

ARTIGO ORIGINAL

Estratificação de risco como estratégia de gestão do cuidado a idosos acamados

Risk stratification as a care management strategy for bedridden elderly

Tereza Cristina Linhares Costa Melo¹, Jorge Luís Rodrigues dos Santos¹, Paloma Carvalho Alves¹, Elana Maria da Silva¹, Auxiliadora Elayne Parente Linhares¹, Virgínia Aires Adriano², Ana Cláudia Costa Sampaio¹, Jaime Conrado Aragão Neto¹

1. Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, Sobral CE

2. Centro Universitário UNINTA, São Paulo SP

RESUMO

Objetivo: Realizar a estratificação de risco como estratégia de gestão do cuidado a idosos acamados e elaborar um plano de cuidado. **Material e Métodos:** Pesquisa de intervenção realizada em ambiente domiciliar, de setembro a dezembro de 2021, com 13 idosos acamados, acompanhados por um Centro de Saúde da Família no Ceará. A intervenção ocorreu em quatro momentos: 1) Elaboração de ficha de estratificação de risco construída junto à equipe multiprofissional, com base na proposta de Coelho & Savassi; 2) Caracterização do perfil dos idosos e aplicação da ficha; 3) Estratificação do risco; 4) Elaboração do Plano de Cuidado. O estudo recebeu aprovação ética e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. **Resultados:** Houve predomínio de participantes do sexo feminino (n=8) e com idade superior a 70 anos (n=12). De acordo com o motivo da restrição ao leito, predominaram as complicações neurológicas. Dos 13 pacientes acamados, nove faziam uso de medicamentos antidepressivos, ansiolíticos ou

estabilizadores de humor. Todos os participantes possuíam diagnóstico de hipertensão e sete possuíam diabetes. Metade da amostra do estudo possuía lesão por pressão. Um idoso apresentava-se obeso e dois desnutridos. Houve predomínio de idosos classificados como grau de risco baixo (n=6), seguidos de risco médio (n=4). Na elaboração do plano de cuidado para os pacientes acamados, esclareceu-se modo simples aos pacientes e cuidadores os principais cuidados relativos ao reposicionamento do paciente em cadeira e leito para prevenção de lesão de pele, cuidado com a cabeceira do leito e higiene pessoal, mobilização, massagens corporais e exercícios passivos, além de adaptações no ambiente domiciliar para menor risco de quedas.

Conclusão: Os idosos foram majoritariamente estratificados com grau de risco baixo seguidos de risco médio, que revelou a necessidade de visitas domiciliares em período trimestral ou bimestral e possibilitou a montagem de um plano de cuidados com foco no reposicionamento do paciente, higiene e hidratação, promover a mobilidade e massagens corporais

Palavras-chave: Idoso. Atenção Primária à Saúde. Pessoas Acamadas.

ABSTRACT

Objective: To carry out risk stratification as a care management strategy for the bedridden elderly and develop a care plan. **Material and Methods:** Intervention research was carried out in a home environment, from September to December 2021, with 13 bedridden elderly, accompanied by a Family Health Center in Ceará. The intervention took place in four stages: 1) Elaboration of a risk stratification form built with the multidisciplinary team, based on the proposal by Coelho & Savassi; 2) Characterization of the profile of the elderly and application of the form; 3) Risk stratification; 4) Elaboration of the Care Plan. The study received ethical approval and all participants signed an informed consent form. **Results:** There was a predominance of female participants (n=8) and aged over 70 years (n=12). According to the reason for being confined to bed, neurological complications predominated. Of the 13 bedridden patients, nine were using antidepressant, anxiolytic, or mood stabilizer medications. All participants had a diagnosis of hypertension and seven had diabetes. Half of the study sample had a pressure injury. One elderly person was obese and two were malnourished. There was a predominance of elderly people classified as low risk (n=6), followed by medium risk (n=4). In the elaboration of the care plan for bedridden patients, the main care related to the repositioning of the patient in a chair and bed to prevent skin injury, care with the head of the bed and personal hygiene, mobilization, body massages, and passive exercises, in addition to adaptations in the home environment to reduce the risk of falls. **Conclusion:** The elderly were mostly stratified with low risk followed by medium risk, which revealed the need for home visits in a quarterly or bi-monthly period and made it possible to set up a care plan focused on patient repositioning, hygiene, and hydration, promoting mobility and body massages

Keywords: Elderly. Primary Health Care. Bedridden Persons.

