



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<sup>1,2,3</sup>. 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:

<b>Parcela</b>	<b>Condisionalidade</b>
<b>1<sup>a</sup></b>	<b>1<sup>a</sup> Consulta de pré-natal até a 12<sup>a</sup> semana de gestação (1<sup>a</sup> Trimestre)</b> 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 coombs 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 oncotíca.
<b>2<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup> consulta de pré-natal</b> Avaliação obstétrica (médico ou enfermeiro); Atualizar a caderneta da gestante (informações e esquema vacinal); Realizar estratificação de risco.
<b>3<sup>a</sup></b>	<b>3<sup>a</sup> Consulta de pré-natal</b> 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 oncotica.</p>
<b>4<sup>a</sup></b>	<p><b>4<sup>a</sup> Consulta de pré-natal</b></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>
<b>5<sup>a</sup></b>	<p><b>5<sup>a</sup> consulta de pré-natal</b></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>
<b>6<sup>a</sup></b>	<p><b>6<sup>a</sup> consulta de pré-natal</b></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.
<b>7<sup>a</sup></b>	O município ou estabelecimento hospitalar / maternidade deverá informar a data do parto no sistema.
<b>8<sup>a</sup></b>	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.
<b>9<sup>a</sup></b>	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:

- 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](mailto:mm@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 Cestas 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 [ssmm@saude.ma.gov.br](mailto:ssmm@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 mensalmente 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;
- Atualizar e registrar adequadamente os dados na caderneta 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*

- 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](mailto:smm@saude.ma.gov.br) com as informações do digitador (nome completo, endereço com CEP, CPF, data de nascimento, celular e *e-mail*).

**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;



**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

- 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:



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



## 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

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.

## 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;



## 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

- 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 deverá ser enviada para a SES, por meio do endereço eletrônico:  
[smma@saudema.gov.br](mailto:smm@saudema.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.



## 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

- 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.

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.



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

**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.

**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 fetal<sup>4</sup>. Os dados da segunda gestação, antes do período



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

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.

**Dúvidas e contato:**

Email: [smm@saudema.gov.br](mailto:smm@saudema.gov.br)

Telefones: (98) 98427-7772



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/SEPP 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 À 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 (CONECTASUS)

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** **Cadastro Gestante**  
Secretaria de Saúde

Digitado por: \_\_\_\_\_ Data da Captação\*: / /

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE:
CATEGORIA DO PROFISSIONAL*		NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL*	

**Identificação Gestante**

CPF\*: \_\_\_\_\_ N° 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: \_\_\_\_\_ RAÇA (COR): \_\_\_\_\_ ETNIA: \_\_\_\_\_

/ / MENOR INCAPAZ:  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena

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

PORTEADOR DE DEFICIÊNCIA:  
 Não  Sim Qual \_\_\_\_\_

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

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: \_\_\_\_\_ CEP\*: \_\_\_\_\_ UF\*: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO\*: \_\_\_\_\_

Urbana  Rural / / BAIRRO / POVOADO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO\*: \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

**Outras informações**

SITUAÇÃO DE MORADIA | POSSE DE TERRA  
 Própria  Alugado  Financiado  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

Secretaria de Saúde

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**  **Consulta Pré-Natal**

Secretaria de Saúde

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\* GRAVIDEZ DESEJADA\* CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO\*

Sim  Não  Sim  Não  Sim  Não (1ª Consulta)

QUEIXAS: \_\_\_\_\_ Outros \_\_\_\_\_

Cólica  Dor Lombar  Sangramento Vaginal  Febre  Náuseas  Vômitos  Cefaléia  Sem Queixas

**Avaliação Obstétrica**

DUM\*: \_\_\_\_\_ IG-DUM\*: \_\_\_\_\_ DPP\*: \_\_\_\_\_ DATA ULTRASSOM: \_\_\_\_\_ IG + ULTRASSOM: \_\_\_\_\_ ALTURA UTERINA: \_\_\_\_\_ cm

/  /  /  /  s  d  /

APRESENTAÇÃO FETAL BATIMENTO CARDIACO FETAL: MOVIMENTOS FETAIS: REALIZADO TOQUE:

Cefálica  Pélvica  Cómica (Transversa)   Presente  Ausente  Sim  Não

DIAGNÓSTICO OBSTÉTRICO / COMORBIDADES: \_\_\_\_\_

CONDUTA\*: \_\_\_\_\_

SUPLEMENTAÇÃO:

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

TESTE RÁPIDO:

Sífilis  Não Realizado  Reagente  Não Reagente

HIV  Não Realizado  Reagente  Não Reagente

HbsAg  Não Realizado  Reagente  Não Reagente

AntiHCV  Não Realizado  Reagente  Não Reagente

TRATAMENTO SÍRIS TRATAMENTO HbsAg TRATAMENTO AntiHCV

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

Penicilina Benzalcina  Outros: \_\_\_\_\_

Realizou teste rápido do parceiro REALIZADO ATEND. ODONTOLÓGICO?

Sim  Não  Sim  Não

Sífilis  HIV  HbsAg  AntiHCV

Data  /  /

PART. DE ATIVIDADES EDUCATIVAS?

Sim  Não

Data  /  /

Se SIM, qual: \_\_\_\_\_

VINCULADA A MATERNIDADE? QUAL MATERNIDADE?

Sim  Não

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

### GOVERNO DO MARANHÃO 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:<sup>\*</sup>

- Está em dia  
 Está desatualizado

#### Exame Físico

PESO NO ATENDIMENTO: ALTURA\*: IMC\*: PRESSÃO ARTERIAL\*

[ ] Kg [ ] m [ ] kg/m<sup>2</sup> [ ] mmHg

EXANTEMA:<sup>\*</sup>

Sim  Não

EDEMA:<sup>\*</sup>

Sim  Não

PESO:

pré-gestacional

[ ] Kg

#### Exames Laboratoriais

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

#### 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:			
Estrato de Risco	Ponto de Atenção	Fatores de Risco Gestacional:	
Risco Habitual	Atenção Primária à Saúde (APS)	<b>Características Individuais:</b> Idade materna nos extremos de vida reprodutiva. Estado nutricional: IMC: 25.0 e 39.9 kg/m <sup>2</sup> , ganho ponderal inadequado.	
		<b>Condições sociodemográficas:</b> 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.	
		<b>Histórico Reprodutivo Anterior:</b> 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).	
		<b>Condições Pré-existentes:</b> Doenças hematológicas controladas: Talessima. Hipotireoidismo compensado. Doenças neurológicas controladas (como epilepsia sem histórico de convulsão recente). Doença psiquiátrica controlada.	
		<b>Complicações Durante a Gestação:</b> Condilomatose genital leve. <b>NECESSIDADE DE MAIOR VIGILÂNCIA</b>	
		<b>Condições sociodemográficas:</b> situações de violência e dependência de drogas lícitas.	
<b>Complicações Durante a Gestação:</b> Episódio único de Infecção urinária, sifilis recente ou latente sem infecção fetal, doença periodontal, anemia leve e moderada.			
Alto Risco	Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) Regional	<b>Condições sociodemográficas:</b>	
		Gestação de produto de violência sexual.	
		Dependência de drogas ilícitas sem repercussão na gestação.	
		<b>Complicações Durante a Gestação:</b>	
		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



GOVERNO DO  
MARANHÃO

Secretaria de Saúde



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



**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



<b>MARANHÃO</b> Secretaria de Saúde		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.



## 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

<b>GOVERNO DO MARANHÃO</b> Secretaria de Saúde	<b>Assistência ao Parto e Nascimento</b>	Digitado por: _____	Data da Digitação: _____												
<b>Recepção</b>															
CNES:*	NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE*														
ACESSO À UNIDADE:		MUNIC. DE PROCEDÊNCIA DA GESTANTE: UF:													
<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Demanda espontânea	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não												
TIPO DE TRANSPORTE:		VINCULADO À UNIDADE: DATA E HORA DE ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO:*													
<input type="checkbox"/> Ambulância	<input type="checkbox"/> Próprio (Carro/Moto)	<input type="checkbox"/> Outros	/ /												
<b>Identificação da Gestante</b>															
NOME DA MULHER COMPLETO:*	RG:*	ORGÃO EMISSOR:*	UF:*												
/ /	/ /	/ /	/ /												
DATA DE NASCIMENTO:*	UF NASC.:	NACIONALIDADE: Obs*	CARTÃO DO SUS:*												
/ /	/ /	/ /	/ /												
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	NATURALIDADE:														
/ /	/ /														
DATA DE NATURALIZAÇÃO:	/ /	PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:	/ /												
DATA DE ENTRADA NO PAÍS:	/ /														
PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:	ETNIA:	RAÇA (COR):													
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta												
<input type="checkbox"/> Qual?		<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Amarela												
		<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Indígena												
<b>Acolhimento</b>															
DATA E HORA DE ATENDIMENTO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:*		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO													
/ /		<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Verde												
SINAIS VITais MATERNOS		<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Azul												
P.A.	FC	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Não realiza classificação de risco												
mmhg	bpm	rpm	TAX												
<b>CARIMBO/ASSINATURA</b>															
_____															
<b>Anamnese</b>															
GRAVIDEZ MÚLTIPLA:*	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	GESTA:*	<input type="checkbox"/> Ignorar	PARA:*	<input type="checkbox"/> Ignorar	ABORTO:*	<input type="checkbox"/> Ignorar	PARTO NORMAL:*	<input type="checkbox"/> Ignorar	PARTO CESÁREO:*	<input type="checkbox"/> Ignorar			
D.U.M.*	LG.*		BCF*	TIPO SANGUÍNEO:*											
/ /	s	d	/ bpm												
MOVIMENTOS FETAIS:*	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	DINÂMICA UTERINA:*	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> 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							
<b>CARIMBO/ASSINATURA</b>				_____											
_____															
<b>Identificação do parto</b>															
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:*											
/ /	/ /	/ /		/ /											
N° 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:<sup>\*</sup>      ACOMPANHANTE:<sup>\*</sup>      UNIDADE DE INTERNAÇÃO MATERNA:<sup>\*</sup>

Normal     Cesárea     Vácuo - Extrator     Fórceps     Sim     Não     ALCON     UTI

MOTIVO DA REALIZAÇÃO DE PARTO CESÁREO:<sup>\*</sup>

Distocia/fala na progressão do parto     Desproporção Cefalopélvica     Apresentação Anómala     Iteratividade     Outros  
 Afecções maternas: \_\_\_\_\_     Frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora e/ou meconio.     Cesárea eletiva

UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS PARA ALÍVIO DA DOR:

<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	EM CASO DE RESPOSTA SIM, MARQUE AS(S) OPÇÃO(S)	<input type="checkbox"/> Deambulação	<input type="checkbox"/> Bola de Bobath	<input type="checkbox"/> Escada de Ling	OFERTA LÍQUIDO P/ GESTANTE NO PRÉ-PARTO:
		<input type="checkbox"/> Banho Momô	<input type="checkbox"/> Cavalinho	<input type="checkbox"/> Medicação Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Massagem	<input type="checkbox"/> Banqueta		<input type="checkbox"/> Não Informado

TIPO DE ANESTESIA:

<input type="checkbox"/> Peridural	<input type="checkbox"/> Raquidiana	MANOBRA DE KÜSTELLER: <sup>*</sup>	INDUÇÃO COM OCITOCINA: <sup>*</sup>	POSIÇÃO DE PARTO:	EPISIOTOMIA: <sup>*</sup>	INDUÇÃO POR MISOPROSTOL
<input type="checkbox"/> Geral	<input type="checkbox"/> Sem Anestesia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Vertical <input type="checkbox"/> Horizontal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Local		<input type="checkbox"/> Não Informado	<input type="checkbox"/> Não Informado	<input type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Cócoras	<input type="checkbox"/> Não Informado

RECÉM-NASCIDO ÚNICO:

Sim     Não    EM CASO DE RESPOSTA NÃO, INDIQUE A QUANTIDADE: \_\_\_\_\_ I.G.\*     Pré-Termo     Pós-Termo     A Termo     Natimorto

SEXO DO RN:<sup>\*</sup>

Masc.     Fem.     Indefinido    APGAR:<sup>\*</sup>

APGAR:<sup>\*</sup>    1º min.    5º min.

