**Acompanhamento Trimestral da Gestante**

**ORIENTAÇÕES**

O Acompanhamento Trimestral da Gestante é uma ferramenta de trabalho permanente do visitador junto a família, a partir da qual ele formula hipóteses de intervenção, avalia os atendimentos realizados e identifica novas necessidades. Ao longo do instrumento há questões que visam nortear as intervenções que serão realizadas junto às famílias com gestantes. **Deve ser realizado ao final de cada trimestre gestacional** como um produto das intervenções, das observações e das ações desenvolvidas pelo visitador.

Com exceção dos dados referentes à caderneta da gestante, os demais aspectos não são questionados diretamente para a gestante e sim, devem ser pautados ao longo dos atendimentos e ser a base para a construção das intervenções. O instrumento auxilia na identificação de fatores de riscos e de proteção ao longo da gestação. A identificação de fatores de risco vão para além dos critérios clínicos que envolvem uma gestação de alto risco, também estão relacionadas a vinculação que a mãe, o pai ou parceria, e os demais membros da família está desenvolvendo com o feto e a rede de apoio que a gestante identifica, tanto ao longo da gestação, quanto para os cuidados futuros com o bebê. Ainda, são fatores de risco, estressores como aspectos vinculados a dificuldades financeiras na família. A presença de uma rede de apoio, o desenvolvimento do autocuidado, a sensação de bem-estar ao longo da gestação, dentre outros, são fatores protetivos à gestante e ao desenvolvimento de sua relação com o bebê.

Assim, ao longo dos atendimentos junto às famílias com gestantes o olhar do(a) visitador(a) deve recair para aspectos relacionados à: saúde materna, o autocuidado, as relações e interações estabelecidas, a rede de apoio e cuidado e para a vinculação entre a mãe-pai-parceira e o bebê, a fim de alcançar os objetivos do programa.

| **PIM – PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR** | **Nº FAMÍLIA/Nº GESTANTE:** |
| --- | --- |
| **ACOMPANHAMENTO TRIMESTRAL DA GESTANTE** |  |
| Nome da gestante\*: | basic-circle-outline[1]1º trimestre (até 13 semanas)  basic-circle-outline[1]2º trimestre (de 14 a 26 semanas)  basic-circle-outline[1]3º trimestre (27 semanas ou mais) |
| A gestante está cadastrada no Cadastro Único?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  Beneficiária de programa social: □ Programa Auxílio Brasil □ Benefício de Prestação Continuada □ Outro □Não | |
| Nome do Visitador: | Monitor/Supervisor responsável: |
| **Acompanhamento no PIM** | |
| 1.Data dos acompanhamentos e forma de atendimento:\*   | Data | Forma de Atendimento | | --- | --- | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **( ) Visita presencial ( ) Visita remota ( ) Grupo presencial ( ) Grupo remoto** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **( ) Visita presencial ( ) Visita remota ( ) Grupo presencial ( ) Grupo remoto** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **( ) Visita presencial ( ) Visita remota ( ) Grupo presencial ( ) Grupo remoto** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **( ) Visita presencial ( ) Visita remota ( ) Grupo presencial ( ) Grupo remoto** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **( ) Visita presencial ( ) Visita remota ( ) Grupo presencial ( ) Grupo remoto** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **( ) Visita presencial ( ) Visita remota ( ) Grupo presencial ( ) Grupo remoto** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **( ) Visita presencial ( ) Visita remota ( ) Grupo presencial ( ) Grupo remoto** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **( ) Visita presencial ( ) Visita remota ( ) Grupo presencial ( ) Grupo remoto** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **( ) Visita presencial ( ) Visita remota ( ) Grupo presencial ( ) Grupo remoto** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **( ) Visita presencial ( ) Visita remota ( ) Grupo presencial ( ) Grupo remoto** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **( ) Visita presencial ( ) Visita remota ( ) Grupo presencial ( ) Grupo remoto** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **( ) Visita presencial ( ) Visita remota ( ) Grupo presencial ( ) Grupo remoto** |   1.1 Os atendimentos foram realizados de forma\*: basic-circle-outline[1] presencial basic-circle-outline[1] híbrida  2. Participação nos atendimentos:  2.1 A gestante demonstra entusiasmo/interesse?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  2.2 O(A) parceiro(a) participou dos atendimentos realizados? basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não basic-circle-outline[1] Não se aplica  2.2.1 O(A) parceiro(a) demonstra entusiasmo/interesse? basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não basic-circle-outline[1] Não se aplica  2.3 Outros familiares participaram? \*basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  2.3.1 Os familiares demonstram entusiasmo/interesse? basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  3. A gestante participa de atividades grupais?\* □ PIM □ UBS/ESF □ CRAS □ Outra □ Não  4. Foi orientada sobre a importância das consultas pré-natal pelo visitador?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  5. A família foi orientada pelo visitador sobre a importância do pré-natal do(a) parceiro(a)?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não | |
| Informações a partir da Caderneta da Gestante | |
| 6. Realizou as consultas de pré-natal?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não/Por quê?  Se não: a equipe do PIM discutiu o caso com a equipe que realiza o pré-natal? basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  7. Número de consultas realizadas\*: basic-circle-outline[1] 1 basic-circle-outline[1] 2 basic-circle-outline[1] 3 basic-circle-outline[1] 4 basic-circle-outline[1] 5 basic-circle-outline[1] Nenhuma  8. O(A) parceiro(a) realizou consultas de pré-natal?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  9. Identificado alto risco gestacional no trimestre?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não basic-circle-outline[1] Não há registro na Caderneta da Gestante  10. Dentre os fatores de risco abaixo, quais os apresentados no trimestre?   |  | Não | Sim |  | Não | Sim |  | Não | Sim | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Fumo | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | Anemia | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | Febre | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | | Álcool | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | Inc. istmocervical | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | Hipertensão Arterial | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | | Outras Drogas | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | Ameaça de parto prematuro | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | Pré-eclâmpsia/eclâmp. | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | | HIV/AIDS | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | Isoimunização Rh | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | Cardiopatia | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | | Sífilis | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | Oligo/polidrâmnio | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | Diabetes Gestacional | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | | Toxoplasmose | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | Rut.prem.membrana | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | Uso da Insulina | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | | Infecção Urinária | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | CIUR | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | Hemorragia no trimestre | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | | Outros/Especifique | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | Pós-datismo | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] | Exantema/rash cutâneo | basic-circle-outline[1] | basic-circle-outline[1] |   10.1: Em caso positivo para sífilis, a gestante fez o tratamento: basic-circle-outline[1] Completo basic-circle-outline[1] Incompleto basic-circle-outline[1]Está em tratamento basic-circle-outline[1]Não fez  10.1.1 O(a) parceiro(a) fez o tratamento para sífilis: basic-circle-outline[1] Completo basic-circle-outline[1] Incompleto basic-circle-outline[1]Está em tratamento basic-circle-outline[1]Não  11. Foram realizadas vacinas no trimestre\*: basic-circle-outline[1]Sim basic-circle-outline[1]Não basic-circle-outline[1]Não se aplica  11.1 Se sim, foram realizadas a(s) vacina(s) foram realizadas no trimestre:  □ dTpa □ Hepatite B □ Influenza Gripe □ Antitetânica □ Outra/Especifique:  12. De acordo com o gráfico de acompanhamento nutricional, a gestante apresentou IMC\*:  basic-circle-outline[1]Baixo Peso basic-circle-outline[1]Adequado basic-circle-outline[1]Sobrepeso basic-circle-outline[1]Obesidade basic-circle-outline[1]Não há registro na caderneta  13. A gestante recebeu consulta odontológica no período\*? basic-circle-outline[1]SIM basic-circle-outline[1]NÃO basic-circle-outline[1]Não há registro na caderneta  14. Está informada sobre o nome e endereço da maternidade de referência para gestação atual?\*basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  15. Visitou a maternidade de referência?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não | |
