



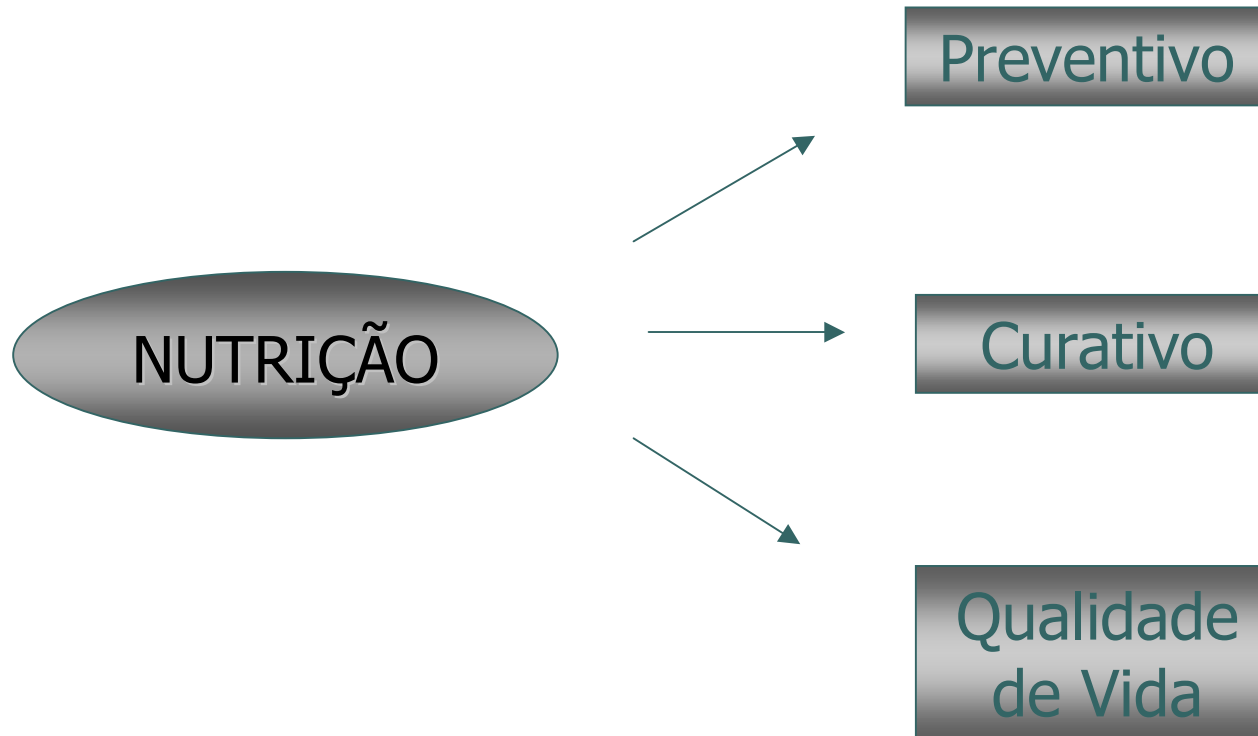
Visita Domiciliar e Qualidade de Vida

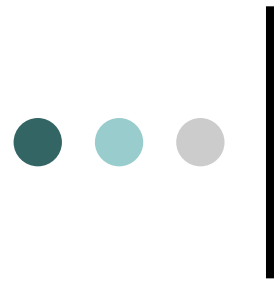
A importância do Nutricionista em Cuidados Paliativos

Nut Edna Shibuya
ednashibuya@yahoo.com.br



Papel da Nutrição

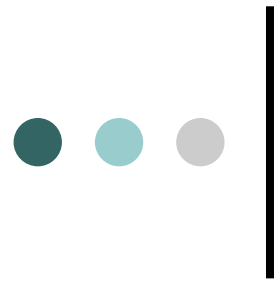




OBJETIVO

Fase Inicial

- restaurar ou manter o estado nutricional
- evitar a progressão da desnutrição



OBJETIVO

Fase Terminal

- promover a sensação básica de bem estar e conforto da alimentação
- qualidade de vida



