



**Ministério da Educação  
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Governo do Estado de Mato Grosso do Sul  
Secretaria de Estado de Saúde  
AARH - Hospital São Julião**



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS  
CONTINUADOS INTEGRADOS**

**GLAUCIA LIMA FLORES**

**CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: CARACTERIZAÇÃO DO  
ATENDIMENTO**

Campo Grande- MS

Dezembro /2015

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS  
CONTINUADOS INTEGRADOS**

**GLAUCIA LIMA FLORES**

**CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: CARACTERIZAÇÃO DO  
ATENDIMENTO**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados – Área de Apoio Diagnóstico, Terapêutico, Especialidades Clínicas e Saúde do Idoso, como requisito básico para obtenção do título de especialista *lato sensu*, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Ma. Maruska Dias Soares.

Campo Grande- MS

Dezembro /2015

## **CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO**

CONTINUED INTEGRATED CARE: CALL CHARACTERIZATION

Glaucia Lima Flores <sup>I</sup>, Maruska Dias Soares <sup>II</sup>

I- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Hospital São Julião, Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados – Campo Grande (MS), Brasil.

II- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde-Curso de Nutrição – Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados - Residência Multiprofissional em Saúde: Atenção ao Paciente Crítico - Campo Grande (MS), Brasil.

**Autor correspondente:** Glaucia Lima Flores. Rua Professor Hilário da Rocha 534, Bairro Santo Eugênio. CEP:79060-560. Campo Grande, MS, Brasil. E-mail: glaucia\_lf187@hotmailcom.

**Conflitos de interesse:** Nada a declarar.

**Fonte de financiamento:** Recursos próprios.

**RESUMO:** *Introdução:* O envelhecimento é um processo natural, que produz o aumento relativo do número de pessoas acima de determinada idade. Frente a isto a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa proposta pelo Ministério da Saúde que define os direitos sociais dos idosos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde. *Objetivo:* Caracterizar o perfil dos pacientes atendidos no primeiro ano de funcionamento da Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), através dos aspectos sócio demográficos, clínicos e nutricionais. *Métodos:* Estudo quantitativo, retrospectivo, com base em informações secundárias, obtidas em ficha de coleta, critérios de inclusão pacientes maiores de 18 anos, residentes no município de Campo Grande, sendo os dados analisados estatisticamente através do Software Epi Info versão 8<sup>®</sup>. *Resultados:* A amostra foi constituída por 74 indivíduos, dos quais 40 eram adultos e 34 idosos. Em relação às doenças de base, destacou-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE) seguido de Trauma Raquimedular (TRM), Trauma Crânio Encefálico (TCE), com relação à ocorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foram identificadas no estudo que 42 possuíam algum tipo de DCNT. De acordo com as dietas oferecidas, prevaleceu a dieta livre em ambos os sexos. *Conclusão:* Destaca-se que, diferente da proposta inicial da UCCI, a maioria dos pacientes admitidos no período deste estudo foram adultos e não idosos.

*Palavras chaves:* Perfil de saúde, Prestação Integrada de Cuidados de Saúde, Assistência Integral à Saúde, Serviços de Saúde, Assistência ao Paciente, Assistência a Saúde.

**ABSTRACT: Introduction:** Aging is a natural process, which produces the relative increase in the number of people over a certain age. Front of it the National Health Policy of the Elderly proposed by the Ministry of Health that defines the social rights of the elderly, creating conditions to promote their autonomy, integration and effective participation in society, reaffirming the right to health. **Objective:** To characterize the profile of patients treated in the first year of operation of the Continuous Care Unit (UCCI), through socio demographic, clinical and nutritional. **Methods:** quantitative, retrospective study, based on secondary information obtained in the collection form, the greater inclusion criteria patients of 18 years, living in the city of Campo Grande, and the data were statistically analyzed using the software Epi Info version 8®. **Results:** The sample consisted of 74 individuals, of which 40 were adults and 34 elderly. In the case of basic diseases, the highlight was the Vascular Accident (CVA) followed by Trauma Spinal Cord (TRM), Trauma Skull Brain (TEC), in relation to the occurrence of Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) were identified in the study that 42 They had some kind of NCDs. According to the offered diets prevailed free diet in both sexes. **Conclusion:** It is noteworthy that, unlike the initial proposal of the UCCI, most patients admitted in the period of this study were adults rather than the elderly.

**Keywords:** Health profile, Delivery of Health Care, Integrated, Comprehensive Health Care, Health Services, Patient Care, Health Care.

## **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento é um processo natural e irreversível, sendo que, no Brasil, considera-se a pessoa idosa o indivíduo com idade maior ou igual a 60 anos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, existiam cerca de 20 milhões de idosos, representando 10% da população para o mesmo ano em nosso país. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, para o ano de 2025, o Brasil apresentará cerca de 32 milhões de pessoas acima de 60 anos de idade e ocupe assim o sexto lugar no mundo em população idosa <sup>1</sup>.

Frente a isto a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) criada pelo Ministério da Saúde, em 2006, através da Portaria nº 2.528/GM, define e assegura os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96). Admitindo assim que uma das principais circunstâncias que pode afetar a população idosa é a perda de sua capacidade funcional, isto é, o prejuízo das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (AVD) <sup>2</sup>.

Diante das melhorias científicas, sociais, políticas e de saúde, e a busca pelo bem estar físico, psíquico e social, ocorre o crescimento da expectativa de vida, mas, em contrapartida, passa a existir um aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e incapacitantes, surgindo assim novas demandas para as áreas sociais e da saúde <sup>3,4</sup>.

Sendo assim, visando melhorar a qualidade de vida e a prestação de serviço de saúde capacitada para acolher a população idosa, foi criada no Brasil a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI), baseada no modelo europeu de Barcelona e

Portugal já existente há pelo menos duas décadas, a qual tem o objetivo de acolher a população idosa em situações de dependência e/ou perda de autonomia, acarretando assim em condições para que as pessoas possam viver com saúde através de um suporte integrado e operacional de políticas sociais e de saúde estabelecido pelo Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, em Portugal <sup>3,5</sup>.

No Brasil, a RCCI foi implantada com os moldes europeus em parceria ao Hospital Samaritano, na cidade de São Paulo, juntamente ao Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG) e com as Secretarias de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul, Piauí e Paraná, visando a reabilitação biopsicossocial, de qualquer pessoa com dependência e/ou perda da capacidade funcional <sup>6</sup>.

O Hospital São Julião (HSJ) é uma instituição filantrópica criado na década de 1940, em Campo Grande-MS, sendo atualmente, centro de referência em tratamento de Hanseníase na América Latina e também referência em Oftalmologia. Não oferece em sua assistência serviço de urgência e emergência, sendo assim seu trabalho em 2009, passou a oferecer leitos de retaguarda através da Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) para o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, estabelecidas pelas Portarias nº 2.395 de 2011 e 2.809 de 2012 do Ministério da Saúde <sup>2, 7,8</sup>.

Em 2012, através da visita ao HSJ pela Federação das Misericórdias, junto ao Ministério da Saúde, foi escolhida a instituição para acolher e iniciar o projeto Cuidados Continuados Integrados (CCI), por meio dos leitos de retaguarda e por apresentar as melhores condições físicas, de recursos humanos disponíveis e a larga experiência em acolhimento e cuidado humanizado <sup>2</sup>.

O CCI iniciou suas atividades no HSJ com uma equipe de 07 profissionais dentre eles: Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Enfermeiros, Médicos,

Nutricionista, Terapeuta Ocupacional. E em 2014, foram agregadas novas especialidades, com o início do Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados - Área de Concentração em Apoio Diagnóstico, Terapêutico, Especialidades Clínicas e Saúde do Idoso, constituído pelas seguintes categorias: Serviço Social, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia.

Com o intuito de fornecer subsídios para futuros estudos e discussão de novas estratégias de assistência para o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, através do trabalho da Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), o objetivo deste trabalho foi caracterizar o perfil dos pacientes assistidos pela equipe de multiprofissional, no primeiro ano de funcionamento da UCCI do HSJ, em Campo Grande-MS, através dos aspectos sócio demográficos, clínicos e nutricionais.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo exploratório-descritivo, retrospectivo, com base de dados secundários, contidos em prontuários dos pacientes atendidos na UCCI do Hospital São Julião, localizado na cidade de Campo Grande-MS, no período de outubro de 2013 a outubro de 2014.

Os dados foram coletados através de formulário específico semi-estruturado elaborado pela autora para esta pesquisa, contendo questões referentes aos aspectos sócios demográficos (idade, sexo, moradia, hospital de procedência), sociais e econômicos (estado civil, escolaridade, convivência familiar, profissão, renda, raça/cor) e aspectos clínicos (doença de base para internação, doenças crônicas associadas) dos pacientes.

Como parte da rotina do atendimento nutricional, são utilizados dois métodos de investigação do estado nutricional: a Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ANSJ) para adultos e a Mini Avaliação Nutricional (MAN) para indivíduos idosos em seguida é

realizada a avaliação antropométrica incluindo peso, altura, circunferência do braço (CB) e prega cutânea tricipital (PCT) <sup>9,10</sup>.

Nesta pesquisa, foram coletadas as informações do resultado final da avaliação nutricional com relação aos resultados obtidos com o IMC, CB e PCT, bem como foi investigada a prescrição da dieta hospitalar utilizada no início e final da assistência aos pacientes.

Incluídos neste estudo apenas, indivíduos maiores de 18 anos, ambos os sexos, residentes no município de Campo Grande–MS e admitidos pela equipe de residência multiprofissional, na UCCI do Hospital São Julião, no período de outubro de 2013 a outubro de 2014. Foram excluídos os prontuários de pacientes menores de 18 anos, procedentes do interior do estado de Mato Grosso do Sul e/ou outras regiões do Brasil, quilombolas, indígenas, gestantes e pessoas privadas de liberdade.

As informações partiram do período de maio a agosto de 2015, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMS, pelo parecer nº 43290115.8.0000.0021 de 2015 (CEP/UFMS) e autorização do responsável pelo Hospital São Julião para análise dos prontuários.

Para sistematização dos dados, foi construído um banco com as informações no programa Microsoft Office Excel<sup>®</sup> versão (2007), os mesmos foram analisados estatisticamente através do Software Epi Info versão 8<sup>®</sup> com estatística descritiva utilizando frequência absoluta e relativa, para as variáveis contínuas a média e o desvio padrão, e a associação das variáveis contínuas, com teste estatístico não paramétrico de Kruskal Wallis. O intervalo de confiança usado foi de 95%.

