

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

CLAUDIA KIRST

**PROPOSTA DE ENTREVISTA INICIAL PARA ATENÇÃO NUTRICIONAL
DOMICILIAR.**

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maurem Ramos

Porto Alegre, 2014

CLAUDIA KIRST

**PROPOSTA DE ENTREVISTA INICIAL PARA ATENÇÃO NUTRICIONAL
DOMICILIAR.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maurem Ramos

Porto Alegre, 2014

CLAUDIA KIRST

**PROPOSTA DE ENTREVISTA INICIAL PARA ATENÇÃO NUTRICIONAL
DOMICILIAR.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o trabalho de conclusão de curso elaborado por Claudia Kirst, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Nutricionista Luciene Junqueira

Profa. Dra. Nut. Raquel Canuto

Profa. Dra. Nut. Maurem Ramos

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha querida mãe Marilene Rech Kirst, que mesmo de longe me acompanhou e me auxiliou em cada passo durante a faculdade. Mãe você me enche de orgulho e inspiração. Obrigada por ser o meu exemplo de mulher que é dedicada, batalha e conquista. Que Deus te proteja e ilumine sempre. Eu te amo.

AGRADECIMENTOS

Pai e mãe eu sinto muita saudade de vocês. Muito obrigada por confiarem em mim e por me deixarem fazer as minhas escolhas. Farei o possível para vocês terem orgulho de mim e para mostrar que tudo vale a pena. Amo muito vocês. Mano Cristhian, que teu futuro seja brilhante, estarei sempre do teu lado. Você é o melhor irmão do mundo, te amo.

Agradeço às minhas colegas e amigas Jéssica Pinto Polet e Juliana Kur Sander por iniciarem este trabalho comigo e por me incentivarem a fazê-lo como trabalho de conclusão de curso. Desejo a vocês sucesso e realizações como colegas de profissão.

Orientadora Profa. Dra. Nut. Maurem Ramos, muito obrigada por estar fielmente me auxiliando em cada passo deste trabalho. Você mudou para melhor a minha percepção sobre a nutrição e a luta pelos direitos e deveres profissionais. Desejo que todo seu engajamento seja reconhecido, pois o mundo precisa, e muito, de batalhadoras como você.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	4
AGRADECIMENTOS	5
SUMÁRIO	6
RESUMO.....	8
1. INTRODUÇÃO	8
2. MÉTODOS.....	10
3. REVISÃO DA LITERATURA	11
3.1 Contexto Histórico	11
3.2 A inserção do nutricionista na AD	13
4. Perfil da População da Atenção Domiciliar	14
5. Recomendações da Matriz de Alimentação e Nutrição	16
6. Protocolos em Saúde	17
6.1 Como um protocolo pode auxiliar na padronização da AD	18
7. O conhecimento das relações familiares na AD.....	19
7.1 Cuidado Individual	19
8. Atenção Nutricional no Domicílio	21
8.1 A Entrevista	23
8.1.2 <i>Triagem Nutricional</i>	24
8.1.3 <i>Avaliação do Estado Nutricional</i>	25
8.1.4 <i>Percepções da Rotina Alimentar</i>	26
8.1.5 <i>Condições de Moradia dos Pacientes</i>	27
9. RESULTADOS.....	27
9.1 Manual da Entrevista	27
9.2 <i>ENTREVISTA - ATENÇÃO DOMICILIAR COM ENFOQUE NUTRICIONAL - ATENÇÃO BÁSICA</i>	29
CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXO 1.....	39
ANEXO 2.....	40

RESUMO

A entrevista inicial para atenção nutricional domiciliar é uma proposta de material de apoio para nutricionistas da atenção básica em saúde que realizam atendimento domiciliar para àqueles pacientes incapacitados ou com dificuldades de acesso às unidades de saúde. O objetivo da atenção domiciliar é reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, para reduzir a demanda por atendimento hospitalar e reduzir o período de internação. O nutricionista é um dos profissionais essenciais para implantação de ações de promoção, tratamento e reabilitação da saúde na atenção básica. **JUSTIFICATIVA:** consolidar o papel do nutricionista na equipe multidisciplinar, padronizar a atenção domiciliar realizada por este profissional e promover atendimento humanizado aos pacientes, priorizando os casos mais graves. **OBJETIVO:** elaborar um modelo de entrevista inicial para atendimento domiciliar com enfoque nutricional para uso na atenção básica de saúde. **MÉTODOS:** a construção ocorreu em duas etapas: a revisão bibliográfica nas bases de dados virtuais *SciELO*, *LILACS*, *PubMed* e nas legislações vigentes do Ministério da Saúde do Brasil e a construção da entrevista teve início a partir de uma necessidade de material de apoio no atendimento domiciliar do estágio em nutrição social. Foram incluídos documentos, já validados, para consolidar diagnóstico nutricional adequado e avaliar a ingestão alimentar dos pacientes. Além disso, foi utilizado um modelo de genograma familiar. **RESULTADOS:** o resultado deste trabalho são os produtos : manual da entrevista e a proposta de entrevista inicial para atenção nutricional **CONCLUSÃO:** Usar materiais de apoio específicos e já validados pela literatura científica, permite que o atendimento do nutricionista na AD seja padronizado. Faz-se necessária a aplicação da entrevista para fins de pesquisa com pacientes de atendimento domiciliar da AB a fim de aprovar a sua validade.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, de acordo com a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, a Atenção Domiciliar constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2013a).

Configura-se como atividade a ser realizada na atenção básica pelas equipes e pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) para atender pessoas incapacitadas ou com dificuldade de locomoção (BRASIL, 2013a).

A Assistência Domiciliar à Saúde (ADS) compõe uma modalidade ampla que envolve as ações de promoção à saúde em sua totalidade, incluindo a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, que influenciam o processo saúde doença dos indivíduos, além de envolver ações preventivas e assistenciais das outras categorias que pode englobar: atendimento, visita e internação (BRASIL, 2013b).

Embora se reconheça a evolução em relação à legislação que regulamenta a atenção domiciliar como modalidade de assistência no País, sua proposição não fez parte do projeto original do SUS, tendo sido incorporada ao sistema como complementar.

Segundo a Portaria nº 963, de 17 de maio de 2013, a atenção Domiciliar (AD) está organizada em três modalidades AD1, AD2 e AD3, descritas abaixo:

A modalidade AD1 destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica. Esta modalidade é de responsabilidade das eAB.

Destina-se, na modalidade AD2, a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica.

A modalidade AD3 é designada aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos, como de suporte respiratório, diálise e paracentese. Estes são pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares (BRASIL, 2013a).

Tanto a modalidade AD2, quanto a modalidade AD3 são de responsabilidade do SAD: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar – Emad e as Equipes Multiprofissionais de Apoio – Emap, de modo compartilhado com as equipes de Atenção Básica. Contudo, o atendimento ao paciente acamado e/ou domiciliado pode ser realizado de forma compartilhada entre as equipes de AB, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o SAD, sendo imprescindível identificar a necessidade do usuário e a elaboração de projetos terapêuticos singulares, quando necessário (BRASIL, 2009a).

A indicação da AD e a conseqüente solicitação de inclusão num SAD ou na AB têm por origem: serviços de urgência e emergência, UBS, ambulatórios de especialidades, requerimentos (ex. demandas judiciais), ou por iniciativa e necessidade do paciente, por familiares e vizinhos.

Assim, existem três formas de acessar o SAD:

- *Indicação da AD pelos serviços que compõem a rede de atenção:* serviços de urgência e emergência, UBS e ambulatórios de especialidades;
- *Demanda espontânea:* os próprios familiares acessam o SAD por meio do contato telefônico ou da procura direto na UBS;
- *Busca ativa:* As equipes de AD organizam seu processo de trabalho a fim de realizar visitas, pactuadas com as gerências e equipes de saúde desses serviços, com objetivo de reconhecer os pacientes que poderiam ter seu cuidado realizado no domicílio (BRASIL, 2013a).

