ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM PACIENTES RESTRITOS E ACAMADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

EDMARA RODRIGUES DE MESQUITA; ROBERLÂNDIA EVANGELISTA LOPES ÁVILA; KATIA LÚCIA MARIANO; EVA WILMA MARTINS TIMBÓ; VERÔNICA DIAS ARAGÃO

RESUMO

INTRODUÇÃO: Pacientes acamados requerem cuidados especiais e a assistência a eles na atenção primária à saúde deve ser integral. Este estudo tem como objetivo relatar uma experiência de estudantes da graduação na estratificação de pacientes restritos e acamados com classificação de risco na atenção primária à saúde. **MATERIAIS E MÉTODOS**: Trata-se de um relato de experiência, realizado durante o internato, que consistiu na identificação de pacientes por área dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Registraram-se dados como Cartão do SUS, nome, data de nascimento, endereço, prontuário, histórico breve do paciente e fatores de risco. Utilizou-se uma ficha pré-existente para classificar o risco, atribuindo cores aos pacientes. A coleta de informações foi realizada por meio de diálogos agendados com os ACS. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram identificados 86 pacientes restritos e acamados no Centro de Saúde da Família (CSF). Dentre eles, 28 eram acamados, 39 restritos e 19 restritos e acamados. Ao analisar a distribuição por área, observou-se que a área 1 apresentava menos pacientes acamados e restritos em comparação com a área 2. No entanto, foi possível coletar informações de um dos ACS da área 1, pois o mesmo estava de licença. A maioria dos pacientes foram classificados na cor azul (43), indicando um acompanhamento semestral pela enfermeira e o médico. Em seguida, a cor verde foi atribuída a 33 pacientes, indicando acompanhamento trimestral, e a cor amarela a 10 pacientes, com visitas bimestrais. Não foram identificados pacientes na cor vermelha, que requereria acompanhamento mensal. Vale ressaltar que a estrutura familiar foi classificada de acordo com o número de pessoas na casa, usando a mesma cor do prontuário do paciente. **CONCLUSÃO**: Conclui-se que este relato de experiência demonstra a importância de uma abordagem sistêmica e cuidadosamente planejada para lidar com pacientes que enfrentam dificuldades sérias em sua mobilidade e independência.

Palavras-chave: Pessoas acamadas; Visita domiciliar; Medição de risco; Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Pacientes acamados são aqueles indivíduos que estão restritos ao leito e necessitam de cuidados especiais para sua condição. A assistência a esses pacientes deve seguir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na busca pela integralidade dos cuidados, tanto durante a internação hospitalar quanto no acompanhamento e visitas domiciliares (Braga et al., 2016).

Fazendo-se importante a estratégia estratificação de pacientes, que consiste em uma avaliação cuidadosa das necessidades e condições de saúde de cada indivíduo, permitindo

DOI: 10.51161/conasf2024/33530

uma classificação de risco que orienta as decisões clínicas e a alocação de recursos. No caso de pacientes restritos e acamados, essa estratificação é especialmente importante, pois essas pessoas apresentam um perfil de vulnerabilidade e complexidade clínica que requer atenção específica (Brasil, 2014).

Essa abordagem contribui para a identificação precoce de necessidades, o planejamento de intervenções adequadas e a otimização dos recursos disponíveis. Com uma equipe multidisciplinar e um cuidado individualizado, é possível promover a saúde e o bem-estar desses pacientes, melhorando sua qualidade de vida e reduzindo complicações e hospitalizações desnecessárias (Correia *et al*., 2019).

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 cuidado (Melo *et al*., 2022).

Desse modo, a Atenção Domiciliar desempenha um papel importante no cumprimento de princípios fundamentais, como ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade do cuidado na atenção primária à saúde. A visita domiciliar é uma estratégia crucial para o cuidado longitudinal de pacientes idosos ou com condições crônicas, permitindo uma abordagem centrada na pessoa, considerando seu contexto familiar e social. No entanto, é necessário abordar algumas lacunas existentes nesse processo (Procópio *et al*., 2019).

Um dos desafios enfrentados é a falta de avaliação ou estratificação do risco de vulnerabilidade dos pacientes que serão visitados. É essencial que os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) realizem uma avaliação completa do paciente, considerando não apenas suas condições de saúde, mas também fatores socioeconômicos, suporte familiar e outros aspectos relevantes. Isso permitirá identificar os pacientes mais vulneráveis e direcionar recursos e cuidados de forma mais efetiva (Placidel *et al*., 2020).

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 (Melo *et al*., 2022).