LACERAÇÃO:<sup>\*</sup>

Sim     Não  
 Não Informado

REANIMAÇÃO NEONATAL:<sup>\*</sup>

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Abuso de Substância	<input type="checkbox"/> Hidropisia	<input type="checkbox"/> Oligoidrâmnio / Polidrâmnio	<input type="checkbox"/> Pós-Maturidade
EM CASO DE RESPOSTA SIM, MARQUE AS(S) CAUSA(S)	<input type="checkbox"/> Anomalias Congênitas	<input type="checkbox"/> Hipertensão (crônica ou específica da gestação)	<input type="checkbox"/> Parto Prolongado ou com instrumentação	<input type="checkbox"/> Prematuridade
	<input type="checkbox"/> Anomalidades Placentárias	<input type="checkbox"/> Infecção Materna	<input type="checkbox"/> Prolapso do Cordão	<input type="checkbox"/> Alteração do padrão dos batimentos cardio fetais
	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Gestacional	<input type="checkbox"/> Líquido Amniótico Fétido	<input type="checkbox"/> Ruptura de Cordão Umbilical	<input type="checkbox"/> Asfixia Perinatal
	<input type="checkbox"/> Gestações Multiplas	<input type="checkbox"/> Líquido Amniótico Meconial	<input type="checkbox"/> Apresentação Fetal Anómala	<input type="checkbox"/> Outras Causas

MALFORMAÇÃO CONGENITAL:<sup>\*</sup>

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Anencefalia	<input type="checkbox"/> Fibrose Cística	<input type="checkbox"/> Hidrocefalia	<input type="checkbox"/> Malformação Renal	<input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral
EM CASO DE RESPOSTA SIM, MARQUE AS(S) CAUSA(S)	<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"/> Arteria Umbilical Única	<input type="checkbox"/> Fissura Palatina	<input type="checkbox"/> Hipopatidia	<input type="checkbox"/> Micrognatia	<input type="checkbox"/> Polidactilia
	<input type="checkbox"/> Cardiopatia Congênita	<input type="checkbox"/> Gastrosquise	<input type="checkbox"/> Implantação Baixa das Orelhas	<input type="checkbox"/> Onfalocele	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down
	<input type="checkbox"/> Criptorquia	<input type="checkbox"/> Mielomeningocele	<input type="checkbox"/> Macrocefalia	<input type="checkbox"/> Opacificação do Olho	
	<input type="checkbox"/> Hérnia Umbilical		<input type="checkbox"/> Outras Informações		

CONTATO PELE A PELE<sup>\*</sup>

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	AMAMENTAÇÃO NA 1ª HORA DE VIDA <sup>*</sup>	CLAMPEAMENTO DE CORDÃO <sup>*</sup>	Tipo Sanguíneo
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Imediato <input type="checkbox"/> 1 a 3 minutos <input type="checkbox"/> > 3 minutos	
<input type="checkbox"/> Não Informado	<input type="checkbox"/> Não Informado	<input type="checkbox"/> Não Informado	

PESO RN:<sup>\*</sup>

<input type="checkbox"/> G	CLASSIFICAÇÃO DO PESO	PERÍMETRO CEFÁLICO: <sup>*</sup>	CLASSIFICAÇÃO DO PC	COMPRIMENTO: <sup>*</sup>	CLASSIFICAÇÃO DO COM:
<input type="checkbox"/> Elevado		<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> Acima do Esperado	<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> Elevado
<input type="checkbox"/> Baixo			<input type="checkbox"/> Adequado		<input type="checkbox"/> Baixo
<input type="checkbox"/> Adequado			<input type="checkbox"/> Abaixo do Esperado		<input type="checkbox"/> Adequado
<input type="checkbox"/> Muito baixo					<input type="checkbox"/> Muito baixo

**CARIMBO/ASSINATURA**

**Alta Hospitalar**

<input type="checkbox"/> Mãe e RN	DATA: _____	HORA: _____
<input type="checkbox"/> Mãe	DATA: _____	HORA: _____
<input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>	NÃO	<input type="text"/>
RN	SIM	<input type="text"/>	NÃO	<input type="text"/>

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

**Óbitos fetais e infantis**

ABORTO:  
 Não  Sim I.G  s  d

ÓBITO FETAL:  
 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**

<input type="text"/>
----------------------



## 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:

DATA:

/ /

#### Avaliação da Mulher

INTERNAÇÃO:

Sim  Não

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

- INFECÇÃO PUERPERAL
- TRATAMENTO DHEG
- TRATAMENTO DIABETES
- CARDIOPATIA
- NEFROPATHIA

NEUROPATA

DOENÇAS AUTO-IMUNE

HELLP SÍNDROME

SEPSSE

OUTRO. QUAL? \_\_\_\_\_

DATA DE ADMISSÃO:

/ /

SETOR/UNIDADE:

UTI  ALCON

SULFATO FERROSO:

Sim  Não

PRESença DE  
ACOMPANHANTE:

Sim  Não

FEBRE:

Sim  Não

DOR EXACERBADA:

Sim  Não

EDEMA ASSIMÉTRICO  
DE EXTREMIDADES:

Sim  Não

SINAIS INFLAMATÓRIOS  
DA FERIDA OPERATORIA:

Sim  Não

DEPRESSÃO  
PÓS-PARTO:

Sim  Não

DEISCÊNCIA DE FERIDA  
OPERATORIA:

Sim  Não

REABORDAGEM  
CIRÚRGICA:

Sim  Não

USO DE  
ANTIBIÓTICO:

Sim  Não

USO DE  
PSICOTRÓPICO:

Sim  Não

USO DE  
INSULINA:

Sim  Não

USO DE VENTILAÇÃO  
MÉCANICA:

Sim  Não

USO DE DROGAS  
VASODATIVAS:

Sim  Não

Qual medicamento?

LÓQUIOS:

Vermelho (após 2dias)

Branco ou Seroso (16º Pós-parto)

Amarelo (após 10 dias do parto)

Purulento(Patológico)

Ausente

AValiação das mamas:

