



GESCAD

Gestão do Cuidado na Rede
de Atenção Domiciliar

Prontuário eletrônico para uso da equipe de atenção domiciliar

Formulário impresso para o atendimento à/ao paciente, sua família e à/ao cuidadora/r

Sistema de Informação Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar

O GESCAD (Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar) 2.0 é um Registro Eletrônico de Saúde (RES) que permite a atenção integral ao paciente, sua família e ao cuidador na gestão do cuidado domiciliar.

O software GESCAD, versão 2.0, é resultado de pesquisa financiada pela FAP-DF

GESCAD 2.0- Formulário para atendimento do paciente em AD, sua família e a/o cuidadora/r

ETAPA DIAGNÓSTICA

Orientações: 1- Esse formulário contém as informações para o prontuário eletrônico do GESCAD 2.0 e destina-se ao atendimento de usuários que demandam cuidados na Rede de Atenção Domiciliar. Leia atentamente as questões e marque conforme resposta do usuário, da família ou do cuidador; 2- Esclareça ao usuário e aos familiares que as informações coletadas serão inseridas no GESCAD para organizar o atendimento pela equipe, com respeito ao sigilo, a confiabilidade e os direitos do paciente, conforme legislação específica. 3-Levar o prontuário da família para a visita, sempre que possível. 4- Nas questões com opções de resposta NUNCA, RARAMENTE, ÀS VEZES, FREQUENTEMENTE OU SEMPRE, assinalar apenas um item e explicá-las conforme segue: SEMPRE (todo dia), FREQUENTEMENTE (quase todo dia), SEMPRE (de vez em quando), RARAMENTE (quase nunca) ou NUNCA (nunca); 5- Marque a opção NA para 'Não se aplica/Não avaliado'.

Identificação

Nome do usuário em AD: _____ Nº do Prontuário: _____

Entrevistador/Reg.Profissional: _____ Data: ___/___/___

DIMENSÃO ANAMNESE E CLÍNICA DO USUÁRIO

1-Você tem algum problema de saúde ? () Não () Sim
Quais ? () HAS () DM tipo II
() Alzheimer () Neoplasias
() AVE () Artrose
() Outros: _____

2- Antecedentes (histórico de doenças? Alergias? Resultados de exames ?)

3- O que você está sentindo neste momento (queixas principais ?)

4 Você é fumante ? () SIM () NÃO

5-Você faz uso de medicamentos ? Quais ? () Sim () Não

(Especifique a dosagem e horário abaixo)

MEDICAMENTO	DOSAGEM	HORÁRIO

Hábitos de vida e exame físico sumário

1- Estado de consciência (assinale só uma opção)	() Consciente	() Confuso () Torporoso	() Sonolento () NA
2- Estado emocional (assinale só uma opção)	() Calmo () Não avaliado	() Alegre () Triste	() Agitado () NA
3- Comunicação (assinale só uma opção)	() Conversa	() Dif. para falar () Não fala	() Esquecimentos () NA
4-Memória - Você costuma ter esquecimentos no seu dia-a-dia?	() Sempre () Raramente	() Frequentemente () Nunca	() às Vezes () NA
5- Acuidade visual – Você tem dificuldade de enxergar ?	() Sempre () Raramente	() Frequentemente () Nunca	() às Vezes () NA
6- Acuidade auditiva – você tem dificuldade de escutar ?	() Sempre () Raramente	() Frequentemente () Nunca	() às Vezes () NA
7- Higiene Bucal:	() 2 ou mais	() uma vez	() nenhuma
8- Higiene corporal:	() Adequada	() Inadequada	() NA
9-Aparência geral	() Corado () Anictérico	() Hipocorado () cianotico	() ictérico () acianótico
10- Pele	() Íntegra () Não íntegra	() Hidratada () seca	() descamativa () Hiperemia

11- Grau de desconforto, fadiga e lazer

11.1-Você sente dor no dia-a-dia? () Nunca () Raramente () As vezes
() NA () Frequentemente () Sempre

11.2-Você sente vontade de fazer () Nunca () Raramente () As vezes
atividade de diversão/lazer ? () NA () Frequentemente () Sempre

12- Sono

12.1-Você tem dificuldade para () Nunca () Raramente () As vezes
dormir ? () Frequentemente () Sempre

12.2-Você usa algum () Nunca () Raramente () As vezes
medicamento para dormir () NA () Frequentemente () Sempre

Alimentação, nutrição, hidratação, eliminação

1- Quantas vezes você se () 1 () 2 () 3
alimenta por dia ? () 4 () 5 () Mais de 5 () NA

2- Você apresenta engasgos () Nunca () Raramente () As vezes
durante a alimentação? () NA () Frequentemente () Sempre

3- Estado nutricional () Bom () Emagrecido () Acima do peso
() Obeso () NA

4- Qual a quantidade de líquido que você ingere por dia ? _____ml/dia

5- Abdome () tenso () normotenso () NA
(registre as visceromegalias)

6- RHA: () Presente () Diminuído () Ausente
() NA

7- Massa palpável ? () Sim () Não () NA

8 – Visceromegalia ? () Sim () Não OBS: Qual local ?
() NA

DIMENSÃO ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA E ESCALA DE BRADEN

1-Índice de Katz: Avalie o grau de dependência para cada AVD e assinale conforme o caso (legenda no anexo 1)

AVD	Independente	Dependente
BANHO: Você precisa de ajuda para tomar banho ? Que parte do corpo você consegue lavar sozinho ?		
VERTIR: Você consegue pegar as roupas e vestir-se sozinho, inclusive amarrar os sapatos?		
IR AO BANHEIRO: Você consegue ir ao banheiro para urinar e/ou evacuar ? Após, consegue fazer sua própria higiene?		
TRANSFERÊNCIA: Você consegue deitar-se e levantar-se da cadeira sozinho?		
CONTINENCIA: Você consegue controlar a saída da urina e fezes? Quando quer urinar ou evacuar, consegue segurar até chegar ao banheiro?		
Alimentação: Você consegue alimentar-se sozinho, inclusive cortar carne ou passar manteiga no pão ?		

2- Avaliação da ferida: há presença de feridas? () Sim () Não () NA

Local da Ferida	Tamanho (cm ²)	Tipo de tecido	Profundidade (cm)	Presença de secreção?	Quantidade secreção	Aspecto secreção	Possui odor?
<input type="checkbox"/> sacral		<input type="checkbox"/> Granulado		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Pequena	<input type="checkbox"/> Sanguinolenta	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> trocantérica		<input type="checkbox"/> Necrótico		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> serosa	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> calcâneo					<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> serosanguinolenta	
<input type="checkbox"/> maléolo					<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> purulenta	
<input type="checkbox"/> outro: _____						<input type="checkbox"/> piosanguinolenta	

3- Escala de Braden: para cada fator de risco para ulcera por pressão, assinale conforme escala (anexo 2).

Fator de Risco	Avaliação				Legenda	
Percepção Sensorial	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Classificação	Pontuação Total
Umidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
Atividade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Há risco:	Até 16 pontos (no adulto)
Mobilidade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		Até 17 pontos (no idoso)
Nutrição	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Não há risco:	Acima de 16 pontos (no adulto)
Fricção e cisalhamento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		Acima de 17 pontos (no idoso)
Score TOTAL:						

DIMENSÃO CONTEXTO SOCIAL E FAMILIAR

1-Perfil socioeconômico do paciente:

- 1.1- Escolaridade () E. Médio () Fundamental () Sem escolaridade
() Superior incompleto () Superior completo
- 1.2-Renda () até 1/2 SM () 1/2 a 1 SM () 1 a 2 SM

3.8- Você reveza as atividades com outra pessoa? () Sim () Não () NA

3.9- Você recebeu alguma orientação relativa aos cuidados com o paciente? () Sim () Não () NA

3.10- O fato de ser cuidador compromete a renda familiar? () Sim () Não () NA

3.11- Deixou de fazer algo depois que assumiu as atividades de cuidador? Como você se sente em relação a isso? () Deixou de fazer as coisas do dia-a-dia; Deixou de trabalhar / de fazer atividades de lazer; Não faz mais nada

() Sente-se sozinho, triste e cansado(a)

() Não houve alterações no dia-a-dia do cuidador

() Sente-se angustiado(a). Deprimido(a) e desmotivado(a) / Sente falta de fazer as coisas que gostava de fazer

() Alterações no relacionamento afetivo ente os membros da família

() A única atividade de lazer se resume a assistir TV

() Sem alterações no relacionamento entre os membros da família

() Dia-a-dia cansativo e corrido: auxilia o paciente nas AVD, administra medicamentos, realiza todas as atividades domésticas/ faz tudo

Grau de desconforto, Fadiga, Sono, Emprego e Escolaridade da/o Cuidadora/r

3.12- Você sente dor no seu dia-a-dia? () Nunca () Às vezes () Sempre () Raramente () Frequentemente () NA