Além disso, é importante que as equipes da ESF planejem a periodicidade das visitas domiciliares e estabeleçam ações claras a serem realizadas durante essas visitas. Isso evita visitas aleatórias e possibilita um cuidado mais organizado e eficiente. Com um planejamento adequado, as visitas podem ser direcionadas para atender às necessidades específicas de cada paciente, como monitoramento de condições crônicas, revisão de medicamentos, orientações de autocuidado e suporte emocional ((Rajão; Martins, 2020).

Para aprimorar a visita domiciliar e otimizar a atenção domiciliar, é necessário investir em capacitação e educação dos profissionais de saúde, fornece ferramentas adequadas de estratificação de risco e promover a troca de informações entre as equipes. Além disso, a implementação de sistemas de informação eficientes pode auxiliar no planejamento e acompanhamento das visitas domiciliares, garantindo que cada paciente receba a atenção adequada e o cuidado individualizado necessário (Lima *et al*., 2022).

A presente pesquisa justifica-se através da importância de ferramentas como a Atenção Domiciliar aliadas a estratificação de pacientes restritos e acamados com classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS). Pois juntas podem garantir um cuidado personalizado e de qualidade a esse grupo específico de pacientes.

Essa abordagem contribui para a identificação precoce de necessidades, o planejamento de intervenções adequadas e a otimização dos recursos disponíveis. O estudo tem como objetivo relatar uma experiência de estudantes da graduação na estratificação de

pacientes restritos e acamados com classificação de risco na atenção primária à saúde.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo em questão é um trabalho de pesquisa que se enquadra no formato descritivo, utilizando uma abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. Nesse tipo de pesquisa, o objetivo principal é descrever e analisar detalhadamente uma experiência vivenciada pelos pesquisadores ou profissionais envolvidos no estudo (Polit; Beck, 2017).

A abordagem qualitativa é adequada para investigar fenômenos complexos e explorar as percepções, opiniões e experiências dos participantes. Nesse contexto, o relato de experiência é uma forma de descrever uma situação, evento ou prática em detalhes, destacando os aspectos relevantes e fornecendo uma compreensão aprofundada do tema estudado. Assim, ao descrever detalhadamente uma experiência vivenciada, os pesquisadores podem contribuir para o avanço do conhecimento teórico e prático em suas respectivas áreas de estudo (MINAYO, 2017).

No mês de novembro de 2020, durante as atividades de internato do Curso de Graduação de Enfermagem do Centro Universitário UNINTA, os discentes do 9º semestre realizaram uma intervenção em um Centro de Saúde da Família localizado no interior do Ceará. A experiência envolveu a identificação das pessoas acamadas e/ou restritas ao lar por área de cada Agente Comunitário de Saúde (ACS), bem como o registro detalhado de todos os pacientes identificados. Utilizando uma ficha preexistente na unidade de saúde, os pacientes foram classificados em diferentes níveis de risco, indicados por cores. Por fim, foram agendadas visitas domiciliares pela Equipe de Saúde da Família para cada paciente identificado.

As fichas de coleta utilizadas continham informações importantes para a identificação e classificação dos pacientes. Essas informações incluíam: número do Cartão do SUS, nome completo, data de nascimento, endereço, número de prontuário, histórico breve do paciente e fatores de risco como: estar acamado, ter deficiência física e/ou auditiva, limitações físicas, transtorno mental, condições precárias de moradia, desemprego, hipertensão, diabetes, idade acima de 70 anos, dependência de cuidador, restrições em suas atividades, doenças degenerativas, uso de drogas, obesidade e estrutura familiar.

Esses dados foram utilizados para atribuir scores aos pacientes, que posteriormente indicavam a cor correspondente à classificação de risco: azul (1 a 6), verde (7 a 10), amarelo (11 a 16) ou vermelho (> 16). Essa classificação auxiliava na priorização e no direcionamento adequado dos recursos e cuidados necessários a cada paciente.

No Centro de Saúde da Família, havia uma equipe composta por um médico, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A coleta das informações ocorreu por meio de diálogos agendados com os ACS, considerando suas disponibilidades e garantindo a obtenção dos dados necessários de forma eficiente e colaborativa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados um total de 86 pacientes restritos e acamados pertencentes ao Centro de Saúde da Família (CSF). Dentre eles, 28 eram apenas acamados, 39 eram restritos e 19 eram tanto acamados quanto restritos. Ao analisarmos a situação por área de cada enfermeira assistencialista, observamos que a área 1 apresentava menos pacientes acamados e restritos em comparação com a área 2. Vale ressaltar que não foi possível realizar a coleta de informações com um dos ACS da área 1, devido à sua licença.