O objetivo da AD é reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013b).

Nessa perspectiva com o fim de consolidar o papel do nutricionista na equipe multidisciplinar, padronizar a atenção domiciliar realizada por este profissional, e para promover atendimento humanizado aos pacientes, priorizando os casos mais graves, faz-se necessária a criação de um material de apoio com enfoque nutricional.

Objetivou-se neste trabalho a elaboração um modelo de entrevista inicial para atendimento domiciliar com enfoque nutricional na atenção básica de saúde.

2. MÉTODOS

A fundamentação teórica foi realizada por meio de pesquisa bibliográfica de artigos científicos publicados nas bases de dados virtuais *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (LILACS)*, *United States National Library of Medicine (PubMed)* e nas legislações vigentes do Ministério da Saúde do Brasil. As palavras-chave utilizadas foram: atenção básica em saúde; atenção domiciliar; visita domiciliar; *home-care*; triagem nutricional; avaliação nutricional; relações familiares; entrevistas abertas; entrevistas informais e rotina alimentar.

A construção da entrevista teve início a partir de uma necessidade de material de apoio no atendimento domiciliar do estágio em nutrição social. Este estágio faz parte do internato do curso de nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o qual ocorre no último ano da graduação. Foi elaborado um manual com o passo a passo da realização da entrevista: desde a solicitação de atendimento até a conduta nutricional.

Para que o questionário de AD fosse de enfoque nutricional, foram incluídos alguns documentos, já validados, com a finalidade de consolidar um diagnóstico nutricional adequado e de avaliar a ingestão alimentar dos pacientes. Além disso, foram elaboradas questões diretas sobre hábitos alimentares do paciente e dos seus familiares. A fim de relacionar a doença de base, o motivo da visita domiciliar, as interações familiares, a avaliação socioeconômica com as condições de alimentação e estado geral de saúde do paciente, foram elaboradas, de acordo com a literatura científica, questões utilizadas na construção de um genograma familiar, o qual possibilita diagnosticar fontes de resiliência e a estrutura familiar.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Contexto Histórico

Os primeiros cuidados domiciliares - referenciados e descritos na medicina - começaram por um médico chamado Imhotep, que na terceira dinastia do Egito Antigo (século XIII a.C.) atendia o paciente tanto no domicílio quanto em um hospital, sendo o responsável pelo atendimento do Faraó nas dependências do palácio. Na Grécia Antiga, o médico, por nome Asklépios, também atendia nas residências dos pacientes. No século V antes de Cristo, Hipócrates descreve em *Tratados sobre os ares, as águas e os lugares* a eficiência de atender-se no domicílio, pois tal cuidado propiciava um bom êxito, segundo suas observações. Ao final do século XVII, o fundador da homeopatia, Samuel Hahnemann, passou a visitar os enfermos. Ele permanecia junto aos leitos de seus doentes, no domicílio, a maior parte do tempo possível (TAVOLARI, et al, 2000).

A Assistência Domiciliar à Saúde (ADS) passou a ser organizada no ano de 1796, segundo o Dispensário de Boston do mesmo ano, que hoje se nomeia *New England Medical Center*. Em 1850 foi criado um programa com a determinação de promover ações de saúde em domicílio, que mais tarde denominou-se *Public Health Nurse* (MONGE-TUTOR, 1998). Nesse contexto iniciou, entre os responsáveis pela prática da ADS, a crença de que a doença devia ser considerada em conjunto com o aspecto social e econômico dos pacientes.

Esse pioneirismo possibilitou uma mudança na história, descrevendo os contornos da assistência domiciliar à saúde e promovendo uma reforma progressiva dos movimentos públicos de saúde dos EUA, por volta de 1893 (BUHLER-WILKERSON, 1993). Em 1898, alguns municípios, e vez por outra, o governo federal americano, converteram-se nos financiadores dos cuidados domiciliares de saúde. Esses fundos governamentais foram, aos poucos, direcionados aos departamentos oficiais de saúde. A partir de 1950, são criados então, modelos de assistência domiciliar nos EUA (AMARAL, et al., 2001).

No ano de 1967 no Brasil, foi criado o primeiro sistema de ADS no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, tendo como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados, e para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar,

englobando os cuidados de baixa complexidade clínica. A ADS no Brasil dividia-se em um grupo de atendimento segmentar, com cuidados exclusivos de enfermagem ou de fisioterapia, e outro com um atendimento multiprofissional, propiciando atenção integral ao paciente. Ambos podiam estar contidos em serviços públicos ou privados. Assim sendo, poucos serviços semelhantes no mundo podem ser comparados aos nossos em eficiência, criatividade e segurança (TAVOLARI, et al., 2000).

No início da década de 1990, houve um crescimento no número de empresas privadas de saúde que forneciam o serviço de *Home Care* ou atendimento domiciliar, passando de cinco empresas, em 1994, para um número superior a cento e oitenta empresas em 1999. Esse aumento caracterizou um modismo que privilegiava o lucro fácil, sem a devida estrutura para o correto atendimento. Isso levou muitas dessas empresas a serem desqualificadas pelo sistema econômico, pela seleção natural da concorrência, fazendo que houvesse a necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas que incorporassem sua oferta as práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) (TAVOLARI, et al., 2000).

Dessa forma, a AD está presente, nos últimos anos, na formulação das políticas públicas de saúde e de assistência social, na gestão e nas demais práticas em serviços de saúde. Mecanismos legais tais como a Portaria 2416/1998, a Lei 10.424 b/1990 e a Resolução da Diretoria Colegiada 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, representam marcos nas discussões de políticas públicas que focalizam a AD como modalidade de oferta na organização da assistência à saúde (SILVA et al., 2010).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, para promover a reorganização das ações de atenção primária no país. Hoje é conhecido como Estratégia de saúde da família (ESF) (DE OLIVEIRA, et al., 2006).

E, na perspectiva de ampliar a capacidade de resolução da maior parte dos problemas de saúde da população na Atenção Básica (AB), foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dos quais o nutricionista se insere, por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 (SAMPAIO, et al., 2012).

O NASF é constituído por uma equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento que contribui com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios, as quais são de

responsabilidade das equipes de AB. A organização dos processos de trabalho dos NASFs deve ter como foco a responsabilidade sobre o território, e deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas (BRASIL, 2014a). Neste contexto, o NASF constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da AB (BRASIL, 2009a).

O processo de trabalho do nutricionista deve estar em consonância com os demais profissionais do NASF, das ESF e do setor responsável pela gestão das ações de alimentação e nutrição nos municípios (BARROS, et al., 2012).

3.2 A inserção do nutricionista na AD

Como descrito na portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, uma das diretrizes da AD é adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, contudo o papel do profissional nutricionista ainda não faz parte das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e sim das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), pois até então, não é parte da equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2013a).

O nutricionista é um dos profissionais essenciais para implantação de ações de promoção, tratamento e reabilitação da saúde. Em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de grandes centros, um de seus desafios é atender uma população numerosa, pois ainda existem poucos profissionais inseridos nesta área (CERVATO-MANCUSO, 2012).

De acordo com a resolução nº 380/2005 do Conselho Federal de Nutricionistas, o art. 2º define as áreas de atuação do nutricionista, das quais, o atendimento domiciliar se enquadra, equivocadamente, somente na área de nutrição clínica, quando na realidade a AD está vinculada a saúde coletiva. Nesse atendimento, o profissional tem como obrigação realizar as seguintes atividades:

- Sistematizar o atendimento em nutrição, definindo protocolos de procedimentos relativos ao tratamento dietético;
- Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico nutricional;
- Elaborar o diagnóstico nutricional com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos;

- Manter registros da prescrição dietética e da evolução nutricional, até a alta em nutrição, conforme protocolos pré-estabelecidos;
- Planejar, desenvolver e avaliar programa de educação nutricional para o cliente/pacientes e familiares/ responsáveis, promovendo a adesão ao tratamento;
- Orientar e monitorar os procedimentos de preparo, manipulação, armazenamento, conservação e administração da dieta, considerando os hábitos e condições sociais da família, de modo a garantir a qualidade higiênico-sanitária e o aporte nutricional da dieta;
- Colaborar com as autoridades de fiscalização profissional e/ou sanitária;
- Elaborar o plano de trabalho anual, contemplando os procedimentos adotados para o desenvolvimento das atribuições;
- Dar alta em nutrição, avaliando se os objetivos da assistência nutricional foram alcançados (CFN, 2005).