INTRODUÇÃO

A população está envelhecendo e gradualmente verifica-se maior quantitativo de pessoas que atingem à oitava década de existência. No Brasil, estima-se que existam mais de 20 milhões de pessoas com mais de 60 anos¹. Contudo, com o avanço da idade, as pessoas são passíveis de desenvolver doenças complicadas e de alto custo, tornando-os usuários frequentes dos serviços de saúde, com maior número de problemas e por longos períodos².

Assim, o aumento da longevidade em todo o mundo constitui, apesar das conquistas, um problema social em diversos países, particularmente nos países em desenvolvimento, onde este processo ocorreu de maneira crescente nas últimas décadas. Este aumento apresenta cada vez mais um quadro de aumento de expectativa de vida, resultando numa sobrevida marcada por incapacidades e dependência³.

Após os 60 anos de idade, torna-se comum que o idoso apresente pelo menos uma patologia crônico-degenerativa, que por sua vez, podem provocar algum tipo de incapacidade e/ou dependência, inclusive para atividades de vida diária, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, locomover-se, sentar-se, levantar-se, entre outros⁴. A ocorrência de doenças crônico-degenerativas pode ocasionar em um rápido comprometimento da capacidade funcional do idoso, o que pode levá-lo a uma situação de incapacidade, dependência e restrição domiciliar.

Dessa forma, para prestar um melhor atendimento e estabelecer as melhores estratégias assistenciais para o público idoso, é necessário que os profissionais de saúde sejam capazes de avaliar o nível de dependência do idoso, suas limitações e potencialidades, para que possam identificar suas reais necessidades e a estratificação do risco, com foco na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Dentro do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde, a estratificação de risco é uma ferramenta importante, pois auxilia na manutenção de registros e informações relevantes acerca do público idoso nos sistemas de informação, visando favorecer a tomada de decisão, planejamento de ações locais e a gestão do cuidado⁵.

Para tanto, torna-se imprescindível conhecer o perfil clínico e epidemiológico dessa população, de modo estruturar e aplicar as melhores estratégias assistenciais e de administração/gestão do cuidado, para que a partir disso, seja possível à elaboração de um plano de intervenção e desenvolvimento de cuidados efetivos, capaz de promover o conforto, bem-estar e melhoria na qualidade de vida dos idosos.

Sabe-se que durante os atendimentos domiciliares a pessoas idosas, o uso de instrumento de classificação ou estratificação de risco pode proporcionar

melhor compreensão do processo de envelhecimento, a evolução e adaptação domiciliar dos idosos com doenças crônicas e percepção de vulnerabilidades biológicas e/ou sociais, possibilitando intervenções⁶.

Contudo, ainda existem lacunas sobre esse tema, mediante o fato de que poucos instrumentos foram construídos e validados para organização, estratificação de risco e planejamento e gestão do processo de trabalho das equipes, no tange à estratificação de risco de idosos acamados e com condição de difícil locomoção, fazendo com que os profissionais de saúde hajam de maneira praticamente intuitiva e o planejamento terapêutico fique prejudicado^{6,7}.

Destarte, é relevante propor novos estudos que propiciem os cuidados com base na estratificação de risco, com objetivo de definir a melhor estratégia terapêutica aos idosos, favorecendo a gestão do cuidado⁷.

Assim, justifica-se a relevância do estudo, por apresentar achados acerca da utilização de instrumento de estratificação de risco, o qual poderá contribuir com elaboração de ações interventivas mais efetivas para promoção da saúde; para a prevenção de incapacidades, para uma busca contínua da melhoria na qualidade da assistência aos pacientes idosos acamados, contribuindo assim para o conhecimento e entendimento do processo saúde-doença, além de utilizar ferramentas necessárias para o planejamento das ações em saúde.

O estudo tem como objetivo de realizar a estratificação de risco como estratégia de cuidado a idosos acamados e elaborar um plano de cuidado.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo trata-se de uma pesquisa de intervenção com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em um Centro de Saúde da Família (CSF) localizado em um município do interior do Estado do Ceará, no período de setembro a dezembro de 2021, logo após aprovação do comitê de ética e pesquisa. A escolha por este CSF fundamenta-se no fato de ser o campo de atuação dos pesquisadores e por ter maior número de idosos acamados.

