

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.

4. Foi orientada sobre a importância das consultas pré-natal pelo visitador?* Sim Não
5. A família foi orientada pelo visitador sobre a importância do pré-natal do(a) parceiro(a)?* Sim Não

Informações a partir da Caderneta da Gestante

6. Realizou as consultas de pré-natal?* Sim Não/Por quê?
- Se não: a equipe do PIM discutiu o caso com a equipe que realiza o pré-natal? Sim Não
7. Número de consultas realizadas*: 1 2 3 4 5 Nenhuma
8. O(A) parceiro(a) realizou consultas de pré-natal?* Sim Não
9. Identificado alto risco gestacional no trimestre?* Sim Não 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Febre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inc. istmocervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensão Arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras Drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ameaça de parto prematuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pré-eclâmpsia/eclâmp.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Isoimunização Rh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cardiopatias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oligo/polidrâmio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes Gestacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toxoplasmose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rut.prem.membrana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Uso da Insulina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infecção Urinária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CIUR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia no trimestre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros/Especifique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pós-datismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Exantema/rash cutâneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 10.1: Em caso positivo para sífilis, a gestante fez o tratamento: Completo Incompleto Está em tratamento Não fez
- 10.1.1 O(a) parceiro(a) fez o tratamento para sífilis: Completo Incompleto Está em tratamento Não
11. Foram realizadas vacinas no trimestre*: Sim Não 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*:
- Baixo Peso Adequado Sobrepeso Obesidade Não há registro na caderneta
13. A gestante recebeu consulta odontológica no período?* SIM NÃO Não há registro na caderneta
14. Está informada sobre o nome e endereço da maternidade de referência para gestação atual?* Sim Não
15. Visitou a maternidade de referência?* Sim Não

Outras informações sobre a saúde da gestante

16. A gestante fez o acompanhamento de saúde conforme a(s) necessidade(s) identificada(s)?* Sim 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?* Sim Não

19. A gestante já realizou exame citopatológico (CP)?*

Nunca Há mais de um ano Menos de um ano Não se Aplica

20. Demonstra autocuidado?* Sim Não

21. Relata dormir bem?* Sim Não

22. A gestante tem apresentado comportamentos diferentes do habitual ou que tem trazido prejuízos a si mesma, ao bebê ou a outras pessoas? sim não

23. Demonstra se sentir acolhida ao longo das consultas de pré-natal?* Sim Não

Rede de serviços

24. Dentre os serviços abaixo, em qual deles a gestante foi acompanhada?*

<input type="checkbox"/> Estratégia de Saúde da Família - ESF	<input type="checkbox"/> Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE
<input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde - UBS	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar
<input type="checkbox"/> Pré-natal realizado em consultório privado	<input type="checkbox"/> Centro de Referência em Assistência Social - CRAS
<input type="checkbox"/> Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF	<input type="checkbox"/> Centro de Referência Especializada em Assistência Social - CREAS
<input type="checkbox"/> Ambulatório de Gestação de Alto Risco - AGAR	<input type="checkbox"/> Outros/Especifique:
<input type="checkbox"/> Serviço de Atendimento Especializado em IST/HIV/AIDS - SAE	<input type="checkbox"/> Não está sendo acompanhada em nenhum serviço, por barreira de acesso ao serviço
<input type="checkbox"/> Centro de Assistência Psicossocial - CAPS	<input type="checkbox"/> Geográfica <input type="checkbox"/> Disponibilidade de serviços e utilização efetiva
<input type="checkbox"/> Centro de Assistência Psicossocial Álcool e outras drogas- CAPS AD	<input type="checkbox"/> Outros/ Especifique:

24. Houve articulação realizada pela equipe do PIM com a rede de serviços?* Sim/Quais? Não

Aspectos Psicossociais

26. Com quem reside atualmente?

<input type="checkbox"/> Companheiro/pai da criança	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Pai/mãe	<input type="checkbox"/> Sogra/sogro
<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Sozinha	<input type="checkbox"/> Filhos	<input type="checkbox"/> Outro

27. Com quem participa das consultas pré-natal*:

<input type="checkbox"/> Companheiro/pai da criança	<input type="checkbox"/> Companheiro (a)	<input type="checkbox"/> Pai/mãe	<input type="checkbox"/> Sogra/sogro
<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Sozinha	<input type="checkbox"/> Filhos	<input type="checkbox"/> Outro