Corroborando com o já mencionado, os trabalhadores de saúde, das mais diversas áreas de atuação, sentem a necessidade de que o nutricionista se insira nas equipes de ESFe reivindique que o seu campo de atuação seja ampliado, e que possam somar seus conhecimentos com os demais membros das equipes e, principalmente os transmita à população (DOS SANTOS, 2005).

O atendimento domiciliar nutricional planejado propiciaria um vínculo mais intenso com o paciente e sua família e estimularia compreender as necessidades de uma alimentação saudável e adequada para prevenção e promoção de saúde, como prevê a atenção primária (DE GEUS, 2011).

4. Perfil da População da Atenção Domiciliar

Com o objetivo de conhecer o campo de trabalho da AD e, além disso, planejar terapias, orientações e a condução dos cuidados com os usuários, os profissionais da saúde na atenção primária à saúde devem orientar-se pelo compromisso e conhecimento da realidade epidemiológica, em um determinado território, e das estratégias de ação em saúde coletiva.

Dos pacientes atualmente atendidos em domicílio por equipes do programa, quase 70% têm 60 anos ou mais, dos quais quase metade (31%) têm 80 anos ou mais. São portadores de doenças crônicas com dificuldade de locomoção até os serviços de saúde, usuários de sondas, traqueostomias ou dependentes de ventilação mecânica, pacientes em processo de reabilitação motora ou respiratória, os que precisam de curativos complexos, em pré ou pós-operatório, recém-nascidos com baixo peso, entre outros (BAJOTTO, 2012).

A seguir, alguns perfis prevalentes na AD:

- Pacientes com processos crônicos reagudizados (cardiopatias, síndromes de imunodeficiência adquirida, hepatopatias crônicas, neoplasia, doença pulmonar obstrutiva crônica, demência avançada, doenças terminais);
- Pacientes em processo pós-cirúrgico imediato e tardio (cirurgias de pequeno, médio e grande porte, pós-cirurgia tardia com complicações, pós-operatório de ortopedia e traumatologia);
- Pacientes em tratamento de grandes úlceras;
- Pacientes em situações agudas (pneumonias, pielonefrites, doenças vasculares e neurológicas);
- Pacientes em nutrição parenteral, ventilação mecânica não invasiva e antibioticoterapia domiciliar;
- Pacientes em cuidados paliativos (GIACOMOZZI, 2006).

A partir da análise de 100 solicitações de visitas domiciliares de uma UBS do município de Porto Alegre no ano de 2010, foi possível visualizar a situação de saúde dos usuários e constatar que a maioria dos pacientes atendidos tem idade superior a 60 anos. Como já mencionado, são vários os motivos pelos quais os usuários necessitam da AD. Nesse caso, apenas 15% das solicitações de visita domiciliar apresentavam uma queixa, 58% duas ou três queixas diferentes e 28% mais de quatro tipos de queixas. Totalizaram-se 281 queixas que foram subdivididas em 20 categorias. Dentre as categorias mais prevalentes 23,5% foram de doenças crônicas (diabetes mellitus, hipertensão e outras) e 21% de acamados e restritos ao domicílio (ABREU, et al., 2010).

Obtendo-se o diagnóstico da população alvo da AD torna-se possível iniciar o processo de atendimento com auxílio de um protocolo específico, neste caso, com enfoque nutricional.

5. Recomendações da Matriz de Alimentação e Nutrição

Adaptado da matriz de ações de alimentação e nutrição, elaborada pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília – OPSAN/UnB, no âmbito da pesquisa Inserção da Nutrição na Atenção Básica de Saúde, financiada pela Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição - CGPAN/MS, foram elencados alguns tópicos, que devem ser seguidos para um atendimento domiciliar nutricional completo. A matriz elenca ações prioritárias e algumas delas dizem respeito ao conhecimento técnico específico da formação do nutricionista. Muitas delas são relacionadas ao cuidado nutricional direcionado aos indivíduos, e tiveram como base as determinações legais para a atuação profissional e os princípios que regem o SUS.

Todos os itens, tanto para diagnóstico quanto para assistência, cuidado e tratamento podem ser direcionados para atendimento individual e/ou familiar, estes contribuirão para a qualificação e para a garantia da integralidade da atenção à saúde prestada à população brasileira.

É essencial realizar diagnóstico nutricional, avaliação e monitoramento do estado nutricional - com base nos dados dietéticos, clínicos, bioquímicos e antropométricos - ou seja, verificar o peso, a altura e outras medidas possíveis de serem realizadas. Toda avaliação deve ser efetuada de acordo com a fase do curso da vida.

Para isso, é preciso diagnosticar as diversas características individuais e observar as relações familiares do paciente, em: patologias e deficiências associadas à nutrição, má-nutrição por micronutrientes e baixo peso, doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão arterial, obesidade, entre outras, fatores de risco para o estado nutricional em quaisquer fases do curso da vida, saúde bucal para encaminhamento específico, existência de doenças infecciosas e parasitárias e avaliação do consumo alimentar.

Com a finalidade de prestar assistência e cuidado o nutricionista deve acompanhar a evolução nutricional com registro no prontuário e no cartão de saúde, solicitar de exames

complementares necessários à avaliação nutricional, à prescrição dietética e à evolução nutricional do usuário dos serviços ou programas, quando pertinente, definir procedimentos complementares junto à equipe multiprofissional, realizar encaminhamentos, quando necessário prescrever dietas e alimentos para fins especiais em conformidade com a legislação vigente e as diretrizes terapêuticas, orientar familiares e responsáveis quanto às técnicas higiênicas e dietéticas, relativas à alimentação e avaliar a dificuldades ou a própria adesão ao tratamento dietoterápico.

O tratamento deve ser fundamentado nas diretrizes pré-estabelecidas para cada especificidade de acordo com as condições socioeconômicas e relacionamento familiar dos pacientes. Devem-se tratar casos de deficiências de micronutrientes, realizar dietoterapia nos indivíduos com baixo peso, sobrepeso, portadores de doenças crônicas a fim de recuperar/manterem o estado nutricional, encaminhar os usuários em risco de insegurança alimentar e nutricional para programas de assistência alimentar, de geração de renda ou alternativas de proteção social, quando oportuno e acompanhar casos de usuários com comprometimento nutricional grave e persistente (BRASIL, 2009b).

6. Protocolos em Saúde

Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar, os protocolos são a direção dos cuidados e ações de gestão de um determinado serviço. Eles são elaborados a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas por profissionais experientes e especialistas em uma área. O objetivo principal dos protocolos é de orientar as condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de Saúde (BRASIL 2013b).

Cada UBS, de acordo com sua rotina diária, conduta nutricional, condições técnico-administrativas e estrutura física, estabelece algumas normas de atendimento que devem ser seguidas rotineiramente no cuidado com os pacientes, a fim de garantir que tanto a AD, quanto outros procedimentos, sejam padronizados e de qualidade. Caso isto não ocorra, teremos invariavelmente uma vasta coleção de dados, que nunca se transformam em informação (DE CASTRO, 2006).

O Ministério da Saúde com a intenção de definir critérios para avaliação, aprovação e incorporação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de protocolos clínicos e assistenciais, publicou, em 31/05/05, a Portaria nº. 816, instituindo o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde. (MARTINS, et, al., 2012).