ALÍVIO DOS SINTOMAS

- anorexia
- constipação
- diarreia
- náusea
- vômito
- disfagia
- desidratação
- dispnéia
- boca seca



NUTRICIONISTA

**ASSISTENTE
SOCIAL**

PACIENTE

PSICÓLOGO

ENFERMEIRO

CUIDAR

MÉDICO

FISIOTERAPEUTA



Histórico

- Augusto & Franco (1980): atendimento domiciliar data do período pré-cristão
- Enfoque assistencialista, caridade com pobres e doentes
- Século XVI: criação do Instituto das Filhas de Caridade (Itália)



Histórico

- 1900: começa-se a pensar na capacitação profissional para o desenvolvimento desta atividade.
- O serviço de enfermeiras visitadoras vem com o objetivo da **PREVENÇÃO**.
- A VD como prevenção → precursora das escolas de enfermagem → posteriormente, passou a ter caráter curativista.



Definição

Para Kawamoto et al. (1995: 35):

*“Visita Domiciliar é um conjunto de ações de Saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como **ASSISTENCIAL**”.*



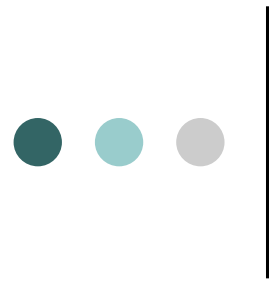
Definição

A visita domiciliar é uma *“forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao **INDIVÍDUO E À FAMÍLIA** ou à coletividade que é prestada nos domicílios ou junto aos diversos recursos sociais locais, visando a maior equidade da assistência em saúde”* (Ceccim e Machado, s/d, p.1).



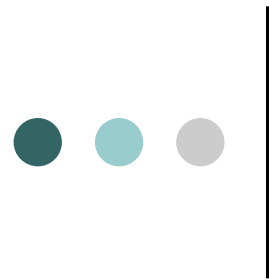
Definição

A visita domiciliar é um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, seja ele **ASSISTENCIAL** ou **EDUCATIVO**. É uma dinâmica utilizada nos programas de atenção à saúde, visto que acontecem no domicílio da família (Mattos, 1995).



Objetivos

- Conhecer o ambiente familiar
- Prestação de cuidados no domicílio.
- Orientação e educação.



Objetivos

- Supervisão dos cuidados delegados à família.
- Orientações à família, quando o serviço de saúde não for o mais indicado.
- Coleta de informações sobre as condições sócio-econômica da família



Vantagens

- Proporcionar o conhecimento sobre o indivíduo para possibilitar a prestação da assistência integral ao paciente.
- Visualização do contexto familiar (habitação, higienização etc)
- Melhor relacionamento profissional-paciente-família



Vantagens

- Melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde, por ser sigiloso e menos formal.
- Maior liberdade para expor os mais variados problemas, tendo-se um tempo maior do que nas dependências do serviço de saúde.



Limitações

- Método dispendioso, pois demanda custo de pessoal e de locomoção.
- Ocorre um gasto de tempo maior, tanto na locomoção como na realização da visita.



Limitações

- Contratempos advindos da impossibilidade de marcar a visita: não ter ninguém em casa, o endereço não existir, a pessoa não residir mais naquele endereço.
- Os afazeres domésticos das donas de casa podem impedir ou dificultar a realização da visita domiciliar



Planejamento

Para o sucesso de uma visita domiciliar é necessário planejamento, execução, registro de dados e avaliação.

(Kawamoto et al (1995))



Planejamento

- 1º) Estabelecer critérios epidemiológicos e populacionais.
- 2º) Seleção das pessoas, famílias ou micro-áreas que serão visitadas (observando as prioridades).
- 3º) Planejamento específico: definido o objetivo da visita, deve-se analisar as informações referentes ao sujeito da VD no serviço de saúde.
- 4º) Execução: início, desenvolvimento e encerramento.
- 5º) Registro: em prontuário.
- 6º) Avaliação: do profissional que realizou a VD.
- 7º) Discussão: em reunião com a equipe, referente aos problemas encontrados pelo visitador.

