestante, marcando a opção “Cartão foi entregue”;
- Orientar e informar todas as gestantes beneficiadas sobre dúvidas quanto ao cadastro, recebimento do cartão e de parcelas;
- Em caso de alteração de digitador (cadastro, exclusão, alteração de senha, alteração de dado pessoal, etc.), o administrador municipal poderá fazê-lo no SMM, ou enviar ofício por *e-mail* para smm@saude.ma.gov.br com as informações do digitador (nome completo, endereço com CEP, CPF, data de nascimento, celular e *e-mail*).



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

Cabe ao digitador municipal e das maternidades:

- Inserir informações das fichas de cadastro, consulta de pré-natal, estratificação de risco da gestante, primeiro atendimento pós-parto, segundo atendimento pós-parto, estratificação de risco da criança no SMM;
- Visualizar dados e emitir relatórios das gestantes cadastradas, consultas de pré-natal, exames, risco gestacional, parto e nascimento, consulta puerperal e puericultura das inseridas SMM;
- Realizar edições (salvar e alterar) no sistema referente às informações das gestantes: dados pessoais, residência, renda familiar, unidade de saúde, outras informações.

Cabe às gestantes:

- Comprovar domicílio em município do Estado do Maranhão;
- Comprovar renda familiar bruta que não ultrapasse 01 (um) salário mínimo mensal;
- Comparecer no período preconizado às consultas de pré-natal e pós-parto;
- Realizar todos os exames solicitados e apresentar os resultados nas consultas de pré-natal e pós-parto;
- Buscar junto à gestão municipal as informações referentes a dúvidas quanto ao cadastro, recebimento do cartão e de parcelas.

7. PROCESSO DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

As gestantes que cumprirem as condicionalidades referentes ao cadastro e a primeira consulta terão suas informações avaliadas pelo SMM. A situação do cadastro da gestante poderá ser acompanhada pelo administrador municipal e digitador através do SMM (menu cheque > municipal > município > buscar cartão gestante > buscar).

Após avaliação e aprovação do cumprimento das condicionalidades, o SMM gera uma lista com as informações das gestantes do Estado que seguirá o seguinte fluxo: o arquivo é enviado ao Banco do Brasil para a confecção dos cartões, posteriormente o banco envia os cartões para a SES, em seguida os cartões são entregues às Unidades Regionais de Saúde e Municípios e entregues as gestantes, conforme descrito abaixo:



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar



Após a chegada dos cartões para as gestantes, é de responsabilidade do município, por meio do administrador municipal, informar no sistema a entrega do cartão selecionando a opção “cartão foi entregue” (menu cheque > municipal > buscar cartão gestante > nome completo ou CPF da gestante > buscar > selecionar a opção “cartão foi entregue”). As unidades regionais deverão monitorar a entrega e marcação do item (“cartão foi entregue”) no sistema pelos municípios.

Todos os cartões entregues nos municípios seguem bloqueados e sem saldos, para uso somente na **função de débito**. A primeira parcela do benefício referente ao cadastro e primeira consulta de pré-natal, será liberada somente após a marcação do item “cartão foi entregue” pelo município. As parcelas subsequentes estão atreladas à realização das consultas mensais e inserção dos dados no sistema SMM até o 7º dia do mês seguinte (Ex.: As gestantes que fizeram consulta de pré-natal no mês de abril, deverão ter seus dados inseridos no SMM até o dia 07 de maio para recebimento do benefício).

Os municípios e as unidades regionais deverão acompanhar a situação das gestantes no SMM de acordo com as seguintes legendas:

Ativo (A): O plástico (cartão) está pronto para uso;

Em Rota (RO): O plástico (cartão) foi enviado para produção no Banco do Brasil;

Erro (E): As informações apresentaram alguma inconsistência. O município deve corrigir os erros em 30 dias para que a gestante seja selecionada pelo Programa Cheque Cesta Básica Gestante. Após esse período sem correção a gestante será inativada no sistema.

Inativo (I): O plástico (cartão) foi desativado ou recusado para o recebimento de mais parcelas;

Solicitação (S): Potencial gestante beneficiada que foi selecionada e está sob análise.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

8. SITUAÇÕES ESPECIAIS DO PROGRAMA

- 1) Retroatividade: será realizado pagamento retroativo às gestantes somente nos casos de atraso do cartão pelo banco e pela SES, sendo necessário a continuidade da inserção mensal das informações no SMM, seguindo o **prazo de até 7 (sete) dias do início do mês subsequente à consulta pré-natal;**
- 2) Inativação do cadastro e cartão da gestante: a) o cadastro da gestante é inativado 90 (noventa) dias após a data provável do parto; b) em casos de ausência de informações no sistema por mais de 90 dias; c) em casos de erros de informação no cadastro por mais de 30 dias; d) em casos de fraudes;
- 3) Alertas no sistema: são emitidos na tela principal quando há pendência ***na inserção de consultas 30 (trinta) dias*** após a última inserção e permanece em alerta caso haja pendência de qualquer consulta de pré-natal e pós-parto;
- 4) Valores postos à disposição das beneficiárias não utilizados no prazo de 60 (sessenta) dias serão restituídos à conta específica do programa;
- 5) Em caso de bloqueio de senha do cartão, a gestante deverá se dirigir ao Banco do Brasil e solicitar a troca de senha usando **a transação 008 TAD sem senha anterior.**
- 6) **Nas situações de aborto:** o município deverá informar no sistema através da ficha de atendimento pré-natal que automaticamente inativará o cadastro e o cartão em até 60 dias após o evento;

Fique ligado:

- Constatada a ocorrência de irregularidade na execução local do programa pelas beneficiárias, estabelecimentos comerciais, agente operador e parceiros, os infratores estarão sujeitos às sanções nos termos do Código Penal;
- Sem prejuízo da sanção penal aplicável, as beneficiárias, estabelecimentos comerciais, agente operador e parceiros que utilizarem indevidamente o benefício ou utilizarem qualquer outro meio ilícito, serão obrigados a ressarcir o valor recebido de forma indevida, mediante processo administrativo;
- No ato do recebimento do cartão, o município precisa anexar cópia do documento de identificação da gestante com foto e solicitar assinatura. A lista de cartões recebidos



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

deverá ser enviada para a SES, por meio do endereço eletrônico:
smm@saude.ma.gov.br.

9. PERGUNTAS E RESPOSTAS

1) Quais gestantes deverão ser cadastradas no SMM?

Todas as gestantes deverão ser inseridas no SMM devido a descontinuidade do sistema SISPRENATAL WEB do Ministério da Saúde, que tinha por finalidade reunir todas as informações de acompanhamento de assistência do pré-natal.

2) O pagamento do cheque é por bebê, em casos de gravidez múltipla, ou por gestação?

O pagamento do benefício é por gestação, logo se houver mais de um bebê o valor de 100 reais não será ser alterado.

3) Em caso óbito fetal, o pagamento do benefício será suspenso?

Será pago somente uma parcela referente ao pós-parto. O município deverá informar a situação do óbito no sistema através da ficha de atendimento pré-natal que automaticamente inativará o cadastro e o cartão no programa para futuros pagamentos.

4) Em caso de aborto, a mulher poderá ser aprovada novamente no programa?

Sim, considerando as gestações interrompidas até 22 semanas de gestação, a gestante poderá ser aprovada novamente no programa. O município deverá informar a situação do aborto no sistema através da ficha de atendimento pré-natal que automaticamente inativará o cadastro e o cartão no programa para futuros pagamentos;

5) Como proceder em casos de mudança de local de residência, de realização do pré-natal e de realização do parto?

