



ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

GLORIA ELIZABETH BARRIENTOS SANCHEZ

**OTIMIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTES
RESTRITOS MEDIANTE O USO DE UM PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR E
DOCUMENTOS ESPECIFICOS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO
CUIDADO**

Orientadora: Julianna Leticia Gimenez Cotrick

**SÃO PAULO
JANEIRO - 2015**

1. INTRODUÇÃO

Desde o primeiro censo demográfico de 1872 até o último realizado em 2010 pelo IBGE, observa-se que o Brasil vem experimentando uma fase de transição demográfica com mudanças radicais como a diminuição importante das taxas de mortalidade e natalidade, e o aumento da esperança de vida da população. Segundo dados do último censo, a população idosa era de 20,5 milhões, o equivalente a 10,8 % da população total, com predominância do sexo feminino, e as projeções indicam que em 2020 a população idosa brasileira será de 30,9 milhões, representando 14 % da população total. Esse envelhecimento acelerado traz consigo um aumento da carga de doenças crônico-degenerativas e suas complicações, aumentando dessa forma o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados, específicos e mais intensivos.¹⁵

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominada Estratégia saúde da família, surge pela necessidade de mudança do modelo assistencial médico-centrado, fragmentado em especialidades, mecanicista e focado na doença, pois ele se tornou obsoleto no contexto das mudanças demográficas e sociais que atravessa o país. O PSF foi introduzido em 1994 como uma tentativa de reorganizar a atenção básica no país para consolidá-la e ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. Ele tem como tríade de ferramentas para cumprir seus objetivos: a visita domiciliar, o acolhimento e a abordagem familiar. Na literatura onde se plantea a discussão sobre a atenção domiciliar (AD), o envelhecimento da população é descrito como “um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no domicílio”.³⁴

A portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 redefiniu a visita domiciliar como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde”. Isto abriu caminho para a criação de programas diferenciados direcionados exclusivamente ao atendimento domiciliar como o programa MELHOR EM CASA, implantado em algumas regiões do Brasil. É importante destacar que a partir desta portaria foram definidas diferentes modalidades de atendimento domiciliar (AD1, AD2, AD3), dos quais só o AD1 é responsabilidade integral da atenção básica. Ele forma parte do processo de trabalho das equipes de saúde da família.²

De acordo com a literatura do programa Melhor em casa, a modalidade AD1 tem como algumas das suas atribuições: promover ações sistematizadas, articuladas e regulares desenvolvidas por meio do trabalho em equipe partindo do princípio da utilização de tecnologias de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento), ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde; atenção das necessidades de saúde de determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para realização das atividades da vida diária. Estão incluídos nesta modalidade os usuários que possuam problemas de saúde controlados compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária (não podendo se deslocar até a unidade de saúde).⁸⁹

Múltiplos estudos tanto observacionais como intervencionistas foram realizados ao longo dos anos refletindo e abordando as diferentes facetas, vantagens e dificuldades das equipes em relação ao uso da visita domiciliar como ferramenta para a prática profissional da ESF^{6 7}. Neste contexto, perceberam-se múltiplos fatores que podem dificultar uma adequada utilização das visitas domiciliares para o atendimento da demanda de usuários ou famílias que requerem esse tipo de acompanhamento. Entre eles, a sobrecarga da área de cobertura que excede os parâmetros recomendados tanto nacional como internacionalmente, e o aumento cada vez maior de pacientes restritos que provavelmente tem como uma das suas causas o envelhecimento populacional já mencionado no início deste texto.^{1 6 7} Estes fatos fazem com que a assistência domiciliar se veja um tanto prejudicada e não tenha os resultados esperados. Essas são algumas das dificuldades identificadas na unidade básica de saúde Conceição no Município de Diadema do estado de São Paulo na qual este projeto de intervenção será aplicado. Nela as equipes são responsáveis por um número próximo aos 4500 usuários, dos quais aproximadamente 30 % correspondem a maiores de 60 anos. Observou-se que as visitas são na maioria das vezes realizadas por demandas diárias possivelmente devido a grande demanda de usuários, não sendo realizado um planejamento das ações para cada caso procurando a integração da equipe multiprofissional, fato que provavelmente provocaria melhorias na saúde dos usuários envolvidos.⁴