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas nº 417/2008, no código 07.001, da Referencia Nacional de Procedimentos Nutricionais do Sistema CFN/CRN, compete ao Nutricionista, além de outros tópicos, a elaboração de protocolo técnico em nutrição, que é descrito como conjunto de condutas técnicas do nutricionista, destinadas ao atendimento nutricional de clientes/paciente ou usuários, adequado ao setor pertinente devidamente aprovado pela instituição (CNF, 2008).

6.1 Como um protocolo pode auxiliar na padronização da AD

Os serviços da rede pública de saúde - em sua maioria - são organizados por protocolos, processo que estabelece fluxos para qualificar a assistência. Além disso, confere direcionalidade, atualidade e adequação às ações cotidianas, sejam elas de caráter clínico ou de estruturação do cuidado (DE CASTRO, 2006).

Um requisito que um sistema baseado em protocolos deve atender, em especial nos serviços de saúde, é que eles cubram um conjunto significativo de práticas do serviço, ou seja, os de maior prevalência na prática diária e/ou os de menor informação disponível. O conjunto de protocolos serve como um organizador da demanda, triando os casos que chegam, distribuindo-os em uma escala de prioridades, definindo seus encaminhamentos, funcionando como um organizador. Conseqüentemente as práticas realizadas nas unidades de saúde, enquanto baseadas em protocolos, têm como pressuposto ser uma adequada opção clínica e estará respaldada pelas instituições que a legitimam. No caso de um insucesso na realização da AD, o embasamento do protocolo justifica as decisões e compartilha as responsabilidades (DE CASTRO, 2006).

7. O conhecimento das relações familiares na AD

O cuidado no domicílio exige planejamento atento das ações, com base nos objetivos assistenciais, no diagnóstico de saúde e também nas condições familiares sob as quais se encontra o paciente (RODRIGUES, et al., 2011). Além disso, pode-se encorajar a qualidade de atendimento afetivo que o paciente recebe quando é abrigado em sua casa, onde há maior envolvimento dele com sua família, maior participação no planejamento e na execução dos cuidados necessários com responsabilidades distribuídas (MARTINS, et al, 2012).

Um dos diferenciais das equipes de AD com relação às demais equipes de saúde da rede de atenção é o fato de que constroem sua relação com o sujeito que necessita de cuidados no domicílio, e não em um estabelecimento de saúde. O potencial da AD se dá pela maior permeabilidade das equipes aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença (SILVA et al., 2010).

O contexto domiciliar deve ser percebido por meio de uma perspectiva abrangente que vai além do espaço físico. (LACERDA, at al., 2000).

A AD transpõe as praticas institucionalizadas da saúde, visando uma nova ação profissional, com base na inserção dos profissionais de saúde no local de vida, interações e relações dos indivíduos em sua comunidade e, principalmente em seu domicilio. Ao adentrar no espaço e contexto domiciliar o profissional insere-se de forma a desenvolver suas ações e interações com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados pelo paciente, contudo observando fatores sociais, econômicos, espirituais e culturais, além dos recursos disponíveis no lar, as condições de higiene e de segurança e o grau de instrução da família. Por fim, cabe ao profissional em seu trabalho interdisciplinar ficar atenta a integralidade de suas ações (LACERDA, at al., 2003).

As famílias devem ser vistas como uma unidade que apresenta diferenças e especificidades na atenção nutricional. Elas vivem em locais e em condições diferentes, são afetadas por fatores culturais, socioeconômicos, educacionais e apresentam diferentes conformações. Além disso, na família podem conviver indivíduos de diferentes fases do curso da vida (BRASIL, 2009b).

Os indivíduos são singulares, portanto as famílias também são singulares, cada uma com sua dinâmica. Todo profissional deve adequar-se a comunicação de acordo com as diferentes necessidades de cada situação. Deve-se buscar avaliar a necessidade de cada

família, discernir e adaptar os casos. Assim, com maior reconhecimento das famílias é possível perceber as que estão em risco socioambiental e outras que requerem vigilância de saúde (GIACOMOZZI, et al., 2006).

Os cuidados prestados pela família, bem como a segurança com que são executados dependem da orientação e apoio da equipe de saúde, não apenas ensinando, mas atentando-se para as dificuldades que a família poderá apresentar, a fim de preveni-las. As dificuldades, além de se encontrarem na prática do cuidado, estão presentes no desgaste familiar ao enfrentara convivência com as debilidades do paciente (RODRIGUES, et al., 2011).

Há vários fatores que podem influenciar negativamente na saúde dos pacientes, resultando no surgimento de problemas tais como o estresse e a depressão. Entre esses fatores encontram-se a quantidade excessiva de assistência requisitada pelo indivíduo que necessita de cuidados, os tipos de relações familiares, bem como características individuais, sociais e culturais das pessoas envolvidas nesse processo (ANTUNES, 2013).

As famílias que se envolvem com os pacientes precisam adaptar-se às limitações e às condições geradas pela situação e, deste modo, repensar sua existência. O aspecto emocional está diretamente relacionado com a qualidade da saúde física. Alguns familiares relatam um sentimento de tristeza pela condição da dependência, das perdas funcionais, da frustração dos desejos e da interrupção dos sonhos que as inúmeras condições proporcionam. Muitas vezes, ocorrem mudanças no estilo de vida que propiciam um distanciamento dos amigos e, por conseguinte, ao isolamento social (CARVALHO, et al, 2013).

7.1 Cuidado Individual

A fim de prestar um atendimento completo ao paciente da atenção domiciliar, o nutricionista deve preocupar-se com todos os possíveis casos: paciente acamado, deficiente físico, mental, ou visual, paciente surdo/mudo, paciente com cuidador familiar ou não e as diversas doenças e comorbidades associadas (TORRES, et, al., 2014). Além disso, é imprescindível que se pesquise as relações do paciente com seus familiares e cuidadores, a escolaridade, a situação socioeconômica, o saneamento básico e o acesso a uma alimentação adequada. Para ter acesso a esses dados, o nutricionista deve ser um bom pesquisador, que

além de realizar perguntas orais, deve observar e ter senso crítico das diversas situações (OLIVEIRA, et al, 2010).

Percebe-se que o ambiente domiciliar pode ajudar no tratamento, visto que proporciona um acesso mais facilitado a recursos materiais e humanos, como a equipe de saúde, bem como o controle de sinais/sintomas e acompanhamento por parte do familiar e/ ou cuidador (OLIVEIRA, 2010).

A ausência de um acesso de qualidade à saúde dificulta um atendimento longitudinal necessário para a redução dos riscos de diversas doenças. Desta forma é imprescindível à existência de uma atenção baseada na prevenção de riscos, para poder auxiliar na redução das ocorrências de doenças crônicas, por exemplo, através de uma abordagem integral, longitudinal, centrada na pessoa, descrevendo o indivíduo no seu contexto familiar e comunitário (MELO, et al, 2013).

Algumas ferramentas específicas são necessárias para a abordagem familiar, e os profissionais da saúde precisam se apropriar de algumas delas: o olhar sistêmico, os tipos de famílias, a estrutura familiar, a dinâmica familiar e a conferência familiar, somadas a ferramentas específicas, básicas para a realização de uma adequada abordagem familiar na AD de acordo com as necessidades (BRASIL, 2013b).

Uma das maneiras de se avaliar a dinâmica da vida familiar é o genograma. O genograma familiar é uma representação gráfica que mostra o desenho ou mapa da família (WENDT, et al, 2008).

O genograma é uma ferramenta interpretativa que possibilita formulação de hipóteses provisórias para aprofundar o exame na avaliação da família para os aspectos sistêmicos e fontes de resiliência. Essa ferramenta permite mapear claramente a estrutura familiar, observar e atualizar o mapa dos padrões de relações e funcionamento da família na medida em que vão surgindo. Para auxiliar no registro de uso clínico, o genograma possibilita um resumo eficiente de grande quantidade de informações sobre a família e análise de recursos potenciais. Todas as informações do genograma podem receber acréscimos e serem corrigidas a cada atendimento. Portanto, a sua aplicação em saúde da família é extensa. Pode ser utilizado como instrumento importante na caracterização e cadastramento dos grupos familiares na Estratégia de Saúde de Família (ESF), o objetivo de auxiliar na promoção à saúde da comunidade e prevenção de agravos (ANDOLFI, et al., 1984).

