

ANEXO C – Escalas Katz, Lawton, miniexame do estado mental e Escala de Depressão Geriátrica



Avaliação Global Dix

DIX ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.

Índice de Independência em Atividades de Vida Diária - Katz

Nome:	Prontuário:
-------	-------------

Para cada área de função a ser testada, cheque a descrição que melhor se adapta. O termo "assistência" utilizado tem a conotação de supervisão ou assistência direta de pessoas.

Data da Avaliação:	___/___/___
--------------------	-------------

Área/Opção:	1	2
1. Banho (banho de chuveiro, banheira ou banho de esponja). I - não recebe assistência; entra e sai do chuveiro/banheira sem ajuda. A - recebe assistência para lavar somente uma única parte do corpo (como as costas ou uma perna). D - recebe assistência para lavar mais de uma parte do corpo ou não toma banho sozinho.	() () ()	() () ()
2. Vestuário (tirar as roupas do armário e vesti-las, incluindo roupas íntimas e roupas de passeio, com a utilização de fechos, suspensórios e colchetes, se presentes). I - veste-se completamente sem assistência. A - veste-se sem assistência, recebendo auxílio somente para amarrar sapatos. D - recebe assistência para vestir-se ou tirar as roupas do armário (ou mantém-se despido de maneira parcial ou completa).	() () ()	() () ()
3. Higiene pessoal (ir ao banheiro para as eliminações urinária e fecal, limpar-se após o ato da eliminação e arrumar as roupas). I - vai ao banheiro sem assistência, limpando-se e arrumando as roupas; pode utilizar-se de objetos para suporte, como bengala, andador e cadeira de rodas; pode servir-se de comadre ou patinho à noite, esvaziando-os pela manhã. A - recebe assistência para ir ao banheiro, limpar-se ou arrumar as roupas; ou recebe ajuda no manuseio de comadre/patinho somente à noite. D - não realiza o ato de eliminação fisiológica no banheiro.	() () ()	() () ()
4. Transferência. I - deita-se e levanta-se da cama, bem como senta-se e levanta-se da cadeira sem assistência; pode utilizar-se de objetos para auxílio, como bengala e andador. A - deita-se e levanta-se da cama, ou senta-se e levanta-se da cadeira com assistência. D - não se levanta da cama.	() () ()	() () ()
5. Continência. I - controle esfinteriano (urinário/fecal) completo por si só. A - ocorrência de "acidentes" ocasionais. D - supervisão auxilia o controle esfinteriano, e o cateter é utilizado, ou é incontinente.	() () ()	() () ()
6. Alimentação. I - alimenta-se sem assistência. A - alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. D - alimenta-se com assistência; ou é alimentado de maneira parcial/completa com sondas ou fluidos IV.	() () ()	() () ()
RESULTADO		

OBSERVAÇÕES:

1) Data: ___/___/___

2) Data: ___/___/___

Carimbo e Assinatura	Carimbo e Assinatura
----------------------	----------------------

Índice de Independência em Atividades de Vida Diária - Katz

- A** Independência em atividade de alimentação, em continência, em transferência, em higiene pessoal, em vestuário e em tomar banho.
- B** Independência em todas as atividades diárias, exceto uma.
- C** Independência em todas as atividades diárias, exceto tomar banho e uma outra função.
- D** Independência em todas as atividades diárias, exceto tomar banho, vestir-se e uma outra função.
- E** Independência em todas as atividades diárias, exceto tomar banho, vestir-se, "ir ao banheiro" e uma outra função.
- F** Independência em todas as atividades diárias, exceto tomar banho, vestir-se, "ir ao banheiro", transferir-se e uma outra função.
- G** Dependência em todas as seis atividades.

Outros: dependente em, pelo menos, duas funções, porém não classificável como C, D, E ou F.



Avaliação Global Dix

DIX ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.

Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária - Lawton

Nome:		Prontuário:	
Itens	Opções	1	2
1. Telefone	Capaz de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda.	(3)	(3)
	Capaz de responder ao telefone, mas necessita de um telefone espacial ou de ajuda para encontrar os números ou para discar.	(2)	(2)
	Completamente incapaz no uso do telefone.	(1)	(1)
2. Viagens	Capaz de dirigir o próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou táxi.	(3)	(3)
	Capaz de viajar exclusivamente acompanhado.	(2)	(2)
	Completamente incapaz.	(1)	(1)
3. Compras	Capaz de fazer compras, se fornecido o transporte.	(3)	(3)
	Capaz de fazer compras, exclusivamente acompanhado.	(2)	(2)
	Completamente incapaz de fazer compras.	(1)	(1)
4. Preparo de Refeições	Capaz de planejar e cozinhar refeições completas.	(3)	(3)
	Capaz de preparar pequenas refeições, mas incapaz de cozinhar refeições completas sozinho.	(2)	(2)
	Completamente incapaz de preparar qualquer refeição.	(1)	(1)
5. Trabalho Doméstico	Capaz de realizar trabalho doméstico pesado (como esfregar o chão).	(3)	(3)
	Capaz de realizar trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas.	(2)	(2)
	Completamente incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico.	(1)	(1)
6. Medicação	Capaz de tomar os remédios na dose certa e na hora certa.	(3)	(3)
	Capaz de tomar os remédios, mas necessita de lembretes ou de alguém que os prepare.	(2)	(2)
	Completamente incapaz de tomar remédios sozinho.	(1)	(1)
7. Dinheiro	Capaz de administrar suas necessidades de compra, preencher cheques e pagar contas.	(3)	(3)
	Capaz de administrar suas necessidades de compra diária, mas necessita de ajuda com cheques e no pagamento de contas.	(2)	(2)
	Completamente incapaz de administrar dinheiro.	(1)	(1)
TOTAL			

OBSERVAÇÕES:

1) Data: ___/___/___

2) Data: ___/___/___

Carimbo e Assinatura	Carimbo e Assinatura
----------------------	----------------------



Avaliação Global Dix

DIX ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.