## **RESULTADOS**

A população do estudo foi constituída por 74 pacientes, dos quais 40 (54,0%) eram adultos e 34 (46,0%) idosos, 38 (51,3%) são do sexo masculino e 36 (48,7%) do sexo

feminino. A média de idade foi maior que 50 anos, em ambos os sexos, mas os homens exibiram maior média (57,07 anos). A cor parda prevaleceu no grupo com 33 (44,6%) indivíduos, inclusive quando separados por sexo. No aspecto escolaridade, a maioria apresentava 1º grau completo em 21 (28,4%) dos pacientes. Quando separados por sexo, observa-se que o grupo de mulheres apresenta mais baixa escolaridade quando comparado com o grupo dos homens, considerando-se a baixa escolaridade como de 1 a 4 anos de estudos completos. Com relação ao estado civil, 28 (37,9%) dos indivíduos são casados, resultado semelhante quando divididos por sexo; embora no sexo feminino seja destacado os resultados de viúva e divorciada que somaram 14 (38,8%), superando o resultado encontrado nos homens 7 (18,0%). No item vivência familiar, os resultados apontam semelhanças entre homens e mulheres, já que o convívio familiar entre cônjuges (17,4%) e filhos (50,0%) obteve maiores frequências em ambos os sexos (Tabela 1).

Quanto às ocupações profissionais encontradas, a maior frequência foi de aposentados (29,7%), autônomos (5,4%), profissões de nível superior (4,1%), e outras (50,0%), que foram agrupadas nesta categoria por terem recebido apenas uma ou duas indicações para cada atividade profissional. As profissões citadas na categoria outros foram: atendente, auxiliar mecânico, cabeleireira, costureira, carpinteiro, cuidador de idosos, coordenador, diarista, doméstica, estudante, feirante, frentista, funcionário público, operador de caixa, operador de motosserra, pedreiro, pensionista, pintor, professor, relojoeiro, serviços gerais, técnico de laboratório, trabalhador rural e vendedor (Tabela 1).

Sobre a renda familiar, os resultados indicaram que 40 (54%) pacientes do grupo apresentaram renda média familiar acima de dois salários mínimos, sendo que o sexo masculino apresentou maiores valores quando comparados ao sexo feminino para esta

mesma categoria (Tabela 1). O salário mínimo vigente no período do estudo foi de R\$ 678,00 (ano de 2013) e R\$ 724,00 (ano de 2014) <sup>11.12</sup>.

De acordo com as variáveis clínicas, os resultados demonstraram que os pacientes admitidos na UCCI, eram em, sua maioria – 27 (36,5%), provenientes do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP), seguidos de 23 (31,0%) indivíduos encaminhados pelo Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) (Tabela 2).

Em relação às doenças de base para internação na UCCI podemos destacar que a maior frequência foi de Acidente Vascular Encefálico (AVE), sendo 21 (55,2%) do sexo masculino, 22 (61,1%) para o sexo feminino, seguido de Trauma Raquimedular (TRM) 6 (15,8%) do sexo masculino e 2 (5,5%) para o sexo feminino e Trauma Crânio Encefálico (TCE) 3 (7,9%) para o sexo masculino e 1 (2,8%) para o sexo feminino, conforme apresentado na Tabela 2. As outras doenças referidas foram: Síndrome de Guillain - Barré, Síndrome da Cauda Equina, Síndrome da Desmielinização Osmótica, Neurotoxoplasmose, Neurotuberculose, Lesão Axonal Difusa, Neuropatia Periférica, Síndrome de Wernick Korsakoff e Síndrome de Fournier.

No que diz respeito à ocorrência de DCNT foram identificadas no estudo que 42 (56,8%) pacientes possuíam algum tipo de DCNT e, quando categorizados por sexo, temos 20 (52,7%) de homens e 22 (61,1%) de mulheres, apresentando assim distribuição semelhante. Dos 42 pacientes que apresentaram, pelo menos, uma comorbidade, 31 citaram ter mais que uma, sendo a mais significativa a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 27,0%, seguida de Diabetes Mellitus (DM) com 24,3%, como pode ser observado na Tabela 2. O tempo médio de internação dos pacientes desta pesquisa foi maior que 30 dias, em ambos os sexos, mostrando-se maior tempo para o sexo masculino a média de 37,02 e 30,08 dias para as mulheres (Tabela 2).

Quanto o estado nutricional, de acordo com o IMC, dos 74 indivíduos do estudo, havia registro no prontuário de 69 pacientes, sendo destes, 35 (50,72%) adultos e 34 (49,28%) idosos. Os resultados para esta, e as outras variáveis relacionadas ao estado nutricional, serão separadas em adultos e idosos, uma vez que as referências utilizadas para classificação do estado nutricional encontradas na literatura são diferentes para os dois grupos etários citados.

Os resultados mostraram que dentre os adultos, 17 (48,6%) deles eram eutróficos, e quando comparados por sexo, vemos que dentre os homens a prevalência foi de baixo peso com 4 (11,42%) indivíduos exibindo classificação de magreza, entretanto, para o grupo feminino, prevaleceu o excesso de peso em 12 (34,29%) mulheres, considerando-se excesso de peso os resultados somados de sobrepeso e os graus de obesidade (Tabela 3).