Desde o surgimento do conceito de atenção domiciliar foram elaborados e aprimorados múltiplos métodos, estratégias e documentos de avaliação relacionados à abordagem de pacientes que requerem esta modalidade de atendimento, estas são encontradas em grande parte da literatura disponibilizada pelo Ministério da saúde e funcionam como ferramentas facilitadoras do atendimento.^{8 9 10 11}

O presente projeto de intervenção tem como principal objetivo organizar o material disponível relacionado ao atendimento domiciliar e criar um protocolo que possa ser aplicado à modalidade AD1 da atenção básica com o intuito de facilitar as equipes de saúde da família a avaliação eficiente das condições biopsicossociais dos usuários e o desenvolvimento de um PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR principalmente para os pacientes com algum grau de restrição e vulnerabilidade, permitindo a coordenação do cuidado com a Rede de apoio da Atenção Básica para o atendimento integral do usuário, produzindo melhorias da qualidade de vida dos mesmos. Assim também, a protocolização do atendimento domiciliar poderá melhorar a organização do serviço diminuindo o impacto da sobrecarga da área de abrangência que atualmente existe.¹⁰

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Otimizar o processo de trabalho das equipes de saúde da família em relação ao acompanhamento domiciliar de pacientes restritos.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Diminuir o impacto da alta demanda de pacientes e sobrecarga populacional da área de abrangência da unidade, facilitando o atendimento mediante a criação de protocolos e rotinas de acolhimento e cuidado.
- Melhorar a qualidade de vida dos pacientes restritos e cuidadores.
- Organizar e preparar a equipe de saúde da família para realizar o acolhimento e atendimento de pacientes restritos de forma organizada e sistematizada.
- Melhorar o sistema de monitoramento das visitas domiciliares a pacientes restritos.
- Otimizar o tempo utilizado nas visitas domiciliares facilitando o processo de atendimento.

3. METODOLOGIA

3.1. Cenário da intervenção

Visando cumprir o princípio de longitudinalidade da atenção básica, o projeto de intervenção será realizado na unidade básica de saúde Conceição do município de Diadema no estado de São Paulo, como projeto piloto para conseguir uma sistematização do processo de trabalho da atenção domiciliar.

3.2. Sujeitos da intervenção

O projeto terá como população alvo todos os usuários portadores de dificuldades motoras ou cognitivas que os impeçam de se deslocar até a unidade de saúde, sejam estas temporárias ou permanentes, independentemente da idade dos usuários.

3.3. Estratégias e ações

O projeto foi organizado em quatro etapas, que serão aplicadas a todos os usuários já cadastrados como portadores de restrições dentro da unidade básica de saúde e a todos os que forem cadastrados posteriormente, seja mediante a demanda espontânea ou por informes semanais dos membros da equipe.

Inicialmente se determinara o numero exato de pacientes cadastrados como restritos na equipe de acordo com Fichas A dos agentes comunitários de saúde, para posteriormente criar uma planilha que servira como registro de base.

- **1ra Etapa.-** Durante as Visitas domiciliares: Utilizando a tabela de Avaliação da complexidade do paciente em AD1 do Ministério da Saúde (anexo 1), de acordo com a pontuação obtida, os usuários serão classificados para determinar o nível de cuidado e o suporte necessário que a equipe terá que proporcionar para cada caso. Para realizar avaliação e pontuação serão utilizadas escalas de apoio que abordam diferentes áreas: Miniexame mental (anexo 2), escala de depressão geriátrica (anexo 3), Escore de Framingham (anexo 4), Avaliação da sobrecarga do cuidador Zarit (anexo 5).

A classificação poderá ser realizada pela enfermeira ou medico da equipe.

- **2da Etapa.-** Discussão de cada caso em reunião de equipe para determinação do Projeto Terapêutico singular, designação de funções para cada membro da equipe e determinação do intervalo das visitas.
- **3ra Etapa.-** Monitoramento do atendimento mediante fichas próprias da atenção domiciliar tanto medicas como de enfermagem em cada visita realizada (anexo 6)(anexo 7)
- **4ta Etapa.-** Matriciamento com NASF se necessário.

3.4. Avaliação e monitoramento

Para avaliação e monitoramento da eficácia do projeto, é preciso que as reuniões de equipe sempre sejam realizadas minimamente uma vez por semana e destinar um horário neste período para rever as fichas de atendimento domiciliar (anexo 6 e 7) e planilhas do projeto terapêutico singular dos pacientes (anexo 8) de acordo com os cronogramas estabelecidos após avaliação, sempre verificando se as ações foram realizadas de acordo com o planejado e/ou reformular outras que devam ser modificadas. É também extremamente importante ter uma base de dados sempre atualizada de todos os pacientes restritos.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Com a implementação deste projeto, espera-se facilitar o processo de trabalho das equipes de saúde da família em relação ao atendimento de pacientes com algum tipo de restrição motora ou cognitiva, desde o acolhimento, passando pelo atendimento propriamente dito até o monitoramento contínuo dos mesmos.