Os genogramas registram informações sobre os membros de uma família e suas relações em pelo menos três gerações. Exibem graficamente as informações familiares de forma a possibilitar um rápido entendimento dos padrões familiares complexos; como tal, são uma fonte muito rica de hipóteses sobre como os problemas clínicos se desenvolvem em diferentes contextos e ao longo do tempo (SCHLITHLER, et al., 2011).

Tipicamente o genograma é construído a partir de informações reunidas durante o primeiro encontro com o paciente e revisado quando novas informações vão se tornando disponíveis. A avaliação inicial forma a base para o tratamento. Ele ajuda tanto o avaliador, quanto o paciente a ver o quadro mais amplo da família, isto é, auxilia na visualização dos problemas no seu contexto atual e histórico (GOLDRICK, et, al., 2007).

O exame das dimensões do contexto familiar permite ao avaliador utilizar dos membros da família nuclear e também da família extensa, os amigos, a comunidade, a sociedade e a cultura, além de mudanças e alterações no ciclo vital, doenças e disfunções do paciente e de seus familiares, pois todos esses fatores desempenham um papel importante na vida familiar (MAFRA, 2011).

A principal parte de um genograma é a descrição gráfica do quanto os membros da família são diferentes: biológica, legal e emocionalmente em relação uns aos outros de uma geração para seguinte. O mapa é a construção de quadrados e círculos, que representam as pessoas, e linhas, que delinham as suas relações. Geralmente retrocedemos até os avos do paciente, incluindo pelo menos três gerações. O ano que um genograma descreve que geralmente é em curso, é escrito no canto superior esquerdo. No caso de ausência de informações, essa ausência pode dar pistas dos segredos familiares e alguns rompimentos, entre outros acontecimentos (SCHLITHLER, et, al.,2011).

Para auxiliar em uma abordagem mais rápida e na definição das prioridades para inclusão das informações sobre a família no genograma alguns elementos não podem ser esquecidos, como regra prática:

- Padrões de funcionamento, relações ou sintomas repetitivos na família através das gerações, como rompimentos, conflitos e funcionamento familiar são centrais para interpretação;

- Coincidência de data – por exemplo, a morte de um membro da família ou aniversário da sua morte ocorre ao mesmo tempo em que se inicia o sintoma em outro membro, ou a idade de início dos sintomas coincidem com a idade do desenvolvimento do problema em outro membro da família.
- Impactos da mudança e transições do ciclo vital, em particular, quando as mudanças têm correspondência com eventos críticos na vida familiar, como mortes prematuras, e transições precoces no ciclo vital da família, como nascimentos, casamentos, entre outros.

Para conduzir uma entrevista rápida, há de se focalizar em informações essenciais, como idade, ocupação/escolaridade, religião, antecedentes étnicos, datas de mudanças de habitação e estado de saúde atual de cada membro da família.

Antes de concluir a entrevista, é importante interrogar os pacientes e/ou cuidadores para o caso de haver questões que causaram sofrimento a família e que precisam de um maior esclarecimento. Sendo assim, é importante que o entrevistador sinta que o paciente compreendeu e que ele tenha a expectativa de que as pessoas reconheçam as conexões entre o seu sofrimento e as suas relações, para possível promoção de sensação de esperança de uma solução futura para o seu sofrimento, o indivíduo e a família por compartilharem a sua história, mostrando os resultados para verificarem se estão precisos e de acordo com a situação real (SCHLITTLER, et al., 2011).

8. Atenção Nutricional no Domicílio

8.1 A Entrevista

Para realizar a primeira visita na AD é importante fazer uso de entrevistas semiabertas ou semiestruturadas, as quais combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. Assim, deve-se seguir um conjunto de questões previamente definidas, entretanto em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é

muito utilizado quando o objetivo é ter direcionamento para o tema principal, delimitando o volume de informações (SELLTIZ et al., 1987).

A partir de um roteiro com perguntas elaboradas, a possibilidade de acertar nas intervenções pode aumentar. Em se tratando da entrevista semiestruturada, atenção tem sido dada à formulação de perguntas básicas para o tema a ser investigado (TRIVINOS, 1987; MANZINI, 2003). Contudo isso não significa que o entrevistador deva tornar-se refém das perguntas elaboradas antecipadamente à coleta, principalmente porque uma das características da entrevista semiestruturada é a possibilidade de fazer outras perguntas na tentativa de compreender a informação que está sendo dada ou mesmo a possibilidade de indagar sobre questões momentâneas à entrevista, que parecem ter relevância para o seu foco (MANZINI, 2003).

8.1.1 Triagem Nutricional

Os instrumentos para a identificação de pacientes com risco nutricional são denominados instrumentos de triagem nutricional, que deve ser realizada na primeira visita ou atendimento ao paciente e se basear em medidas e procedimentos fáceis, rápidos e de baixo custo. Além disso, deve ser simples e deve identificar situações de risco nutricional (CHARNEY, 2008).

A importância da triagem e avaliação nutricional é reconhecida pelo Ministério da Saúde do Brasil, por esse motivo é de extrema importância que o profissional nutricionista realize esse procedimento nos pacientes da atenção domiciliar com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional. Além disso, é essencial que se garanta o registro de todos os passos no prontuário do paciente, com data e assinatura do profissional responsável pelo atendimento (BRASIL, 2009b). Um diagnóstico adequado é essencial para que uma terapia nutricional seja iniciada o mais breve possível e a utilização de um método de identificação de risco que seja confiável, de fácil e rápida execução, baixo custo e não invasivo é imprescindível para a ação da equipe de saúde em benefício do paciente durante os tratamentos (DE CÁSSIA AQUINOL, et al., 2012).

É importante considerar que a avaliação nutricional deve ser sistematizada para garantir o atendimento global e eficiente, com o objetivo de reduzir a frequência de patologias

e deficiências associadas à nutrição e suas consequências. Um exemplo de um atendimento não completo ocorre na atual transição nutricional, quando a alta prevalência da obesidade mascara a prevalência da desnutrição (DE OLIVEIRA, 2008).

A escolha do método de triagem nutricional deve considerar o contexto no qual o paciente está inserido, além de aspectos como a natureza da clínica, recursos humanos e físicos disponíveis (ARAÚJO, et al., 2011).

De acordo com alguns estudos é importante realizar o atendimento em dois momentos: no primeiro pesquisar história clínica, ingestão alimentar, sintomas gastrointestinais, capacidade funcional e exame físico observacional que resulta em diagnóstico nutricional, o qual direcionará a conduta a ser realizada e também a periodicidade das visitas. Em um segundo momento, uma avaliação nutricional deve ser realizada de acordo com o estado do paciente, acamado ou não, com os equipamentos necessários para aferir peso, altura, circunferências e dobras cutâneas (DE AZEVEDO. 2006).

Conclui-se que a avaliação do estado nutricional não dispõe de padrão-ouro para diagnóstico das desordens nutricionais, e o melhor método depende dos objetivos da avaliação. Desta forma, em estudos populacionais, a OMS preconiza a utilização do IMC. O idoso, particularmente, apresenta aspectos característicos que obrigam a realização de avaliação mais complexa com análise de fatores de risco, como determinação do nível funcional, avaliação da saúde bucal e investigação sobre depressão (ACUÑA, et al, 2004).

8.1.2 Avaliação do Estado Nutricional

O cuidado nutricional dos pacientes é parte integrante de um bom tratamento clínico e tem custo/benefício positivo. A ausência da avaliação do estado nutricional dificulta o diagnóstico e a conduta correta, além de ocorrer o risco desnutrir ao longo do tempo (AZEVEDO et al., 2006).