Não Lactante

Lactante

Normal  Fissura  Abscesso

Ingurgitadas  Nódulo

Mastite  Hipermmia

#### 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)

<p><b>GOVERNO DO MARANHÃO</b>  Secretaria de Saúde</p> <p><b>Formulário</b> Neonatal (0 a 28 dias) Pós - neonatal (28 dias a 1 ano)</p>	<p>Digitado por: _____ / _____ Data da Digitação*: _____ / _____ / _____</p>																														
<p><b>Identificação da Mãe</b> _____</p> <p>NOME DA MÃE COMPLETO*: _____</p> <p>CPF*: _____ N° CNS*: _____ N° SMM: _____</p> <p><b>Identificação do RN</b> _____</p> <p>NOME DO RN COMPLETO: _____</p> <p>IDADE: _____ dias SEXO*: _____ COR/RAÇA: _____ UNIDADE DE INTERNAÇÃO*: _____ DATA DE ADMISSÃO: _____ / _____ / _____</p> <p>PROCEDÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Mesma Unidade <input type="checkbox"/> Outra Unidade Qual? _____</p> <p>N° DO REGISTRO CIVIL: _____</p> <p>TRANSPORTE: _____ <input type="checkbox"/> Amb. de Sup. Básico <input type="checkbox"/> Próprio (Carro/Moto) <input type="checkbox"/> Amb. de Sup. Avançado <input type="checkbox"/> Outros</p> <p>ETNIA: _____</p> <p><b>Avaliação do RN</b> _____</p> <p>PESO*: _____ G TEMPERATURA: _____ °C COMPRIMENTO*: _____ cm CLASSIFICAÇÃO DO COM: _____ <input type="radio"/> Elevado <input type="radio"/> Adequado <input type="radio"/> Baixo <input type="radio"/> Muito baixo PERÍMETRO CEFÁLICO*: _____ cm CLASSIFICAÇÃO DO HC: _____ <input type="radio"/> Acima do Esperado <input type="radio"/> Adequado <input type="radio"/> Abaixo do Esperado</p> <p>DISPOSITIVOS: <input type="checkbox"/> TQT - TRAQUEOSTOMIA <input type="checkbox"/> TOT - TUBO OROTRAQUEAL <input type="checkbox"/> TNT - TUBO NASOTRAQUEAL <input type="checkbox"/> SNG - SONDA NASOGÁSTRICA <input type="checkbox"/> SNE - SONDA NASOENTERAL <input type="checkbox"/> SOG - SONDA OROGÁSTRICA</p> <p>TIPO DE ACESSO VENOSO: <input type="checkbox"/> AVP - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO <input type="checkbox"/> CVC - CATETER VENOSO CENTRAL <input type="checkbox"/> PICC - CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA <input type="checkbox"/> DISSECCÃO VENOSA <input type="checkbox"/> Outro</p> <p>VENTILAÇÃO: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Catéter de O2 <input type="checkbox"/> Macronebulização <input type="checkbox"/> Máscara de Venturi <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Mecânica</p> <p>DIETA: Tipo: <input type="checkbox"/> Nutrição Enteral <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Oral/Aleitamento Materno <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> Leite Materno <input type="checkbox"/> Fórmula Láctea <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral <input type="checkbox"/> Oral (Copinho) <input type="checkbox"/> Leite Humano Pasteurizado</p> <p>FEZ CIRURGIA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da Cirurgia _____ Qual Medicamento? _____</p> <p>ANTIBIÓTICOTERAPIA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual Medicamento? _____ Quantos dias? _____</p> <p>FOTOTERAPIA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: <input type="checkbox"/> Convencional <input type="checkbox"/> Bilispot <input type="checkbox"/> Hidrogênio <input type="checkbox"/> Dicróica <input type="checkbox"/> Bulítron POSIÇÃO CANGURU: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>MALFORMAÇÕES CONGENITAS <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>EM CASO DE RESPOSTA SIM, MARQUE AQUI CADA UMA:</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Anencefalia</td><td><input type="checkbox"/> Fibrose Cística</td><td><input type="checkbox"/> Hidrocefalia</td><td><input type="checkbox"/> Malformação Renal</td><td><input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Ausência Congênita dos Diodos</td><td><input type="checkbox"/> Fissura Labial</td><td><input type="checkbox"/> Hidrocele</td><td><input type="checkbox"/> Microcefalia</td><td><input type="checkbox"/> Pi Tonto Congênito</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Cardiopatia Congênita</td><td><input type="checkbox"/> Fissura Palatina</td><td><input type="checkbox"/> Hipospadia</td><td><input type="checkbox"/> Micrognatia</td><td><input type="checkbox"/> Polidactilia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Criptorquia</td><td><input type="checkbox"/> Gastrosquisse</td><td><input type="checkbox"/> Implantação Baixa das Orelhas</td><td><input type="checkbox"/> Oftalmolete</td><td><input type="checkbox"/> Síndrome de Down</td></tr><tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> Macrocefalia</td><td><input type="checkbox"/> Opacificação do Olho</td><td><input type="checkbox"/> Mielomeningocele</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> Ausência Umbilical Única</td><td><input type="checkbox"/> Hérnia Umbilical</td></tr></table> <p><input type="checkbox"/> Outras Informações: _____</p> <p><b>CARIMBO/ASSINATURA</b> _____</p>		<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 Diodos	<input type="checkbox"/> Fissura Labial	<input type="checkbox"/> Hidrocele	<input type="checkbox"/> Microcefalia	<input type="checkbox"/> Pi Tonto Congênito	<input type="checkbox"/> Cardiopatia Congênita	<input type="checkbox"/> Fissura Palatina	<input type="checkbox"/> Hipospadia	<input type="checkbox"/> Micrognatia	<input type="checkbox"/> Polidactilia	<input type="checkbox"/> Criptorquia	<input type="checkbox"/> Gastrosquisse	<input type="checkbox"/> Implantação Baixa das Orelhas	<input type="checkbox"/> Oftalmolete	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down			<input type="checkbox"/> Macrocefalia	<input type="checkbox"/> Opacificação do Olho	<input type="checkbox"/> Mielomeningocele				<input type="checkbox"/> Ausência Umbilical Única	<input type="checkbox"/> Hérnia Umbilical
<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 Diodos	<input type="checkbox"/> Fissura Labial	<input type="checkbox"/> Hidrocele	<input type="checkbox"/> Microcefalia	<input type="checkbox"/> Pi Tonto Congênito																											
<input type="checkbox"/> Cardiopatia Congênita	<input type="checkbox"/> Fissura Palatina	<input type="checkbox"/> Hipospadia	<input type="checkbox"/> Micrognatia	<input type="checkbox"/> Polidactilia																											
<input type="checkbox"/> Criptorquia	<input type="checkbox"/> Gastrosquisse	<input type="checkbox"/> Implantação Baixa das Orelhas	<input type="checkbox"/> Oftalmolete	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down																											
		<input type="checkbox"/> Macrocefalia	<input type="checkbox"/> Opacificação do Olho	<input type="checkbox"/> Mielomeningocele																											
			<input type="checkbox"/> Ausência Umbilical Única	<input type="checkbox"/> Hérnia Umbilical																											