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 como mostra na figura 1.

DOI: 10.51161/conasf2024/33530

Figura 1. Classificação dos pacientes.

AZUL	SCORE 1-6	SEMESTRAL
VERDE	SCORE 7-10	TRIMESTRAL
AMARELO	SCORE 11-16	BIMESTRAL
VERMELHO	SCORE >16	MENSAL

Fonte: Prontuários dos pacientes 2020.

Durante a análise, verificou-se que um número maior de pacientes foi classificado na cor azul, totalizando 43 casos, indicando a necessidade de acompanhamento semestral por parte da equipe de enfermagem. Em seguida, a cor verde foi atribuída a 33 pacientes, indicando um acompanhamento trimestral. Já a cor amarela foi atribuída a 10 pacientes, que requeriam visitas bimestrais. É importante ressaltar que não foram identificados pacientes na cor vermelha, que indicaria a necessidade de acompanhamento mensal pelo médico e a enfermeira.

Além disso, a estrutura familiar foi considerada ao levar em conta a quantidade de pessoas que residiam na casa do paciente. A cor atribuída à estrutura familiar foi a mesma presente no prontuário do paciente, seguindo a classificação previamente estabelecida.

Para Melo at al. (2019), 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. A classificação de risco é realizada por profissionais de saúde, como enfermeiros e médicos, que utilizam protocolos e escalas de avaliação padronizadas. Esses instrumentos consideram diversos aspectos, como sintomas apresentados, gravidade da condição de saúde, presença de comorbidades, histórico clínico, sinais vitais, entre outros indicadores relevantes. Desse modo, auxilia na identificação precoce de situações de risco, permitindo intervenções preventivas e um acompanhamento mais próximo dos pacientes com maior vulnerabilidade. Isso contribui para a promoção da saúde, a prevenção de complicações e a redução de internações desnecessárias (DURO, 2022).

Ainda segundo ao autor supracitado acima, vale ressaltar que a classificação de risco na Atenção Primária à Saúde deve ser realizada de forma sistemática, com base em critérios estabelecidos e atualizados. Também é fundamental que os profissionais de saúde recebam capacitação e treinamento adequados para realizar essa avaliação de forma precisa e consistente.

Nesse sentido, destaca-se a importância da realização frequente de capacitações, de modo a oportunizar o esclarecimento de dúvidas relacionadas as ferramentas de trabalho utilizadas pela equipe, bem como apresentação de sugestões para melhorias na operacionalização. Além de favorecer e acelerar o atendimento ao usuário e conferir segurança aos profissionais que executam determinada tarefa, a educação permanente é primordial para a ocorrência de mudanças nos padrões de saúde, a partir das melhorias que possibilita a qualidade da assistência (Ghaferi; Dimick, 2016).

Os dados da experiência vivenciada, revelam a distribuição dos pacientes restritos e acamados nas áreas do CSF, bem como a frequência de acompanhamento necessária para cada grupo de pacientes, proporcionando diretrizes para a equipe de enfermagem planejar suas visitas e atendimentos de acordo com a necessidade de cada paciente.

Para um cuidado efetivo do paciente acamado, a comunicação entre a família e a

equipe de saúde é essencial. O ambiente domiciliar oferece maior autonomia ao paciente e sua família, facilitando a recuperação em um ambiente acolhedor, próximo de entes queridos e amigos. Além disso, o cuidado domiciliar evita infecções hospitalares e libera leitos para outras pessoas que necessitam de internação. A equipe de saúde está sempre disponível para auxiliar no cuidado dos pacientes acamados, fornece orientações e esclarecer dúvidas para que a família possa cuidar adequadamente desse paciente (Ministério da Saúde, 2018).

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 visitação baseada no grau de risco estabelecido. 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.

É fundamental destacar a participação ativa da equipe de saúde e dos acadêmicos nas intervenções em saúde, uma vez que isso estabelece um vínculo valioso entre o cuidador e o paciente. Essa relação colaborativa facilita a seleção do plano terapêutico mais adequado. Consequentemente, a equipe de saúde pode desenvolver soluções mais eficazes, ao mesmo tempo em que qualifica todos os envolvidos de acordo com as necessidades identificadas. Além disso, essa interação também contribui para maximizar os conhecimentos e experiências dos futuros profissionais de saúde.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que este relato de experiência demonstra a importância de uma abordagem sistêmica e cuidadosamente planejada para lidar com pacientes que enfrentam dificuldades sérias em sua mobilidade e independência.