A avaliação subjetiva global (ASG) é um método que considera não apenas alterações da composição corporal, mas também a alteração funcional do paciente. É um método simples, de baixo custo e não invasivo. O objetivo da avaliação nutricional é estabelecer o prognóstico nutricional, proporcionar um tratamento dietético adequado e um acompanhamento de sua evolução clínica e nutricional, tornando-se assim fundamental para

uma avaliação clínica adequada (SILVA; BARROS, 2002). Essa ferramenta pode orientar tanto o profissional nutricionista, quanto os outros profissionais da saúde conduzindo-os aos diagnósticos e nas intervenções propostas (ROSSI, et, al., 2009).

O questionário da ASG constitui de uma anamnese alimentar e exames físicos no qual inclui o peso corpóreo, dieta, sintomas gastrointestinais, capacidade funcional física e grau de estresse da doença. Os questionamentos dietéticos são avaliados utilizando um somatório de 0 a 11 pontos. A pontuação dos sintomas gastrointestinais varia de 0 a 6 pontos. Assim, de acordo com o somatório total dos pontos atribuídos a cada item, os pacientes podem ser classificados em: bem nutridos: < 17 pontos e desnutridos (moderado e grave) \geq 17 pontos (YAMAUT et al., 2006). O próprio paciente ou cuidador e/ou familiar podem relatar a perda de peso, a diminuição do tecido adiposo e muscular, alterações na ingestão alimentar habitual e capacidade funcional (BARBOSA-SILVA, 2002).

O conhecimento detalhado dos métodos de avaliação nutricional é vital para o profissional nutricionista, pois possibilita um melhor diagnóstico e a utilização de métodos mais econômicos e eficazes. A aplicação da avaliação nutricional nos pacientes tem uma eficiência maior para diagnosticar a desnutrição em suas fases iniciais e para um melhor resultado durante o tratamento (ROSA et al., 2008).

8.1.3 Percepções da Rotina Alimentar

A alimentação está presente em diversos lugares, desde o âmbito cultural até as experiências pessoais. As práticas alimentares, que vão dos procedimentos relacionados à preparação do alimento ao seu consumo propriamente dito, a subjetividade veiculada pode incluir várias características, como identidade cultural, condição social, religião, memória familiar e garantia de sobrevivência (GARCIA, 1997).

Em casa a variação e as escolhas da alimentação dependem da matéria-prima disponível e das opções de preparo determinadas pelos recursos financeiros, influencias socioculturais e hábitos alimentares da família.

Quando, ao realizar um questionamento sobre a rotina alimentar do paciente e da sua família, se constata uma alimentação com pouca variedade, pode-se evidenciar um reflexo do

pouco acesso que as famílias têm a uma alimentação adequada, ou seja, verificam-se as dificuldades materiais de acesso (UCHIMURA, 2012).

O atendimento domiciliar valoriza a troca de experiências e saberes, aumentando o vínculo entre o portador e o profissional da saúde, e a elaboração de orientações a partir da compreensão do contexto de vida (DE CARVALHO TORRES, et, al., 2014). Essa abordagem assistencial, integral e humanizada busca melhorar o conhecimento sobre a patologia, aproximando o portador do seu tratamento tornando-o autônomo e responsável pela sua saúde, visto que a falta de conhecimento sobre a doença impede o controle adequado (ANTUNES, 2013).

8.1.4 Condições de Moradia dos Pacientes

Reconhecida como direito universal do homem pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, a moradia foi incluída tardiamente na Constituição Federal de 1988 como direito social, por meio da emenda Constitucional 26/2000.

O profissional da saúde deve apropriar-se, em uma perspectiva voltada ao desenvolvimento do sujeito (paciente), do conhecimento da moradia, pois esta é decisiva na formação da subjetividade, sendo a casa um polo integrador de vivências, pensamentos, lembranças e sonhos (DE LIMA BRANDÃO, 2002). A moradia representa papel importante para qualidade de vida, configurando-se determinante social da saúde em geral (THOMSON et al., 2009). Assim, se existe uma casa como um lugar objetivo, há também uma casa subjetiva, revelada pela experimentação de quem a habita.

9. RESULTADOS

9.1 Manual da Entrevista

Conforme a bibliografia segue abaixo um roteiro de atendimento nutricional domiciliar, o qual aborda os principais passos da visita domiciliar.

Após saber que um paciente está incluído na AB ou SAD e necessita de atendimento domiciliar é importante seguir os seguintes itens:

1º Procurar pelo prontuário familiar ou individual e pesquisar:

2º Solicitar, na UBS, auxílio de outro profissional para fazer a primeira visita, apresentando o caso do paciente a ser atendido;

3º Verificar com a equipe a disponibilidade de equipamentos que possam ser utilizados na avaliação nutricional do paciente, por exemplo: balança portátil, estadiômetro portátil, fita antropométrica, adipômetro e outros materiais, como folders ilustrativos e explicativos sobre a doença do paciente;

4º Verificar junto à equipe as condições de deslocamento até o domicílio do paciente;

5º Primeiro contato com familiar e/ou cuidador:

Apresentar-se com postura profissional e deixar claro o que pretende fazer no momento da visita no domicílio (agir com tom de voz agradável, ser empático e educado);

Ir ao encontro do paciente juntamente com o familiar e/ou cuidador e, da mesma forma, apresentar-se a fim de criar um vínculo com ele;

Revisar alguns dados do prontuário junto com o paciente e familiar e/ou cuidador, para assim conhecer melhor o caso do paciente e o início da relação com a família.

6º Realizar Entrevista Nutricional:

Sobre a antropometria, em caso de impossibilidade de aferir peso e estatura, fazer uso das fórmulas específicas, já estabelecidas pela bibliografia para estimar esses dados.

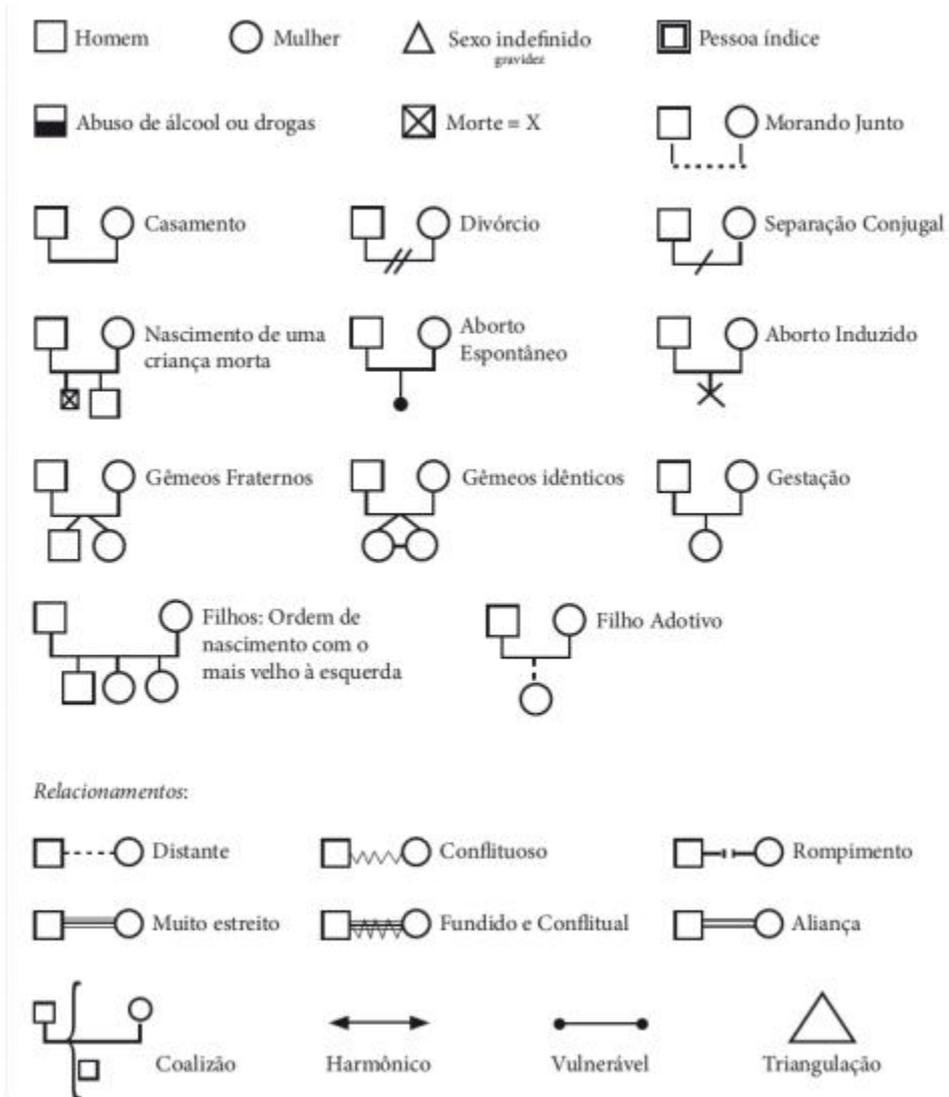
7º Registrar em prontuário as informações coletadas.