Inicialmente, criou-se um instrumento de estratificação de risco para pacientes idosos acamados, baseado nos escores da ficha de estratificação familiar de Coelho e Savassi (2004)⁸. Em seguida, mapearam-se os idosos do território por meio de lista nominal.

A população-alvo do estudo foram 20 idosos acamados e a amostra foi não-probabilística intencional, visto que o número de pacientes registrados não justificava realização de cálculo amostral. Contudo, cinco pacientes faleceram durante o período de estudo e dois não aceitaram participar da pesquisa. Assim, 13 idosos foram incluídos na amostra final.

Os critérios para inclusão foram pessoas com mais de 60 anos de ambos os gêneros, cadastradas no ESUS, moradores na área adscrita do CSF, independente da capacidade cognitiva, que estivessem em restrição ao leito

por um período superior a seis meses, por considerar que a partir desse período essa população apresenta maiores fatores de risco e requerem maior atenção e cuidados assistenciais em domicílio pelos profissionais de saúde.

Considerou-se como critério de exclusão a evolução para óbito ou mudança de endereço durante o período da intervenção. Posteriormente, houve o preenchimento da ficha de estratificação de idosos acamados, durante visitas domiciliares, para subsidiar a elaboração de um plano de cuidados. As etapas do estudo estão distribuídas em detalhes no quadro 1.

Quadro 1. Distribuição das etapas do estudo de intervenção.

ETAPA	OBJETIVO	PARTICIPANTES	EXECUÇÃO
1º MOMENTO	Apresentar a intervenção Construir uma ficha de estratificação de risco aos idosos acamados	Gerente da unidade Enfermeiros Agentes comunitários de saúde Residentes multiprofissionais de saúde da família (psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e nutricionista)	Realizado um momento com a equipe multiprofissional da unidade e construído um instrumento de estratificação de risco para pacientes idosos acamados, baseado nos escores da ficha de estratificação familiar de Coelho & Savassi
2º MOMENTO	Mapear idosos acamados do território	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Realizado o mapeamento dos idosos do território por meio de uma lista nominal já existente na unidade, dos pacientes acamados, cadastrados no ESUS No momento também foi organizado as datas das visitas, juntamente com o ACS da área ao domicílio dos pacientes
3º MOMENTO	Realizar visitas domiciliares aos pacientes acamados Preencher a ficha de estratificação de risco ao idoso acamado, durante a visita domiciliar	ACS da área Paciente Cuidador	Preenchido o instrumento de estratificação de risco que foi construído no 1º momento O preenchimento da ficha de estratificação do idoso acamado, ocorreu durante as visitas domiciliares, a fim de proporcionar uma

			melhor compreensão do processo de envelhecimento, estágios evolutivos das comorbidades, identificação de vulnerabilidades sociais e biológicas, de forma a avaliar o idoso e estratificá-lo de maneira individual
4º MOMENTO	Elaborar um plano de cuidado	Enfermeiros Agentes comunitários de saúde Residentes multiprofissionais de saúde da família (psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e nutricionista).	Elaborado um plano de cuidado para os pacientes a partir da estratificação de risco à medida que se apresentaram as condições e necessidades de cuidados de cada paciente, de forma que se estabelecessem fluxos, critérios de prioridade e a programação do atendimento no domicílio

O primeiro momento da intervenção constituiu na construção de instrumento de estratificação de risco aos idosos acamados junto à equipe multiprofissional da unidade, incluindo gerente, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e residentes multiprofissionais em saúde da família (psicóloga, nutricionista e fonoaudiólogo).

O modelo da ficha de estratificação veio embasada na proposta de Coelho & Savassi (2004)⁸ sobre a classificação familiar por grau de risco, que tem como proposta a identificação de famílias vulneráveis a partir da identificação dos fatores de risco social e clínico. Assim, propôs-se que essa estratificação, pudesse também levantar os principais riscos para pacientes acamados e nessa proposta a ficha foi pensada, com destaque para as variáveis: idosos acima de 70 anos, pacientes com diagnóstico de diabetes e hipertensão, associados e transtorno mental.

A ficha de estratificação de risco elaborada é composta pelos dados de identificação, histórico do paciente, fatores de risco, classificação de risco e periodicidade das visitas conforme a classificação. Na primeira parte da ficha, observa-se os dados de identificação (figura 1), contendo: nome, cartão do SUS, data de nascimento, idade, endereço, histórico, e agente de saúde responsável pela área.