Desse modo, a experiência compartilhada ilustra como essa abordagem pode fazer a diferença na vida dos pacientes e destaca a importância da colaboração entre os profissionais de saúde. Garantir cuidados centrados no paciente e adaptados às suas necessidades individuais é essencial para promover a saúde e o bem-estar de todos, independentemente das limitações que possam enfrentar.

É de suma importância relatar experiências bem-sucedidas como uma forma de fortalecer a organização da Atenção Primária à Saúde, que desempenha um papel fundamental no cuidado de condições agudas e crônicas. É essencial trabalhar na melhoria da qualidade da atenção, organizar as práticas de saúde e garantir o acesso aos serviços necessários para cada usuário do sistema de saúde, buscando uma abordagem integral.

Além disso, a experiência relacionada destaca a importância da colaboração interdisciplinar entre profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros, para atender às necessidades complexas de pacientes restritos e acamados. A coordenação de cuidados é essencial para garantir que os pacientes recebam uma abordagem holística que leve em consideração não apenas suas condições médicas, mas também seus aspectos psicossociais e qualidade de vida.

Reconhecemos o papel crucial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como ponte entre os serviços de saúde e os pacientes, sendo primordial a comunicação e uma efetivação mais eficaz do cuidado. É fundamental que os ACS respeitem e trabalhem em parceria com os demais profissionais da equipe. Dado que o território é dinâmico e em constante evolução, sugerimos que essas necessidades sejam revisadas regularmente em reuniões de equipe para avaliação e planejamento adequados.

REFERÊNCIAS

raga, P. P. *et al*. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2016. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n3/903-912/>. Acesso em: 15 jul. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Departamento de atenção hospitalar, domiciliar e de urgência**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2023.

Correia, J. F. *et al*. Estratificação de risco como ferramenta de organização do cuidado ao idoso na atenção primária. **Revista Enfermagem em Foco**. v. 10, n. 5, p. 38-43, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2571/631>. Acesso em: Acesso em: 15 jul. 2023.

Duro, C. L. M. Classificação de risco na Atenção Primária à Saúde. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Kalinowski CE, Crozeta K, Costa MFBNA, organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 10. Porto Alegre: **Artmed Panamericana;** 2022. p. 47–78. Disponível em: <https://portal.secad.artmed.com.br/artigo/classificacao-de-risco-na-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 16 jul. 2023.

Ghaferi, A. A.; Dimick, J. B. Importance of teamwork, communication and culture on failure-to-rescue in the elderly. **The British journal of surgery**, v. 103, n. 2, p. e47–e51, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/bjs.10031>. Acesso em: 16 jul. 2023.

Lima, A. C. B. *et al*. Função e atuação do serviço de atendimento domiciliar na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 44, p. 3003, 2022. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3003>. Acesso em: 16 jul. 2023.

Melo, T. C. L. C. Estratificação de risco como estratégia de gestão do cuidado a idosos acamados. **Rev. Adm. Saúde** (On-line), São Paulo, v. 22, n. 88: e326, set. 2022. Disponível em: < https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/326/491>. Acesso em: 16 jul. 2023.

Minayo, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: < https://www.semanticscholar.org/paper/Amostragem-e-satura%C3%A7%C3%A3o-em-pesquisa-qualitativa%3A-e-Minayo/13b7e132922d499678e7e74fcceb938aa7711f53>. Acesso em: 16 jul. 2023.

Ministério da Saúde. **Orientações para o cuidado com o paciente no ambiente familiar**. 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_cuidado_paciente_ambiente_domiciliar.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2023.

Placideli, N. *et al*. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 6, p. 1-14, 2020. Disponível em: < https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/06/pt>. Acesso em: 15 jul. 2023.

Polit, D. F., & Beck, C. T. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing

practice. Wolters Kluwer, 2017.

Procópio, L. C. R. *et al*. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 592–604, abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yz6YQWK9z67wqgrssVY7LBk/#>. Acesso em: 15 jul. 2023.

Rajão, F. L.; Martins, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 5, p. 1863-1877, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>. Acesso em: 15 jul. 2023.

Tereza C. L. C. M. *et al*. Estratificação de risco como estratégia de gestão do cuidado a idosos acamados**. Rev. Adm. Saúde** (On-line), São Paulo, v. 22, n. 88: e326, jul. – set. 2022, E pub 26 set. 2022 http://dx.doi.org/10.23973/ras.88.326. Acesso em: 16 jan. 2024.