● Practice Paper of the American Dietetic Association: Home Care—Opportunities for Food and Nutrition Professionals

ABSTRACT

Home care continues to expand. With this growth are opportunities for registered dietitians (RDs) to demonstrate the vital role that they play not only in providing optimal nutrition care, but also in contributing to each patient's quality of life. Home care nutrition services range from individual patient counseling to managing and monitoring parenteral nutrition. RDs' knowledge of nutrition, reimbursement, and new technologies position them to improve care and control costs. Current roles and responsibilities along with emerging areas of professional growth give RDs a multitude of options to provide and expand their services and value in home care.

J Am Diet Assoc. 2009;109:
1092-1100.

equipment, conducting nutrition counseling and assessment, and managing parenteral nutrition therapy, to transitioning patients to end-of-life care. Seventy-five percent of home care patients received skilled nursing care, 8% received durable medical equipment, 4% received therapeutic nutrition, 4% received intravenous therapies, and fewer than 1% received other high-tech therapies such as dialysis and enteral nutrition (2). Opportunities for RDs are nutritional, technical, and supportive in nature. RDs provide the necessary nutrition components across the continuum of care that not only facilitate health care needs but could also improve patients' quality of life. Dietetic technicians, registered, working in home care perform duties under the supervision of RDs and as such will benefit along with RDs from the opportu-

- Not-for-profit organizations are voluntary agencies with a philanthropic mission. These organizations are exempt from federal income tax.
- Proprietary organizations are for-profit agencies and are either privately held by owners or are publicly traded and have stockholders.
- Public organizations are operated by state and local governments.
- Subdivision home care organizations are part of an integrated health care system such as a hospital or a managed care organization.

Regulatory bodies, such as the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) and state health departments, provide oversight for the health care system. The CMS rules for home health agencies are available in the State Operation Manuals (www.cms.hhs.gov/Manuals/PBM/list/



Home health care—Any service provided by a health professional in the home setting. According to the Joint Commission, services can include assessments, care provision, counseling, and monitoring of patients with a wide range of clinical conditions by nurses; registered dietitians; dietetic technicians, registered; physical therapists; occupational therapists; speech therapists; social workers; dentists; physicians; and other licensed health care professionals.

Home medical equipment/durable medical equipment—Physical equipment required by the patient or used to provide the therapy in the home, such as wheelchairs, hospital beds, infusion pumps, oxygen, prosthetics, orthotics, and supplies to provide nutrition therapies such as tubing, enteral formulas, enteral feeding bags, and syringes.

Personal care/support care—Assistance with activities of daily living and household tasks performed by paraprofessionals in the home of a patient with a health-related condition.

Home infusion therapy—Provision of intravenous therapies, including home enteral and parenteral nutrition. This can also include intravenous pain management, anti-infectives, blood products, chemotherapy, and intravenous fluids. These therapies may be given in the home or in an ambulatory infusion center.

Palliative care—Comprehensive care focusing on symptom management for patients with life-threatening or life-limiting diseases or illnesses.

Hospice—A multidisciplinary organized program to provide symptom management and psychosocial and spiritual support to patients diagnosed with a terminal illness during the final months of life. Nutrition services can include oral diet, tube feeding, or in some cases parenteral nutrition, depending on patient need and the capacity of the hospice to provide more technical care.

Figure 1. Definitions of various home care programs. Data from references 4 and 5.



Impact of nutrition on quality of life during cancer

Mónica María Marín Caro^a, Alessandro Laviano^b and Claude Pichard^a

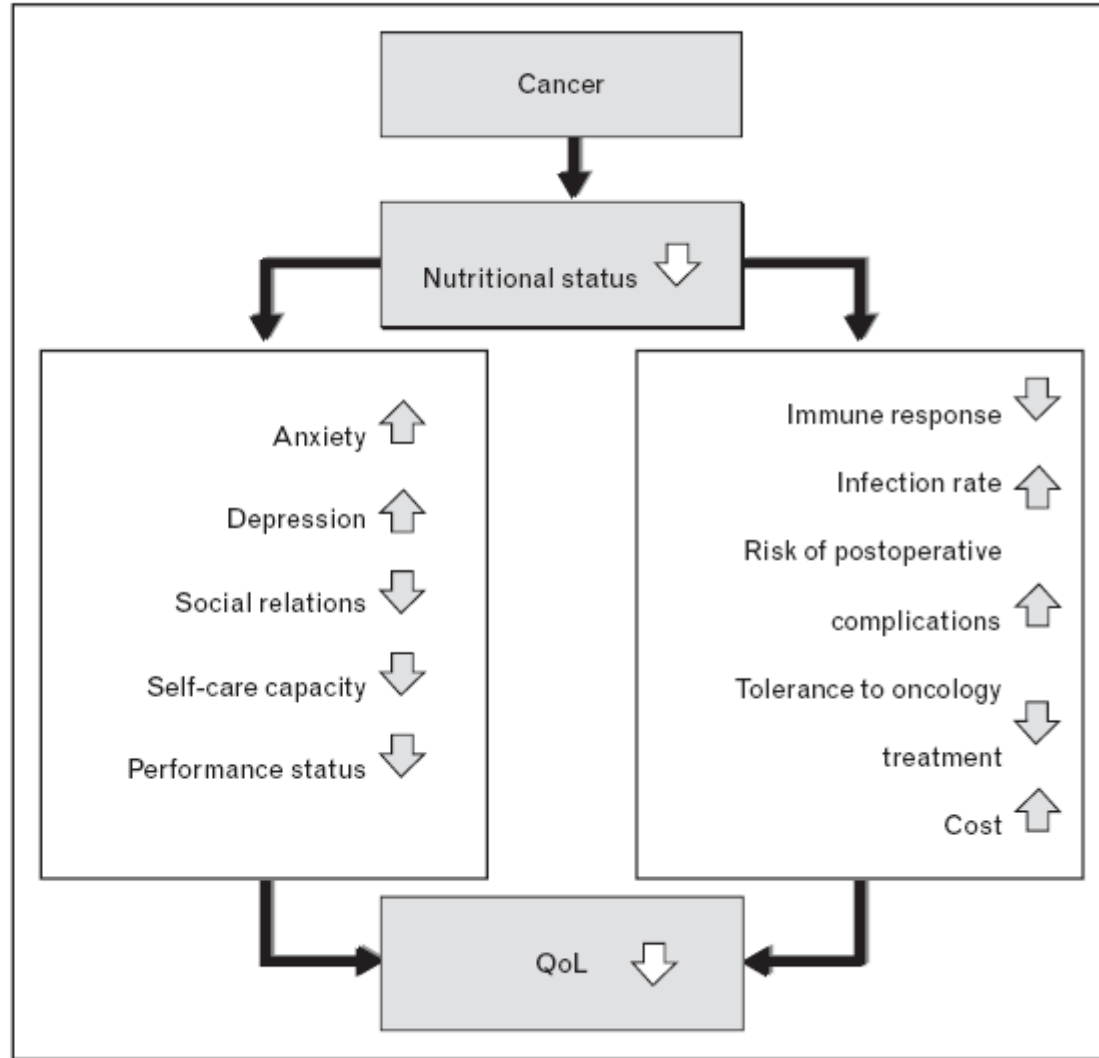
Keywords

cancer, malnutrition, nutritional counselling, nutritional support, quality of life

Curr Opin Clin Nutr Metab Care 10:480–487. © 2007 Lippincott Williams & Wilkins.