Essa primeira parte tem o objetivo de reunir todos os elementos necessários que o profissional de saúde precisa saber a respeito do paciente, com armazenamento de dados de apresentação e identificação. Em seguida, observa-se o histórico do paciente, que é um levantamento de todas as informações relevantes sobre a saúde do mesmo, ou seja, são dados importantes que vão contribuir para uma melhor análise do quadro clínico do indivíduo.

FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS DE PACIENTES IDOSOS ACAMADOS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	
Data da Estratificação:	ACS:
Cartão do SUS:	
Nome:	
Data de nascimento:	Idade:
Endereço:	
Histórico Do Paciente:	

Figura 1. Ficha de estratificação de risco de pacientes idosos acamados – Recorte 1.

Após o histórico do paciente, chega-se na identificação dos fatores de risco. Dessa forma, a classificação de risco foi obtida por meio da soma dos escores atribuídos a cada fator. Ao observar a figura 2 da ficha de estratificação, percebe-se a relação dos principais fatores utilizados como parâmetro para a classificação final dos pacientes.

FATORES DE RISCO	() SIM	ESCORE
ALIMENTAÇÃO POR SONDA	()	3
OXIGENOTERAPIA	()	3
BAIXAS CONDIÇÕES DE MORADIA	()	1
PRESENÇA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO	()	3
HIPERTENSÃO	()	1
DIABETES	()	1
USO DE PSICOTRÓPICOS	()	2
DOENÇAS DEGENERATIVAS (ALZHEIMER/PARKINSON/DEMÊNCIAS)	()	2
SEQUELAS NEUROLÓGICAS	()	2
OBESIDADE OU DESNUTRIÇÃO	()	2
MAIOR DE 70 ANOS	()	1
TOTAL		

Figura 2. Ficha de estratificação de risco de pacientes idosos acamados – Recorte 2.

O primeiro fator avaliado foi alimentação por sonda e uso de oxigenoterapia que pontuaram respectivamente escore 3. Esses fatores de risco foram importantes como parâmetro, porque, a aspiração de alimentos e secreções da orofaringe contaminadas por germes patogênicos, é um risco aumentado em pacientes tanto em uso de sonda nasogástrica, como em oxigenoterapia, pois esses pacientes apresentam acúmulo de saliva e secreções na faringe, ocasionando assim, o risco de pneumonia aspirativa.

Em seguida, tem-se o fator de risco “baixa condição de moradia” com escore 1. Este item pontuou menos pois não é um risco clínico e sim uma vulnerabilidade social, que se refere a situação socioeconômica de poucos recursos financeiros de moradia, mas que pode impactar no cuidado ao idoso acamado.

Observa-se em seguida o fator “presença de lesão por pressão” que pontuou escore 3, pois esse é um fator fundamental na avaliação do paciente no que diz respeito aos cuidados de higiene e nutrição.

Os fatores de risco “hipertensão”; “diabetes” pontuaram escore 1, por se tratar de doenças crônicas com alto risco de agudização e complicações. Em relação aos fatores relacionados ao “uso de psicotrópicos”, “doenças degenerativas”, “sequelas neurológicas”, “obesidade ou desnutrição” foram atribuídos escore 2, pois são fatores que podem influenciar o desenvolvimento de novas complicações às condições clínicas do paciente.

Para finalizar os fatores de risco, em paciente idoso acima de 70 anos foi atribuído o escore 1, já que a idade avançada por si só já é um fator de risco. Esse escore foi importante para a atenção ao risco do idoso quanto a análise do processo de envelhecimento, adoecimento e dependência.

Após a identificação dos fatores de risco com a soma dos escores, construiu-se a atribuição de uma somatória final, resultando em uma classificação quanto aos riscos de cada paciente. Essa classificação se apresentou-se por meio de uma escala que se subdividiu em três tipos de riscos: baixo risco (escore 5 ou 6), médio risco (escore 7 e 8), alto risco (escore maior que 9) (Figura 3).

CLASSIFICAÇÃO	
VERDE – BAIXO RISCO	Score 5 ou 6
AMARELO – MEDIO RISCO	Score 7 ou 8
VERMELHO – ALTO RISCO	Score maior que 9

Figura 3. Ficha de estratificação de risco de pacientes idosos acamados – Recorte 3.

Para finalizar o preenchimento da ficha de estratificação de risco, partiu-se para a organização das visitas domiciliares por meio da periodicidade, a partir da classificação do risco do paciente (Figura 4).