A inserção das consultas de pré-natal, parto, puerpério e puericultura são feitas pelo CPF da gestante. A gestante poderá ser atendida em outros municípios do Estado do Maranhão sem ter prejuízo no pagamento do benefício, desde que o município que fizer o atendimento faça inserção dos dados no sistema SMM até o 7º (sétimo) dia do mês seguinte a consulta de pré-natal. Esta situação não atende às gestantes que realizam pré-natal em outros estados limítrofes.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

Nos casos de parto em outro município ou Estado, o município que realizou o pré-natal e realizará as consultas de puerpério e puericultura deverá coletar as informações referentes ao parto junto às unidades hospitalares ou à gestão municipal.

6) Uma gestante pode ter a DUM alterada durante as consultas no SMM pelo município?

Não. A DUM obrigatoriamente deverá ser inserida na primeira consulta e depois não poderá ser alterada pelo município. Caso necessário, as alterações serão condicionadas ao envio de ofício por e-mail para a Coordenação Estadual com justificativa e comprovações de exames. A reavaliação poderá acarretar prejuízos nas parcelas do benefício.

7) Como proceder em casos de permanência das gestantes, puérpera e/ou RN na unidade hospitalar?

Cabe também às unidades hospitalares, identificar as gestantes, puérperas e/ou recém-nascidos beneficiários internados nos leitos de: gestação de alto risco, de alojamento conjunto, leitos neonatais, unidade de terapia intensiva, isolamentos para tratamento de infecções puerperais, ou quaisquer condições patológicas que prolongue a permanência desse público sob os cuidados do serviço hospitalar.

As informações referentes ao trabalho de parto, parto e nascimento deverão ser preenchidas pelas equipes de saúde das unidades hospitalares/maternidades por meio do módulo hospitalar através da ficha “Assistência ao parto e nascimento” (ANEXO 4). Em casos de internação da gestante, a unidade hospitalar/maternidade deverá garantir o preenchimento da ficha de consulta de pré-natal (ANEXO 2) durante o período de internação. Nos casos de internação da puérpera e/ou recém-nascido, com o objetivo de garantir a continuidade do benefício, deverão ser preenchidas as fichas “Formulário de Atenção ao puerpério (até 42 dias)” (ANEXO 5) e “Formulário do Recém-nascido (neonatal ou pós-neonatal)” (ANEXO 6).

8) Após a digitação, para onde devem ser encaminhadas as fichas?

O digitador deve devolvê-las para as unidades de saúde para que sejam anexadas no prontuário da gestante.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

9) Qual o intervalo entre gestações a mulher poderá ingressar novamente no programa para recebimento do benefício?

Para ingressar novamente no programa e recebimento do benefício, é necessário o intervalo de 2 anos a partir do parto da gestação anterior.

A recomendação é que na segunda consulta pós-parto/puericultura, a mulher e família ingressem nos programas de planejamento sexual e reprodutivo. Conforme a Organização Mundial da Saúde - OMS caso a mulher deseje engravidar novamente o ideal seria aguardar o prazo de dois anos a partir do nascimento do filho anterior, dessa forma, a espera garante uma melhor qualidade no parto e melhores chances de uma gravidez sem intercorrências, com menos riscos de eventos adversos como prematuridade, morte materna ou fetal⁴. Os dados da segunda gestação, antes do período recomendado (2 anos) poderão ser inseridos no SMM, mas não entrará no programa independente do cumprimento das condicionalidades.

Nos casos de aborto (perda fetal antes de 22 semanas da gestação) a mulher poderá entrar no programa antes dos 2 anos.

10) Como saber quais gestantes foram contempladas com o benefício e qual situação do cartão da gestante no SMM?

No SMM por meio do menu cheque > municipal > buscar cartão gestante > selecionar o município.

Nos casos de busca de todas as gestantes do município, selecionar somente a opção “buscar”. Em caso de busca individual pela gestante, incluir nome completo e/ou CPF. Também é possível fazer consulta pela situação do cartão, selecionando a opção desejada em “situação cartão”.

11) Como e onde usar o cartão?

A gestante receberá cartão para uso da função débito e o benefício deverá ser utilizado na aquisição de alimentos.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

REFERÊNCIAS

1. MARANHÃO. **Lei nº 10.956, de 5 de dezembro de 2018**. Institui o Programa Cheque Cesta Básica e o Programa de Parcelamento de Multas de Trânsito e dá outras providências. Disponível em: <https://sistemas1.sefaz.ma.gov.br/portalsefaz/files?codigo=13175>. Acesso em: 7 de janeiro de 2021.
2. MARANHÃO. **Decreto 34.651, de 2 de janeiro de 2019**. Regulamenta a Lei nº 10.956, de 5 de dezembro de 2018, que instituiu o Programa “Cheque Cesta Básica” e dá outras providências. Disponível em: <https://sistemas1.sefaz.ma.gov.br/portalsefaz/files?codigo=13275>. Acesso em: 7 de janeiro de 2021.
3. MARANHÃO. **Portaria conjunta SES/SEFAZ/SEEPP nº 01, de 15 de março de 2019**. Dispõe sobre a execução do Programa “Cheque Cesta Básica - Gestante” prevista no Art. 2º do Decreto nº 34.651, de 2 de janeiro de 2019. Disponível em: <http://stc.ma.gov.br/legisla-documento/?id=5445>. Acesso em: 7 de janeiro de 2021.
4. Organização Mundial da Saúde. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. Geneva, World Health Organization, 2015.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Ana Cleide Vieira (Chefe de Departamento de Atenção à Saúde da Mulher)

Anna Clara C. de Carvalho Santos (Departamento da Rede Materno-infantil)

Adryano Max Escorcio da Silva (Supervisão de Tecnologia da Informação)

Isaac Souza Silva (Supervisão de Tecnologia da Informação)

Dayse Keylianne Vieira Ramos (Departamento de Atenção à Saúde da Mulher)

Frederico Oliveira de Menezes (CONNECTASUS)

Lorena Carvalho Braga (Departamento de Atenção à Saúde da Mulher)

Morganne Arruda Gomes Vieira (Departamento de Atenção à Saúde da Mulher)

Nelma Pereira da Silva (Departamento de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente)

Tércia Silvia Carvalho (Chefe de Departamento da Rede Materno-infantil)



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

ANEXOS





ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

ANEXO 1 - Ficha de cadastro

**GOVERNO DO
MARANHÃO**
Secretaria de Saúde



**Cadastro
Gestante**

Digitado por:

Data da Captação*

 / /

CNS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	CNES:*	INE:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CATEGORIA DO PROFISSIONAL:*	NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL:*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Identificação Gestante

CPF: Nº CNS: NIS (PIS/PASEP): RG:

ÓRGÃO EMISSOR: UF/RG: DATA DE EMISSÃO: / / UF DE NASC.: MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:

NOME COMPLETO:

NOME SOCIAL:

DATA DE NASC.: / / IDADE: MENOR INCAPAZ: RAÇA (COR): Branca Preta Parda Amarela Indígena ETNIA:

ESTADO CIVIL
 União Estável - Convive c/ companheiro(a) e filho(s) Convive com familiares. sem companheiro(a)
 União Estável - Convive c/ companheiro(a) c/ laços conjugais sem filho(s) Convive com outra(s) pessoa(s) s/ laços consanguíneos/conjugais
 União Estável - Convive c/ companheiro(a), c/ filho(s) e outros familiares Vive só