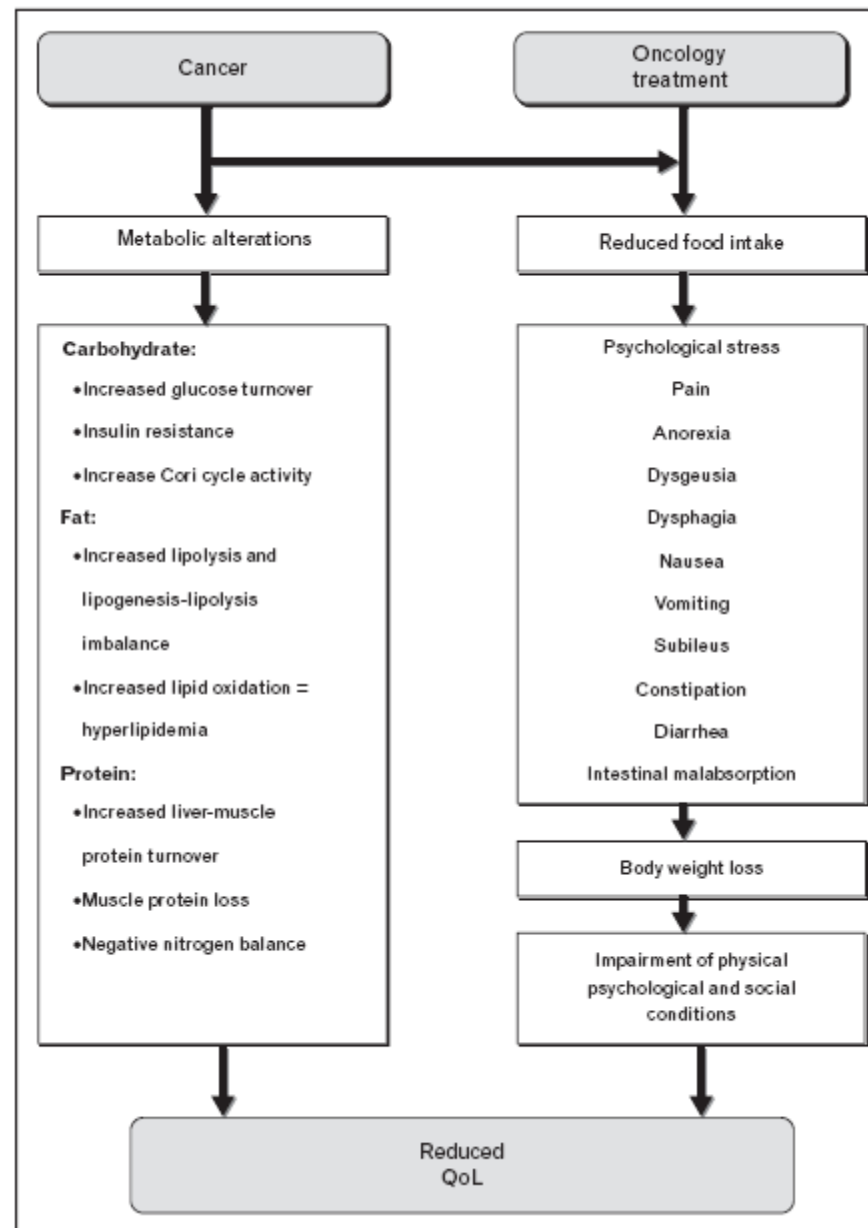
Figure 2 Cancer leads to reduced quality of life

Cancer has negative impact on the nutritional status, which in turn translates into unfavourable clinical outcomes, psychological and socioeconomic impairments, and ultimately reduced quality of life (QoL).





Consequences of cancer and oncology treatment such as metabolic alterations have a systemic effect on many body functions, including food intake and digestion. They have significant impact on quality of life (QoL).

