# Funções do cuidador de idosos

CBO 5162-10 · Marque as funções combinadas para este caso · 

**Pessoa cuidada:** _____ **Data:** _____

**Cuidador(a):** _____ **Responsável da família:** _____

## HIGIENE E CONFORTO

- [ ] Banho de chuveiro ou no leito
- [ ] Higiene oral e íntima, troca de fraldas
- [ ] Ajudar a vestir e despir
- [ ] Observar a pele e comunicar alterações

## ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO

- [ ] Servir refeições conforme orientação
- [ ] Ajudar a comer, com a pessoa sentada
- [ ] Oferecer líquidos ao longo do dia
- [ ] Observar engasgos e recusa alimentar

## MOBILIDADE

- [ ] Ajudar a levantar, sentar e caminhar
- [ ] Mudança de posição de quem está acamado
- [ ] Transferência cama-cadeira
- [ ] Manter o ambiente sem riscos de queda

## ROTINA E MEDICAMENTOS PRESCRITOS

- [ ] Seguir a rotina combinada
- [ ] Dar remédios por via oral conforme a receita
- [ ] Registrar cada dose e avisar quando acabar

## OBSERVAR, REGISTRAR E COMUNICAR

- [ ] Acompanhar apetite, sono, humor, urina e evacuações
- [ ] Preencher a folha de anotações do plantão
- [ ] Comunicar alterações à família e à equipe de saúde

## AUTONOMIA E BEM-ESTAR

- [ ] Estimular a pessoa a fazer o que consegue
- [ ] Atividades de lazer, conversa e exercícios leves orientados

## ATIVIDADES EXTERNAS

- [ ] Acompanhar a consultas, exames e passeios combinados

## URGÊNCIAS

- [ ] Reconhecer sinais de alerta e acionar o SAMU (192)
- [ ] Prestar os primeiros cuidados e avisar a família

# Funções do cuidador de idosos



## FORA DA FUNÇÃO DO CUIDADOR (PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM E DECISÕES MÉDICAS)

- X Aplicar injeções (salvo treinamento e orientação formal da equipe para o caso)
- X Passar, trocar ou retirar sondas
- X Curativos complexos e avaliação de feridas
- X Aspiração de vias aéreas
- X Alterar dose, horário ou suspender remédios
- X Diagnosticar doenças ou interpretar exames

## COMPETÊNCIAS ESPERADAS

Paciência · empatia e respeito · sigilo · observação atenta · organização · equilíbrio emocional · saber pedir ajuda

## COMBINADOS EXTRAS (TAREFAS ADICIONAIS, HORÁRIOS, FOLGAS, SUBSTITUIÇÕES)

## CONTATOS

**Família:** _____ **Médico(a):** _____

**UBS / plano:** _____ **Emergência: SAMU 192:** _____

_____ _____

Cuidador(a) Responsável pela família / agência

Revisar este acordo a cada seis meses ou quando o estado de saúde mudar.