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:
 Não Sim Qual

NACIONALIDADE: Brasileira Naturalizado Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO: DATA DE NATURALIZAÇÃO: / / PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:

DATA DE ENTRADA NO PAÍS: / /

NOME COMPLETO DA MÃE: Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI: Desconhecido

TELEFONE FIXO: CELULAR 01: CELULAR 02: E-MAIL:

Residência

ZONA: Urbana Rural CEP: UF: MUNICÍPIO:

ENDEREÇO: BAIRRO / POVOADO:

COMPLEMENTO: PONTO DE REFERÊNCIA:

Outras informações

SITUAÇÃO DE MORADIA | POSSE DE TERRA
 Própria Alugado Financiada Arrendado Cedido Ocupação Situação de Rua Outra

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO SANITÁRIO
 Rede coletora de Esgoto ou Pluvial Direto para um rio, lago ou mar Fossa Séptica Céu aberto Fossa rudimentar Outra forma

GRAU DE ESCOLARIDADE

<input type="checkbox"/> Creche	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Especial
<input type="checkbox"/> Pré-escola (Exceto CA)	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Especial	<input type="checkbox"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)
<input type="checkbox"/> Classe de Alfabetização - CA	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental EJA - Séries Iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	<input type="checkbox"/> Superior Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental (1ª a 4ª série)	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental EJA - Séries Iniciais (Supletivo 5ª a 8ª)	<input type="checkbox"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, etc.)
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental (5ª a 8ª série)	<input type="checkbox"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, técnico e etc.)	<input type="checkbox"/> Nenhum



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

GOVERNO DO
MARANHÃO



**Cadastro
Gestante**

Digitado por:

Data da Captação*

DENOMINAÇÃO RELIGIOSA

Católico Evangélico Espírita Religiões Afro-brasileiras Sem religião / sem declaração Outras

OCUPAÇÃO:

JORNADA:

Renda Familiar*

Informe a renda bruta da Gestante e de todos os moradores da residência

Grau de Parentesco	Renda Bruta (R\$)	Grau de Parentesco	Renda Bruta (R\$)	Grau de Parentesco	Renda Bruta (R\$)
GESTANTE	(R\$)				

Unidade de Saúde

Nº DA ÁREA:

Nº DA MICROÁREA

INE:

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS):

FORA DA ÁREA:

Sim Não



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

ANEXO 2 – Consulta Pré-natal

GOVERNO DO
MARANHÃO
 Secretaria de Saúde



Consulta
Pré-Natal

Digitado por:

Data de Atendimento*

 / /

CNS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	CNES:*	INE:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CATEGORIA DO PROFISSIONAL:*	NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL:*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Identificação da Gestante

NOME COMPLETO:*

CPF:*

NIS (PIS/PASEP):

Nº CNS:*

Nº SMM:

Consulta Pré-Natal

GRAU DE PARENTESCO DO ACOMPANHANTE:

- Mãe/Pai
 Filho(a)/Enteado(a)
 Primo(a)
 Avó(a)
 Irmã/Irmão
 Neto/Bisneto
 Genro/Nora
 Conjuge/Companheiro
 Tio(a)/Sobrinho(a)
 Não Parente
 Sem Acompanhante

NOME COMPLETO DO ACOMPANHANTE:

GRAVIDEZ PLANEJADA*

- Sim Não

GRAVIDEZ DESEJADA*

- Sim Não

CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO*

- Sim Não (1ª Consulta)

QUEIXAS:

- Cólica
 Dor Lombar
 Sangramento Vaginal
 Febre
 Náuseas
 Vômitos
 Cefaléia
 Sem Queixas
 Outros

Avaliação Obstétrica

DUM:*

 / /

IG-DUM:*

DPP:*

 / /

DATA ULTRASSOM:*

 / /

IG - ULTRASSOM:*

 s d

ALTURA UTERINA:

 cm

APRESENTAÇÃO FETAL

- Cefálica
 Pélvica
 Córmica (Transversa)

BATIMENTO CARDIACO FETAL:

MOVIMENTOS FETAIS:

- Presente
 Ausente
 Sim
 Não

REALIZADO TOQUE:

 Sim Não

DIAGNÓSTICO OBSTÉTRICO / COMORBIDADES:

CONDUTA:*

SUPLEMENTAÇÃO:

- Sulfato Ferroso
 Dose 10-40 mg/dia
 Dose 120-240 mg/dia
 Ácido Fólico*
 5 mg/dia

TESTE RÁPIDO:

Sifilis Não Realizado Reagente Não Reagente

TRATAMENTO SIFILIS

- 1ª Dose / /
 2ª Dose / /
 3ª Dose / /

Penicilina Benzatina Outros: _____

HIV

- Não Realizado
 Reagente
 Não Reagente

TRATAMENTO Sim Não

HbsAg

- Não Realizado
 Reagente
 Não Reagente

TRATAMENTO Sim Não

AntiHCV

- Não Realizado
 Reagente
 Não Reagente

TRATAMENTO Sim Não

Realizou teste rápido do parceiro

- Sim Não
 Sifilis HIV HbsAg AntiHCV

REALIZADO ATEND. ODONTOLÓGICO?

- Sim Não
 Data / /

PART. DE ATIVIDADES EDUCATIVAS?

- Sim Não
 Data / /

Se SIM, qual: _____

VINCULADA A MATERNIDADE?

- Sim Não

QUAL MATERNIDADE?

Orientada sobre o aleitamento materno? Sim Não



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar



Consulta Pré-Natal

Secretaria de Saúde

Digitado por:

Data de Atendimento*

 / /

SITUAÇÃO VACINAL DA GESTANTE

dT e dTpa

- Sem informação de imunização
 Esquema Completo
 Esquema Incompleto

DOSES:

1ª / / 2ª / /

3ª / /

Reforço dTpa / /

Hepatite B

- Esquema Completo
 Esquema Incompleto
 Sem Esquema

DOSES:

1ª / / 2ª / /

3ª / /

Influenza

- Sim
 Não

DATA:

/ /

Sobre o Esquema Vacinal*:

- Está em dia
 Está desatualizado

Exame Físico

PESO NO ATENDIMENTO:

 Kg

ALTURA*:

 m

IMC*:

 kg/m²

PRESSÃO ARTERIAL*:

 mmHg

EXANTEMA*:

- Sim Não

EDEMA*:

- Sim Não

PESO:

 Kg

Exames Laboratoriais

Exame	Data Solic.	Data Result.	Resultado:
ABO-RH	/ /	/ /	_____
COOMBS INDIRETO	/ /	/ /	_____
GLICEMIA EM JEIUM	/ /	/ /	_____
TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE	/ /	/ /	_____
VDRL	/ /	/ /	_____
HEPATITE B - (HbsAg)	/ /	/ /	_____
ANTICORPO ANTI-HIV	/ /	/ /	_____
TOXOPLASMOSE IGG	/ /	/ /	_____
TOXOPLASMOSE IGM	/ /	/ /	_____
URINA - EAS	/ /	/ /	_____
UROCULTURA	/ /	/ /	_____
CITOLOGIA - ONCÓTICA	/ /	/ /	_____
HEMOGRAMA COMPLETO	/ /	/ /	_____
ULTRASSONOGRAFIA	/ /	/ /	_____

Risco Gestacional

- RISCO HABITUAL ALTO RISCO

Atenção: Preencher FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE anexado no site em "Formulários".