Em relação à CB dos adultos, os resultados identificaram maior frequência de eutrofia, tanto para homens 6 (18,8%) quanto para mulheres 8 (25,0%) conforme Tabela 4. Quanto a PCT (n=15) a maior frequência foi de desnutrição leve, com 3 (20,0%) homens e desnutrição grave 4 (26,7%) mulheres (Tabela 5).

No tocante ao estado nutricional dos idosos deste grupo, as alterações nutricionais mais frequentes foram: baixo peso em 10 (29,4%) pacientes, seguido de sobrepeso em 9 (26,5%) indivíduos (Tabela 6). Em relação ao resultado de CB (n=16) identificou-se maior frequência de eutrofia, tanto para homens quanto mulheres, conforme Tabela 7. Quanto ao valor de PCT, apenas 1 mulher apresentava avaliação para esta variável, entretanto no grupo masculino tivemos resultado de PCT mostrando que 2 (40,0%) homens tinham desnutrição leve, e apenas 1 (20,0%) com eutrofia e 1 (20,0%) com sobrepeso (Tabela 8).

Com relação às dietas oferecidas durante a internação, os resultados foram divididos entre prescrição da dieta inicial e prescrição da dieta final, tendo prevalecido o uso de dieta em consistência livre nas duas faixas etárias (adultos e idosos). Destaca-se que para os indivíduos idosos houve maior prescrição inicial de dieta enteral, quando comparados com os adultos. Conforme evolução da dieta observou-se que, os indivíduos adultos, ao final da internação, na sua grande maioria, estavam recebendo dieta livre/geral (31%) e que os pacientes idosos que iniciaram a internação usando alimentação por sonda, somente 4% não conseguiram sair desta forma de alimentação (Figura 1).

## **DISCUSSÃO**

Neste estudo houve maior prevalência de internações do sexo masculino, e maior número de internações para os adultos, demonstrando resultados semelhantes ao estudo que analisou o perfil de internações hospitalares de idosos das regiões de saúde do Paraná no período de 2008 a 2011, com o predomínio do sexo masculino <sup>13</sup>.

Esse aumento das internações para o sexo masculino pode estar diretamente relacionado ao fato de que as mulheres procurem com maior frequência os serviços de atenção a saúde primária, ou seja, previnem assim as internações hospitalares, diferente do sexo masculino onde o fator cultural de masculinidade, aspectos vinculados ao trabalho e ao estilo de vida, deixando de procurar os serviços de prevenção e promoção a saúde, realizadas pelas unidades básicas de saúde, recorrendo assim aos hospitais com o agravamento ou piora do quadro <sup>14,15</sup>.

No que abrange a escolaridade, estado civil e a renda familiar podemos comparar este estudo com a análise realizada no Rio Grande do Sul pelo Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria (SIDHUSM) com 57 pacientes, que obteve o número maior de participantes do sexo masculino, 38,6% destes eram

casados e 56,1 % possuíam baixa escolaridade, os pacientes da UCCI apresentou prevalência de ensino médio completo e ensino fundamental incompleto entre as mulheres e renda  $\geq$  2 e 3 salários mínimos, sendo um pouco divergente com o estudo do Rio Grande do Sul <sup>16</sup>.

No que diz respeito às DCNT, o presente estudo demonstrou que 42% da população apresentavam uma ou mais DCNT, com maior destaque para a HAS 40 (95,2%) e DM 20 (48,0%), seguidas de DCV 13 (31,0%) e D. Resp. 3 (7,1%). De acordo com a OMS as DCNT no ano de 2008 representaram cerca de 60% das mortes mundiais das quais 80% destas ocorreram em países de baixa renda ou média renda. De acordo com o Ministério da Saúde a HAS está se tornando comum tanto no Brasil quanto no mundo, gerando grande fator de risco para as doenças do aparelho circulatório em especial os AVE, além de estar associada a outras doenças crônicas tais como doença renal crônica e o DM <sup>17,18</sup>.

As doenças de base para internação deste estudo apresentou grande prevalência de AVE com 58,1%, diante dos fatos podemos dizer que foi identificada a realidade das doenças incapacitantes existentes no mundo atual que incluem desde doenças reumáticas, neuromusculares, osteoarticulares crônicas ou degenerativas, em meio a todas essas classes de doenças vale destacar o AVE, que se tornou a terceira causa de morte no mundo, seguidas das doenças cardiovasculares e o câncer <sup>19</sup>.

Segundo uma pesquisa realizada no ano de 2009 pelo IBGE a causa de internação hospitalar por insuficiência cardíaca é mais frequente em idosos, sendo 12,1% para mulheres e 14,7% para homens, seguidas de AVE que está entre as seis causas de internações mais importantes para ambos os sexos <sup>20</sup>.

Em relação às internações devido causas externas, tais como, acidentes automobilísticos, violência através de arma de fogo, arma branca, entre outros, são

reconhecidas na atualidade como um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, podemos associar esta realidade com o número de internações deste estudo, por TRM (10,8%) e TCE (5,4%)<sup>21</sup>.

Diante deste contexto podemos destacar ainda a incidência de internações por TRM 6 (15,8%) e TCE 3 (7,9%) pelo sexo masculino. Em um estudo descritivo sobre a morbidade hospitalar por causas externas em Belo Horizonte, Minas Gerais, o autor atribui a causa de internação por causas externas nos homens adultos jovens relacionados às possíveis funções diferenciadas de comportamento social e de estilo de vida entre homens e mulheres<sup>22</sup>.