VISITAS DOMICILIARES	
CLASSIFICAÇÃO	PERIODICIDADE DO PROFISSIONAL
BAIXO RISCO	Trimestral
MEDIO RISCO	Bimestral
ALTO RISCO	Mensal

Figura 4. Ficha de estratificação de risco de pacientes idosos acamados – Recorte 4.

Para análise dos dados utilizou-se instrumento de estratificação de risco de idosos acamados, já preenchidos e com a classificação de risco definida, contendo todos os dados de identificação do paciente, bem como sua história e avaliação clínica.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob parecer de nº 4.882.878/2021 e seguiu os princípios éticos, em consonância com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e todos os participantes registraram seu consentimento em participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Houve predomínio de participantes do sexo feminino (n=8) e com idade superior a 70 anos (n=12). De acordo com o motivo da restrição ao leito, predominaram as complicações neurológicas, como as sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) (n=6) ou por doenças degenerativas como demência não especificada, Alzheimer e Parkinson (n=5) (Tabela 1).

Dos 13 pacientes acamados, nove faziam uso de medicamentos antidepressivos, ansiolíticos ou estabilizadores de humor. Todos os participantes possuíam diagnóstico de HAS além de sua doença base; sete possuíam DM. Metade da amostra do estudo possuía lesão por pressão (LP) em diferentes estágios. Apenas um dos 13 idosos avaliados faziam uso de oxigenoterapia no domicílio e três se alimentavam por sonda nasogástrica. Quanto ao estado nutricional dos idosos, dos 13 participantes, um apresentava-se obeso e dois desnutridos.

Tabela 1. Perfil dos participantes da intervenção.

	Variáveis	N
Gênero	Feminino	8
	Masculino	5
Faixa etária	60-70	1
	>70	12
Comorbidades	HAS	6
	DM	1
	HAS + DM Associadas	6
Motivo da restrição ao leito	Complicações neurológicas (AVC, TCE)	6
	Doenças degenerativas (Demência não especificada, Alzheimer e Parkinson)	5
	Complicações por DM (amputação de membro e neuropatia)	2
Uso de medicamentos	Antidepressivos, ansiolíticos ou estabilizadores de humor	9
Condição Clínica	Lesão por pressão	7
	Oxigenoterapia	1
	Sonda Nasogástrica	3
Estado Nutricional	Desnutrido	2
	Obesidade	1

A Tabela 2 apresenta o resultado da classificação de risco e a periodicidade de visitas domiciliares. Houve predomínio de idosos classificados como grau de risco baixo (n=6), seguidos de risco médio (n=4).

Tabela 2. Classificação de risco dos participantes da intervenção.

Classificação	N	Periodicidade de Visitas
Baixo Risco	6	Trimestral
Médio Risco	4	Bimestral
Alto Risco	3	Mensal

Na elaboração do plano de cuidado para os pacientes acamados, pontos importantes foram elencados, como a rede de apoio ao idoso, presença de cuidador responsável pela promoção dos cuidados. O plano de cuidado se

destina a orientar cuidadores na atenção à saúde do idoso acamado que necessita de cuidados especiais.

Com o objetivo de esclarecer, de modo simples, os pontos mais comuns do cuidado no domicílio, estimulando o envolvimento da família nos cuidados, e promovendo melhor qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada, de forma a promover saúde e prevenir o surgimento de novas complicações.

Foram realizadas as seguintes orientações aos cuidadores:

- Transporte e transferências do leito para a cadeira;
- Posicionamento no leito;
- Prevenção de lesão por pressão com mudanças de decúbito a cada três horas;
- Proteção das saliências ósseas com travesseiros, almofadas ou lençóis dobrados em forma de rolo;
- Elevação da cabeceira do leito a 30 graus (cerca de três travesseiros grossos), para auxiliar a prevenir acúmulo de secreção nos pulmões e broncoaspirações, evitando a pneumonia.
- Manter a higiene pessoal do idoso e hidratação da pele, para evitar o ressecamento da pele;
- Mobilizações e exercícios passivos para evitar atrofias e contraturas musculares;
- Massagens no corpo do paciente, principalmente no paciente diabético. A massagem pode ser circular ou de deslizamento, é essencial para o relaxamento e melhora da circulação sanguínea;
- Estimulação do controle de tronco e cervical;
- Adaptações no ambiente domiciliar para prevenir o risco de queda nos idosos.