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

ÓBITO MATERNO:

- Não Sim Causa CID: _____

ÓBITO FETAL:

- Não Sim Causa CID: _____

ABORTO: Não Sim IG: s d

CARIMBO/ASSINATURA



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

ANEXO 3 – Ficha de Estratificação de Risco da Gestante



FORMULÁRIO ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE

Nome da gestante:			
UAPS:		Microárea:	
Enfermeira Responsável:		ACS Responsável:	
Data de Nascimento:		Idade Atual:	
Estado Civil:		Escolaridade:	
Ocupação:		Jornada/dia:	
Data da Última Menstruação (DUM):			
Data Provável do Parto (DPP):			
Histórico Reprodutivo: G: A: P: Intervalo interpartal :			
Partos Normais:			
Alterações no desenvolvimento fetal:			
Peso pré-gestacional:		Peso Atual:	Altura: IMC:
<u>Estrato de Risco</u>	<u>Ponto de Atenção</u>	<u>Fatores de Risco Gestacional:</u>	
Risco Habitual	Atenção Primária à Saúde (APS)	Características Individuais: Idade materna nos extremos de vida reprodutiva. Estado nutricional: IMC: 25.0 e 39.9 kg/m ² , ganho ponderal inadequado.	
		Condições sociodemográficas: instabilidade conjugal, baixa escolaridade anos, menor de 5 de anos de estudo regular, baixo nível socioeconômico, risco ocupacional por excesso de esforço físico, exposição à agentes físicos, químicos e/ou biológicos.	
		Histórico Reprodutivo Anterior: nuliparidade, multiparidade, , cirurgia uterina anterior, cesáreas prévias (três ou mais), síndrome hemorrágica, síndrome hipertensiva, restrição de crescimento fetal, malformação fetal, amniorrexe prematura, prematuridade, gravidez prolongada, intervalo interpartal (menor de 2 anos e ou maior de 5 anos),	
		Condições Pré-existentes: Doenças hematológicas controladas: Talessima. Hipotireoidismo compensado. Doenças neurológicas controladas (como epilepsia sem histórico de convulsão recente), Doença psiquiátrica controlada.	
		Complicações Durante a Gestação: Condilomatose genital leve.	
		NECESSIDADE DE MAIOR VIGILÂNCIA	
		Condições sociodemográficas: situações de violência e dependência de drogas ilícitas.	
Alto Risco	Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) Regional	Condições sociodemográficas:	
		Gestação de produto de violência sexual.	
		Dependência de drogas ilícitas sem repercussão na gestação.	
		Complicações Durante a Gestação:	
		Hipertensão induzida pela gravidez.	
		Arritmia cardíaca fetal sem sinais de insuficiência cardíaca.	
		Diabetes Gestacional.	
Anemia persistente.			
Infecção urinária de repetição.			
Toxoplasmose rubéola, citomegalovírus e zika sem infecção fetal			



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar



<p>Atenção Primária à Saúde (APS), monitoramento da Atenção Ambulatorial Especializado e Alto Risco Maternidade Terciária Capital São Luís</p>	<p>Placenta prévia não sangrante.</p> <p>Doenças infecciosas Hepatites, HIV controladas em tratamento de manutenção.</p> <p>Aloimunização sem repercussão fetal.</p> <p>Polidrâmnio ou oligodrâmnio.</p> <p>Gravidez Múltipla.</p> <p>Restrição do crescimento intrauterino.</p> <p>Hemorragias na gestação.</p> <p>Condições Pré-existentes:</p> <p>Cardiopatias com repercussão hemodinâmica leve (classes funcionais 1 e 2).</p> <p>Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) Crônica</p> <p>Diabetes Mellitus: Tipo 1, Tipo 2</p> <p>Hipertireoidismo compensado.</p> <p>Alterações genéticas maternas com risco de repercussão fetal.</p> <p>Anormalidades nos órgãos reprodutivos.</p> <p>Cirurgia Bariátrica.</p> <p>Doenças psiquiátricas descompensadas (psicoses, depressão grave).</p> <p>Distúrbios nutricionais: Anorexia ou Obesidade 3 ou ganho de peso inadequado ou excessivo.</p> <p>Nefropatias sem necessidade de hemodiálise.</p> <p>Doenças autoimunes sem repercussão sistêmica</p> <p>Ginecopatias: leiomiomatose severa, tumores anexiais.</p> <p>Doenças Hematológicas Graves: Púrpura Trombocitopênica, trombofilia sem episódio trombótico recente ou durante a gestação, tromboembolismo.</p> <p>Doenças Respiratórias: Pneumopatias.</p> <p>Condilomatose genital severa.</p> <p>Histórico Reprodutivo Anterior:</p> <p>Três abortos ou mais anteriores</p> <p>Óbito fetal</p> <p>Morte perinatal</p> <p>Abortamento habitual</p>
	<p>Condições Pré-existentes:</p> <p>Cardiopatias com importante repercussão hemodinâmica (classes funcionais 3 e 4).</p> <p>Doenças Respiratórias: pneumopatias graves (asma moderada/grave, fibrose cística, DPOC).</p> <p>Nefropatias graves (com necessidade de hemodiálise e pós-transplante renal).</p> <p>Doenças autoimunes com repercussão sistêmica ou descompensado (lúpus eritematoso sistêmico).</p> <p>Doenças hematológicas graves (doença falciforme, púrpura trombocitopênica)</p> <p>Neoplasias.</p> <p>Transplante de órgãos.</p> <p>Complicações Durante a Gestação:</p> <p>Malformação fetal.</p> <p>Instabilidade materna ou fetal grave que necessite de acompanhamento ou parto na maternidade de Alto Risco.</p> <p>Diabetes Mellitus de difícil controle glicêmico ou que apresente feto grande para idade gestacional e polidrâmnio.</p>



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar



		Hipertireoidismo ou Hipotireoidismo descompensado.
		Síndrome hipertensiva de difícil controle.
		Trombofilia com episódio trombótico recente ou durante a gestação.
		Toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis terciária, zika com infecção fetal.
		Aloimunização com repercussão fetal. Malformação fetal.
		Insuficiência Istmo-Cervical.
		Arritmia cardíaca fetal com sinais de insuficiência cardíaca.

Datas da estratificação e todas as atualizações:	Observações e assinatura e carimbo do médico ou enfermeiro da UAPS responsáveis pela estratificação e atualizações:



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

ANEXO 4 – Assistência ao parto e nascimento

GOVERNO DO **Assistência ao Parto e Nascimento** Secretaria de Saúde

Digitado por: Data da Digitação:

Recepção

CNES:* NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE*

ACESSO À UNIDADE: Transferência Demanda espontânea MUNIC. DE PROCEDÊNCIA DA GESTANTE:* UF:

TIPO DE TRANSPORTE: Ambulância Próprio (Carro/Moto) Outros VINCULADO À UNIDADE: Sim Não DATA E HORA DE ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO:* / /

Identificação da Gestante

NOME DA MULHER COMPLETO:* RG:* ORGÃO EMISSOR:* UF:* DATA DE EMISSÃO:*

DATA DE NASCIMENTO:* / / UF NASC.º: NACIONALIDADE: Obs* CARTÃO DO SUS:* CPF:*

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: NATURALIDADE:

DATA DE NATURALIZAÇÃO: / / PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO: / / DATA DE ENTRADA NO PAÍS: / /

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA: Não Sim ETNIA:

RAÇA (COR): Branca Preta Parda
 Amarela Indígena

Qual?