**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				/ /																			
<table border="1"><tr><td>CNS DO PROFISSIONAL:*</td><td>CBO:*</td><td>CNES:*</td><td>INE:*</td></tr><tr><td colspan="2">CATEGORIA DO PROFISSIONAL:*</td><td colspan="3">NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL:*</td></tr><tr><td>FORA DA ÁREA:</td><td>Nº DA ÁREA:</td><td>Nº DA MICROÁREA</td><td colspan="2">AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS):</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Sim</td><td><input type="checkbox"/> Não</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					CNS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	CNES:*	INE:*	CATEGORIA DO PROFISSIONAL:*		NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL:*			FORA DA ÁREA:	Nº DA ÁREA:	Nº DA MICROÁREA	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
CNS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	CNES:*	INE:*																				
CATEGORIA DO PROFISSIONAL:*		NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL:*																					
FORA DA ÁREA:	Nº DA ÁREA:	Nº DA MICROÁREA	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS):																				
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																						
<b>Identificação da Mãe</b>																							
NOME DA MÃE COMPLETO:*																							
<table border="1"><tr><td>CPF:*</td><td>NIS (PIS/PASEP):</td><td>Nº CNS:*</td><td>Nº SMM:</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					CPF:*	NIS (PIS/PASEP):	Nº CNS:*	Nº SMM:															
CPF:*	NIS (PIS/PASEP):	Nº CNS:*	Nº SMM:																				
<b>Parto e Nascimento</b>																							
TIPO DE PARTO:*		LACERAÇÃO: EPISIOTOMIA/EPISIORRAFIA: MANOBRA KRISTELLER LOCAL DO PARTO:*																					
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesáreo		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Domiciliar <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Em trajeto																			
UNIDADE DO PARTO:		TIPO DE ANESTESIA:																					
<table border="1"><tr><td>/</td><td>:</td></tr></table>		/	:	<input type="checkbox"/> Peridural	<input type="checkbox"/> Raquidiana	<input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Sem Anestesia																	
/	:																						
DATA E HORA DO PARTO:*		INDUÇÃO COM OCITOCINA:	ACOMPANHANTE:*																				
<table border="1"><tr><td>/</td><td>:</td></tr></table>		/	:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																		
/	:																						
POSIÇÃO FETAL <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/> Tranverso <input type="checkbox"/> Outro: _____																							
<b>Avaliação da Mulher</b>																							
SULFATO FERROSO:*		PRESSÃO ARTERIAL:*	EDEMA:*	CONSTIPAÇÃO INTESTINAL: INVOLUÇÃO UTERINA:																			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<table border="1"><tr><td>mmHg</td></tr></table>	mmHg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Acima da Cicatriz Umbilical <input type="checkbox"/> Abaixo da Cicatriz Umbilical																	
mmHg																							
LÓQUIOS:*		<input type="checkbox"/> Amarelado (após 10 dias do parto)	AVALIAÇÃO DAS MAMAS:*																				
<input type="checkbox"/> Vermelho (após 2dias) <input type="checkbox"/> Branco ou Seroso (16º Pós-parto)		<input type="checkbox"/> Purulento(Patológico) <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não Lactante <input type="checkbox"/> Lactante	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Ingurgitadas <input type="radio"/> Mastite	<input type="radio"/> Fissura <input type="radio"/> Nódulo <input type="radio"/> Hiperemia																		
<b>Avaliação da Criança</b>																							
ATENDIMENTO:*		GRAVIDEZ MÚLTIPLA:																					
<input type="checkbox"/> Visita domiciliar <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Em caso de Gravidez Múltipla deverá ser preenchido uma nova ficha para cada recém-nascido.																				
NASCIDO VIVO:*		IG:*	DATA E HORA DO NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:*																		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td>/</td><td>:</td></tr></table>	/	:	<table border="1"><tr><td>anos</td></tr></table>	anos	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.														
/	:																						
anos																							
Nº DO REGISTRO CIVIL:		NOME DA CRIANÇA COMPLETO:*																					
CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA:*		APGAR:	CONTATO PELE A PELE:*		ALEITAMENTO MATERNO NA 1ª HORA DE VIDA																		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<table border="1"><tr><td>1º min</td><td>5º min</td></tr></table>	1º min	5º min	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																
1º min	5º min																						
PESO NASC.:		CLASSIFICAÇÃO DO PESO: <input type="radio"/> Elevado <input type="radio"/> Baixo <input type="radio"/> Adequado <input type="radio"/> Muito baixo	PERÍMETRO CEFÁLICO NASC.:	CLASSIFICAÇÃO DO PC: <input type="radio"/> Acima do Esperado <input type="radio"/> Adequado <input type="radio"/> Abaixo do Esperado	COMPRIMENTO NASC.:	CLASSIFICAÇÃO DO COM: <input type="radio"/> Elevado <input type="radio"/> Baixo <input type="radio"/> Adequado <input type="radio"/> Muito baixo																	
		G	<table border="1"><tr><td>cm</td></tr></table>	cm	<table border="1"><tr><td>cm</td></tr></table>	cm	<table border="1"><tr><td>cm</td></tr></table>	cm															
cm																							
cm																							
cm																							
PROFISSIONAL QUE ASSISTIU O RECÉM NASCIDO		INTERNAÇÃO EM UNIDADE NEONATAL:																					
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Parteira <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> UTIN <input type="checkbox"/> UCINCA <input type="checkbox"/> UCINCO <input type="checkbox"/> 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*

<b>GOVERNO DO MARANHÃO</b> 1º Atendimento Pós-Parto Nascimento Secretaria de Saúde		Digitado por: _____ / _____	Data de Atendimento*: _____ / _____
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <b>PESO ATUAL*</b>  <input type="text"/> G      CLASSIFICAÇÃO DO PESO:  <input type="radio"/> Elevado  <input type="radio"/> Baixo  <input type="radio"/> Adequado  <input type="radio"/> Muito baixo       </div> <div style="width: 30%;"> <b>PERÍMETRO CEFÁLICO ATUAL*</b>  <input type="text"/> cm      CLASSIFICAÇÃO DO PC:  <input type="radio"/> Acima do Esperado  <input type="radio"/> Adequado  <input type="radio"/> Abaixo do Esperado       </div> <div style="width: 30%;"> <b>COMPRIMENTO ATUAL*</b>  <input type="text"/> cm      CLASSIFICAÇÃO DO COMR:  <input type="radio"/> Elevado  <input type="radio"/> Baixo  <input type="radio"/> Adequado  <input type="radio"/> Muito baixo       </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <b>ÓBITO INFANTIL:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Data: _____ / _____       </div> <div style="width: 70%;"> <b>CAUSA ÓBITO:</b> _____       </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <b>REANIMAÇÃO NEONATAL</b>  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não       </div> <div style="width: 70%;"> <input type="checkbox"/> Abuso de Substância  <input type="checkbox"/> Alteração no Padrão dos Batimentos Cardíacos Fetais  <input type="checkbox"/> Anomalias Congênitas  <input type="checkbox"/> Anomalidades Placentárias  <input type="checkbox"/> Asfixia Perinatal       </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Gestacional  <input type="checkbox"/> Gestações Multiplas  <input type="checkbox"/> Hidropisia  <input type="checkbox"/> Hipertensão (crônica ou específica da gestação)  <input type="checkbox"/> Infecção Materna       </div> <div style="width: 70%;"> <input type="checkbox"/> Líquido Amniótico Fétido  <input type="checkbox"/> Líquido Amniótico Meconial  <input type="checkbox"/> Oligoidrâmnio / Polidrâmnio  <input type="checkbox"/> Parto Prolongado ou com Instrumentação  <input type="checkbox"/> Prolapso de Cordão       </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Ruptura Prolongada de Cordão  <input type="checkbox"/> Apresentação Fetal Anómala  <input type="checkbox"/> Pós-Maturidade  <input type="checkbox"/> Prematuridade  <input type="checkbox"/> Outras Causas       </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <b>MALFORMAÇÕES CONGÉNITAS</b>  <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não       </div> <div style="width: 70%;"> <input type="checkbox"/> Anencefalia  <input type="checkbox"/> Ausência Congênita dos Dedos  <input type="checkbox"/> Ausência Umbilical Única  <input type="checkbox"/> Cardiopatia Congênita  <input type="checkbox"/> Criptorquidia       </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Fibrose Cística  <input type="checkbox"/> Fissura Labial  <input type="checkbox"/> Fissura Palatina  <input type="checkbox"/> Gastroreto  <input type="checkbox"/> Hérnia Umbilical       </div> <div style="width: 70%;"> <input type="checkbox"/> Hidrocefalia  <input type="checkbox"/> Hidrocele  <input type="checkbox"/> Hipopatida  <input type="checkbox"/> Implantação Baixa das Orelhas  <input type="checkbox"/> Macrocefalia       </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Malformação Renal  <input type="checkbox"/> Microcefalia  <input type="checkbox"/> Micrognatia  <input type="checkbox"/> Onfalocèle  <input type="checkbox"/> Macroglossia       </div> <div style="width: 70%;"> <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral  <input type="checkbox"/> Pé Torto Congênito  <input type="checkbox"/> Polidactilia  <input type="checkbox"/> Síndrome de Down  <input type="checkbox"/> Mielomeningocele  <input type="checkbox"/> Outras Informações       </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <b>BIOLÓGICA - TESTE DO PEZINHO*</b>  <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Coletado       </div> <div style="width: 30%;"> <b>AUDITIVA - TESTE DA ORELHINHA</b>  <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado       </div> <div style="width: 30%;"> <b>REFLEXO - TESTE DO OLHINHO</b>  <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado       </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <b>OXIMETRIA - TESTE DO CORAÇÃOZINHO</b>  <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado       </div> <div style="width: 70%;"></div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 50%;"> <b>ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA</b>  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____       </div> <div style="width: 50%;"> <b>SOLICITAÇÃO EXAMES LABORATORIAIS/IMAGEM</b>  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____       </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 50%;"> <b>Vacinas</b>  <b>BCG*</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  <b>EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:</b>  <input type="radio"/> Medo de reação adversa <input type="radio"/> Sem autorização médica  <input type="radio"/> Criança doente <input type="radio"/> Vacina em falta na UBS  <input type="radio"/> Desconhecimento da vacina <input type="radio"/> Ausência de profissional para vacinar  <input type="radio"/> Alergia <input type="radio"/> Recusa dos responsáveis       </div> <div style="width: 50%;"> <b>HEPATITE B*</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  <b>EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:</b>  <input type="radio"/> Medo de reação adversa <input type="radio"/> Sem autorização médica  <input type="radio"/> Criança doente <input type="radio"/> Vacina em falta na UBS  <input type="radio"/> Desconhecimento da vacina <input type="radio"/> Ausência de profissional para vacinar  <input type="radio"/> Alergia <input type="radio"/> Recusa dos responsáveis       </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <b>ALEITAMENTO MATERNO*</b>  <input type="checkbox"/> Sim - Exclusivo <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Sim - Misto       </div> <div style="width: 30%;"> <b>EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:</b>  <input type="radio"/> Crença na produção insuficiente de leite  <input type="radio"/> Dificuldades em amamentar  <input type="radio"/> Uso de bicos artificiais  <input type="radio"/> Introdução de outros alimentos       </div> <div style="width: 40%;"> <input type="radio"/> Condições clínicas da criança  <input type="radio"/> Condições clínicas da mãe  <input type="radio"/> Falta de informação  <input type="radio"/> Recusa da mãe  <input type="radio"/> Outros       </div> <div style="width: 30%;"> <b>EXAME FÍSICO</b>  <input type="checkbox"/> Sem Alteração  <input type="checkbox"/> Com Alteração          Qual?       </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 100%;"> <b>Fatores de Risco para o desenvolvimento da Criança</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Ausência ou Pré-Natal Incompleto  <input type="checkbox"/> Problemas na Gestação, Parto ou Nascimento  <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.       </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Prematuridade (&lt; de 37 semanas)  <input type="checkbox"/> Peso abaixo de 2.500g       </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Ictericia Grave  <input type="checkbox"/> Hospitalização no Período Neonatal       </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Doenças Graves como: meningoite, traumatismo craniano e convulsões  <input type="checkbox"/> Parentesco entre os pais       </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Casos de Deficiência ou Doença Mental na Família  <input type="checkbox"/> Sem fator de Risco       </div> </div> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 100%;"> <b>Estratificação de Risco*</b>  <input type="checkbox"/> Baixo Risco <input type="checkbox"/> Médio Risco <input type="checkbox"/> Alto Risco       </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 80%;"> <b>Atenção: Preencher FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DA Criança anexada no site em "Formulários".</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 30%;"> <b>CARIMBO/ASSINATURA</b>  <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> </div> </div>			



## 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 8 – Estratificação de risco da criança



### FORMULÁRIO PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA

Nome da Criança:		
Nome da Mãe:		
CNS:	Prontuário:	Data de nascimento:
UBS:	Enfermeira responsável:	
Micro-área:	ACS responsável:	
Beneficiário do Bolsa Família:      ( <input type="checkbox"/> ) Sim      ( <input type="checkbox"/> ) Não		
Tipo de parto:		

Registro da estratificação de risco em todos os atendimentos programados ou intercorrências com repercussão clínica, de acordo com os critérios descritos no verso. Os fluxos de encaminhamento na rede de atenção deverão seguir os critérios também descritos.

DATA	ESTRATIFICAÇÃO (Risco Habitual, Médio ou Alto Risco)	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (médico ou enfermeiro)

Classificação do Risco	Critérios para Definição do Risco
Risco Habitual	✓ 01 ou mais características individuais de baixo risco e/ou 01 ou mais condições sócio-familiares descritas no estrato de baixo risco.
Médio Risco	✓ 01 ou mais características individuais de médio risco e/ou 01 ou mais condições sócio-familiares descritas no estrato de médio risco.
Alto Risco	✓ 01 ou mais características individuais de alto risco; <b>ou</b> ✓ 01 ou mais características individuais de alto risco e 01 ou mais condições sócio-familiares descritas no estrato de alto risco.
Observação	Ao estratificar o risco em que a criança se encontra <b>considerar sempre o de maior complexidade</b> . Assim, se a criança apresentar um fator de risco habitual e um de médio risco, deve-se classificar como médio risco. Se a criança apresentar um fator de médio risco e um de alto risco, deve-se classificar como 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

COMPETÊNCIAS DA REDE			
Hospital de Artes Complexo	AAF	APS	CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES INDIVIDUAIS
CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO			
Acompanhamento de acordo com as diretrizes clínicas	Acompanhamento de acordo com as diretrizes clínicas, porém com maior vigilância e intensidade de cuidados	Apoio à equipe da APS para atendimento de casos, de acordo com a necessidade.	Acompanhamento integrado com a AAF e monitoramento do Plano de Cuidados de Fimite pela equipe especializada
Hospitais de Artes Complexos	AAF	APS	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Definição do Plano de Cuidados pela equipe interdisciplinar</li> <li>* Acompanhamento com foco na estabilização</li> <li>* Apoio à equipe da APS para monitoramento do Plano de Cuidados de Fimite, tratamento e plano de cuidados no CEO (para carte severa)</li> </ul>
ES TRATIFICAÇÃO DE RISCO			
MÉDIO RISCO	ALTO RISCO	Prematuridade (≤ de 35 semanas)	Prematuridade (≤ de 35 semanas)
Mulher gestacional ≥ 37 semanas e < 42 semanas		Não balanço peso ao nascer (<2.000g) ou Peso ao nascer ≥ 4.000g	
Peso ao nascer 2.500g e < 4.000g		Apesar > no 5º mês, de vida	
Apesar ≥ 8, no 5º mês.	Risco sem fragilidade neonatal	Malformações congênitas com represosso clínica, de origens genéticas ou hereditárias	
Ausência de patologias específicas	Crâneo menor de 6 meses de idade que não está em aletamiento materno exclusivo	Mais propensão para HIV, Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Hep. B, Herpes, Zisa, Virus sem provável com confirmação de transmissão vertical	
Alta faixa materno exclusiva (número até 6 meses de idade)	Ovíparo maior de 6 meses em aleitamento exclusivo sem alien., complementação f	Crônico com fibrose cística com alteração	
Tratamento neonatal realizado, com resultado e sem alterações	Sobrecarga ou subcarga sem comorbidades e sem repercussão clínica	Crônica portadora de alergias alimentares	
Indicador de crescimento inadequado para a idade	Receptores de crescimento inadequado para a idade	Doenças respiratórias graves	
Crâneo não rotulado ou com esquema radiológico errado;	Crâneo não rotulado ou com esquema radiológico errado;	Terapia com riscos artificiais, com ou sem exangueamento transfusional	
Mulher com IDA para HIV, Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Hepatite B, Herpes, com estresse negativo para a estase patológica;		Emissões de UOL/UTI	
Mulheres com estresse negativo para a estase patológica;		Internações, infecções ou intercânefias recorrentes	
Malformações congênitas sem repercussões imponentes (ex.: polidactilia)		Mais com doença evolutiva leve na gestação	
Doenças Prevalentes da Infância como: desnutrição leve ou moderada, anemia persistente, doença respiratória leve ou moderada		Desenvolvimento lento para a idade etária	
Câncer precoce		Obesidade com comorbilidade e/ou percepção clínica	
		Carrie serena	
		Sinal de violência	
RISCO HABITUAL			
Mulher com gestational sem intercorrências	Rede de apoio social e familiar definida	Auxílio da rede de apoio social e familiar definida	
Mulher Gestacional ≥ 37 semanas e < 42 semanas	Mulher com idade ≤ 18 anos ou ≥ 40 anos	Mulher com idade ou com menos de 4 anos de estudo	
Peso ao nascer 2.500g e < 4.000g	Mulher inabilitada ou com menos de 4 anos de estudo	Mulher com menos de quatro consultas de pré-natal	
Apesar ≥ 8, no 5º mês.	Mulher com idade de 5 anos ou menor	Obstétrico de irmão menor de 5 anos por causa evitável	
Ausência de patologias específicas	Gravidez indesejada	Grau de risco indesejada	
Alta faixa materno exclusiva (número até 6 meses de idade)	Auxílio de rede de apoio social e familiar definida	Desprezo pelo sábio	
Indicador de crescimento inadequado para a idade	Mulher com idade ≤ 18 anos ou ≥ 40 anos	Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica	
Crâneo menor de 6 meses de idade que não está em aletamento materno exclusivo	Mulher com menos de 4 anos de estudo	Um dos pais com dependência de álcool e outras drogas	
Receptores de crescimento inadequado para a idade	Mulher com menos de quatro consultas de pré-natal	Mulher ausente por doença, abandono ou óbito	
Doença respiratória grave	Mulher com anamnese de filho nascido morto	Individuo ou sua família de alcance social	
Doença respiratória grave	Obstétrico de irmão menor de 5 anos por causa evitável	Filhos de mãe em situação de risco (ex: em regime prisional) Ou de etnia indígena	
Doença respiratória grave	Gravidez indesejada	Cuidados iniciais com a criança por parte da mãe ou cuidador	
Doença respiratória grave	Desprezo pelo sábio	Vulnerabilidade social e econômica (ex.: sem fonte de renda, sem moradia fixa)	
Doença respiratória grave	Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica		
Doença respiratória grave	Um dos pais com dependência de álcool e outras drogas		
Doença respiratória grave	Mulher ausente por doença, abandono ou óbito		
Doença respiratória grave	Individuo ou sua família de alcance social		
Doença respiratória grave	Filhos de mãe em situação de risco (ex: em regime prisional) Ou de etnia indígena		
Doença respiratória grave	Cuidados iniciais com a criança por parte da mãe ou cuidador		
Doença respiratória grave	Vulnerabilidade social e econômica (ex.: sem fonte de renda, sem moradia fixa)		





**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**

<p><b>GOVERNO DO MARANHÃO</b> </p> <p style="text-align: center;"><b>2º Atendimento Pós-Parto Nascimento</b></p> <p>Secretaria de Saúde</p>	<p style="text-align: right;">Digitado por: _____</p> <p style="text-align: right;">Data de Atendimento*: / /</p> <p>CNS DO PROFISSIONAL*: _____ CBO*: _____ CNES*: _____ INE: _____</p> <p>CATEGORIA DO PROFISSIONAL*: _____ NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL*: _____</p> <p>FORA DA ÁREA: _____ Nº DA ÁREA: _____ Nº DA MICROÁREA: _____ AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não _____</p>									
<p><b>Identificação da Mãe</b> _____</p> <p>NOME DA MÃE COMPLETO*: _____</p> <p>CPF*: _____ NIS (PIS/PASEP): _____ Nº CNS*: _____ Nº SMM: _____</p>										
<p><b>Avaliação da Mulher</b> _____</p> <p>RELAÇÃO SEXUAL: RETORNO MENSTRUAÇÃO: SULFATO FERROSO:*</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>MÉTODO CONTRACEPTIVO ESCOLHIDO*</p> <p><input type="checkbox"/> Aleitamento Materno <input type="checkbox"/> Preservativo (Masc./Fem.) <input type="checkbox"/> Comportamental <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Hormonal Injetável <input type="checkbox"/> Hormonal Oral <input type="checkbox"/> Cirúrgico <input type="checkbox"/> Gel Espermidida <input type="checkbox"/> Outro</p> <p>LÓQUIOS:*</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Vermelho (após 2 dias)</td><td><input type="checkbox"/> Amarelo (após 10 dias do parto)</td><td><b>AVALIAÇÃO DAS MAMAS:*</b></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Branco ou Seroso (16º Pós-parto)</td><td><input type="checkbox"/> Purulento(Patológico)</td><td><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fissura <input type="checkbox"/> Abcesso</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Ausente</td><td><input type="checkbox"/> Lactante</td><td><input type="checkbox"/> Ingurgitadas <input type="checkbox"/> Nódulo <input type="checkbox"/> Mastite <input type="checkbox"/> Hiperemia</td></tr></table> <p>CONSULTA GINECOLÓGICA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>		<input type="checkbox"/> Vermelho (após 2 dias)	<input type="checkbox"/> Amarelo (após 10 dias do parto)	<b>AVALIAÇÃO DAS MAMAS:*</b>	<input type="checkbox"/> Branco ou Seroso (16º Pós-parto)	<input type="checkbox"/> Purulento(Patológico)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fissura <input type="checkbox"/> Abcesso	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Lactante	<input type="checkbox"/> Ingurgitadas <input type="checkbox"/> Nódulo <input type="checkbox"/> Mastite <input type="checkbox"/> Hiperemia
<input type="checkbox"/> Vermelho (após 2 dias)	<input type="checkbox"/> Amarelo (após 10 dias do parto)	<b>AVALIAÇÃO DAS MAMAS:*</b>								
<input type="checkbox"/> Branco ou Seroso (16º Pós-parto)	<input type="checkbox"/> Purulento(Patológico)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fissura <input type="checkbox"/> Abcesso								
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Lactante	<input type="checkbox"/> Ingurgitadas <input type="checkbox"/> Nódulo <input type="checkbox"/> Mastite <input type="checkbox"/> Hiperemia								
<p><b>Avaliação da Criança</b> _____</p> <p>NOME DA CRIANÇA COMPLETO: _____</p> <p>Nº DO REGISTRO CIVIL: _____ DATA DE NASCIMENTO: / / IDADE: _____ dias</p> <p>PESO ATUAL: _____ G PERÍMETRO CEFÁLICO ATUAL: _____ cm COMPRIMENTO ATUAL: _____ cm</p> <p>CLASSIFICAÇÃO DO PESO: <input type="radio"/> Elevado <input type="radio"/> Baixo <input type="radio"/> Adequado <input type="radio"/> Muito baixo</p> <p>CLASSIFICAÇÃO DO PC: <input type="radio"/> Acima do Esperado <input type="radio"/> Adequado <input type="radio"/> Abaixo do Esperado</p> <p>CLASSIFICAÇÃO DO COM: <input type="radio"/> Elevado <input type="radio"/> Baixo <input type="radio"/> Adequado <input type="radio"/> Muito baixo</p> <p>CLASSIFICAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO: <input type="checkbox"/> Provável atraso no desenvolvimento <input type="checkbox"/> Alerta para o desenvolvimento <input type="checkbox"/> Desenvolvimento adequado com Fatores de Risco <input type="checkbox"/> Desenvolvimento adequado</p> <p>FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA*</p> <p><input type="checkbox"/> Ausência ou Pré-Natal Incompleto <input type="checkbox"/> Prematuridade (&lt; de 37 semanas) <input type="checkbox"/> Ictericia Grave <input type="checkbox"/> Doenças Graves como: meningite, traumatismo craniano e convulsões <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"/> Casos de Deficiência ou Doença Mental na Família <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.</p>										
<p><b>Triagem Neonatal</b> _____</p> <p><b>BIOLÓGICA • TESTE DO PEZINHO</b> <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado</p> <p>EM CASO DE RESPOSTA ALTERADO, MARQUE AS CAUSAS: <input type="radio"/> Fibrose Cística <input type="radio"/> Deficiência de Biotinidase <input type="radio"/> Hipotireoidismo Congênito <input type="radio"/> Hipoplasia Adrenal Congênita <input type="radio"/> Anemia Falciforme <input type="radio"/> Fenilcetonúria</p> <p><b>AUDITIVA • TESTE DA ORELHINHA</b> <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado</p> <p><b>OXIMETRIA • TESTE DO CORAÇOZINHO</b> <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado</p> <p><b>REFLEXO • TESTE DO OLHINHO</b> <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____</p> <p><b>SOLICITAÇÃO EXAMES LABORATORIAIS/IMAGEM</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____</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**



**2º Atendimento**  
Pós-Parto  
Nascimento

Secretaria de Saúde

Digitado por:

Data de Atendimento\*

/ /

#### Vacinas

BCG\*  Sim  Não

HEPATITE B\*  Sim  Não

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

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

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

ALEITAMENTO MATERNO:

Sim - Exclusivo  Não  
 Sim - Misto

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

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

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

\_\_\_\_\_