Quanto a avaliação nutricional observou-se que, de acordo com os dados obtidos, a maioria dos pacientes apresentaram maior prevalência de estado nutricional normal (eutrofia), destacando-se que no grupo de idosos, pelo IMC, prevaleceu o baixo peso. Na prática da avaliação nutricional dos pacientes da UCCI, observa-se limitações de dados e dificuldades na padronização de protocolos a serem seguidos, adequados a realidade dos pacientes, uma vez que esses indivíduos chegam acamados, afásicos ou com dificuldades para deambular, dificultando assim a realização de avaliação antropométrica mais fidedigna; neste contexto as avaliações, ANSG e MAN, também apresentam limitações e não podem ser considerados como padrão único para a avaliação do estado nutricional deste grupo<sup>23</sup>.

Um dado importante visto neste trabalho, é a importância da atuação nutricional na assistência destes pacientes, pois foi possível visualizar a evolução dietética de pacientes, que são recebidos na UCCI acometidos por patologias que impedem a alimentação por via oral, com uso de nutrição enteral, e que receberam alta hospitalar em uso da via oral na maioria dos pacientes, sejam adultos ou idosos.

No estudo dos 34 idosos atendidos 47% ingressaram na UCCI utilizando com via alimentar enteral e conseguiu com a atuação da equipe multidisciplinar a evolução para dieta de consistência livre (55,9%) o que demonstra uma importante atuação do serviço de nutrição em parceria com a fonoaudiologia na evolução destes pacientes.

Este fato é confirmado pelo estudo de Pietro *et al* que sugere a participação do paciente na terapia nutricional na adequação alimentar e dietética combatendo a baixa ingestão alimentar durante a internação e diminuindo a perda de peso corporal e piora do quadro clínico <sup>24</sup>.

Diez-Garcia *et al* coloca em seu estudo que a internação hospitalar provoca a modificação do hábito alimentar propondo a adaptação e aceitação de certas regras alimentares para recuperar a saúde do indivíduo. A UCCI prevê que o paciente siga as prescrições dietéticas necessárias, mas que em alguns casos excepcionais ocorrem exceções para incentivar a adaptação e aceitação alimentar do paciente sempre prevendo a evolução dietética e a educação nutricional adequada para o momento. Diante disto conseguimos que o paciente aceite melhor as terapias, inclusive os diversos atendimentos da equipe multidisciplinar que incluem a fisioterapia, terapia ocupacional, fonoterapia, psicoterapia, atuação da enfermagem e da farmácia e das assistentes sociais <sup>25</sup>.

Realizando assim o trabalho proposto pela RCCI baseado na reabilitação e reinserção biopsicossocial do portador de qualquer tipo de incapacidade física, reabilitando o paciente e orientando e/ou treinando a família e/ou cuidador para os cuidados que o paciente deverá receber no pós alta hospitalar, garantindo a continuidade do atendimento pela rede sócio assistencial.

## **CONCLUSÃO**

Diante do estudo podemos perceber o maior número de internações por parte do sexo masculino, e adultos jovens, a qual a prevalência de DCNT e o surgimento das doenças incapacitantes incluindo AVE, TRM, TCE dentre outras, demonstram a grande importância de uma nova modalidade de atendimento aos profissionais de saúde no âmbito da reabilitação biopsicossocial que é o atendimento multidisciplinar em saúde.

Destaca-se que, diferente da proposta inicial da UCCI, a maioria dos pacientes admitidos no período deste estudo foram adultos e não idosos. No que diz respeito ao estado nutricional podemos dizer que o objetivo de reabilitar a via de alimentação oral, foi atingido sendo assim um diferencial do atendimento nutricional. O estudo possui ainda algumas limitações dentre as quais a qualidade das informações, devido ao uso de dados retrospectivos de prontuários, e falta de padronização do mesmo, bem como a confiabilidade dos registros, referente ao potencial de falha humana.

Como sugestão para o serviço que se encontra em formação, fica a proposta de um prontuário padronizado, também para a área da nutrição afim de que todas as especialidades possam descrever seu trabalho, e enriquecer cada vez mais a UCCI, demonstrando de forma clara e protocolada a assistência prestada por cada profissional que atua no serviço, bem como para favorecer estudos posteriores, a fim de que haja maior divulgação e conhecimento do trabalho desenvolvido na UCCI.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, que me concedeu saúde e que me permitiu vivenciar toda essa experiência de crescimento pessoal e profissional, me dando forças para enfrentar os obstáculos e superação para as adversidades do dia a dia. Aos meus pais pelo incentivo, investimentos, companheirismo, educação e o exemplo de vida.