Acolhimento

DATA E HORA DE ATENDIMENTO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:* / / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO

SINAIS VITAIS MATERNS

P.A. <input type="text"/> mmHg	FC <input type="text"/> bpm	FR <input type="text"/> rpm	TAX <input type="text"/> c	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Verde
				<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Azul
				<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Não realiza classificação de risco

CARIMBO/ASSINATURA

Anamnese

GRAVIDEZ MÚLTIPLA* Sim Não Ignorar GESTA* PARA* ABORTO* PARTO NORMAL* PARTO CESÁREO*

D.U.M.* / / I.G.* s d BCF* bpm TIPO SANGUÍNEO*:

MOVIMENTOS FETAIS:* Presente Ausente DINÂMICA UTERINA:* Presente Ausente DATA E HORA DE ATENDIMENTO MÉDICO:* / /

AVALIAÇÃO DE RISCO* TESTES RÁPIDOS*

<input type="checkbox"/> Risco Habitual	SÍFILIS:* <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não - Reagente <input type="checkbox"/> Não Realizado	HIV:* <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não - Reagente <input type="checkbox"/> Não Realizado
<input type="checkbox"/> Alto Risco	HB: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não - Reagente <input type="checkbox"/> Não Realizado	HC: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não - Reagente <input type="checkbox"/> Não Realizado

CARIMBO/ASSINATURA

Identificação do parto

MUNIC. DE OCORRÊNCIA DO PARTO:* UF: PROFISSIONAL QUE ASSISTIU O PARTO:* OCUPAÇÃO PROFISSIONAL-CBO:*

DATA* / / HORA* PROFISSIONAL QUE ASSISTIU O RECÉM-NASCIDO:* OCUPAÇÃO PROFISSIONAL-CBO:*

Nº DA DNV



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

Dados Assistenciais do parto

TIPO DE PARTO:* Normal Cesárea Vácuo - Extrator Fórceps Sim Não **ACOMPANHANTE:*** Sim Não **UNIDADE DE INTERNAÇÃO MATERNA:*** ALCON UTI

MOTIVO DA RELIZAÇÃO DE PARTO CESÁREO:*
 Distúrcia/fala na progressão do parto Desproporção Cefalopélvica Apresentação Anômala Iteratividade Outros
 Afecções maternas: _____ Frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora e/ou mecônio. Cesárea eletiva _____

UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS PARA ALÍVIO DA DOR: Não Sim EM CASO DE RESPOSTA SIM, MARQUE ASSI OPÇÕES(SI)
 Deambulação Bola de Bobath Escada de Ling Banho Morno Cavalinho Medicação Qual: _____ Sim Não
 Massagem Banqueta Não Informado

TIPO DE ANESTESIA: Peridural Raquidiana Geral Sem Anestesia Local
MANOBRAS DE KLISTELLER:* Sim Não Não Informado
INDUÇÃO COM OCITOCINA:* Sim Não Não Informado
POSICÃO DE PARTO: Vertical Horizontal Lateral Cócoras
EPISIOTOMIA:* Sim Não Não Informado
INDUÇÃO POR MISOPROSTOL: Sim Não

RECÉM-NASCIDO ÚNICO: Sim Não EM CASO DE RESPOSTA NÃO, INDIQUE A QUANTIDADE I.G.º: Pré-Termo Pós-Termo A Termo Natimorto
SEXO DO RN:* Masc. Fem. Indefinido **APGAR:*** 1º min. _____ 5º min. _____ **LACERAÇÃO:*** Sim Não Não Informado

REANIMAÇÃO NEONATAL:* Sim Não EM CASO DE RESPOSTA SIM, MARQUE ASSI CAUSAS(SI)
 Abuso de Substância Hipropisia Oligodrâmio / Polidrâmio Pós-Maturidade
 Anomalias Congênitas Hipertensão (crônica ou específica da gestação) Parto Prolongado ou com instrumentação Prematuridade
 Anomalias Placentárias Infecção Materna Prolapso de Cordão Alteração do padrão dos batimentos cardíacos fetais
 Diabetes Mellitus Gestacional Líquido Amniótico Fétido Ruptura de Cordão Umbilical Asfixia Perinatal
 Gestações Múltiplas Líquido Amniótico Meconial Apresentação Fetal Anômala Outras Causas _____

MALFORMAÇÃO CONGÊNITA:* Sim Não EM CASO DE RESPOSTA SIM, MARQUE ASSI CAUSAS(SI)
 Anencefalia Fibrose Cística Hidrocefalia Malformação Renal Paralisia Cerebral
 Ausência Congênita dos Dedos Fissura Labial Hidrocele Microcefalia Pé Torto Congênito
 Artéria Umbilical Única Fissura Palatina Hipospádia Micrognatia Polidactilia
 Cardiopatia Congênita GASTROQUISE Implantação Baixa das Orelhas Onfalocele Síndrome de Down
 Criptorquidia Mielomeningocele Macrocefalia Opacificação do Olho
 Hérnia Umbilical Outras Informações _____

CONTATO PELE A PELE:* Sim Não Não Informado **AMAMENTAÇÃO NA 1ª HORA DE VIDA:*** Sim Não Não Informado **CLAMPEAMENTO DE CORDÃO:*** Imediato 1 a 3 minutos > 3 minutos Tipo Sanguíneo _____

PESO RN:* _____ G CLASSIFICAÇÃO DO PESO Elevado Baixo Adequado Muito baixo
PERÍMETRO CEFÁLICO:* _____ cm CLASSIFICAÇÃO DO PC Acima do Esperado Adequado Abaixo do Esperado
COMPRIMENTO:* _____ cm CLASSIFICAÇÃO DO COMPR. Elevado Baixo Adequado Muito baixo

CARIMBO/ASSINATURA _____

Alta Hospitalar

Mãe e RN DATA: _____ HORA: _____
 Mãe DATA: _____ HORA: _____
 RN DATA: _____ HORA: _____

CARIMBO/ASSINATURA _____



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

Permanecer Internado

Mãe SIM NÃO
RN SIM NÃO

OBS: CASO PERMANÊNCIA DE INTERNAÇÃO, SEGUIR COM O PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE ATENÇÃO AO PUERPÉRIO E FORMULÁRIO DO RN

Óbitos fetais e infantis

ABORTO: Não Sim I.G. s d Não Sim N° DA D.O.

ÓBITO INFANTIL: Não Sim DATA / / N° DA D.O.

Óbitos materno

ÓBITO MATERNO: Não Sim Causa Óbito/CID: _____ DATA / / N° DA D.O.

CARIMBO/ASSINATURA



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

ANEXO 5 – Formulário de atenção ao puerpério

GOVERNO DO
MARANHÃO
Secretaria de Saúde



Formulário
de Atenção
Puerpério
(até 42 dias)

Digitado por:

Data de Digitação*

Identificação da Mãe

NOME DA MÃE COMPLETO:*

CPF:*

NIS (PIS/PASEP):

Nº CNS:*

Nº SMM:

DATA:

Avaliação da Mulher

INTERNAÇÃO:

Sim Não

DATA DE ADMISSÃO:

SETOR/UNIDADE:

UTI ALCON

SULFATO FERROSO:*

Sim Não

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

INFECÇÃO PUERPERAL

TRATAMENTO DHEG

TRATAMENTO DIABETES

CARDIOPATIA

NEFROPATIA

NEUROPATIA

DOENÇAS AUTO-IMUNE

HELLP SÍNDROME

SEPSE

OUTRO. QUAL?