28. Com quem compartilha emoções, inquietações, dúvidas e/ou curiosidades em relação à gestação?*

<input type="checkbox"/> Companheiro/pai da criança	<input type="checkbox"/> Companheiro (a)	<input type="checkbox"/> Pai/mãe	<input type="checkbox"/> Sogra/sogro
<input type="checkbox"/> Equipe de saúde do pré-natal	<input type="checkbox"/> Grupo de gestantes	<input type="checkbox"/> Outros familiares	<input type="checkbox"/> Amigos
<input type="checkbox"/> Visitador/equipe do PIM	<input type="checkbox"/> Outro		

29. Refere apoio-relativo à gestação?* Sim Não

29.1. Se sim, de quem?

<input type="checkbox"/> Companheiro (a)	<input type="checkbox"/> Mãe/pai	<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Colegas de trabalho/escola
<input type="checkbox"/> Professores	<input type="checkbox"/> Equipe de saúde	<input type="checkbox"/> Equipe do PIM	<input type="checkbox"/> Outro

30. Sente que terá apoio quando o bebê nascer?* Sim 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? Sim Não

32. Estuda atualmente? Sim Não Evasão escolar motivada pela gestação

31.1 Sente que a escola a acolhe com relação à gestação? Sim Não

33. Observa-se indícios ou relatou em algum momento ser vítima de violência doméstica? Sim Não

34. Se a resposta anterior for sim, foi realizada ação/articulação com a rede de serviços? : Sim Não

Pré-parto/parto/pós-parto

35. Sente-se segura com relação ao parto?* Sim Não

36. Sente-se informada com relação ao parto?* Sim Não

37. Demonstra estar informada sobre aspectos que podem ajudá-la no trabalho de parto?* Sim Não

38. A gestante demonstra ter preferência por algum tipo de parto?* Sim Não

40.1 Se sim, qual? parto normal cesárea

39. Está informada sobre o direito em ter acompanhante, durante o pré-parto, parto e pós-parto?* Sim Não

40. Demonstra interesse em ter um acompanhante para este momento?* Sim Não

41. A equipe que a acompanha no pré-natal já conversou com ela sobre o plano de parto?* Sim Não

Amamentação

42. Refere desejo em amamentar seu bebê?* Sim Não

43. Foi orientada pelo Visitador sobre a importância do aleitamento materno?* Sim Não

44. Em caso de gestante HIV positivo foi orientada pelo visitador sobre as questões referentes à amamentação? Sim 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?* feliz triste ansiosa indiferente

46. Como o(a) parceiro(a) se sente com relação à gestação? feliz triste ansioso(a) indiferente Não se aplica

47. Como a gestante se sente com relação ao próprio corpo? se sente bem se sente insatisfeita

48. A gestante conversa com o bebê na barriga? frequentemente eventualmente raramente não conversa

49. A gestante interage quando o bebê se movimenta na barriga? frequentemente eventualmente raramente não interage

50. A gestante dá significado aos movimentos que o bebê faz? frequentemente eventualmente raramente não dá significado

51. A gestante tem se cuidado mais ou mudado hábitos por se preocupar com a sua saúde e a do bebê? sim não

52. A gestante faz carinho na barriga? frequentemente eventualmente raramente não faz carinho

53. O(a) parceiro(a) conversa com o bebê na barriga? frequentemente eventualmente raramente não conversa Não se aplica
54. O(a) parceiro(a) faz carinho na barriga? frequentemente eventualmente raramente não faz carinho Não se aplica
55. O(a) parceiro(a) acredita que o bebê identifica sua voz? sim não Não se aplica
56. O (a) parceiro(a) tem se cuidado mais ou mudado hábitos por se preocupar com o futuro com o bebê? sim não Não se aplica
57. O (a) parceiro (a) atribui características ao bebê, a partir dos movimentos que ele faz? sim não 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? cuidadosa entristecida preocupada indiferente

Outras informações importantes

59. Ocorreu aborto neste trimestre?* Sim Não
60. Tem intenção de encaminhar o bebê para adoção? Sim Não
61. Foram realizadas ações voltadas ao planejamento sexual e reprodutivo ao longo dos atendimentos?* Sim Não
62. A gestante e sua família foram orientadas sobre seus direitos? Sim Não
63. Demonstra interesse em continuar o acompanhamento com o PIM após o nascimento do bebê? Sim Não

Observações: