

# INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

DMS



**ATENÇÃO DOMICILIAR:**  
CUIDADOS PALIATIVOS  
E ÓBITO NO DOMICÍLIO  
MÓDULO DE AUTOAPRENDIZAGEM

Data da Avaliação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Profissional: Nome: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

## 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Cor da Pele: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Alfabetização: ☐ Não alfabetizado ☐ Sabe ler e escrever

Escolaridade: ☐ 1º Grau Incompleto ☐ 1º Grau Completo ☐ 2º Grau Incompleto ☐ 2º Grau Completo ☐ Superior Incompleto  
☐ Superior Completo

Situação Conjugal: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ou c/ Companheira(o) ☐ Viúvo(a) ☐ Separado(a) ou Divorciado(a)

Religião ou crenças? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Aposentado? ☐ Sim ☐ Não Principal atividade de trabalho ao longo da vida? \_\_\_\_\_

Renda Familiar Mensal:

☐ Menos de 2 Salários Mínimos ☐ até 5 SM ☐ mais de 5 a 10 SM ☐ mais de 10 a 20 SM ☐ Mais de 20 SM

Plano de Saúde: ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Primeira Internação Domiciliar/Assistência Domiciliar? ☐ Sim ☐ Não

Se não, há quanto tempo foi a última internação/assistência domiciliar e qual o motivo? \_\_\_\_\_

## HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL E TRATAMENTOS REALIZADOS

Diagnóstico ou motivo da internação domiciliar nos Cuidados Paliativos: \_\_\_\_\_

Tratamentos realizados (quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia, hemoderivados, entre outros) \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Tratamento atual: \_\_\_\_\_

Cirurgias anteriores: \_\_\_\_\_

## SINAIS VITAIS

Pressão arterial: (mmHg)	
Temperatura: (°C)	
Frequência Respiratória: (mrpm)	
Pulso: (bpm)	

## GLICEMIA CAPILAR

\_\_\_\_ mg/dl

## DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso: \_\_\_\_\_ kg

Altura: \_\_\_\_\_ m

IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

Obs: Use a Calculadora de IMC disponível no Módulo para calcular ou acesse os Materiais de Apoio - Calculadoras para referências.

## AVALIAÇÃO DA DOR

Numa escala de 0 a 10 como você classifica a intensidade da dor: (marque a opção na escala)



A frequência da dor interfere nas atividades? (para qualquer classificação)

☐ Não ☐ Não é diária ☐ Não, é diária, mas não é constante ☐ Sim, dor constante

## INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

Tipo de alimentação:

☐ normal ☐ pastosa ☐ líquida ☐ jejum

☐ nutrição enteral ☐ outros: \_\_\_\_\_

Dificuldade alimentação oral? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual \_\_\_\_\_

Ingesta hídrica adequada? ☐ Sim ☐ Não

## CONDIÇÕES GERAIS

Orientação: ☐ Orientado (*tempo, lugar*) ☐ Confuso

Mucosas: ☐ Normocoradas ☐ Hipocoradas ☐ Hipercoradas ☐ Ictéricas ☐ Cianóticas

Unhas asseadas e cortadas: ☐ Sim ☐ Não

Presença de hematomas: ☐ Sim ☐ Não Se sim, onde? \_\_\_\_\_

Edema: ☐ Sim ☐ Não Se sim, onde? \_\_\_\_\_

Fratura? ☐ Sim ☐ Não Se sim, onde? \_\_\_\_\_

Membro amputado: ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Mobilidade Física:

☐ Consegue sentar

☐ Consegue levantar

☐ Consegue deambular

Riscos para úlcera de pressão: (*marque todos que se aplicam*)

☐ Mobilidade prejudicada ☐ Má nutrição ☐ Pouca atividade

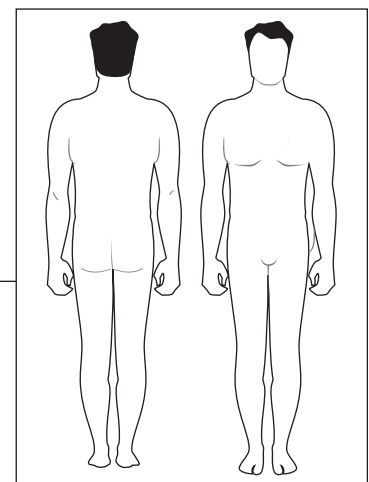
☐ Presença de edema ☐ Presença de fricção e/ou cisalhamento

Apresenta úlcera no momento da admissão? ☐ Sim ☐ Não

**Se sim, avaliar:**

ESTÁGIO (I, II, III ou IV)				
DIMENSÃO (cm)				

LOCALIZAÇÃO  
DA(S) ÚLCERA(S):



Apresenta ferida cirúrgica? ☐ Sim ☐ Não

**Se sim, verificar:**

Tipo da cirurgia que originou: \_\_\_\_\_

Local: ☐ cabeça ☐ pescoço ☐ tórax ☐ abdômen

☐ membro superior direito ☐ membro superior esquerdo ☐ membro inferior direito ☐ membro inferior esquerdo

Estágio de cicatrização: ☐☐☐ Inflamatória ☐☐☐ Proliferativa ☐☐☐ Maturação

Apresenta alguma outra lesão de pele? ☐ Sim ☐ Não

**USO DE EQUIPAMENTOS OU ACESSÓRIOS NO DIA-A-DIA** (*marque todos que se aplicam*)

☐ Bengal ☐ Andador

☐ Cadeira de Rodas

☐ Aparelho auditivo

Presença de sondas? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual tipo? \_\_\_\_\_

Presença de ostomia? ☐ Sim ☐ Não Se sim, onde (ou qual)? \_\_\_\_\_

Se sim, condições da pele: ☐ Pele íntegra ☐ Pele irritada

## ESTADO SENSORIAL

Visão: ☐ Normal ☐ Debitada ☐ Severamente debilitada

Se algum grau de debilidade, informar motivo: \_\_\_\_\_

Usa óculos? ☐ Sim ☐ Não

Audição: ☐ Adequada ☐ Debitada ☐ Severamente debilitada

Entendimento verbal: ☐ Ótimo ☐ Algumas vezes entende ☐ Raramente entende ☐ Nunca entende

**Fala e expressão oral da linguagem:** (*Observado pelo cuidador principal*)

☐ Expressa facilmente ideias complexas, sentimentos e necessidades

☐ Dificuldade mínima em expressar ideias e necessidades (*pode levar algum tempo extra e/ou faz erros ocasionais na escolha das palavras*)

☐ Expressa ideias simples com dificuldade moderada (*sugere necessidade de ajuda na escolha das palavras; fala em frases ou sentenças curtas*)

☐ Tem dificuldade grave em expressar ideias ou necessidades (*necessita de assistência ou adivinhação*)

☐ Incapaz de expressar as necessidades básicas (*mesmo com ajuda máxima, mas não está em coma ou sem resposta; fala absurda ou incompreensível*)

☐ Sem resposta ou incapaz de falar

## SAÚDE BUCAL

- Tem dentição permanente? ☐ Sim ☐ Não
- Usa dentadura fixa? Superior: ☐ Sim ☐ Não Inferior: ☐ Sim ☐ Não
- Usa dentadura móvel? Superior: ☐ Sim ☐ Não Inferior: ☐ Sim ☐ Não
- Higiene bucal está adequada? ☐ Sim ☐ Não
- Possui problema para mastigação? ☐ Sim ☐ Não
- Referencia xerostomia (boca seca)? ☐ Sim ☐ Não
- Dor? ☐ Sim ☐ Não
- Sangramento na gengiva (*pode ser ao escovar os dentes*)? ☐ Sim ☐ Não
- Presença de mau-hálito? ☐ Sim ☐ Não
- Tem dificuldades para escovar os dentes? ☐ Sim ☐ Não