3.13- No fim do dia você, você se sente cansado(a)? () Nunca () Às vezes () Sempre () Raramente () Frequentemente () NA

3.14- Quantas horas do seu dia você exerce a sua atividade de cuidador? () 2 () 4h () 6 a 7 h () 3 () 5h () 8h ou mais

3.15- Você faz atividades de diversão / lazer? () Nunca () Às vezes () Sempre () Raramente () Frequentemente () NA

3.16- Você tem dificuldade para dormir? () Nunca () Às vezes () Sempre () Raramente () Frequentemente () NA

3.17- Você usa algum medicamento para dormir () Nunca () Às vezes () Sempre () Raramente () Frequentemente () NA

3.18- Atualmente você trabalha ? () Empregado () Desempregado () Subempregado – serviços temporários, sem renda regular

() Inativo (aposentado, pensionista, afastado) () Dona de casa () NA

3.19-Escolaridade: () Sem escolaridade () Ensino Médio () Superior completo
() Ensino fundamental () Superior incompleto () NA

Ambiente e recursos materiais para AD

1- Avalie as condições do domicílio em relação aos itens abaixo e assinale conforme segue:

Limpeza	() Adequado	() Inadequado	() NA
Ventilação/Luminosidade	() Adequado	() Inadequado	() NA
Tapetes que possibilitem queda ?	() Sim	() Não	() NA
Umidade de piso e parede ?	() Sim	() Não	() NA
Piso escorregadio ?	() Sim	() Não	() NA
Degraus ?	() Sim	() Não	() NA
Rampas ?	() Sim	() Não	() NA
Desnívelamentos ?	() Sim	() Não	() NA

2- Avalie os recursos materiais necessários e disponíveis para a AD e assinale um 'X' no quadro abaixo:

Recursos	Não necessário	Necessário e disponível	Necessário e indisponível
----------	----------------	-------------------------	---------------------------

Cadeira de rodas

Cadeira de higiene

Cama Hospitalar

Colchão casca de ovo

Bengala

Andador

Materiais de curativo

CLASSIFICAÇÃO DO TIPO DE AD

Assinale a presença dos critérios para inclusão de cuidados ao usuário na modalidade AD 1, AD 2 ou AD 3:

Tipo de Atenção Domiciliar 1 (AD 1)	() Possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde () Necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); () não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3.
Tipo de Atenção Domiciliar 2 (AD 2)	() Dependência de monitoramento frequente de sinais vitais () Necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade () Adaptação do usuário ou cuidador ao uso de dispositivo de traqueostomia () Adaptação do usuário ao uso de órtese/prótese

- Adaptação do usuário ao uso de sondas e ostomias
- Acompanhamento domiciliar em pós-operatório
- Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitam de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação
- Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica
- Acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascido
- Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória
- Necessidade de cuidados paliativos
- Necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea
- Necessidade de fisioterapia semanal
- Demanda por procedimento de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagens de abscessos, dentre outros.
- oxigenoterapia e Suporte Ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP), Concentrador de O₂;
- diálise peritoneal;
- paracentese.

Tipo de Atenção Domiciliar 3
(AD 3)
existência de pelo menos um dos
critérios de AD 2 e um dos
listados ao lado:

Classificação final do Tipo de AD: AD 1 AD 2 AD 3

ETAPA GESTÃO DO CUIDADO

Orientações: Essa etapa permite o gerenciamento de fatores associados à classificação do usuário no tipo de AD e a continuidade do cuidado na Rede de Atenção Domiciliar. Para os próximos atendimentos, utilize o 'Painel de indicadores para a Gestão do Cuidado' como guia para realizar as consultas de monitoramento da situação encontrada na 'Etapa Diagnóstica', reavaliar o que for necessário e preceder as condutas profissionais à/ao paciente, sua família e à/ao cuidadora/r. No caso da/o enfermeira/o ou estudante de graduação em enfermagem, registre a seguir as condutas e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), após consulta aos anexos a seguir e a etapa diagnóstica realizada.

Condutas (Para todos os profissionais da equipe de AD) e SAE para paciente, família e cuidadora/r (enfermeiras/os):

Assinatura/Carimbo

ANEXO 1 – PAINEL DE INDICADORES PARA A GESTÃO DO CUIDADO E SAE PARA ENFERMAGEM

Painel de indicadores para Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar/SUS

Usuário	Vulnerabilidade no contexto social e familiar:
Idade;	Ausência de cuidador;
Tabagismo;	Idoso cuidando de idoso;
Katz (independente, semi-dependente, dependente)	Sentimentos de tristeza e solidão acentuados no usuário e/ou cuidador;
Escala de Braden (risco para UP)	Modificações no ritmo de vida e de trabalho da família;
Condição clínica do usuário (compensado/crônico ou agudo/descompensado)	Alterações no relacionamento afetivo entre os membros da família;
Sentimento de tristeza do usuário	
Disposição para o lazer	Ambiente e recursos materiais:
Cuidador:	Ausência de equipamentos necessários para a assistência domiciliar;
Sobrecarregado e/ou sem orientações;	Condições do domicílio inadequadas.
Presença de dor e/ou cansaço;	Presença de rampas no domicílio
Sem disposição para o lazer;	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

Prezada/o enfermeira/o ou estudante de graduação, o quadro a seguir contém um sub-catálogo com a terminologia da CIPE para os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, por Necessidade Humana Básica (NHB), para realização da SAE do usuário, família e cuidador. Consulte-o para o planejamento da assistência a ser prestada à/ao paciente, sua família e à/ao cuidadora/r no contexto do domiciliar.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

NHB: Gregária / Espaço/Liberdade/Participação

Apoio da família prejudicado	Ajudar a família a identificar e resolver os conflitos
Comunicação prejudicada	Auxiliar a família a utilizar mecanismos que minimizem prejuízos
Deficiências no conhecimento do cuidador sobre o cuidado ao usuário	Avaliar a capacidade da família para tomar conta do usuário
Déficit de apoio social	Encorajar a discutir sobre incidentes de abusos ou ameaças
Déficit de conhecimento/cognição comprometida	Encorajar o cuidador a manter uma vida social.
Isolamento social	Escutar a situação da família e do cuidador
Processo familiar interrompido.	Facilitar a capacidade do usuário, da família e do cuidador para comunicar sentimentos
Relacionamento familiar prejudicado	Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos do usuário, família e cuidador
Risco de Sentimentos de Impotência	Fornecer informações sobre rede de combate e de enfrentamento à violência
Risco de sobrecarga do cuidador	Incentivar a interação social
Risco de trauma	Incentivar o convívio com familiares e vizinhos
Risco de violência	Investigar sinais de negligência
Risco para solidão	Observar sinais de ansiedade, nervosismo e medo
Violência doméstica	Orientar o cuidador nas atividades de cuidado ao usuário
Outros: _____	Orientar técnicas de treino da memória
	Promover a saúde do cuidador
	Promover e encorajar momentos de lazer ao usuário, a família e ao cuidador
	Promover o uso de dispositivos auxiliares de memória

Promover para o cuidador, a família e o usuário momentos de lazer.

Providenciar apoio emocional ou social

Referir a situação para o assistente social e/ou psicologia

Relatar sobre a saúde do usuário à família e ao cuidador

Respeitar e apoiar os mecanismos de enfrentamento utilizados pela família

Sugerir divisão de atividades do cuidador com os familiares

Outros: _____

NHB: Recreação / Lazer

Atividades de Lazer comprometida

Tristeza crônica

Outros: _____

Apoiar o uso de terapia tradicional

Demonstrar técnica de relaxamento

Implementar terapia pela diversão

Referenciar para terapia de grupo e/ou atividades de promoção da saúde

Outros: _____

NHB: Cuidado Corporal

Déficit no autocuidado

Déficit no padrão de higiene

Outros: _____

Orientar a cuidar da higiene

Promover o autocuidado

Avaliar o autocuidado

Outros: _____

NHB: Eliminação / Motilidade

Desidratação

Eliminação urinária comprometida

Incontinência Fecal

Incontinência Urinária

Obstipação/Constipação

Padrão de Eliminação Intestinal comprometido

Presença de vômito

Outros: _____

Avaliar a incontinência urinária ou fecal

Avaliar o comportamento de comer e beber

Monitorizar a desidratação

Orientar a família quanto às características das eliminações (monitorizar)

Orientar sobre a ingestão de líquido

Orientar sobre nutrição

Promover a hidratação adequada

Referir para o fisioterapeuta

Outros: _____

NHB: Exercícios e Atividades Físicas / Mecânica Corporal / Locomoção

Intolerância à Atividade

Mobilidade Comprometida

Risco de Intolerância à Atividade

Outros: _____

Avaliar padrão de exercício

Orientar sobre a deambulação do doente

Orientar sobre a mobilidade na cadeira de rodas

Orientar sobre a mobilidade na cama

Prevenir quedas

Providenciar terapia com dispositivos auxiliares

Referir a situação para o fisioterapeuta

Outros: _____

NHB: Sono e Repouso

Sono prejudicado do usuário ou do cuidador

Outros: _____

Avaliar o padrão de sono, para identificar problemas fisiológicos ou emocionais subjacentes.

Investigar a rotina habitual para dormir

Orientar ao idoso e ao cuidador medidas de conforto, como massagem, exercícios de relaxamento/respiração.

Orientar quanto à redução das distrações ambientais no período noturno.

Recomendar a diminuição de estímulos recebidos, de alimentos e

de bebidas com cafeína durante a noite.
Reforçar a importância de exercícios regulares para reduzir o estresse e promover o sono.
Outros: _____

ANEXO 2 – LEGENDA PARA AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE KATZ

AVD	INDEPENDENTE	DEPENDENTE	
		SEMI-DEPENDENTE	DEPENDENTE TOTAL
BANHO – banho de leito, banheira ou chuveiro	Não recebe assistência	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou pernas)	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
VESTIR – pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos (caso usa)	Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
IR AO BANHEIRO – dirigir-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações	Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã.	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
TRANSFERÊNCIA	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira com auxílio	Não sai da cama
CONTINÊNCIA	Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	Tem “acidentes” ocasionais *acidentes = perdas urinárias ou fecais	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
ALIMENTAÇÃO	Alimenta-se sem assistência	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

ANEXO 3- AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERAS DE PRESSÃO – Escala de Braden

1. PERCEPÇÃO SENSORIAL (capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto):

- (1) Completamente limitado: não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivava a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal).
- (2) Muito limitado: responde somente a estímulos dolorosos. Não é capaz de comunicar desconforto a não ser por gemidos e inquietação, ou tem alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.
- (3) Levemente limitado: responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou tem alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.
- (4) Nenhuma limitação: responde aos comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.

2. UMIDADE (nível ao qual a pele é exposta à umidade):

- (1) Constantemente úmida: a pele é mantida úmida/molhada quase constantemente por transpiração, urina, exsudatos. A umidade é detectada cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado.
- (2) Muito úmida: a pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão
- (3) Ocasionalmente úmida: a pele fica ocasionalmente úmida/molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.
- (4) Raramente úmida: a pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos horários rotineiros.

3. ATIVIDADE: grau de atividade física

- (1) Acamado: mantém-se sempre no leito
- (2) Restrito à cadeira: a habilidade de caminhar está severamente limitada ou abolida. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a sentar-se na cadeira.
- (3) Caminha ocasionalmente: caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou na cadeira.
- (4) Caminha frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada 2 horas durante o tempo em que está acordado

4. MOBILIDADE: habilidade de mudar e controlar as posições corporais

- (1) Completamente imobilizado: não faz nenhum movimento com o corpo por menor que seja, nem mesmo das extremidades sem ajuda.
- (2) Muito limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças freqüentes ou significantes sozinho.
- (3) Levemente limitado: faz freqüentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades, sem ajuda.
- (4) Nenhuma limitação: faz significantes e freqüentes mudanças de posição sem auxílio.

5. NUTRIÇÃO: padrão usual de ingestão alimentar

- (1) Muito pobre: nunca come toda a refeição. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não ingere suplemento alimentar líquido. Está em jejum ou é mantido com dieta líquida ou hidratação EV por mais de 5 dias
- (2) Provavelmente inadequada: raramente aceita uma refeição completa e geralmente come somente metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceita um suplemento alimentar ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda.
- (3) Adequada: come mais da metade da maioria das refeições. Ingere um total de 4 porções de proteína (carne ou laticínio) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas usualmente aceita um suplemento oferecido ou está recebendo dieta por sonda ou NPT, que provavelmente atende a maior parte das necessidades nutricionais.
- (4) Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.

6. FRICÇÃO E CISALHAMENTO:

- (1) Problema existente: requer assistência moderada a máxima para mover-se. É impossível levanta-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando freqüentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação que leva a quase constante fricção.
- (2) Problema em potencial: move-se, mas sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros equipamentos. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira, mas ocasionalmente escorrega para baixo.
- (3) nenhum problema aparente: move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.



GESCAD

Gestão do Cuidado na Rede
de Atenção Domiciliar