PRESENÇA DE ACOMPANHANTE:

Sim Não

FEBRE:

Sim Não

DOR EXACERBADA:

Sim Não

EDEMA ASSIMÉTRICO DE EXTREMIDADES:

Sim Não

SINAIS INFLAMATÓRIOS DA FERIDA OPERATÓRIA:

Sim Não

DEPRESSÃO PÓS-PARTO:

Sim Não

DEISCÊNCIA DE FERIDA OPERATÓRIA:

Sim Não

REABORDAGEM CIRÚRGICA:

Sim Não

USO DE ANTIBIÓTICO:

Sim Não

USO DE PSICOTRÓPICO:

Sim Não

USO DE INSULINA:

Sim Não

USO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA:

Sim Não

USO DE DROGAS VASOATIVAS:

Sim Não

Qual medicamento?

LÓQUIOS:*

Vermelho (após 2 dias)

Branco ou Seroso (16º Pós-parto)

Amarelado (após 10 dias do parto)

Purulento (Patológico)

Ausente

AVALIAÇÃO DAS MAMAS:*

Não Lactante

Lactante

Normal Fissura Abcesso

Ingurgitadas Nódulo

Mastite Hiperemia

CARIMBO/ASSINATURA



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

ANEXO 6 - Formulário do recém-nascido (neonatal ou pós-neonatal)



GOVERNO DO MARANHÃO
Secretaria de Saúde

Formulário

 Neonatal (0 a 28 dias)
 Pós - neonatal (28 dias a 1 ano)

Digitado por:

Data da Digitação* / /

Identificação da Mãe

NOME DA MÃE COMPLETO:

CPF: N° CNS: N° SMM:

Identificação do RN

NOME DO RN COMPLETO:

IDADE: dias SEXO: Masc. Fem. COR/RAÇA: UNIDADE DE INTERNAÇÃO: UTIN UCINCO UCINCA ALCON DATA DE ADMISSÃO: / /

PROCEDÊNCIA: Indefinido TRANSPORTE: Amb. de Sup. Básico Próprio (Carro/Moto)
 Mesma Unidade Outra Unidade Qual? Amb. de Sup. Avançado Outros

N° DO REGISTRO CIVIL: ETNIA:

Avaliação do RN

PESO: G TEMPERATURA: °C COMPRIMENTO: cm CLASSIFICAÇÃO DO COM: Elevado Adequado Baixo Muito baixo PERÍMETRO CEFÁLICO: cm CLASSIFICAÇÃO DO PC: Acima do Esperado Adequado Abaixo do Esperado

DISPOSITIVOS: TQT - TRAQUEOSTOMIA TIPO DE ACESSO VENOSO: AVP - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
 TOT - TUBO OROTRAQUEAL CVC - CATETER VENOSO CENTRAL
 TNT - TUBO NASOTRAQUEAL PICC - CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA
 SNG - Sonda NASOGÁSTRICA DISSECÇÃO VENOSA
 SNE - Sonda NASOENTRAL Outro
 SOG - Sonda OROGÁSTRICA

VENTILAÇÃO: Espontânea Catéter de O2 Macronebulização Máscara de Venturi CPAP Mecânica

DIETA: Tipo: Nutrição Enteral Zero Nutrição Parenteral Via de Administração: Oral/Aleitamento Materno Oral (Copinho) Sonda Prescrição Dietética: Leite Materno Leite Humano Pasteurizado Fórmula Láctea

FEZ CIRURGIA: Sim Não Data da Cirurgia **ANTIBIÓTICOTERAPIA:** Sim Não Qual Medicamento?
 Qual? Quanto tempo?

FOTOTERAPIA: Sim Não Tipo: Convencional Bilispot Halógena Dircrca Bultron **POSIÇÃO CANGURU:** Sim Não **NEUROPROTEÇÃO:** Sim Não

MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS Sim Não Anencefalia Fibrose Cística Hidrocefalia Malformação Renal Paralisia Cerebral
 Ausência Congênita dos Dedos Fissura Labial Hidrocele Microcefalia Pé Torto Congênito
 Cardiopatia Congênita Fissura Palatina Hipospladia Micrognatia Polidactilia
EM CASO DE RESPOSTA SIM, MARQUE AQUI CUALQUER Criptorquidia Gastroquise Implantação Baixa das Orelhas Orfalocele Síndrome de Down
 Macrocefalia Opacificação do Olho Mielomeningocele
 Ausência Umbilical Única Hérnia Umbilical

Outras Informações

CARIMBO/ASSINATURA



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

Triagem Neonatal

BIOLOGICA - TESTE DO PEZINHO*

Coletado Não Coletado

AUDITIVA - TESTE DA ORELHINHA

Não realizado Normal Alterado

REFLEXO - TESTE DO OLHINHO

Não realizado Normal Alterado

OXIMETRIA - TESTE DO CORAÇÃOZINHO

Não realizado Normal Alterado

AVALIAÇÃO POR ESPECIALISTA

Não Sim Qual?

SOLICITAÇÃO EXAMES LABORATORIAIS/IMAGEM

Não Sim Qual?

Vacinas

BCG* Sim Não

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- Alergia
- Sem autorização médica
- Vacina em falta na UBS
- Ausência de profissional para vacinar
- Recusa dos responsáveis

HEPATITE B* Sim Não

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- Alergia
- Sem autorização médica
- Vacina em falta na UBS
- Ausência de profissional para vacinar
- Recusa dos responsáveis

ÓBITO INFANTIL* Sim Não

Data / /

CAUSA ÓBITO:

VÍNCULO MÃE-FILHO:

Estabelecido Frágil
 Patológico

REDE DE APOIO:

Sim Não

PARTICIPAÇÃO DOS PAIS EM GRUPOS SOCIAIS:

Sim Não

CARIMBO/ASSINATURA



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

ANEXO 7 - 1º Atendimento Pós-parto

GOVERNO DO MARANHÃO **1º Atendimento Pós-Parto Nascimento** Digitado por: Data de Atendimento*

Secretaria de Saúde

CNS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	CNES:*	INE:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CATEGORIA DO PROFISSIONAL:*		NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL:*	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
FORA DA ÁREA:	Nº DA ÁREA:	Nº DA MICROÁREA:	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS):
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Identificação da Mãe

NOME DA MÃE COMPLETO:*

CPF:*

NIS (PIS/PASEP):

Nº CNS:*

Nº SMM:

Parto e Nascimento

TIPO DE PARTO:*

Normal Cesáreo Sim Não

LACERAÇÃO:

Sim Não

EPISIOTOMIA/EPISIORRAFIA:

Sim Não

MANOBRA KRISTELLER

Sim Não

LOCAL DO PARTO:*

Domiciliar Hospitalar Em trajeto

UNIDADE DO PARTO:

TIPO DE ANESTESIA:

Peridural Raquidiana Geral Sem Anestesia

DATA E HORA DO PARTO:*

INDUÇÃO COM OCITOCINA:

Sim Não

ACOMPANHANTE:*

Sim Não

POSIÇÃO FETAL Cefálica Pélvica Transverso Outro:

Avaliação da Mulher

SULFATO FERROSO:*

Sim Não

PRESSÃO ARTERIAL:*

mmHg

EDEMA:*

Sim Não

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL:

Sim Não

INVOLUÇÃO UTERINA:

Acima da Cicatriz Umbilical
 Abaixo da Cicatriz Umbilical

LÓQUIOS:*

Vermelho (após 2dias) Amarelado (após 10 dias do parto)
 Branco ou Seroso (16º Pós-parto) Purulento(Patológico) Ausente

AVALIAÇÃO DAS MAMAS:*

Não Lactante Lactante

Normal Fisura Abscesso
 Inurgitadas Nódulo
 Mastite Hiperemia

Avaliação da Criança

ATENDIMENTO:*

Visita domiciliar Unidade Básica de Saúde

GRAVÍDEZ MÚLTIPLA:

Não Sim Em caso de Gravidez Múltipla deverá ser preenchido uma nova ficha para cada recém-nascido.

NASCIDO VIVO:*

Sim Não

IG:*

Pré-termo A Termo Pós-Termo Aborto Natimorto

DATA E HORA DO NASCIMENTO:

IDADE:

dias

SEXO:*

Masc. Fem.

Nº DO REGISTRO CIVIL:

NOME DA CRIANÇA COMPLETO:*

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA:*

Sim Não ESTA PREENCHIDA COM O TALENTE?

APGAR:

1º min 5º min

CONTATO PELE A PELE:*

Sim Não

ALEITAMENTO MATERNO NA 1ª HORA DE VIDA

Sim Não

PESO NASC.:*

G

CLASSIFICAÇÃO DO PESO

Elevado Baixo Adequado Muito baixo

PERÍMETRO CEFÁLICO NASC.:*

cm

CLASSIFICAÇÃO DO PC

Acima do Esperado Adequado Abaixo do Esperado

COMPRIMENTO NASC.:*

cm

CLASSIFICAÇÃO DO COMR

Elevado Baixo Adequado Muito baixo

PROFISSIONAL QUE ASSISTIU O RECÉM NASCIDO

Médico Parteira Enfermeiro Outro

INTERNAÇÃO EM UNIDADE NEONATAL:

UTIN UCINCA UCINCO Não houve Internação



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

GOVERNO DO MARANHÃO
 Secretaria de Saúde



1º Atendimento Pós-Parto Nascimento

Digitado por:

Data de Atendimento*

 / /

PESO ATUAL*:

CLASSIFICAÇÃO DO PESO

- Elevado
 Baixo
 Adequado
 Muito baixo

PERÍMETRO CEFÁLICO ATUAL*:

 cm

CLASSIFICAÇÃO DO PC

- Acima do Esperado
 Adequado
 Abaixo do Esperado

COMPRIMENTO ATUAL*:

 cm

CLASSIFICAÇÃO DO COMR

- Elevado
 Baixo
 Adequado
 Muito baixo

ÓBITO INFANTIL: Sim Não Data: / /

CAUSA ÓBITO:

REANIMAÇÃO NEONATAL

Sim Não

EM CASO DE RESPOSTA SIM, MARQUE AS CAUSAS:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso de Substância | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Gestacional | <input type="checkbox"/> Líquido Amniótico Fétido | <input type="checkbox"/> Ruptura Prolongada de Cordão |
| <input type="checkbox"/> Alteração no Padrão dos Batimentos Cardíacos Fetais | <input type="checkbox"/> Gestações Múltiplas | <input type="checkbox"/> Líquido Amniótico Meconial | <input type="checkbox"/> Apresentação Fetal Anômala |
| <input type="checkbox"/> Anomalias Congênitas | <input type="checkbox"/> Hidropisia | <input type="checkbox"/> Oligodrâmio / Polidrâmio | <input type="checkbox"/> Pós-Maturidade |
| <input type="checkbox"/> Anomalias Placentárias | <input type="checkbox"/> Hipertensão (crônica ou específica da gestação) | <input type="checkbox"/> Parto Prolongado ou com Instrumentação | <input type="checkbox"/> Prematuridade |
| <input type="checkbox"/> Asfixia Perinatal | <input type="checkbox"/> Infecção Materna | <input type="checkbox"/> Prolapso de Cordão | <input type="checkbox"/> Outras Causas |

MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS

Sim Não

EM CASO DE RESPOSTA SIM, MARQUE AS CAUSAS:

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anencefalia | <input type="checkbox"/> Fibrose Cística | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia | <input type="checkbox"/> Malformação Renal | <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Ausência Congênita dos Dedos | <input type="checkbox"/> Fissura Labial | <input type="checkbox"/> Hidrocele | <input type="checkbox"/> Microcefalia | <input type="checkbox"/> Pé Torto Congênito |
| <input type="checkbox"/> Ausência Umbilical Única | <input type="checkbox"/> Fissura Palatina | <input type="checkbox"/> Hipospádia | <input type="checkbox"/> Micrognatia | <input type="checkbox"/> Polidactilia |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia Congênita | <input type="checkbox"/> Gastroquise | <input type="checkbox"/> Implantação Baixa das Orelhas | <input type="checkbox"/> Onfalocelo | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down |
| <input type="checkbox"/> Criptorquidia | <input type="checkbox"/> Hérnia Umbilical | <input type="checkbox"/> Macrocefalia | <input type="checkbox"/> Opacificação do Olho | <input type="checkbox"/> Mielomeningocele |
| <input type="checkbox"/> Outras Informações: <input type="text"/> | | | | |

Triagem Neonatal

Biológica - teste do pezinho*

Coletado Não Coletado

Auditiva - teste da orelhinha

Não realizado Normal Alterado

Reflexo - teste do olhinho

Não realizado Normal Alterado

Oximetria - teste do coraçãozinho

Não realizado Normal Alterado

Encaminhamento para especialista

Não Sim Qual?

Solicitação exames laboratoriais/imagem

Não Sim Qual?

Vacinas

BCG* Sim Não

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- Medo de reação adversa
 Criança doente
 Desconhecimento da vacina
 Alergia
- Sem autorização médica
 Vacina em falta na UBS
 Ausência de profissional para vacinar
 Recusa dos responsáveis

Hepatite B* Sim Não

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- Medo de reação adversa
 Criança doente
 Desconhecimento da vacina
 Alergia
- Sem autorização médica
 Vacina em falta na UBS
 Ausência de profissional para vacinar
 Recusa dos responsáveis

Alimentação Materno*

Sim - Exclusivo Não
 Sim - Misto

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- Crença na produção ineficiente de leite
 Dificuldades em amamentar
 Uso de bicos artificiais
 Introdução de outros alimentos
- Condições clínicas da criança
 Condições clínicas da mãe
 Falta de informação
 Recusa da mãe
 Outros

Exame Físico

Sem Alteração
 Com Alteração
 Quali?

Fatores de Risco para o desenvolvimento da Criança

- | | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ausência ou Pré-Natal Incompleto | <input type="checkbox"/> Prematuridade (< de 37 semanas) | <input type="checkbox"/> Ictericia Grave | <input type="checkbox"/> Doenças Graves como: meningite, traumatismo craniano e convulsões | <input type="checkbox"/> Casos de Deficiência ou Doença Mental na Família |
| <input type="checkbox"/> Problemas na Gestação, Parto ou Nascimento | <input type="checkbox"/> Peso abaixo de 2.500g | <input type="checkbox"/> Hospitalização no Período Neonatal | <input type="checkbox"/> Parentesco entre os pais | <input type="checkbox"/> Sem fator de Risco |
| <input type="checkbox"/> Fatores de Risco Ambiental como: violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual, etc. | | | | |

Estratificação de Risco*

Baixo Risco Médio Risco Alto Risco

Atenção: Preencher FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DA Criança anexada no site em "Formulários".