## AVALIAÇÃO CARDÍACA:

- Descrição da Ausculta: \_\_\_\_\_
- Sente dor ou aperto no peito? ☐ Sim ☐ Não
- Se sim:** ☐ Em repouso ☐ O tempo todo (dia e noite)
- ☐ Em exercícios mínimos (*comer, falar, passar da cama para a cadeira*)
- ☐ Em exercícios moderados (*vestir-se, ir ao banheiro e caminhar distâncias menores do que 20 passos*)
- ☐ Quando caminha mais de 20 passos

## AVALIAÇÃO PULMONAR:

- Descrição da Ausculta: \_\_\_\_\_
- Apresenta dificuldade para respirar (dispneia)? ☐ Sim ☐ Não
- Se sim:** ☐ Em repouso ☐ O tempo todo (dia e noite)
- ☐ Em exercícios mínimos (*comer, falar, passar da cama para a cadeira*)
- ☐ Em exercícios moderados (*vestir-se, ir ao banheiro e caminhar distâncias menores do que 20 passos*)
- ☐ Quando caminha mais de 20 passos
- Recebe oxigenioterapia? ☐ Sim ☐ Não **Se sim:** ☐ Intermitente ☐ Contínua
- Traqueostomia? ☐ Sim ☐ Não

## ELIMINAÇÕES:

- Vômito? ☐ Sim ☐ Não **Se sim, há** \_\_\_\_\_ **dias**
- Infecção urinária nos últimos 14 dias? ☐ Sim ☐ Não **Se sim, teve tratamento?** \_\_\_\_\_
- Incontinência urinária? ☐ Sim ☐ Não
- Se sim:** ☐ A frequência é controlada por horários para urinar ☐ Incontinência ocasional pelo estresse
- ☐ Apenas durante a noite ☐ Durante o dia ou 24 horas
- Incontinência fecal? ☐ Sim ☐ Não
- Se sim:** ☐ Raramente ☐ 2 a 3x por semana ☐ Diariamente
- Constipação? ☐ Sim ☐ Não **Se sim, tempo de duração:** \_\_\_\_\_ dias
- Diarreia? ☐ Sim ☐ Não **Se sim, tempo de duração:** \_\_\_\_\_ dias
- Presença de sonda vesical? ☐ Sim ☐ Não
- Presença de urostomia? ☐ Sim ☐ Não
- Presença de estomia? ☐ Sim ☐ Não **Se sim:** ☐ Pele íntegra? ☐ Pele irritada?

## NOS ÚLTIMOS 14 DIAS

- Foi atendido em Serviço de Urgência e Emergência? ☐ Sim ☐ Não Se sim, por qual motivo? \_\_\_\_\_
- Foi atendido na UBS? ☐ Sim ☐ Não Se sim, por qual motivo? \_\_\_\_\_
- Esteve interna do no hospital? ☐ Sim ☐ Não Se sim, por qual motivo? \_\_\_\_\_

## MEDICAÇÕES EM USO:

1. \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Uso: \_\_\_\_\_ vezes ao dia
2. \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Uso: \_\_\_\_\_ vezes ao dia
3. \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Uso: \_\_\_\_\_ vezes ao dia
4. \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Uso: \_\_\_\_\_ vezes ao dia
5. \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Uso: \_\_\_\_\_ vezes ao dia
6. \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Uso: \_\_\_\_\_ vezes ao dia

**TERAPIAS EM USO NO MOMENTO DA ADMISSÃO:**

 Terapia intravenosa? (exceto nutrição parenteral) ☐ Sim ☐ Não

 Nutrição parenteral? ☐ Sim ☐ Não

 Nutrição enteral? ☐ Sim ☐ Não

**Se sim:** ☐ Nasogástrica ☐ Nasoenteral ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia

**AVALIAÇÃO DOS PÉS:**

 Unhas asseadas? ☐ Sim ☐ Não

 Presença de calosidade? ☐ Sim ☐ Não

 Presença de unha encravada (onicocriptose)? ☐ Sim ☐ Não

 Presença de fungos? ☐ Sim ☐ Não

 Infecções ou lesões abertas? ☐ Sim ☐ Não

Coloração: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

**2. DADOS DO CUIDADOR**

Nome: \_\_\_\_\_

 Idade: \_\_\_\_\_ anos Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

 Vínculo c/ paciente: ☐ Espos(a) ☐ Filho(a) ☐ Irmão(ã) ☐ Sobrinho(a) ☐ Vizinho(a)