DISCUSSÃO

O modelo da ficha de estratificação utilizada para embasamento na proposta do presente estudo possibilitou a identificação do risco de cada paciente, subsidiando a criação de uma rotina de visita baseada no grau de risco estabelecido⁸. Assim, a equipe pode se organizar para realizar as visitas de forma que se estabelecessem fluxos, critérios de prioridade e programação do atendimento no domicílio.

No estudo em tela, as mulheres acima de 70 anos foram maioria e apresentam-se restritas ao leito majoritariamente por complicações neurológicas. Estudo

consultado infere que a frequência de AVC entre gênero masculino e feminino é geralmente similar, mas prevaleceram em pessoas acima de 60 anos e promovem restrições corporais, principalmente no lado esquerdo do corpo⁹.

Também houve predomínio de idosos em uso de medicamentos antidepressivos, ansiolíticos ou estabilizadores de humor. Esse achado promove a reflexão acerca da dependência que essas drogas, como a diminuição da capacidade de concentração, atenção e memória, além de um aumento da sonolência, favorecendo o desequilíbrio e imobilidade. Os benzodiazepínicos são drogas que agem diretamente no sistema nervoso central, alterando aspectos cognitivos e psicomotores no organismo¹⁰.

Observou-se na amostra a presença de LP em diferentes estágios. Este é um achado que merece destaque, visto que as LP estão ligadas ao cuidado. Dessa forma, reflete-se sobre a qualidade dos cuidados dispensados pelos cuidadores/familiares.

Há um grande risco de desenvolvimento de LP neste grupo, mas seu surgimento é prevenível por meio de cuidados de hidratação da pele, mudança periódica de decúbito e cuidados de higiene. Para os pacientes que já desenvolveram essa complicação a visita se torna mais frequente a fim de avaliar a evolução das lesões e o risco de possíveis infecções secundárias. Esses pacientes são enviados com prioridade à atenção secundária caso os cuidados domiciliares não sejam efetivos sobre a melhora de seus quadros clínicos^{11,12}.

Quanto ao uso de oxigenoterapia e alimentação por sonda nasogástrica no domicílio, ressalta-se a necessidade de monitorar o sistema respiratório e a saturação de oxigênio como um aspecto essencial na assistência à pacientes em uso de oxigenoterapia, principalmente os idosos em idade avançada, que têm a probabilidade de agravamento^{13,14}. De forma similar, a alimentação por sonda nasogástrica, requer cuidados especiais pelos cuidadores e profissionais de saúde, pois podem ocorrer eventos adversos que resultam em hospitalização prolongada e/ou morte¹⁵.

Na avaliação nutricional havia apenas um paciente obeso e dois desnutridos. Contudo, é necessário reavaliar constantemente o estado nutricional, visto que entre as modificações que ocorrem na composição corporal, observa-se perda da massa muscular associada à redução na força muscular e desempenho físico. Assim, a avaliação nutricional do idoso é extremamente relevante, pois, mesmo com maior ocorrência de sobrepeso, os idosos ainda apresentam percentual elevado para risco de desnutrição^{16,17}.

Dessa forma, foi possível analisar os fatores de risco dos pacientes acamados, como LP, uso de sonda nasogástrica e necessidade de oxigenoterapia e idade avançada. Pesquisadores de Pequim, na China, demonstraram que a identificação de fatores é um passo importante para a individualização dos planos de cuidados de idosos acamados e contribui para a realização de intervenções mais específicas e efetivas¹⁸.

Percebe-se, portanto, a importância da estratificação de risco para a aproximação da equipe ao paciente, pois dessa forma o cuidado será contínuo e integral, podendo identificar nas visitas periódicas situações que às vezes passam despercebidas pelo cuidador, a fim de que sejam identificados precocemente sinais de agravos e complicações à saúde do idoso acamado.

Estudo realizado na China identificou que a após alta para domicílio, os idosos acamados apresentam maior risco de mortalidade; e a estratificação desses pacientes pelos profissionais de saúde pode favorecer a elaboração de estratégias e acompanhamento periódico que atenda às suas necessidades de cuidados¹⁹.

A estratificação de risco é uma ferramenta que pode auxiliar a equipe na organização do fluxo de visitas, o que contribui como importante ferramenta de cuidado, já que estabelece critérios de prioridade e a programação do atendimento no domicílio, para ações de prevenção, promoção do bem-estar e envelhecimento ativo do idoso, possibilitando a periodicidade das visitas que passou a ser organizada conforme a classificação pautada em um referencial teórico, e não apenas com demandas de casos agudos.