Ao programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados e ao Hospital São Julião, pela oportunidade de experiência profissional bem como ao

aprendizado, aos colaboradores que estão sempre dispostos a ajudar no que for necessário e esclarecer dúvidas, a disponibilização pelo arquivo dos prontuários para realização do trabalho. Em especial a toda equipe de colaboradores e residentes da UCCI, ao Sr. Amilton Alvarenga, Dra. Beatriz Dobashi e Dr. Mauricio Pompílio, que nos disponibilizaram, ao longo da residência, informações importantes a respeito da implantação do projeto no Hospital. Ao meu grupo de trabalho, “Grupo Fortaleza”, ao qual tive o prazer de trabalhar e dividir um pouco de experiência profissional e pessoal durante o período de residência. Ao Serviço de Nutrição e Dietética do HSJ, que abriu as portas para fizéssemos parte de sua rotina diária, a nutricionista responsável, Luciane Perez, pelo apoio e preceptoria, e a todos os colaboradores do setor. A todos os pacientes e seus acompanhantes, que são o objetivo principal do nosso trabalho. Ao Profº Me. Everton Ferreira Lemos, pela análise dos dados e contribuições ao trabalho. À minha orientadora, Profª. Ma. Maruska Dias Soares, pelas orientações recebidas, pelos momentos de reflexão e pela oportunidade.

## **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
2. Alvarenga, AF, Cuidados Integrados Continuados Hospital São Julião, informação cedida Administrador geral do Hospital São Julião, 2014.
3. Monteiro MC. , Santos O., Costa MC. Unidades de Cuidados Continuados Integrados: uma resposta ao envelhecimento e à dependência em Portugal. Biomed Biopharm Res, 2013; (10) 2: , 163-178.

4. Ferreira PL, Mendes AP, Fernandes IR, Ferreira RR. Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (*PREPARED*). Rev. Enf. Ref. [online]. 2011, vol. ser III, n.5, pp. 121-133.
5. Portugal. Decreto n. 101, de 6 de junho de 2006. Dispõe sobre a Rede de Cuidados Continuados Integrados. DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A, Nº. 109, Portugal, 6 jun. 2006. Disponível em < [https://www.adse.pt/document/Decreto\\_Lei\\_101\\_2006.pdf](https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf)> acesso em 18 out. 2014.
6. Samaritano. Hospital Samaritano São Paulo. 2012. Disponível em <<http://ead.samaritano.org.br/cci.php>> Acesso em 14 out. 2014. São Paulo. 2014.
7. Brasil, Ministério da Saúde, Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.809, de 7 de Dezembro de 2012. Dispõe a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde.
9. Guigoz, Y., Vellas, B., Garry, P.J. Mini Nutritional Assessment (a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients) . *Facts Res Gerontol.* 1994; 15.
10. Silva MCGB. Avaliação Subjetiva Global. In: Waitzberg DL, editor. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 241-53

11. Brasil. Casa Civil. Decreto Nº 7.872, de 26 de Dezembro de 2012. Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. 2012.
12. Brasil. Casa Civil. Decreto Nº 8.166 de 23 de Dezembro de 2013 que Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. 2013.
13. Castro VC, Borghi AC, Mariano PP, Fernandes CAM, Mathias TAF, Carreira L, Perfil de Internações Hospitalares de Idosos no Âmbito do Sistema Único de Saúde\* Ver Rene . 2013; 14(4): 791-800.
14. Souza EA, Scochi MJ, Maraschin MS. Estudo da morbidade em uma população idosa. Esc Anna Nery. 2011; 15(2): 380-8.
15. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública. 2007; 23(3): 565-74.
16. Brondani CM, Ramos LH, Beuter M, Lampert MA, Seiffert MA, Bruinsma JL. Caracterização de Pacientes Dependentes de Tecnologias de Um Serviço de Internação Domiciliar. Rev Enferm UFSM 2013; 3 (Esp.): 689-699.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
18. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010, Geneva, 2011.

19. Vieira CPB, Fialho AVM. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. Rev. Rene. Fortaleza, 2010; 11(2): 161-169, abr./jun.
20. Schimidt, MI et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Saúde no Brasil. 2011; 4: 5.
21. Mascarenhas MDM, Barros MBA. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde – Brasil, 2002 a 2011. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2015; 24 (1):19-29, jan-mar.
22. Lignani LO, Villela LCM. Estudo descritivo sobre a morbidade hospitalar por causas externas em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008-2010. EpidemiolServSaude. 2013 jun; 22(2):225-34.
23. Yuguel SF, Ide HW, Tiengo a. Comparação da Avaliação Antropométrica em Pacientes Internados por Intermédio de Métodos Estimativos e Diretos. Revista Ciências em Saúde, 2011; 1(3):out.
24. Prieto DB, Leandro-Merhi VA, Mônaco DV, Lazarini ALG. Intervenção nutricional de rotina em pacientes de um hospital privado. Rev Bras Nutr Clin 2006; 21(3): 181-187.
25. Diez-Garcia RW et al., Alimentação hospitalar: proposições para a qualificação do Serviço de Alimentação e Nutrição, avaliadas pela comunidade científica. Ciência & Saúde Coletiva, 2012; 17(2):473-480.
26. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series, Geneva, n. 894, 1998 (Technical Report Series, n. 894).
27. Blackburn, GL, Thornton, PA. Nutritional assessment of the hospitalized patients. Med .Clin. North Am., 1979; 63 :1103-15.

28. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Primary Care, 1994;  
21 (1): 55-67.