☐ Amigo(a) ☐ Cuidador(a) particular ☐ Outro \_\_\_\_\_

 Alfabetização: ☐ Não alfabetizado ☐ Sabe ler e escrever

 Escolaridade: ☐ 1º Grau Incompleto ☐ 1º Grau Completo ☐ 2º Grau Incompleto ☐ 2º Grau Completo

☐ Superior Incompleto ☐ Superior Completo

Tempo que conhece/acompanha este paciente: \_\_\_\_\_

 Cuidador exclusivo deste paciente? ☐ Sim ☐ Não Tem outro emprego? ☐ Sim ☐ Não

 Mora no mesmo domicílio? ☐ Sim ☐ Não

 Realiza outras tarefas domésticas além de cuidar do paciente? ☐ Sim ☐ Não

Quais horários dedicados ao cuidado do paciente? \_\_\_\_\_

**3. DADOS DO DOMICÍLIO**

Número de moradores no domicílio: \_\_\_\_\_

**CONDIÇÕES DE MORADIA:**

 • Acesso à casa é adequado? ☐ Sim ☐ Não

 • Iluminação natural suficiente? ☐ Sim ☐ Não

 • Iluminação artificial suficiente? ☐ Sim ☐ Não

• Aquecimento / Refrigeração

 / Ventilação adequados? ☐ Sim ☐ Não

• Piso com irregularidades e/ou

 desníveis e/ou escorregadios? ☐ Sim ☐ Não

• Presença de carpetes/tapetes/forração

 solta no trajeto do paciente? ☐ Sim ☐ Não

• Quarto adequado para o descanso

 e acompanhamento do paciente? ☐ Sim ☐ Não

• Cozinha adequada para a utilização

 com segurança? ☐ Sim ☐ Não

• Banheiro tem condições adequadas

 e seguras para uso? ☐ Sim ☐ Não

**PLANO DE CUIDADOS DA EQUIPE:**
**Profissional:**

<b>Profissional:</b>

## ESCALA DE KARNOFSKY

NÚMERO	SIGNIFICADO
100	Normal, nenhuma queixa, nenhuma evidência de doença
90	Capaz de continuar atividade normal, pequenos sintomas
80	Atividade normal com esforço, alguns sintomas
70	Cuidados para si, incapaz de continuar sua atividade normal
60	Requer ajuda ocasional, cuidados para as maiores das necessidades
50	Requer ajuda considerável e cuidado frequente
40	Incapacitado, requer cuidado especial e ajuda
30	Severamente incapacitado, hospitalizado, morte não iminente
20	Muito doente, precisa de cuidado intensivo
10	Moribundo, processo de fatalidade progredindo rapidamente

Fonte: CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado Paliativo. São Paulo, 2008.

## ESCALA DE PERFORMANCE: ECOG

0 – Completamente ativo, capaz de realizar todas as suas atividades sem restrição (Karnofsky 90 – 100%)
1 – Restrição a atividades físicas rigorosas, é capaz de trabalhos leves e de natureza sedentária (Karnofsky 70 – 80%)
2 – Capaz de realizar todos os auto-cuidados, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho; em pé aproximadamente 50% das horas em que o paciente está acordado (Karnofsky 50 – 60%)
3 – Capaz de realizar somente auto-cuidados limitados, confinado ao leito ou cadeira mais de 50% das horas em que o paciente está acordado (Karnofsky 30 – 40%)
4 – Completamente incapaz de realizar auto-cuidados básico, totalmente confinado ao leito e à cadeira (Karnofsky < 30%)

Fonte: CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado Paliativo. São Paulo, 2008.