Os idosos passaram a receber visitas mensais (alto risco), bimestrais (médio risco) ou trimestrais (baixo risco), conforme sua gravidade e dependência de acordo com o grau de risco de cada paciente. A utilização do instrumento de estratificação teve como objetivo avaliar as necessidades clínicas e sociais apresentadas pelos usuários.

A utilização do instrumento de estratificação de risco fornece à ESF uma visão mais ampla sobre o paciente, seus determinantes de saúde e as situações por ele vivenciadas. Sendo assim, permite a aplicação de abordagens baseado no seu grau de risco, contribuindo com melhorias na assistência em saúde^{17,20}.

Esse achado é consistente com outra pesquisa no cenário brasileiro, a qual demonstrou que estratificação de risco de idosos, quando delineada e construída com base na avaliação real dos pacientes, possibilita que a equipe multiprofissional reflita sobre cada perfil de idoso e os diferentes estratos de risco, direcionando o planejamento das ações de cuidado²¹.

Assim, por meio da estratificação de risco pretendeu-se aprimorar a assistência realizada pela equipe, com ênfase na prevenção de outras complicações de saúde do paciente acamado, além daquelas já apresentadas, melhorando as orientações fornecidas aos cuidadores, relacionadas sobre a doença base do idoso e suas possíveis complicações, além de promover a reabilitação e prevenção de agravos dos pacientes.

De acordo com o grau de risco de cada paciente, será ofertado uma frequência maior de visitas, os cuidadores serão orientados sobre os cuidados com a doença do paciente, para que todas as suas dúvidas sejam respondidas e seus sofrimentos sejam amenizados na medida do possível. A estratificação de risco oferece uma visão ampliada do paciente, vislumbrando ações no sentido de minimizar os agravos detectados pela Escala. Estabelece uma maneira

simples, fácil e clara de priorizar as visitas domiciliares, de acordo com o grau de risco,²² contribuindo para um envelhecimento saudável²³.

Consequentemente a intervenção evidenciou não apenas a importância dessa ferramenta na identificação dos níveis de risco dos idosos acamados adscritos, mas também o envolvimento do processo de envelhecimento num contexto de vulnerabilidade.

Apesar de o estudo apresentar limitações, como a realização da pesquisa em um único contexto, com pequeno número amostral de pacientes acamados, o que pode reduzir a validade externa e generalização dos achados na prática clínica, o mesmo apresentou resultados relevantes acerca da estratificação de idosos acamados em ambiente domiciliar, por meio de ficha de estratificação específica para o público-alvo, fomentando a utilização de instrumentos que podem direcionar e organizar as demandas de cuidados exigida pela população idosa.

Sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos acerca da estratificação de idosos acamados em outros cenários geográficos, com maior amostra de idosos, para verificar se os achados aqui demonstrados se replicam e favorecem medidas que consolidem melhor assistência aos idosos acamados.

CONCLUSÃO

Os idosos foram majoritariamente estratificados com grau de risco baixo seguidos de risco médio, que revelou a necessidade de visitas domiciliares em período trimestral ou bimestral e possibilitou a montagem de um plano de cuidados com foco no reposicionamento em cadeira e leito para prevenção de LP, cuidado com a cabeceira do leito e higiene pessoal, mobilização, massagens corporais e exercícios passivos, além de adaptações no ambiente domiciliar para menor risco de quedas.

Espera-se que a intervenção possa contribuir para a prática profissional, orientando na compreensão das ações, e que os idosos tenham nesse atendimento a oportunidade de uma assistência capacitada, qualificada, humanizada e de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Características estimadas da População Brasileira. 2021.
2. Brito GC, Menezes MS, Mesquita AR, Lyra Júnior DP. Efeito de um programa de manejo farmacoterapêutico em um grupo de idosos com hipertensão em Aracaju-Sergipe. Rev Ciênc Farm Básica Apl.