## TABELAS E GRÁFICOS

**Tabela 1.** Perfil sócio demográfico, social e econômico dos pacientes atendidos pela Equipe Multidisciplinar em Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião, Campo Grande, MS, outubro de 2013 a outubro de 2014 (n= 74)

Variáveis	Distribuição por Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n= 38	%	n=36	%	n=74	%
<b>Raça/ Cor</b>						
Parda	16	42,1	17	47,2	33	44,6
Branca	14	36,8	16	44,4	30	40,5
Preta	5	13,2	1	2,8	6	8,1
Amarela	3	7,9	2	5,6	5	6,8
<b>Idade</b>						
Anos (média+ DP)	57,07 ± 18,63		53,47± 21,02			
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	5	13,2	4	11,1	9	12,1
1º Grau completo	8	21,0	13	36,1	21	28,4
1º Grau incompleto	9	23,7	10	27,8	19	25,7
2º Grau completo	10	26,3	6	16,7	16	21,6
Superior	3	7,9	2	5,5	5	6,7
Superior incompleto	3	7,9	1	2,8	4	5,5
<b>Estado Civil</b>						
Casado/União estável	15	39,5	13	36,2	28	37,9
Solteiro	16	42,1	9	25,0	25	33,8
Viúvo	4	10,5	7	19,4	11	14,9
Divorciado	3	7,9	7	19,4	10	13,4
<b>Vivência Familiar/Conjugal<sup>1</sup></b>						
Cônjuge	12	22,2	8	17,4	20	20,0
Filhos/ Netos	26	48,1	24	52,1	50	50,0
Amigos/ Comunidade	9	16,7	9	19,6	18	18,0
Pais/Irmãos	7	13,0	5	10,9	12	12,0
<b>Renda (salários mínimos)</b>						
Sem renda	1	2,6	4	11,1	5	6,8
≤ a 1 SM	9	23,7	6	16,7	15	20,3
1 SM - 2 SM	5	13,2	9	25,0	14	18,9
> 2 SM - 3 SM	9	23,7	11	30,6	20	27,0
≥ 3 SM	14	36,8	6	16,6	20	27,0
<b>Ocupação</b>						
Aposentado	11	30,6	11	28,9	22	29,7
Autônomo	2	5,6	2	5,3	4	5,4
Nível superior	3	0,0	0	7,9	3	4,1
Do lar	0	22,2	8	0,0	8	10,8
Outras	22	41,7	15	57,9	37	50,0

Nota: O item **Vivência Familiar/Conjugal<sup>1</sup>**, poderia ser assinalada mais de uma resposta.

**Tabela 2.** História clínica dos pacientes atendidos pela Equipe Multidisciplinar em Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião, segundo variável sexo, Campo Grande, MS, outubro de 2013 a outubro de 2014 (N=74).

Variáveis	Distribuição por Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n= 38	%	n=36	%	n=74	%
<b>Hospital de Procedência</b>						
HSJ	2	5,2	2	5,6	4	5,5
Santa Casa	11	29,0	9	25,0	20	27,0
HUMAP	14	36,8	13	36,1	27	36,5
HRMS	11	29,0	12	33,3	23	31,0
<b>DCNT associada</b>						
Sim	20	52,7	22	61,1	42	56,8
Não	18	47,3	14	38,9	32	43,2
Duas ou mais comorbidades associadas	13	65,0	18	82,0	31	73,8
<b>DCNT mais prevalentes<sup>1</sup></b>						
DM	8	40,0	12	54,4	20	48,0
DCV	6	30,0	7	32,0	13	31,0
HAS	20	100,0	20	91,0	40	95,2
D.RESP	1	5,0	2	9,1	3	7,1
<b>Motivo internação</b>						
AVE	21	55,2	22	61,1	43	58,1
TRM	6	15,8	2	5,5	8	10,8
TCE	3	7,9	1	2,8	4	5,4
Outros	8	21,0	11	30,6	19	25,7
<b>Tempo de Internação</b>						
Média e DP (dias) <sup>2</sup>	37,02±13,24		30,08±15,24		<b>Valor p = 0,02</b>	

Nota: <sup>1</sup>As DCNT mais prevalentes compreende as comorbidades referidas pelos pacientes, podendo ser uma ou mais.

<sup>2</sup>Teste KruskalWalis.

**Tabela 3.** Classificação do IMC segundo variável sexo dos pacientes, 18 a 59 anos, atendidos pela Equipe Multidisciplinar Em Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião, Campo Grande, MS, outubro de 2013 a outubro de 2014 (n= 35)

*Classificação do IMC	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Magreza grau III	3	20,0	1	5,0	4	11,4
Magreza grau II	0	0,0	1	5,0	1	2,9
Magreza grau I	1	6,7	0	0,0	1	2,9
Eutrofia	8	53,3	9	45,0	17	48,6
Sobrepeso	1	6,7	5	25,0	6	17,1
Obesidade grau I	2	13,3	2	10,0	4	11,4
Obesidade grau II	0	0,0	2	10,0	2	5,7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>42,9</b>	<b>20</b>	<b>57,1</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

Fonte: \*Classificação do IMC de acordo com WHO, 1997<sup>26</sup>.

**Tabela 4.** Classificação do CB segundo variável sexo dos pacientes, adultos 18 a 59 anos, atendidos pela Equipe Multidisciplinar Em Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião, Campo Grande, MS, outubro de 2013 a outubro de 2014 (n= 32)

Classificação CB*	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Desnutrição grave	1	3,1	2	6,3	3	9,4
Desnutrição moderada	0	0,0	2	6,3	2	6,3
Desnutrição leve	3	9,4	3	9,4	6	18,8
Eutrofia	8	25,0	6	18,8	14	43,8
Sobrepeso	2	6,3	0	0,0	2	6,3
Obesidade	5	15,6	0	0,0	5	15,6
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>59,4</b>	<b>13</b>	<b>40,6</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Fonte: Blackburn & Thornton, 1979<sup>27</sup>.