8º Discutir entre as equipes sobre as condutas a serem tomadas a partir da consolidação dos dados e fatos obtidos na fase de avaliação.

ENTREVISTA - ATENÇÃO DOMICILIAR COM ENFOQUE NUTRICIONAL - ATENÇÃO BÁSICA	
1. Dados gerais do paciente coletados do prontuário:	
Nome:	
Data de nascimento:	
Endereço:	
Número do prontuário:	
Profissão/Ocupação:	
2. Sobre a doença e/ou motivo da visita domiciliar:	
Doença (s) de base:	
Queixa principal:	
Histórico familiar de doenças:	
Alimentação via oral ou em uso de sonda:	
Mobilidade (acamado, cadeirante, portador de deficiência física ou mental, ou com impossibilidades de locomoção):	
Surdo/mudo:	
Dados de Avaliações nutricionais e antropométricas anteriores (se constar):	
3. A Entrevista:	
Olá, sou a nutricionista (nome), estou aqui para conversar com o (nome do paciente). Podemos conversar?	
**Caso o paciente não fale ou não esteja em condições para conversar, solicitar que o cuidador e/ou familiar participe ativamente da entrevista. Deixar claro o motivo da visita domiciliar com enfoque nutricional.	
3.1 Realizar a Avaliação Subjetiva Global (ASG) para classificar o paciente em seu estado nutricional.	
3.2 Realizar o exame físico.	
a.	Como é o seu hábito urinário?
b.	Você tem alguma alergia ou é intolerante a algum alimento?
c.	Quantos litros (ou copos) de água você toma por dia?
d.	Você utiliza algum medicamento? Qual?
e.	Você fuma?
f.	Você consome bebida alcoólica? Quantas vezes por semana?
4. Aplicar um Questionário de Frequência Alimentar (para > 60 anos) ou Registro Alimentar de 24 horas (para adultos) com a finalidade de conhecer a alimentação do paciente e servir como apoio para conduta dietoterápica.	
4.1 Para aprofundar o conhecimento sobre a alimentação e associar com os hábitos do paciente e dos seus familiares:	
a.	Quantas pessoas fazem as refeições em casa?

b. Quem compra os alimentos? Aonde compra?
c. Quem prepara as refeições em casa?
d. Quantas vezes você come por dia? Por quê?
e. Aonde você realiza as refeições? Por quê?

1. ELABORANDO O GENOGRAMA
a. Quem mora com você? Pode me dizer o nome de cada um?
b. Qual a relação entre as pessoas que moram com você?
c. Onde moram os outros membros da sua família?
d. Você sabe me dizer se houve alguma mudança ou estresse nos últimos tempos? Por quê?
2. Reúna informações sobre a família de origem:
a. Qual o nome dos seus pais ou padrastos? Qual a idade deles? Eles têm alguma doença?
b. Você tem irmãos? Quantos? Qual o nome deles? O que cada um deles faz? Eles têm alguma doença?
3. Questione sobre a queixa principal ou doença do paciente:
a. Quando você soube ou quando iniciou a sua doença?
b. Quem percebeu que você estava doente?
c. Como as pessoas da sua família encaram o fato de ter alguém que precise de mais ajuda?
d. Como seus familiares reagiram ao saber da sua doença ou situação?
e. Como eram as relações da sua família antes de saberem da sua doença ou situação?
f. O fato de você precisar de mais ajuda mudou alguma coisa em casa? Como?
g. **Se houver modificação da relação familiar após saber da doença do paciente, perguntar: Você acha que pode acontecer algum problema maior na sua família futuramente? Por quê?
4. Colocar os dados no genograma: fazer uso das ilustrações da figura abaixo.



(SCHLITTLER, et al, 2011).

CONCLUSÃO

O uso de protocolos, diretrizes ou anamneses específicas e já validadas pela literatura científica, permitem que o atendimento do nutricionista na AD seja padronizado e realizado de forma a permitir condutas de sucesso. Além disso, o profissional se apropria com mais empatia e entendimento dos diversos casos, devendo incluir o ambiente e a família como partes do acompanhamento nutricional. Faz-se necessária a aplicação da entrevista para fins de pesquisa com pacientes de atendimento domiciliar da AB a fim de aprovar a sua validade.

REFÊRENCIAS

ABREU, Eliandre Sozo de; SCHMITZ, Ana Karina; KRAWCZYK, Bruna; CUSINATO, Catiane Tiecher; RONSONI, Eglê Ângela; FALAVIGNO, Índrea Facenda; KENNER, Mári Estela; VIZZOTTO, Silvana. **Visitas Domiciliares interdisciplinares como instrumento de trabalho na atenção básica**. Escola de Saúde Pública/RS. Disponível em: <http://www2.ufpel.edu.br/cic/2010/cd/pdf/CS/CS_01274.pdf>. Acessado em 07 de maio de 2014.

ACUÑA, Kátia; CRUZ, Thomaz. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arq bras endocrinol metab**, v. 48, n. 3, p. 345-61, 2004.

AMARAL, N. N. et al. Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Rev Neurociencias**, v. 9, n. 3, p. 111-17, 2001.

ANDOLFI, Maurizio et al. **Por trás da máscara familiar: um novo enfoque em terapia da família**. 1984.

ANTUNES, Beatriz et al. Visita domiciliar no cuidado a usuários em um centro de atenção psicossocial: relato de experiência-doi: 10.4025/ciencucuidsaude. v11i3. 15416. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 600-604, 2013.

ARAÚJO, Maria Antonia Ribeiro et al. Análise comparativa de diferentes métodos de triagem nutricional do paciente internado; Comparative analysis of different methods of nutritional screening of hospitalized patients. **Comun. ciênc. saúde**, v. 21, n. 4, p. 331-342, 2011.

BAJOTTO, Alethéia Peters et. al. Perfil do paciente idoso atendido por um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. Do Sul**; 32(3): 311 – 317, 2012.

BARBOSA-SILVA, Maria Cristina Gonzalez; BARROS, Aluísio Jardim Dornellas de. Avaliação nutricional subjetiva. Parte 1-revisão de sua validade após duas décadas de uso. **Arq. gastroenterol**, v. 39, n. 3, p. 181-187, 2002.

BARROS, Cláudia Mohana Lima; DE FARIAS JUNIOR, Gilvo. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 2, n. 1, p. 140-154, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2013a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html> Acessado em 5 de julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2 v. : il.– Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html> Acessado em 5 de julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html> Acessado em 5 de julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: diretrizes do NASF**. n.27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html> Acessado em 2 de julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html> Acessado em 4 de maio de 2014.

BUHLER-WILKERSON, Karen. Trazendo o cuidado com as pessoas: o legado de Lillian Wald para enfermagem em saúde pública. **American Journal of Public Health** , v 83, n. 12, p. 1778-1786, 1993.

CARVALHO, Maria Goretti Pacheco de; FREITAS, Bruno Magalhães da Silva; FERREIRA, Raquel dos Santos. Família cuidadora: implicações emocionais e sociais do ato de cuidar. **ANAIS DO CBMFC**, n. 12, p. 636, 2013.

CERVATO-MANCUSO, Ana Maria et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano; The participation of the nutritionist in Primary Health Care in a large urban center. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3289-3300, 2012.

CHARNEY, Pamela. Nutrition screening vs nutrition assessment: how do they differ?. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 23, n. 4, p. 366-372, 2008.

Conselho Federal de Nutricionistas Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas nº 417/2008. Dispõe sobre procedimentos nutricionais para atuação dos nutricionistas e dá outras providências. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/eficiente/sites/cfn/pt-br/site.php?secao=resolucoes&pub=1742>> Acessado em 7 de abril de 2014.

Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº 380/2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>> Acessado em 3 de maio de 2014.

DE AZEVEDO, Luciane Coutinho et al. Prevalência de desnutrição em um hospital geral de grande porte de Santa Catarina/Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, 2006.

DE CARVALHO TORRES, Heloisa; DOS SANTOS, Laura Maria; DE SOUZA CORDEIRO, Palloma Maciel Chaves. Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 1, p. 23-8, 2014.

DE CÁSSIA AQUINOI, Rita; PHILIPPIII, Sonia Tucunduva. Desenvolvimento e avaliação de instrumentos de triagem nutricional. **clínica**, v. 6, p. 7, 2012.

DE CASTRO, Abílio José Ribeiro; SHIMAZAKI, Maria Emi. Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde. 2006.

DE GEUS, Laryssa Maria Mendes et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 797-804, 2011.

DE LIMA BRANDÃO, Ludmila. **A casa subjetiva: matérias, afetos e espaços domésticos**. Editora Perspectiva, 2002.

DE OLIVEIRA, Elaine Machado; SPIRI, Wilza Carla. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 727-33, 2006.

DE OLIVEIRA, Luna Mares Lopes; ROCHA, Ana Paula Coelho; DA SILVA, Jânia Maria Augusta. Avaliação nutricional em pacientes hospitalizados: uma responsabilidade interdisciplinar. **Saber Científico**, v. 1, n. 1, p. 240-252, 2008.

DOS SANTOS, Anderson Carlos. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 3, 2005.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo Eating practices and behavior in the urban environment: a study in downtown São Paulo. **Cad. Saúde Públ**, v. 13, n. 3, p. 455-467, 1997.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto enferm**, v. 15, n. 4, p. 645-53, 2006.

GOLDRICK, Monica; GERSON, Randy; PETRY, Sueli. Genograms: assessment and intervention. 3. ed. Norton, 2007.

LACERDA, Maria Ribeiro. Tornando-se profissional no contexto domicilair: vivência de cuidado da enfermeira. In: **Tornando-se profissional no contexto domicilair: vivência de cuidado da enfermeira**. Universidade Federal de Santa Catarina. Pós-Graduação em Enfermagem, 2000.

LACERDA, Maria Ribeiro; OLINISKI, Samantha Reikdal. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. **Texto & contexto enferm**, v. 12, n. 3, p. 307-313, 2003.

MACHADO, Roberta Antunes et al. O cuidador familiar no foco do programa de assistência domiciliar de uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre. **Journal of Nursing and Health**, v. 1, n. 1, p. 39-49, 2011.

MAFRA, Simone Caldas Tavares. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 14, n. 2, p. 353-63, 2011.

MANZINI, Eduardo José. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. Londrina: Eduel, p. 11-25, 2003.

MARTINS, Soriane Kieski; LACERDA, Maria Ribeiro. O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 9, n. 2, 2012.

MELO, Ângela Cecília Cavalcante; COSTA, Nilo Sérgio Vieira; CASTRO, Andréa Augusta. A importância da Atenção Primária à Saúde na redução de riscos cardiovasculares. **ANAIS DO CBMFC**, n. 12, p. 142, 2013.

MONGE-TUTOR, Maria R. O mercado de infusão em casa dos EUA. **American Journal of farmácia do Sistema de Saúde**, v55, n. 19, p. 2019 – 2005, 1998.

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler et al. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. **Texto & contexto enferm**, v. 21, n. 3, p. 591-599, 2010.

RODRIGUES, Juliana Stoppa Menezes; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. A experiência da família no cuidado domiciliário ao doente com câncer: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 338-46, 2011.

ROSA, G. Avaliação Nutricional do paciente hospitalizado - Uma abordagem teórico-prática. **Rio de Janeiro**, 2008.

ROSSI, Luciana; CARUSO, Lúcia; GALANTE, Andrea POLLO. Avaliação nutricional: novas perspectivas. In: **Avaliação nutricional: novas perspectivas**. Roca, 2009.

SAMPAIO, Juliana et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012.

SCHLITHLER, A. C. B.; CERON, M.; GONÇALVES, D. A. Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial. Especialização em Saúde da Família – UnA-SUS, Santa Catarina, p. 43-69, 2011.

SELLTIZ, Claire et alii. Métodos de pesquisa nas relações sociais. Tradução de Maria Martha Hubner de Oliveira. 2ª edição. São Paulo: EPU, 1987.

SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do home health care no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, v. 3, n. 9, p. 15-18, 2000.

THOMSON, Hilary et al. The health impacts of housing improvement: a systematic review of intervention studies from 1887 to 2007. **Journal Information**, v. 99, n. S3, 2009.

TORRES, Heloisa de Carvalho; SANTOS, Laura Maria dos; CORDEIRO, Palloma Maciel Chaves de Souza. Home visit: an educational health strategy for self-care in diabetes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 23-28, 2014.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UCHIMURA, Kátia Yumi et al. Qualidade da alimentação: percepções de participantes do programa bolsa família Quality of food: perceptions of ‘Bolsa Família’ program participants. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 687-694, 2012.

WENDT, Naiane Carvalho; CREPALDI, Maria Aparecida. A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 2, p. 302-310, 2008.

YAMAUTI, Aurea Kaoru et al. Avaliação nutricional subjetiva global em pacientes cardiopatas. **Arq Bras Cardiol**, v. 87, n. 6, p. 772-777, 2006.

ANEXO 1.

Avaliação Nutricional Subjetivo Global (ANSKG)

A- HISTÓRIA**1. Peso**

- Peso Habitual: Kg
- Perdeu peso nos últimos 6 meses: () Sim () Não
- Quantidade perdida: Kg
- % de perda de peso em relação ao peso habitual : %
- Nas duas últimas semanas: () continua perdendo peso () estável () engordou

2. Ingestão alimentar em relação ao habitual

- () sem alterações () houve alterações
- Se houve** alterações, há quanto tempo: dias
- Se houve**, para que tipo de dieta:
- () sólida em quantidade menor () líquida completa
- () líquida restrita () jejum

3. Sintomas gastrointestinais presentes há mais de 15 dias

- () Sim () Não
- Se sim,**
- () Vômitos () Náuseas
- () Diarréia (mais de 3 evacuações líquidas/dia) () Inapetência

4. Capacidade funcional

- () sem disfunção () disfunção
- Se disfunção**, há quanto tempo: dias
- Que tipo:** () trabalho sub-ótimo () em tratamento ambulatorial () acamado

5. Doença principal e sua correlação com necessidades nutricionais

- Diagnóstico principal:
- Demanda metabólica: () baixo stress () stress moderado () stress elevado

B- EXAME FÍSICO:

(para cada item dê um valor: 0=normal, 1=perda leve, 2=perda moderada, 3=perda importante)

- () perda de gordura subcutânea (tríceps e tórax)
- () perda muscular (quadríceps e deltóides)
- () edema de tornozelo
- () edema sacral
- () ascite

C- AVALIAÇÃO SUBJETIVA:

- () Nutrido
- () Moderadamente desnutrido ou suspeita de desnutrição
- () Gravemente desnutrido

ANEXO 2



O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS**Posse de itens**

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

(APEB, 2010).