O projeto deverá otimizar o tempo que as equipes de saúde da família destinam a visitas domiciliares, melhorando a avaliação inicial e contínua, assim como a eficácia das ações instituídas para estes usuários. Espera-se que este projeto permita ter um melhor monitoramento deste grupo tão importante de pacientes, evitando o descuido e abandono dos mesmos a pesar da grande demanda de pacientes existente na unidade básica de saúde.

5. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto
Estudo da literatura	x	x	x	x	x	x
Aprovaçāo do projeto	x					
Socializaçāo do projeto com a equipe	x					
Determinaçāo de No de pacientes restritos	x					
Geraçāo da ficha de atençāo domiciliar e impressāo das escalas de apoio.	x	x	x	x	x	x
Avaliaçāo da complexidade de pacientes AD1	x	x	x	x	x	x
Discussāo de casos e formulaçāo do projeto terapêutico singular	x	x	x	x	x	x
Discussāo e analise de resultados			x			
Revisāo final e digitaçāo					x	
Entrega do trabalho final						X

6. REFERENCAS BIBLIOGRAFICAS

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>
2. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.
3. SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecno-assistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.
4. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Brasília-DF. 2012. Seção 4.4. p. 54-60
5. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília-DF. Capítulo I. p. 8
6. COELHO, Fhivio Lucio G; SAVASSI, Leonardo CM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de Priorização das Visitas Domiciliares. *Revista Brasileira de medicina da Família e Comunidade*. V. 3, p. 24-25
7. MELO, Silvana S; Jose SP. Visita Domiciliar como objeto de reflexão. *Revista interdisciplinar NOVAFAPI*. Teresina. v.4, n.3, p.44-47, Jul-Ago-Set. 2011.
8. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Domiciliar. Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Vol 2. Brasília – DF. 2013. p. 7-40
9. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Domiciliar. Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Vol 1. Brasília – DF. 2013. Seção 2. P. 22
10. Ministerio da Saúde. Cadernos da Atenção Básica. Núcleo de Apoio á Saúde da Família. Vol. 1. Ferramentas para á gestão e trabalho cotidiano. Brasília – DF. 2013. Seção 3.1 p. 73-74
11. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica Nº 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Anexo 12 p. 176-177

ANEXO I

AVALIAÇÃO DA COMPLEXIDADE DO PACIENTE EM AD1

Crítérios de avaliação	0	1	2	3
AVDBs*	Independente para todas as AVDBs (escore6)	Dependente para ate 2 AVDBs (escore 4-5)	Dependente para ate 4 AVDBs (escore 2-3)	Dependência para 5 ou 6 AVDBs (escore 0-1)
AVDIs**	Sai de casa sem ajuda para realizar atividades sociais e controlar as finanças	Necessita de ajuda para sair de casa e para realizar as atividades sociais e controlar as finanças	Não sai de casa, mas realiza as tarefas de casa sem ajuda/ou controla suas finanças	Não tem nenhuma autonomia
Função cognitiva (MEEM)/ Audição, visão e fala	Sem alterações cognitivas e sensoriais	Alterações cognitivas ou sensoriais	Alterações cognitivas e sensoriais	Sem total funcionalidade cognitiva (vida vegetativa)
Escore de Framingham	Baixo risco <10 %	Risco moderado 10-20 %	Alto risco >20%	-
Presença de ulcera de pele	Ausente e sem fatores de risco	Ausente e com fatores de risco	Presente	-
Estado Nutricional (IMC)	Eutrofico IMC entre 22 a 27	Baixo peso (IMC< 20) ou sobrepeso (IMC >= 30)	Perda de peso acentuada (>5% em 1 mês ou >10 % em 6 meses)	Caquexia ou obesidade mórbida que impeça deambulação
Incontinência urinaria	Ausente	Incontinência transitória	Incontinência de estresse, urgência ou sobre fluxo	Incontinência funcional
Avaliação do Humor	Sem alterações no humor	Presença de fatores de risco ou indícios de depressão	Depressão clinica ou escores sugestivos de gravidade	Depressão clinica associada a risco de suicídio
Funcionalidad e Familiar	Família funcional	Boa funcionalidade familiar, mas pouco recurso	Família disfuncional	Mora sozinho e sem auxilio familiar