**Tabela 5.** Classificação do PCT segundo variável sexo dos pacientes, adultos 18 a 59 anos, atendidos pela Equipe Multidisciplinar Em Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião, Campo Grande, MS, outubro de 2013 a outubro de 2014 (n= 15)

Classificação PCT*	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Desnutrição grave	1	6,7	4	26,6	5	33,3
Desnutrição moderada	2	13,3	1	6,7	3	20,0
Desnutrição leve	3	20,0	1	6,7	4	26,7
Eutrofia	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sobrepeso	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Obesidade	2	13,3	1	6,7	3	20,0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>53,3</b>	<b>7</b>	<b>46,7</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fonte: \*Blackburn & Thornton, 1979<sup>27</sup>.

**Tabela 6.** Classificação do IMC segundo variável sexo dos pacientes, idosos  $\geq 60$  anos, atendidos pela Equipe Multidisciplinar Em Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião, Campo Grande, MS, outubro de 2013 a outubro de 2014 (n= 34)

*Classificação do IMC	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baixo peso	7	33,3	3	23,1	10	29,4
Risco de déficit	4	19,1	2	15,4	6	16,6
Eutrofia	7	33,3	2	15,4	9	26,5
Sobrepeso	3	14,3	6	46,1	9	26,5
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>61,8</b>	<b>13</b>	<b>38,2</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Fonte: Classificação do IMC de acordo com LIPSCHITZ, 1994<sup>28</sup>.

**Tabela 7.** Classificação do CB segundo variável sexo dos pacientes, idosos  $\geq 60$  anos, atendidos pela Equipe Multidisciplinar Em Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião, Campo Grande, MS, outubro de 2013 a outubro de 2014 (n= 16)

Classificação CB*	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Desnutrição grave	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Desnutrição moderada	1	6,2	1	6,2	2	12,4
Desnutrição leve	0	0,00	4	25,0	4	25,0
Eutrofia	3	19,0	5	31,2	8	50,2
Sobrepeso	1	6,2	0	0,0	1	6,2
Obesidade	0	0,00	1	6,2	1	6,2
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>31,2</b>	<b>11</b>	<b>68,8</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fonte: \*Blackburn & Thornton, 1979<sup>27</sup>.

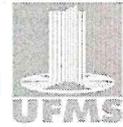
**Tabela 8.** Classificação do PCT segundo variável sexo dos pacientes, idosos  $\geq 60$  anos, atendidos pela Equipe Multidisciplinar Em Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião, Campo Grande, MS, outubro de 2013 a outubro de 2014 (n= 5)

Classificação PCT*	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	n	%
Desnutrição grave	0	0,0	2	40,0	2	40,0
Desnutrição moderada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Desnutrição leve	1	20,0	0	0,0	1	20,0
Eutrofia	1	20,0	0	0,0	1	20,0
Sobrepeso	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Obesidade	1	20,0	0	0,0	1	20,0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>60,0</b>	<b>2</b>	<b>40,0</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Fonte: \*Blackburn & Thornton, 1979<sup>27</sup>.

**Figura 1.** Distribuição percentual do uso de dietas hospitalares nos pacientes atendidos pela Equipe Multidisciplinar em Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião segundo os ciclos de vida (adultos de 18-59 anos e idosos  $\geq 60$  anos) e o período de internação (início e final), n= 74.





Termo de Autorização para Publicação na Biblioteca Digital de Monografia – BDM (Especialização – Lato Sensu) da UFMS

1. Identificação do material bibliográfico:  Monografia  Dissertação

2. Identificação do documento/autor

Programa de pós-graduação: Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados

Área de concentração (Tabela CNPQ): \_\_\_\_\_

Palavra - chave: \_\_\_\_\_

Título: Cuidados Continuados Integrados: Caracterização do Atendimento

Autor: Gláucia Lima Flores

e-mail: glucia\_1113@hotmail.com RG: 1461854-558/MS CPF: 022 955 311 - 79

Orientador: Prof.ª Na. Maruska Dias Soares CPF: 706 011 943 - 29

Co-orientador: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Número de páginas: 26 Data de defesa: 11/12/15 Data de entrega do arquivo à secretaria: / /

3. Informações de acesso ao documento

Total  parcial Em caso de publicação parcial, assinale as permissões:

Sumário

Capítulos, Especifique: \_\_\_\_\_

Bibliografia

Outras restrições: \_\_\_\_\_

Por quanto tempo?  1 ano \_\_\_\_\_ anos  sempre

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, de acordo com a Lei nº 9610/98, autorizo à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, conforme permissão assinadas, do documento, em meio eletrônico, na Rede Mundial de Computadores, no formato especificado, para fins de leitura, impressão e/ou pela Internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade, a partir desta data.

Gláucia Lima Flores  
Assinatura do autor

Data: 30 / janeiro / 2016

Na. Maruska Dias Soares  
Assinatura do orientador

Data: 17 / fevereiro / 2016

Havendo concordância com a publicação eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da Monografia ou Dissertação **desprotegido**.