| Outras informações sobre a saúde da gestante | |
| 16. A gestante fez o acompanhamento de saúde conforme a(s) necessidade(s) identificada(s)?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  17.Foi acompanhada por alguma especialidade médica ou equipe multiprofissional?\*   | □ Cardiologia | □ Gastroenterologia | □ Pneumologia | □ Endocrinologia | | --- | --- | --- | --- | | □ Odontologia | □ Psicologia | □ Fisioterapia | □ Oftalmologia | | □ Terapia Ocupacional | □ Fonoaudiologia | □ Nutricionista | □ Infectologia | | □ Outro/Especifique: | □ Não |  |  |   18. Realizou os exames solicitados?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  19. A gestante já realizou exame citopatológico (CP)?\*  basic-circle-outline[1] Nunca basic-circle-outline[1] Há mais de um ano basic-circle-outline[1] Menos de um ano basic-circle-outline[1]Não se Aplica  20. Demonstra autocuidado?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  21. Relata dormir bem?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  22.A gestante tem apresentado comportamentos diferentes do habitual ou que tem trazido prejuízos a si mesma, ao bebê ou a outras pessoas? basic-circle-outline[1] sim basic-circle-outline[1] não  23. Demonstra se sentir acolhida ao longo das consultas de pré-natal?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não | |
| Rede de serviços | |
| 24. Dentre os serviços abaixo, em qual deles a gestante foi acompanhada?\*   | □ Estratégia de Saúde da Família – ESF | □ Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE | | --- | --- | | □ Unidade Básica de Saúde - UBS | □ Conselho Tutelar | | □ Pré-natal realizado em consultório privado | □ Centro de Referência em Assistência Social - CRAS | | □ Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF | □ Centro de Referência Especializada em Assistência Social - CREAS | | □ Ambulatório de Gestação de Alto Risco – AGAR | □ Outros/Especifique: | | □ Serviço de Atendimento Especializado em IST/HIV/AIDS - SAE | □ Não está sendo foi acompanhada em nenhum serviço, por barreira de acesso ao serviço  □ Geográfica □ Disponibilidade de serviços e utilização efetiva  □ Outros/ Especifique: | | □ Centro de Assistência Psicossocial – CAPS | | □ Centro de Assistência Psicossocial Álcool e outras drogas– CAPS AD |   24. Houve articulação realizada pela equipe do PIM com a rede de serviços?\* basic-circle-outline[1] Sim/Quais? basic-circle-outline[1] Não | |
| Aspectos Psicossociais | |
| 26. Com quem reside atualmente?  □ Companheiro/pai da criança □ Companheiro(a) □ Pai/mãe □ Sogra/sogro  □ Amigos □ Sozinha □ Filhos □ Outro  27. Com quem participa das consultas pré-natal\*:  □ Companheiro/pai da criança □ Companheiro (a) □ Pai/mãe □ Sogra/sogro  □ Amigos □ Sozinha □ Filhos □ Outro  28. Com quem compartilha emoções, inquietações, dúvidas e/ou curiosidades em relação à gestação?\*  □ Companheiro/pai da criança □ Companheiro (a) □ Pai/mãe □ Sogra/sogro  □ Equipe de saúde do pré-natal □ Grupo de gestantes □ Outros familiares □ Amigos  □ Visitador/equipe do PIM □ Outro  29. Refere apoiorelativo à gestação?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  29.1. Se sim, de quem?  □ Companheiro (a) □ Mãe/pai □ Amigos □ Colegas de trabalho/escola  □ Professores □ Equipe de saúde □ Equipe do PIM □ Outro  30. Sente que terá apoio quando o bebê nascer?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  30.1. Se sim, de quem?  □ Companheiro (a) □ Mãe/pai □ Amigos □ Colegas de trabalho/escola  □ Professores □ Equipe de saúde □ Equipe do PIM □ Outro  31. Caso a gestante esteja inserida no mercado de trabalho:  30.1 Sente que o ambiente de trabalho a acolhe com relação à gestação? basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  32. Estuda atualmente?\* □ Sim □ Não □Evasão escolar motivada pela gestação  31.1 Sente que a escola a acolhe com relação à gestação? basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  33. Observa-se indícios ou relatou em algum momento ser vítima de violência doméstica? basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  34. Se a resposta anterior for sim, foi realizada ação/articulação com a rede de serviços? : basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não | |
| **Pré-parto/parto/pós-parto** | |