*AVDBs: Atividade da vida diária básicas

**AVDIs: Atividades da vida diária instrumentais

Nível de cuidados	Suporte oferecido pela Equipe
Pontuação 0 a 3	Paciente com sua capacidade funcional preservada e baixo risco de agravos a saúde, sem indicação para assistência domiciliar, acompanhamento habitual da ESF
Pontuação de 4 a 6 (nível 1)	Visita mensal de ACS, Visita de enfermagem trimestral, atendimento medico semestral (ou pelo tempo máximo pertinente a prescrição medica) e em casos de intercorrências
Pontuação de 7 a 18 (nível 2)	Visita mensal de ACS, visita da enfermagem bimestral e atendimento em casos de intercorrências, atendimento do técnico de enfermagem ou enfermeiro quando indicado e prescrito pela equipe (exemplo: cobertura para ulceras de membros). Acionar a EMAD-1 em casos extremos, quando a necessidade de atenção superar a capacidade de oferta da ESF.
Pontuação maior que 19 (nível 3)	Visita mensal de ACS, visita de enfermagem mensal e atendimento em casos de intercorrências, atendimento medico bimestral e atendimento em casos de intercorrências, atendimento do técnico de enfermagem ou enfermeiro quando indicado e prescrito pela equipe, atendimento do SERVIÇO Social de suporte se necessário. Acionar a Emad-1 em caso de necessidade de atenção, superar a capacidade de oferta da ESF.

Fonte: SAVASSI, L. C. M. et al. Proposta de protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primaria. *J. Manag. Prim. Health Care.*, [S.l.], v. 3, n. 2, p.151-7, 2012. Disponível em <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/56/50>>.

ANEXO 2

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL
(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____
Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

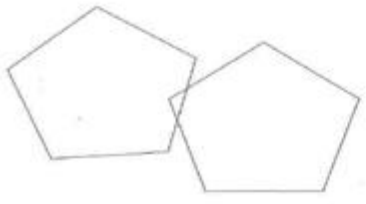
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão" (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

ESCORE: (____/30)



Avaliação dos resultados

Normal: acima de 27 pontos

Demência: menor ou igual a 24 pontos; em caso de menos de quatro anos de escolaridade, o ponto de corte passa para 17, em vez de 24

Escores médios para depressão

Depressão não complicada: 25,1 pontos

Prejuízo cognitivo por depressão: 19 pontos

Fonte: <http://www.telessaudebrasil.org.br/apps/calculadoras/?page=11>. Acesso em: 17/01/2013.
Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *Journal of Psychiatric Research*. 12 (3): 189-98

ANEXO 3

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (VERSÃO CURTA)

- | | |
|--|---------------|
| 1. Você se considera globalmente satisfeito com sua vida? | ()SIM ()NAO |
| 2. Você tem abandonado muitas de suas atividades e interesses? | ()NAO ()SIM |
| 3. Você tem a sensação de que sua vida está vazia? | ()NAO ()SIM |
| 4. Você se aborrece com frequência? | ()NAO ()SIM |
| 5. Você habitualmente está de bom humor? | ()SIM ()NAO |
| 6. Você tem medo de que algo ruim possa lhe acontecer? | ()NAO ()SIM |
| 7. Você se sente feliz na maior parte do tempo? | ()SIM ()NAO |
| 8. Você se sente frequentemente sem ajuda, desamparado? | ()NAO ()SIM |
| 9. Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas? | ()NAO ()SIM |
| 10. Você acha que sua memória é pior do que a das outras pessoas? | ()NAO ()SIM |
| 11. Você acha maravilhoso viver nos dias de hoje? | ()SIM ()NAO |
| 12. Você atualmente se sente sem valor? | ()NAO ()SIM |
| 13. Você se sente cheio de energia? | ()SIM ()NAO |
| 14. Você se julga sem esperança em relação a sua situação atual? | ()NAO ()SIM |
| 15. Você acha que a maioria das pessoas vive melhor do que você? | ()NAO ()SIM |

Contar 1 ponto para cada resposta com conotação depressiva (coluna da direita), 0 para as outras

Pontuação total: ____ / 15

Interpretação:

De 0 a 5 pontos: exame normal

De 5 a 10 pontos: indícios de quadro depressivo leve

Acima de 11 pontos: provável depressão severa

Fonte: YESAVAGE, J. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale. **J. Psychiatr. Res.** v. 17, p. 37, 1983.

ANEXO 4

Escore de risco de Framingham

Passo 1			Passos 5 e 6		
Idade	Homens	Mulheres	Diabetes	Homens	Mulheres
30-34	-1	-9	Sim	2	4
35-39	0	-4	Não	0	0
40-44	1	0	Fumo		
45-49	2	3	Sim	2	2
50-54	3	6	Não	0	0
55-59	4	7			
60-64	5	8			
65-69	6	8			
70-74	7	8			

Passo 2			Passo 7 somar os pontos			
Colesterol Total	Homens	Mulheres	Idade+ CT+ HDL-C+ PAS ou PAD + DM + Fumo = total de pontos			
<160	-3	-2				
160-199	0	0				
200-239	1	1				
240-279	2	1				
≥280	3	3				

Passo 3			Passo 8 veja o risco absoluto nas tabelas			
HDL-C	Homens	Mulheres	Homens Pontos	Homens Risco de DAC em 10 anos %	Mulheres Pontos	Mulheres Risco de DAC em 10 anos %
<35	2	2	<-1	2	≤-2	1
35-44	1	2	0	3	-1	2
45-49	0	1	1	3	0	2
50-59	0	0	2	4	1	2
≥60	-1	-3	3	5	2	3
			4	7	3	3
			5	8	4	4
			6	10	5	4
			7	13	6	5
			8	16	7	6
			9	20	8	7
			10	25	9	8
			11	31	10	10
			12	37	11	11
			13	45	12	13
			≥ 14	53	13	15
					15	20
					16	24
					17	≥ 27

Passo 4			
PAS	PAD	Homens	Mulheres
<120	<80	0	-3
120-129	80-84	0	0
130-139	85-89	1	0
140-159	90-99	2	2
≥160	≥100	3	3

ANEXO 5

AVALIACAO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES (Zarit)

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
1. O(a) Sr(a) sente que NOME DO PACIENTE pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
2. O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com NOME DO PACIENTE não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. O(a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de NOME DO PACIENTE e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de NOME DO PACIENTE?					
5. O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando NOME DO PACIENTE está por perto?					
6. O(a) Sr(a) sente que NOME DO PACIENTE afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro NOME DO PACIENTE?					
8. O(a) Sr(a) sente que de NOME DO PACIENTE depende do(a) Sr(a)?					
9. O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando NOME DO PACIENTE está por perto?					
10. O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com NOME DO PACIENTE?					
11. O(a) Sr(a) sente que Não tem tanta privacidade como gostaria por causa de NOME DO PACIENTE ?					
12. O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de NOME DO PACIENTE?					
13. O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de NOME DO PACIENTE?					
14. O(a) Sr(a) sente que NOME DO PACIENTE espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de NOME DO PACIENTE somando-se às suas outras despesas?					
16. O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de NOME DO PACIENTE por muito mais tempo?					
17. O(a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de NOME DO PACIENTE?					
18. O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de NOME DO PACIENTE?					
19. O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer NOME DO PACIENTE)?					
20. O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por NOME DO PACIENTE?					

Objetivo: avaliar estresse nos cuidadores.

Avaliações dos resultados: A avaliação compreende uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas, se sentem ao cuidar de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, deve ser indicado com que frequência o cuidador se sente em relação ao que está sendo perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas.

Providências com os achados/resultados: altos escores indicam estresse dos cuidadores e, nesses casos, a equipe deve discutir o planejamento assistencial mais adequado.

ANEXO 7

Avaliação do Cuidador

Nome:	Solicitação SAD: __/__/____
Idade:	Cuidador: Parentesco:

Histórico:

Cuidados	Enfermagem							
	///	///	///	///	///	///	///	///
	Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação
Banho no leito/Higiene								
Aspiração de Via Aérea Superior								
Curativo								
Cuidado com Dieta Enteral								
Mudança de Decúbito								
Admin. De Medicação por SNE								
Cuidados com Sondagem								
Cuidados com Colostomia								

Observações:

Legenda:	1	Insatisfatório
	2	Satisfatório
	3	Muito Satisfatório

Enfermeiro SAD:

Enfermeiro Unidade Clínica:

Fonte: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM/SP).