CARIMBO/ASSINATURA



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO		ALTO RISCO
Características Individuais	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	
	RISCO HABITUAL	
	Mãe com pré-natal sem intercorrências	Prematuridade (< de 35 semanas)
	Idade Gestacional ≥ 37 semanas e < 42 semanas	Muito baixo peso ao nascer (< 2.000g) ou Peso ao nascer ≥ 4.000g
	Peso ao nascer ≥ 2.500 g e < 4.000 g	Apagar < 7 no 5º min. de vida
	Apagar ≥ 8, no 5º min.	Mãe com informações genéticas ou neurológicas
	Ausência de patologias específicas	Mãe soropositiva para HIV, Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Hep. B, Herpes, Zika Vírus em investigação ou com confirmação de transmissão vertical
	Alimentação materno exclusiva (avaliar até 6 meses de idade)	Gravidez com Triagem Neonatal com alteração
	Triglicédeos neonatais rebaixados, com resultado e sem alterações	Doença respiratória de etiologia alimentar
	Indicadores de crescimento adequados para a idade	Doença respiratória grave
Todos os marcos do desenvolvimento presentes para a idade	K: Terça com m. reflexo crítico, com ou sem esvaziamento involuído	
Calendário vacinal atualizado	Egrosso de VIG/UTI	
Condições Sócio-familiares	MÉDIO RISCO	
	Rede de apoio social e familiar definida	Interações, práticas ou intercorrências recorrentes
	Mãe com idade ≥ 18 anos ou < 20 anos	Mãe com doença exantemática liberada na gestação
	Mãe com idade < 18 anos	Desnutrição grave
	Mãe com idade < 20 anos	Obesidade com comorbidade e/ou repercussão clínica
	Mãe com menos de quatro consultas de pré-natal	Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária
	Mãe com antecedente de filho nascido morto	Cirrose severa
	Mãe com antecedente de filho nascido vivo	Sinais de violência
	Óbito de irmão menor de 5 anos por causas evitáveis	
	Gravidez indesejada	
Depressão pós-parto		
Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica		
Um dos pais com dependência de álcool e outras drogas		
Mãe ausente por doença, abandono ou óbito		
Indícios ou suspeita de violência doméstica		
Filhos de mãe em situação de rua OU em regime prisional OU de etnia indígena		
Cuidados inadequados com a criança a partir da mãe ou cuidador		
Vulnerabilidade socioeconômica (ex.: sem fonte de renda, sem moradia fixa)		
COMPETÊNCIAS DA REDE	APS	Acompanhamento integrado com a AAE e monitoramento do Plano de Cuidados de acordo com as diretrizes clínicas, porém com maior vigilância e intensidade de cuidados
	AAE	Acompanhamento de acordo com as diretrizes clínicas, porém com maior vigilância e intensidade de cuidados
	Hospital de Alta Complexidade	Apoio à equipe da APS para atendimento de casos, de acordo com a necessidade.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

ANEXO 9 – 2º Atendimento Pós-parto

GOVERNO DO MARANHÃO **2º Atendimento Pós-Parto Nascimento** Digitado por: Data de Atendimento*

Secretaria de Saúde

CNS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	CNES:*	INE:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CATEGORIA DO PROFISSIONAL:*		NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL:*	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
FORA DA ÁREA:	Nº DA ÁREA:	Nº DA MICROÁREA	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS):
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Identificação da Mãe

NOME DA MÃE COMPLETO:*

CPF:*

NIS (PIS/PASEP):

Nº CNS:*

Nº SMM:

Avaliação da Mulher

RELAÇÃO SEXUAL: Sim Não RETORNO MENSTRUUAÇÃO: Sim Não SULFATO FERROSO:*

Sim Não Sim Não Sim Não

MÉTODO CONTRACEPTIVO ESCOLHIDO*

Aleitamento Materno Preservativo (Masc./Fem.) Comportamental DIU Diafragma Nenhum

Hormonal Injetável Hormonal Oral Cirúrgico Gel Espermicida Outro

LÓQUIOS:*

Amarelado (após 10 dias do parto) Purulento(Patológico) Ausente

Vermelho (após 2dias) Branco ou Seroso (16º Pós-parto)

AVALIAÇÃO DAS MAMAS:*

Não Lactante Lactante Normal Fissura Abscesso

Ingurgitada Nódulo Mastite Hiperemia

CONSULTA GINECOLÓGICA:*

Sim Não

Avaliação da Criança

NOME DA CRIANÇA COMPLETO:*

Nº DO REGISTRO CIVIL:*

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE: dias

PESO ATUAL:*

G

CLASSIFICAÇÃO DO PESO

Elevado Baixo Adequado Muito baixo

PERÍMETRO CEFÁLICO ATUAL:*

cm

CLASSIFICAÇÃO DO PC

Acima do Esperado Adequado Abaixo do Esperado

COMPRIMENTO ATUAL:*

cm

CLASSIFICAÇÃO DO COM

Elevado Baixo Adequado Muito baixo

CLASSIFICAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO*

Provável atraso no desenvolvimento

Alerta para o desenvolvimento

Desenvolvimento adequado com Fatores de Risco

Desenvolvimento adequado

FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA*

Ausência ou Pré-Natal Incompleto Prematuridade (< de 37 semanas) Ictericia Grave Doenças Graves como: meningite, traumatismo craniano e convulsões Casos de Deficiência ou Doença Mental na Família

Problemas na Gestação, Parto ou Nascimento Peso abaixo de 2.500g Hospitalização no Período Neonatal Parentesco entre os pais Sem fator de Risco

Fatores de Risco Ambiental como: violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual, etc.

Triagem Neonatal

<p>BIOLÓGICA - TESTE DO PEZINHO</p> <p><input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado</p> <p>EM CASO DE RESPOSTA ALTERADA, MARQUE AS CAUSAS:</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrose Cística <input type="checkbox"/> Deficiência de Biotinidase</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotireoidismo Congênito <input type="checkbox"/> Hiperplasia Adrenal Congênita</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia Falciforme <input type="checkbox"/> Fenilcetonúria</p>	<p>AUDITIVA - TESTE DA ORELHINHA</p> <p><input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado</p> <p>REFLEXO - TESTE DO OLHINHO</p> <p><input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado</p>	<p>OXIMETRIA - TESTE DO CORAÇÃOZINHO</p> <p><input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado</p>
<p>ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	<p>SOLICITAÇÃO EXAMES LABORATORIAIS/IMAGEM</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER
Av. dos Holandeses, 03 – Ed. Almere Office – CEP 65071-380 4º andar

GOVERNO DO
MARANHÃO
Secretaria de Saúde



2º Atendimento
Pós-Parto
Nascimento

Digitado por:

Data de Atendimento*

Vacinas

BCG* Sim Não

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- Medo de reação adversa
 Criança doente
 Desconhecimento da vacina
 Alergia
- Sem autorização médica
 Vacina em falta na UBS
 Ausência de profissional para vacinar
 Recusa dos responsáveis

HEPATITE B* Sim Não

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- Medo de reação adversa
 Criança doente
 Desconhecimento da vacina
 Alergia
- Sem autorização médica
 Vacina em falta na UBS
 Ausência de profissional para vacinar
 Recusa dos responsáveis

ALEITAMENTO MATERNO:

- Sim - Exclusivo Não
 Sim - Misto

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- Crença na produção ineficiente de leite
 Dificuldades em amamentar
 Uso de bicos artificiais
 Introdução de outros alimentos

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- Condições clínicas da criança
 Condições clínicas da mãe
 Falta de informação
 Recusa da mãe
 Outros

EXAME FÍSICO

- Sem Alteração
 Com Alteração

Qual? _____

Estratificação de Risco*

- Baixo Risco Médio Risco Alto Risco

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA:*

- Sim Não ESTÁ PREENCHIDA CORRETAMENTE? Sim Não

Atenção: Preencher FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DA Criança anexada no site em "Formulários".

CARIMBO/ASSINATURA