Minixame do Estado Mental

Nome:	Prontuário:
-------	-------------

Anotar	/	/	/
Data			
Orientação (1 ponto por resposta certa)			
1. Em que ano estamos?			
2. Em que estação do ano estamos?			
3. Em que dia do mês estamos?			
4. Em que dia da semana estamos?			
5. Em que mês estamos?			
6. Onde estamos?			
7. Em que andar estamos?			
8. Em que bairro estamos?			
9. Em que cidade estamos?			
10. Em que estado estamos?			
11. O(A) Sr.(a.) acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora? (não)			
12. O(A) Sr.(a.) acha que vale a pena viver como está vivendo agora? (não)			
13. O(A) Sr.(a.) se sente cheio(a) de energia? (não)			
14. O(A) Sr.(a.) acha que sua situação tem solução? (não)			
15. O(A) Sr.(a.) acha que muita gente é melhor que o(a) senhor(a)? (sim)			
OBSERVAÇÕES:			
TOTAL			

1. Quando a resposta do paciente for igual à que está entre parênteses, junto à pergunta, o item vale 1 (um) ponto.

2. Quando a resposta do paciente for diferente da que está entre parênteses, junto à pergunta, o item vale 0 (zero) pontos.

3. A soma total de pontos > 5 é sugestiva de depressão.

1) Data: ___/___/___

2) Data: ___/___/___

3) Data: ___/___/___

Carimbo e Assinatura	Carimbo e Assinatura	Carimbo e Assinatura
----------------------	----------------------	----------------------



Avaliação Global Dix

DIX ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA.

Escala de Depressão Geriátrica

Nome: _____	Prontuário: _____
-------------	-------------------

Data da Avaliação: ____/____/____

Perguntas	1	2	3
1. 0(A) Sr.(a.) está satisfeito(a) com a sua vida? (não)			
2. 0(A) Sr.(a.) interrompeu muitas das suas atividades? (sim)			
3. 0(A) Sr.(a.) acha que a sua vida está vazia? (sim)			
4. 0(A) Sr.(a.) fica com frequência aborrecido(a)? (sim)			
5. 0(A) Sr.(a.) está de bem com a vida a maior parte do tempo? (não)			
6. 0(A) Sr.(a.) tem medo de que algo ruim lhe aconteça? (sim)			
7. 0(A) Sr.(a.) se acha alegre a maior parte do tempo? (não)			
8. 0(A) Sr.(a.) com frequência se sente desamparado(a)? (sim)			
9. 0(A) Sr.(a.) prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas? (sim)			
10. 0(A) Sr.(a.) acha que está tendo mais problemas de memória que as outras pessoas? (sim)			
11. 0(A) Sr.(a.) acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora? (não)			
12. 0(A) Sr.(a.) acha que vale a pena viver como está vivendo agora? (não)			
13. 0(A) Sr.(a.) se sente cheio(a) de energia? (não)			
14. 0(A) Sr.(a.) acha que sua situação tem solução? (não)			
15. 0(A) Sr.(a.) acha que muita gente é melhor que o(a) senhor(a)? (sim)			
TOTAL			

OBSERVAÇÕES:

- Quando a resposta do paciente for igual à que está entre parênteses, junto à pergunta, o item vale 1 (um) ponto.
- Quando a resposta do paciente for diferente da que está entre parênteses, junto à pergunta, o item vale 0 (zero) ponto.
- A soma total de pontos > 5 é sugestiva de depressão.

1) Data: ____/____/____ 2) Data: ____/____/____ 3) Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura	Carimbo e Assinatura	Carimbo e Assinatura
----------------------	----------------------	----------------------

ANEXO D – Tabela de custos (R\$) do Programa Bem Viver em 12 meses de acompanhamento. Discriminação dos itens de custo

Quadro de custos (R\$) em 12 meses de acompanhamento.

Itens de custo discriminados e custo total

DOCUMENTO	1	2	3	4	5	6
Salários e ordenados	15.655,28	15.655,28	15.655,28	15.655,28	15.655,28	15.655,28
Encargos Sociais	2.139,20	2.225,59	3.288,24	3.132,33	2.139,20	2.439,20
Locomoção urbana	2.906,50	3.479,30	3.319,05	3.510,15	2.695,18	2.765,05
Telecomunicação	1.077,18	1.936,58	1.614,07	1.074,13	1.906,50	1.006,50
Total mensal	21.778,16	23.296,75	23.876,64	23.371,89	22.396,16	21.866,03
DOCUMENTO	7	8	9	10	11	12
Salários e ordenados	15.655,28	15.655,28	18.942,46	15.655,28	15.655,28	15.655,28
Encargos Sociais	3.129,20	3.008,24	2.439,20	3.862,63	3.862,63	3.498,13
Locomoção urbana	3.906,50	3.319,05	2.095,18	2.810,15	2.810,15	843,14
Telecomunicação	1.077,18	1.614,07	906,50	1.074,13	1.074,13	979,50
Total mensal	23.768,16	23.596,64	24.383,34	23.402,19	23.402,19	20.976,05
TOTAL 12 meses	276.114,20					