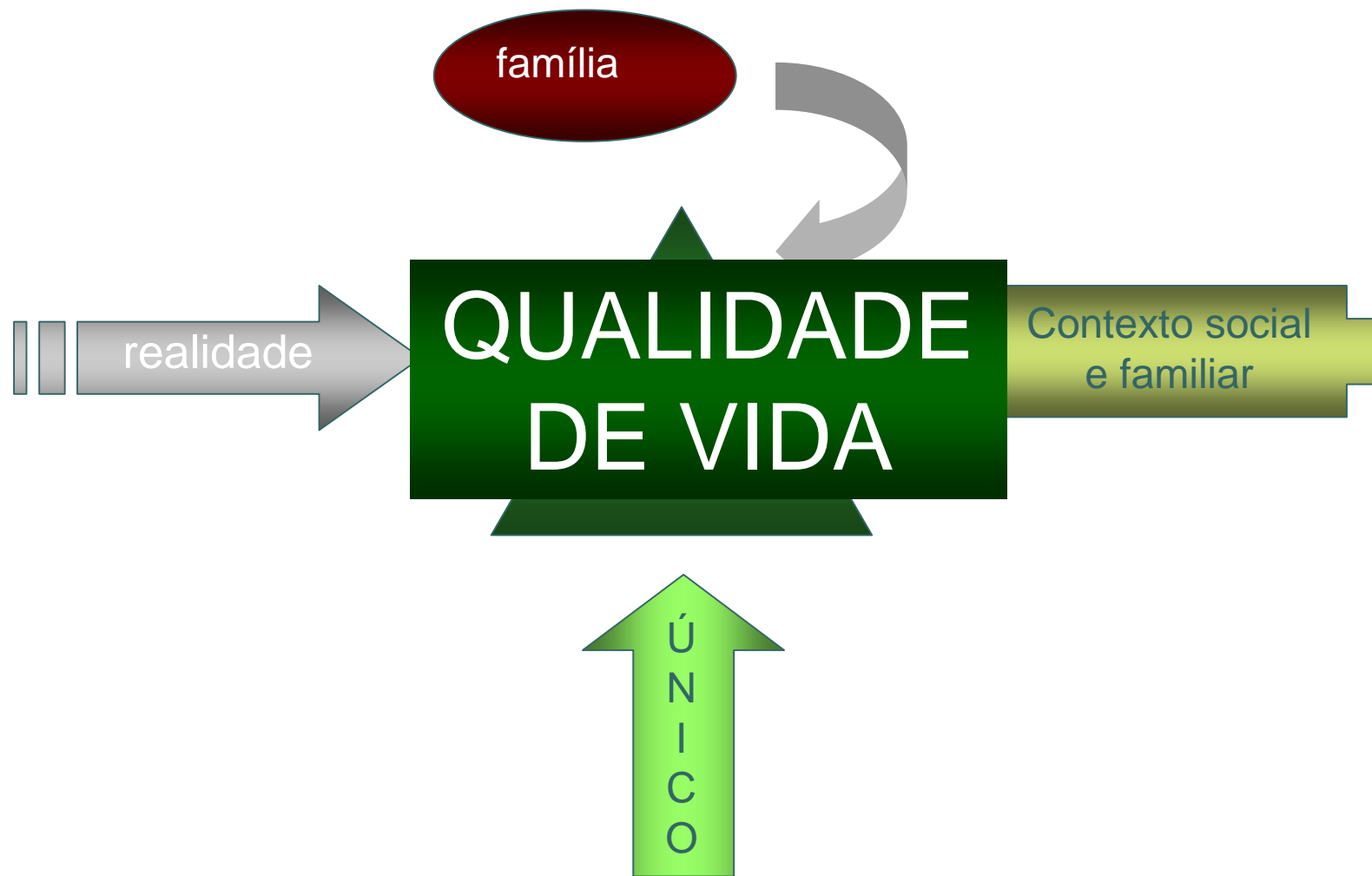


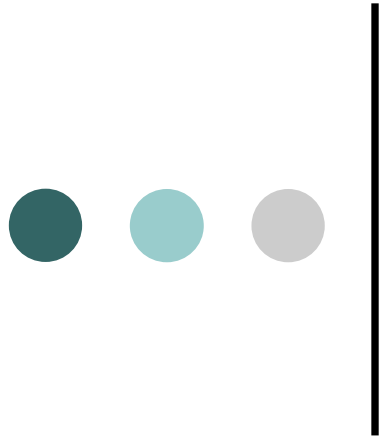


CONCLUSÃO

Para proporcionar uma assistência à saúde com qualidade é necessário entender cada indivíduo como um ser único, pertencente a um contexto social e familiar que condiciona diferentes formas de viver e adoecer, mas oferece pouco espaço para refletir sobre a realidade em que o paciente e sua família estão inseridos, ou seja, tudo o que contribui para a situação de saúde em que se encontram.

● ● ● | CONCLUSÃO





OBRIGADA!!!