| 35. Sente-se segura com relação ao parto?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  36. Sente-se informada com relação ao parto?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  37. Demonstra estar informada sobre aspectos que podem ajudá-la no trabalho de parto?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  38. A gestante demonstra ter preferência por algum tipo de parto?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  40.1 Se sim, qual? basic-circle-outline[1] parto normal basic-circle-outline[1] cesárea  39. Está informada sobre o direito em ter acompanhante, durante o pré-parto, parto e pós-parto?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  40. Demonstra interesse em ter um acompanhante para este momento?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  41. A equipe que a acompanha no pré-natal já conversou com ela sobre o plano de parto?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não | |
| **Amamentação** | |
| 42. Refere desejo em amamentar seu bebê?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  43. Foi orientada pelo Visitador sobre a importância do aleitamento materno?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não  44. Em caso de gestante HIV positivo foi orientada pelo visitador sobre as questões referentes à amamentação? basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não | |
| **Vinculação Mãe-pai-parceria-bebê**  **(As perguntas de 45 a 58 devem ser respondidas apenas para as gestantes do 2º e 3º trimestre de gestação** | |
| 45.Como a gestante se sente com relação à gestação?\* basic-circle-outline[1] feliz basic-circle-outline[1] triste basic-circle-outline[1] ansiosa basic-circle-outline[1] indiferente  46. Como o(a) parceiro(a) se sente com relação à gestação? basic-circle-outline[1] feliz basic-circle-outline[1] triste basic-circle-outline[1] ansioso(a) basic-circle-outline[1] indiferente basic-circle-outline[1] Não se aplica  47. Como a gestante se sente com relação ao próprio corpo? basic-circle-outline[1] se sente bem basic-circle-outline[1] se sente insatisfeita  48. A gestante conversa com o bebê na barriga? basic-circle-outline[1] frequentementebasic-circle-outline[1] eventualmente basic-circle-outline[1] raramente basic-circle-outline[1] não conversa  49. A gestante interage quando o bebê se movimenta na barriga? basic-circle-outline[1] frequentementebasic-circle-outline[1] eventualmente basic-circle-outline[1] raramente basic-circle-outline[1] não interage  50. A gestante dá significado aos movimentos que o bebê faz? basic-circle-outline[1] frequentementebasic-circle-outline[1] eventualmente basic-circle-outline[1] raramente basic-circle-outline[1] não dá significado  51. A gestante tem se cuidado mais ou mudado hábitos por se preocupar com a sua saúde e a do bebê? basic-circle-outline[1] sim basic-circle-outline[1] não  52. A gestante faz carinho na barriga? basic-circle-outline[1] frequentementebasic-circle-outline[1] eventualmente basic-circle-outline[1] raramente basic-circle-outline[1] não faz carinho  53. O(a) parceiro(a) conversa com o bebê na barriga? basic-circle-outline[1] frequentementebasic-circle-outline[1] eventualmente basic-circle-outline[1] raramente basic-circle-outline[1] não conversa basic-circle-outline[1] Não se aplica  54. O(a) parceiro(a) faz carinho na barriga? basic-circle-outline[1] frequentementebasic-circle-outline[1] eventualmente basic-circle-outline[1] raramente basic-circle-outline[1] não faz carinho basic-circle-outline[1] Não se aplica  55. O(a) parceiro(a) acredita que o bebê identifica sua voz? basic-circle-outline[1] simbasic-circle-outline[1] não basic-circle-outline[1] Não se aplica  56. O (a) parceiro(a) tem se cuidado mais ou mudado hábitos por se preocupar com o futuro com o bebê? basic-circle-outline[1] simbasic-circle-outline[1] não basic-circle-outline[1] Não se aplica  57. O (a) parceiro (a) atribui características ao bebê, a partir dos movimentos que ele faz? basic-circle-outline[1] simbasic-circle-outline[1] não basic-circle-outline[1] Não se aplica  58. Em caso de gestantes que apresentam fatores de risco e/ou diagnósticos de malformação fetal: como a gestante se sente com relação ao desenvolvimento do bebê? basic-circle-outline[1]cuidadosa basic-circle-outline[1] entristecida basic-circle-outline[1] preocupada basic-circle-outline[1]indiferente | |
| **Outras informações importantes** | |
| 59. Ocorreu aborto neste trimestre?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não | |
| 60. Tem intenção de encaminhar o bebê para adoção? basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não | |
| 61. Foram realizadas ações voltadas ao planejamento sexual e reprodutivo ao longo dos atendimentos?\* basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não | |
| 62. A gestante e sua família foram orientadas sobre seus direitos? basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não | |
| 63. Demonstra interesse em continuar o acompanhamento com o PIM após o nascimento do bebê? basic-circle-outline[1] Sim basic-circle-outline[1] Não | |
| Observações: | |