2009;30(1):83-89. Disponível em:

<https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/459>

3. Lacerda MR. Metodologia para o cuidado domiciliar de enfermagem. In: Westephalen MEA, Carraro TE: organizadores. Metodologia para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB; 2015.
4. Diogo MJD, Duarte YAO. Programa de visita domiciliária ao idoso. PROVIDI. In: Duarte, Yeda Aparecida de Oliveira, 2012.
5. Razente YB, Finati RG, Castro GL, Lopes MTSR, Cimardi ACBS. A importância da informação na atenção primária de saúde e a estratificação de risco ves-13 em idosos. ICSA. 2021; 8(3):201-15. DOI: <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2021v8n3p201-215>
6. Faria JO, Floresta ACG, Pedro LS, Machado MLSM. Sistematização do cuidado direcionado aos idosos atendidos no domicílio. RECOM. 2019;9:e3017. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3017>
7. Coelho LP, Motta LB, Caldas CP. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. Physis. 2018; 28(4): 1-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280404>
8. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2004;1(2):19-26. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104)
9. Oliveira GG, Waters C. Perfil epidemiológico dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2021; 66 (e019): 1-5. DOI: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2021.66.019>
10. Firmino KF. Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/prescrição no município de Coronel Fabriciano-MG. Minas Gerais, n. 156, 2018. Curso de Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais.
11. Malagutti W. Curativo, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari, 2016.
12. Lucri MJ S, Costa MO. Nursing assistance in pressure injuries in judged patients. RSD. 2021;10(5):1-16. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14719>
13. Souza LK de, Weis AH, Blatt CR. Oxigenoterapia domiciliar: perfil dos usuários assistidos pelo programa melhor em casa. Rev. baiana enferm. 2021;35 (e45064): 1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.45064>
14. Pan W, Li J, Ou Y, Wu Y, Cai S, Zhang Y, Wang C. Clinical outcome of standardized oxygen therapy nursing strategy in COVID-19. Ann Palliat Med. 2020;9(4):2171-2177. Disponível em: <https://apm.amegroups.com/article/view/47285/html>

15. Motta APG, Rigobello MCG, Silveira RCCP, Gimenes FRE. Nasogastric/nasoenteric tube-related adverse events: an integrative review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29 (e3400): 1-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3355.3400>
 16. Cardozo NR, Duval PA, Cascaes AM, Silva AERS, Orlandi SP. Estado nutricional de idosos atendi- dos por unidades de saúde da família na cidade de Pelotas-RS. *BRASPEN J*. 2017; 32 (1): 94-8.
 17. Freitas FFQ, Rocha AB, Moura ACM, Soares SM. Fragilidade em idosos na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem a partir do geoprocessamento. *Ciência & Saúde Colet*. 2020; 25(11):4439-4450. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.27062018>
 18. Jiao J, Li Z, Wu X, Cao J, Liu G, Liu Y, et al. Risk factors for 3-month mortality in bedridden patients with hospital-acquired pneumonia: A multicentre prospective study. *PLoS One*. 2021;16(3):e0249198. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249198>
 19. Cao J, Wang T, Li Z, Liu G, Liu Y, Zhu C, et al. Factors associated with death in bedridden patients in China: A longitudinal study. *PLoS One*. 2020; 15(1):e0228423. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228423>
 20. Fernandes JM. O papel do cuidador frente ao paciente acamado e a responsabilização da equipe de saúde da família, 2010, 20 p. Trabalho de conclusão de Curso de [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família]. Universidade Federal de Minas Gerais. Araçuaí, 2015.
 21. Correia JF, Silva WA, Spigolon DN, Costa MAR, Vieira TMM, Marcon SS, et al. Estratificação de risco como ferramenta de organização do cuidado ao idoso na atenção primária. *Enferm Foco*. 2019; 10 (5): 38-43. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n5.2571>
 22. Costa ACI, Araújo D, Melo JAS, Rafael MEPPB. Aplicabilidade e limitações da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi para o processo de trabalho da enfermagem na atenção básica em saúde. Relato de experiência na Unidade de Saúde da Família Macaxeira/Buriti. 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica a Saúde. Recife: ABEn, 2009. [Anais]. P. 98-100.
 23. Pereira SM, Marcomini EK, Paula NVK. Estratificação de dependência e fragilidades: um olhar sobre os idosos institucionalizados. *Rev Kairós-Gerontologia*. 2020; 23(2), 609-623. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i2p609-623>
-

Recebido: 16 de julho de 2022. **Aceito:** 22 de setembro de 2022

Correspondência: Tereza Cristina Linhares Costa Melo. **E-mail:**
tcristinafisio11@hotmail.com

Conflito de Interesses: o autor declarou não haver conflito de interesses

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited