

Instrumentos de avaliação do risco de prolongamento de internação hospitalar

Instruments for evaluation of the risk of prolongation of hospitalization
Instrumentos de evaluación del riesgo de prolongar la internación hospitalaria

Diana Andreia Santos Modas¹
Elisabete Maria Garcia Teles Nunes¹

Descritores

Medição de risco; Tempo de internação; Alta do paciente; Literatura de revisão como assunto

Keywords

Risk assessment; Length of stay; Patient discharge; Review literature as topic

Descriptores

Medición de riesgo; Tiempo de internación; Alta del paciente; Literatura de revisión como asunto

Submetido

29 de Outubro de 2018

Aceito

7 de Março de 2019

Resumo

Objetivo: Mapear a existência de instrumentos para avaliação do risco de prolongamento do tempo de internação com retardo da alta hospitalar do paciente.

Métodos: Efetuada revisão da literatura do tipo scoping de acordo com o proposto pela Joanna Briggs Institute. Efetuada pesquisa na plataforma eletrônica da Ebscohost: Medline, Cinahl, MedicLatina, Cochrane Data Base of Systematic Reviews; na PubMed, em repositórios (RIMAS, RIAP, RIUIS, RCAAP e Veritati) e no Google Scholar. Consultadas as referências bibliográficas dos documentos selecionados.

Resultados: Da pesquisa efetuada selecionaram-se 7 artigos para análise, que abordavam 4 instrumentos: *Patient Status of Continence, Ambulation, Age, Social Background and Thought Processes; 4-Score, Blaylock Risk Assessment Screen e The Multidisciplinary Record.*

Conclusão: O risco de prolongamento do tempo de internação com retardo da alta hospitalar pode ser avaliado através de 4 tipos de instrumentos. Esta avaliação foca-se principalmente na função cognitiva do paciente, na sua idade, no seu nível de dependência nas atividades de vida diárias, na sua mobilidade e apoio social de que dispõe, apostando-se num planeamento de alta precoce e preventivo.

Abstract

Objective: To map the existence of instruments for evaluation of the risk of prolonged hospitalization time with hospital discharge delay of the patient.

Methods: It was conducted a scoping review of the literature in accordance with suggested by the Joanna Briggs Institute. It was carried out research on the electronic platform Ebscohost: Medline, Cinahl, MedicLatina, Cochrane Data Base of Systematic Reviews; PubMed, in repositories (RIMAS, RIAP, RIUIS, RCAAP and Veritati) and Google Scholar. The bibliographic references of the selected documents were consulted.

Results: From the research carried out, 7 articles were selected for analysis, which included 4 instruments: *Patient Status of Continence, Ambulation, Age, Social Background and Thought Processes; 4-Score, Blaylock Risk Assessment Screen and The Multidisciplinary Record.*

Conclusion: The risk of prolonged hospitalization time with hospital discharge delay can be evaluated using 4 types of instruments. This assessment focuses mainly on the patient's cognitive function, age, reliance on daily living activities, mobility and social support, and is committed to an early and preventive discharge planning.

Resumen

Objetivo: Mapear la existencia de instrumentos para evaluar el riesgo de prolongar el tiempo de internación con retraso de alta hospitalaria del paciente.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica tipo scoping de acuerdo con lo propuesto por el Joanna Briggs Institute. Se realizó una investigación en la plataforma electrónica de Ebscohost: Medline, Cinahl, MedicLatina, Cochrane Data Base of Systematic Reviews; en PubMed, en repositórios (RIMAS, RIAP, RIUIS, RCAAP y Veritati) y en Google Scholar. Se consultaron las referencias bibliográficas de los documentos seleccionados.

Resultados: De la investigación llevada a cabo, se seleccionaron siete artículos para analizar, que abordaban cuatro instrumentos: *Patient Status of Continence, Ambulation, Age, Social Background and Thought Processes; 4-Score, Blaylock Risk Assessment Screen y The Multidisciplinary Record.*

Conclusión: El riesgo de prolongar el tiempo de internación con retraso de alta hospitalaria puede evaluarse a través de cuatro tipos de instrumentos. Esta evaluación se centra principalmente en la función cognitiva del paciente, en su edad, su nivel de dependencia de las actividades de vida diarias, su movilidad y apoyo social que dispone; y se apuesta a una planificación de alta precoz y preventiva.

Autor correspondente

Diana Andreia Santos Modas
<https://orcid.org/0000-0003-4481-8317>
E-mail: diana.modas@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900032>



Como citar:

Modas DA, Nunes EM. Instrumentos de avaliação do risco de prolongamento de internação hospitalar. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(2):237-45.

¹Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
Conflitos de interesse: nada a declarar.

Introdução

O tempo de internação consiste no total de dias que o paciente permanece internado num serviço de um estabelecimento de saúde.⁽¹⁾ A alta hospitalar constitui a saída do paciente do hospital, tendo este permanecido na instituição, pelo menos uma noite. A taxa de alta hospitalar representa o número de pacientes que saíram do hospital, após terem recebido os devidos cuidados de saúde inerentes à sua situação clínica, por cada 100 000 habitantes.⁽²⁾ Portugal representa o país da União Europeia com a taxa de alta hospitalar mais baixa, sendo o 3º país com mais tempo de internação.

Em determinadas situações após ser dada alta médica ao paciente verifica-se a permanência deste na instituição, ocorrendo um prolongamento do tempo de internação com retardo da alta hospitalar. Esta permanência no hospital pode ser devida a diversos fatores, desde a falta de vagas em lares ou nos cuidados continuados, como por questões familiares ou financeiras.⁽³⁾

A permanência na instituição apresenta consequências para a saúde e bem-estar da pessoa, aumentando o risco de morbilidade e mortalidade associadas, dado o risco acrescido de desnutrição, depressão, quedas, estados confusionais, infeções e complicações iatrogénicas, diminuição da mobilidade e maior nível de dependência.⁽⁴⁾ A nível institucional os seus efeitos incidem nos custos associados e rentabilidade, compreendendo os recursos humanos e materiais, crescendo as listas de espera.^(4,5) O prolongamento do tempo de internação de um paciente implica a ocupação daquele leito por uma pessoa que não está de momento a necessitar de cuidados de saúde agudos, impossibilitando a admissão de novo paciente, mantendo-se os custos para a instituição, com menor rotatividade de pacientes, atrasando-se a resolução de problemas agudos, ocorrendo o chamado *bed blocking*.⁽⁵⁾ Estes aspetos estão congruentes com o Relatório Mundial da Saúde que defende que os cuidados hospitalares, principalmente as internações e a sua duração, correspondem até dois terços das despesas totais em saúde do governo.⁽⁶⁾ Esta realidade verifica-se pelo Mundo. Estudos efetuados nos hospitais do Canadá

verificaram que 27-66% do tempo de internação foi considerado inapropriado.⁽⁷⁾ Já no Brasil, em dois hospitais de Belo Horizonte verificou-se prolongamento do tempo de internação em 60% e 58% dos pacientes internados em enfermarias de clínica médica, correspondendo a uma taxa de ocupação de 23% e 28% respetivamente.⁽⁸⁾

É assim, fundamental identificar as causas para este prolongamento do tempo de internação, sugerindo estratégias resolutivas. Para essa identificação torna-se necessário a implementação de instrumentos de avaliação de risco, identificando-se os problemas reais e potenciais destes pacientes, bem como as suas necessidades. Neste sentido, pesquisou-se inicialmente a existência de revisões da literatura ou protocolos destas sobre esta temática, recorrendo-se ao site da *Joanna Briggs Institute*, não se tendo obtido nenhum registo. Não se identificando revisões da literatura sobre instrumentos de avaliação de pacientes com risco de prolongamento do tempo de internação com retardo da alta hospitalar foi efetuada uma revisão scoping com o objetivo de mapear a evidência existente sobre esta problemática. Ao se reunir esta documentação torna-se possível adaptar instrumentos ou criar novos para implementação nas diferentes realidades.

Métodos

Utilizando a metodologia de *Joanna Briggs Institute*, e tendo por base a mnemónica população – conceito - contexto (PCC),⁽⁹⁾ a presente revisão de literatura partiu da questão de revisão: quais os instrumentos de avaliação existentes para identificação de pacientes com risco de prolongamento do tempo de internação com retardo da alta hospitalar?

Conforme mencionado anteriormente foi efetuada uma pesquisa inicial no site da *Joanna Briggs Institute*, com o intuito de identificar publicações de revisões já existentes sobre esta temática, não se tendo obtido qualquer resultado.

Definiram-se como critérios de inclusão os estudos que abordam instrumentos de avaliação para identificação de pacientes com risco de prolongamento do tempo de internação, englobando pacien-

tes de todas as faixas etárias, internados em contexto hospitalar, em situação aguda e/ou crónica, nas diferentes especialidades médicas. Incluíram-se estudos primários e revisões, estudos qualitativos e quantitativos, com resumo e texto integral disponível, nos idiomas português, espanhol e inglês. Não se definiu limite temporal ou geográfico, por forma a obter o máximo de evidência existente.

Relativamente à estratégia de pesquisa investigou-se nas bases de dados da plataforma eletrónica da Ebscohost: Medline *with full text*, Cinahl *with full text*, MedicLatina, Cochrane Data Base of Systematic Reviews; e PubMed. No sentido de complementar esta análise pesquisou-se em repositórios (Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde (RIMAS), Repositório de Instrumentos de Avaliação Psicossocial (RIAP), Repositório de Instrumentos da Unidade de Investigação em Saúde (RIUIS), Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa) e no Google Scholar. Posteriormente, consultaram-se as referências bibliográficas dos documentos selecionados.

Na base de dados PubMed resultou a seguinte sintaxe de pesquisa:

(((((("Risk Management"[Mesh]) OR "Risk Assessment"[Mesh]) OR "Health Status Indicators"[Mesh]) OR "Risk Adjustment"[Mesh]) OR Risk Identification) OR Risk Detection)) AND (((("Patient Discharge"[Mesh]) OR "Patient Discharge Summaries"[Mesh]) OR Transfer, Discharge) OR Hospital Discharge) OR Discharge Planning)) AND ((Delay) OR Length of Delay)

Sintaxes semelhantes foram adotadas para as restantes bases de dados. A pesquisa na literatura realizou-se no mês de abril de 2018.

Identificados os estudos nas bases de dados, dois revisores iniciaram o processo de seleção dos artigos de forma independente. Qualquer discordância entre ambos foi discutida para decisão final unânime, por forma a diminuir o risco de vieses.

Concluído este processo obteve-se o corpus da análise, procedendo-se à recolha dos seguintes dados: identificação do artigo – título, autor, ano de publicação, país; objetivo, participantes – popula-

ção, tamanho da amostra; características metodológicas, resultados obtidos – instrumentos de avaliação para identificação de pacientes com risco de prolongamento do tempo de internação; limitações identificadas e principais conclusões relevantes para a revisão.

No que diz respeito à apresentação dos resultados enumeram-se os diferentes instrumentos de avaliação de risco identificados, realizando-se uma análise descritiva e comparativa dos resultados com uma síntese narrativa.

Resultados

Dos 188 resultados totais obtidos, 12 eram duplicados, resultando 182 para seleção pelo título. Após esta triagem elegeram-se 19 para leitura do resumo, apurando-se 4 artigos finais para análise. Da consulta das referências bibliográficas selecionaram-se 3 documentos para a revisão, perfazendo assim, um total de 7 artigos finais a incluir na revisão (Figura 1).

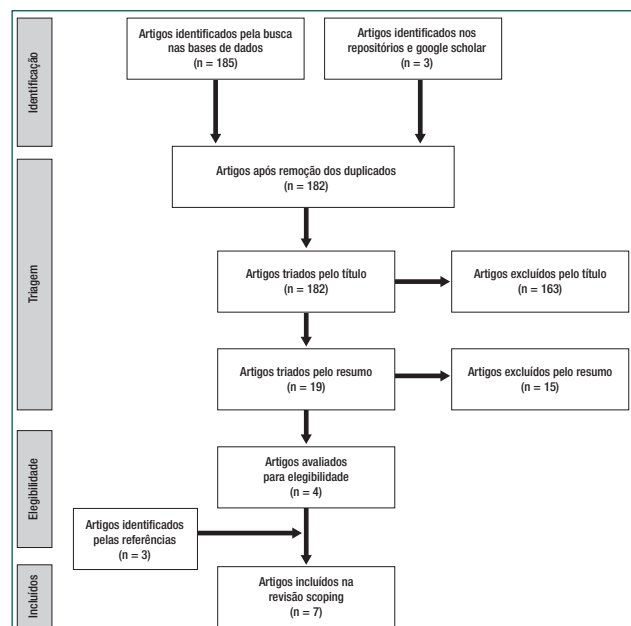


Figura 1. Prisma do processo de seleção dos estudos

Da análise dos 7 artigos resultaram 4 instrumentos: *Patient Status of Continence, Ambulation, Age, Social Background and Thought Processes (CAAST)*;⁽¹⁰⁾ *4-Score*,⁽¹¹⁾ *Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS)*⁽¹²⁾ e *The Multidisciplinary Record*.⁽¹³⁾

Estes instrumentos foram desenvolvidos nas décadas de 70^(10,11) e 90⁽¹²⁾ e no ano 2000,⁽¹³⁾ os três primeiros nos Estados Unidos da América⁽¹⁰⁻¹²⁾ e o último na Dinamarca,⁽¹³⁾ focando-se sobre o paciente adulto e idoso.

O instrumento CAAST e o *4-Score* permitem identificar pacientes com risco de prolongamento de internação por causas sociais.^(10,11) O instrumento BRASS identifica três níveis de risco de internação prolongada e a necessidade de planejamento de determinados recursos no momento da alta.⁽¹²⁾ O *Multidisciplinary Record* apresenta uma metodologia interdisciplinar de prevenção de problemas na alta, que avalia diferentes parâmetros para definição de objetivos de intervenção.⁽¹³⁾ Outros autores recorrem a diferentes escalas, como a Escala de Barthel para avaliação do nível de dependência funcional, com o objetivo de preverem o tempo de internação, obtendo indicadores de risco de prolongamento desse tempo.

De seguida abordamos de forma mais detalhada cada um destes instrumentos.

Discussão

Internações hospitalares prolongadas constituem um risco para o paciente, sendo importante desenvolver metodologias que previnam esta problemática.⁽⁴⁾

Dos resultados obtidos o CAAST consiste num instrumento que avalia cinco parâmetros da condição do paciente, que foram identificados como obstáculos para uma alta no prazo adequado. Esses critérios são o nível de continência (urinária e intestinal), capacidade de deambulação, idade, apoio social (destino previsto após a alta, ou seja, domicílio ou instituições prestadoras de cuidados) e função cognitiva (capacidade de comunicação e orientação). Cada item é avaliado entre 0-2, sendo o grau de severidade crescente nesta categorização, o que resulta num score final entre 0 (sem risco de prolongamento do tempo de internação) e 10 (risco elevado de prolongamento do tempo de internação).⁽¹⁰⁾

Este instrumento objetiva uma identificação rápida no momento da admissão dos pacientes considerados de risco de apresentarem problemas na alta.

Perante scores finais elevados este instrumento alerta para a necessidade de solicitar a intervenção do assistente social, no sentido de se encontrar o mais cedo possível um destino pós-alta adequado.⁽¹⁰⁾

Este instrumento foi testado num hospital em Nova Iorque, com 107 pacientes do serviço de medicina, nas primeiras 24 horas após a admissão. Considerado resolvido o problema médico daquele paciente, qualquer dia extra era considerado dia social, um motivo não clínico. Neste estudo observou-se que índices elevados de CAAST estavam relacionados com um maior índice de mortalidade e dias sociais de internação. 39% do tempo de internação da amostra considerada de risco elevado correspondia a procura de disposição social adequada para alta hospitalar.⁽¹⁰⁾

Como limitação a apontar neste instrumento, a definição de dia social era realizada pelo médico responsável de cada paciente, ou seja, no julgamento clínico pessoal, o que objetivamente podia variar de profissional para profissional, correndo-se o risco de cada avaliação ser subjetiva. Os próprios autores reconhecem também que mais variáveis deviam ser anexadas a esta avaliação.⁽¹⁰⁾

Estes investigadores continuaram a focar-se nesta problemática e adaptaram o instrumento CAAST aos fatores que consideravam prever uma internação prolongada por motivos sociais: idade, atividades da vida diárias, mudança no destino pós-alta, função cognitiva e deambulação, surgindo o instrumento *4-Score*.⁽¹¹⁾

De forma a testar o instrumento *4-Score* realizou-se um estudo no mesmo hospital, com 256 pacientes. Deste estudo surgiu a versão final do *4-Score* que permitia prever internações sociais, através da obtenção de respostas positivas às seguintes questões: idade igual ou superior a 80 anos? O paciente vai mudar de residência após a alta? O paciente apresenta algum nível de desorientação? Se sim, essa desorientação é crónica? Perante uma resposta negativa não se atribuía nenhum valor. Perante uma resposta positiva era atribuído 1 valor. O item desorientação era o único a que eram atribuídos 2 valores no caso da desorientação ser crónica, variando assim o score entre 0-2 na função cognitiva, com valores finais decorrentes entre 0 – 4.⁽¹¹⁾

Dos resultados obtidos nesta investigação verificou-se um total de 2963 dias de internação, dos quais

20% se refletiram em dias sociais, vivenciados por 44 pacientes. Neste estudo verificou-se que pacientes com scores mais baixos vivenciam menos situações de dias sociais ou com menor duração. Concluiu-se também que o índice está associado à mortalidade e tempo total de internação. Pacientes com scores iguais ou superiores a 2 apresentam 46% de probabilidade de vir a sofrer uma internação social.⁽¹¹⁾

Agrupando os pacientes dos dois estudos e aplicando o *4-Score*, constatou-se que 56 pacientes apresentaram um score igual ou superior a 2 no momento da admissão, sofrendo em média 1 semana de internação social, que se traduziu num custo médio de \$1400 por pessoa. Os 307 pacientes que tiveram um score inferior a 2 tiveram em média apenas 1 dia de internação social.⁽¹¹⁾

Este instrumento é vantajoso pelo facto de poder ser aplicado logo no serviço de urgência, alertando o profissional numa fase inicial para situações de risco, iniciando-se um planeamento de alta precoce.⁽¹¹⁾

Comparativamente com o instrumento CAAST, o *4-Score* está mais simplificado e é um instrumento mais preciso na previsão de internações sociais. Contudo, os investigadores reconhecem a necessidade de testar este instrumento em diferentes contextos clínicos hospitalares, adaptando-o de acordo com os motivos não clínicos para o retardo das altas de cada serviço.⁽¹¹⁾

Em 1992, outro grupo de investigadores desenvolveu um instrumento para avaliação na admissão que ajudava a identificar os pacientes com risco de internações prolongadas, designado BRASS.⁽¹²⁾

Este instrumento foi inicialmente elaborado com enfoque no paciente com idade igual ou superior a 65 anos ou aquele que pudesse sofrer prolongamento do tempo de internação, e com base nas suas necessidades. O instrumento é preenchido pelo enfermeiro no momento da colheita de dados e contém 10 itens: idade, situação habitacional e apoios, estado funcional, função cognitiva, padrão de comportamento, mobilidade, défices sensoriais, internações anteriores ou idas à urgência, problemas médicos ativos e quantidade de medicação a tomar no momento.⁽¹²⁾ O score final total obtido pode variar entre 0-40.⁽¹⁴⁾ Quanto maior a pontuação final obtida maior a probabilidade de complicações na alta e de aumento no tempo de internação. De acordo com a classificação final os pacientes são

categorizados em 3 grupos. Scores finais entre 0-10 são indicativos de baixo risco de problemas na alta, scores totais entre 11-20 são considerados de risco médio e alertam para a possibilidade de problemas no momento da alta, o que exige um planeamento de alta; e scores acima de 20 sugerem problemas complexos, o que requer um planeamento de alta, sendo o paciente considerado de alto risco, correndo o risco do destino pós-alta não ser o domicílio. Face o exposto todas as avaliações com scores acima de 10 devem ser referenciadas para a equipe de gestão de altas ou coordenador responsável.⁽¹²⁾

Os autores realizaram um estudo com 206 pacientes obtendo scores variados entre 0-28, tendo-se verificado uma relação significativa entre scores mais elevados e idade mais avançada e mais dias de prolongamento do tempo de internação, aspetos que suportam a validade do instrumento.⁽¹²⁾

Posteriormente, este instrumento foi adaptado para o idioma holandês, aplicando-se o instrumento a 503 pacientes idosos. O score final de BRASS variou entre 1-31, com uma média de 9-16. Dos pacientes analisados 69.6% foram considerados de baixo risco, 21.3% de médio risco e 9.1% de elevado risco. Este estudo permitiu concluir que o índice de BRASS é um bom preditor dos pacientes que não têm como destino pós-alta o domicílio, pois pacientes com scores de elevado risco tendem a apresentar mais problemas após a alta, verificando-se relatos de maiores dificuldades no autocuidado e na mobilidade.⁽¹⁴⁾

Outro estudo realizado com 241 pacientes submetidos a cirurgia do foro ortopédico verificou que valores elevados de BRASS estavam associados a pacientes mais idosos, com tempos de internação maiores.⁽¹⁵⁾ É importante identificar os níveis de fragilidade do paciente idoso, no sentido de diminuir os riscos a que se encontram expostos.⁽¹⁶⁾

Segundo o mesmo estudo constatou-se que pacientes submetidos a artroplastia do joelho e anca, com BRASS igual ou superior a 8, provavelmente vão permanecer no hospital durante pelo menos 5 dias. Através desta avaliação pré-operatória pode ser possível adiar a cirurgia até a situação pós-alta estar resolvida, providenciando-se os cuidados necessários, maximizando-se a eficiência do uso dos recursos hospitalares. Os investigadores concluíram

assim, que o BRASS é um instrumento útil na previsão do tempo de internação dos pacientes submetidos a cirurgia ortopédica eletiva.⁽¹⁵⁾

Concluindo, o BRASS ajuda na identificação de pacientes que necessitam de um planejamento de alta complexo, tratando-se de um instrumento válido que o enfermeiro pode utilizar de forma confiável. Visto esta avaliação ser realizada numa fase inicial da internação do paciente, esta pode ajudar o enfermeiro no planejamento dos cuidados a nível hospitalar e no regresso a casa,⁽¹²⁾ garantindo a continuidade do cuidado após a hospitalização, contribuindo para o setor de auditoria hospitalar, para a categoria profissional da enfermagem e para a satisfação do paciente.⁽¹⁷⁾ De salientar a aplicabilidade desta ferramenta nos pacientes do foro médico, cirúrgico e de cuidados intensivos.

No entanto, a utilidade do índice BRASS no contexto clínico foi considerada limitada, dada a baixa sensibilidade do instrumento, tratando-se de uma ferramenta promissora no planejamento de alta, mas que precisa ser melhorada.⁽¹⁴⁾ Segundo os seus criadores é necessário avaliar a eficácia das informações que o BRASS fornece.⁽¹²⁾

Outro instrumento desenvolvido no ano 2000 corresponde a uma metodologia de colaboração multidisciplinar na alta hospitalar implementada num hospital dinamarquês designada de Alta Preventiva. Este projeto objetiva tornar o paciente o principal ator na sua preparação no regresso a casa. Desenvolvendo uma visão comum dos vários profissionais de saúde seria possível identificar intervenções preventivas, promovendo-se um cuidado holístico, com base na promoção da saúde e na prática preventiva.⁽¹³⁾

Partindo dos problemas identificados no momento da admissão hospitalar desenvolvem-se medidas preventivas, assegurando-se que no momento da alta o paciente esteja capacitado para executar atividades de vida diárias e funções quer de forma independente ou através da sua rede de ajuda. Neste sentido foram desenvolvidas duas ferramentas de intervenção: o *Multidisciplinary Record*, um instrumento que reúne informação multidisciplinar sobre o paciente, identificando áreas que necessitam da intervenção profissional no senti-

do de prevenir problemas; e o *My Admission and Discharge*, um diário do paciente, para registo das suas expectativas relativamente à internação e ao momento da alta.⁽¹³⁾

O *Multidisciplinary Record* avalia 18 itens sobre a capacidade para entrar/sair do leito, vestir-se/despir-se, levantar-se, sentar-se, andar no domicílio e na rua, subir escadas, comer, beber, ir à casa de banho, higienizar-se, tomar banho, controlo intestinal e urinário, capacidade para mentalmente apreender a situação, orientar-se no tempo, espaço e local e orientar-se na gestão terapêutica. Cada item é avaliado numa escala entre 0-3, refletindo o nível de independência do paciente, sendo que 0 significa total dependência, 1 parcial dependência, 2 capaz de fazer, mas com ajuda de dispositivo e 3 independente.⁽¹³⁾

Com a implementação do diário *My Admission and Discharge* melhorou-se a comunicação entre profissionais, possibilitando a continuidade dos cuidados, com base nos registos efetuados sobre o episódio de doença daquele paciente. O *Multidisciplinary Record* permitiu identificar as dificuldades a enfrentar para alcançar melhores resultados no tratamento e cuidados de reabilitação para o paciente.⁽¹³⁾

Os autores deste instrumento alertam contudo, para algumas limitações do instrumento, designadamente as constantes mudanças nos profissionais de saúde, anexo à sua falta de experiência em desenvolver investigação qualitativa orientada para o processo, bem como os resultados produzidos ao longo da investigação nem sempre serem possíveis de medir em termos quantitativos.⁽¹³⁾

Para além dos instrumentos apresentados, noutra estudo com pacientes do foro ortopédico foi possível identificar algumas escalas de avaliação que podem auxiliar na avaliação inicial. São elas: Escala de Barthel para avaliação do nível de dependência funcional, Índice de Co-morbidade de Charlson para cálculo da carga de co-morbidades da pessoa e o Teste Mental Abreviado de Hodkinson para avaliação da função cognitiva.⁽⁴⁾

Deste estudo constatou-se que 50 dos 453 pacientes analisados tiveram uma internação superior a 28 dias. Tratavam-se de pacientes maioritariamente idosos, 78% deles com morbididades, dos

quais 40% apresentavam três ou mais patologias associadas. Somente 12% dos pacientes avaliados não apresentavam qualquer alteração da sua função cognitiva.⁽⁴⁾ A existência de morbidades representa um risco para a saúde da pessoa, propiciando o desenvolvimento de incapacidades e consequente diminuição da longevidade.⁽¹⁸⁾

Desta análise concluiu-se que os principais fatores relacionados com o prolongamento do tempo de internação foram as questões sociais em 66% dos pacientes, a destacar a falta de cuidador no domicílio, a falta de vaga em lar e a falta de condições de segurança em casa; e o processo infeccioso sepsis em 28%.⁽⁴⁾ Este último fator corresponde a um importante problema de saúde da população. Segundo um estudo brasileiro realizado numa enfermaria de geriatria, o diagnóstico risco para infecção foi identificado em 100% desta população. Isto porque a hospitalização predispõe o idoso a infecções cruzadas, para além dos procedimentos invasivos a que é exposto, sendo o risco de adquirir infecções elevado.⁽¹⁹⁾

São vários os princípios a ter em consideração na alta hospitalar, como o holismo e cuidado centrado no paciente, a abordagem interdisciplinar, a prevenção, a evolução do paciente e a prática baseada na evidência.⁽¹⁴⁾

Analisando de uma forma global os diferentes instrumentos verifica-se que existem aspetos comuns na avaliação, a destacar a função cognitiva, o nível de dependência nas atividades de vida diárias e a mobilidade. A idade e o apoio social são avaliados na escala BRASS, 4-Score e CAAST. Podemos concluir que estes instrumentos se focam predominantemente na capacidade do paciente para o autocuidado, na sua idade e patologias associadas. De seguida apresenta-se um quadro com o resumo das principais características de cada instrumento (Quadro 1).

Aprofundando a pesquisa relativamente ao recurso dos profissionais a estes instrumentos verificou-se que o BRASS corresponde ao mais utilizado pelas instituições nos diferentes países nos dias de hoje. Para além da aplicabilidade e estudos desenvolvidos já referidos, designadamente na Holanda, verificou-se a sua implementação

Quadro 1. Resumo das principais características dos instrumentos

INSTRUMENTOS	CAAST	4-SCORE	BRASS	MULTI. RECORD
Foco	Causas sociais	Causas sociais	Identificação de necessidade de planeamento de alta complexo.	Metodologia multidisciplinar de alta preventiva.
Número de parâmetros de avaliação	5 parâmetros	4 parâmetros	10 parâmetros	2 ferramentas: <i>Multidisciplinary Record</i> - 18 parâmetros; <i>My Admission and Discharge</i>
Score final	0-10	0-4	0-40	0-54
Momento da avaliação	Avaliação na admissão	Avaliação na urgência	Avaliação na admissão	Avaliação na admissão
Conclusões	Scores elevados requerem intervenção do assistente social. Índice associado à mortalidade e dias sociais de internação.	Scores baixos vivenciam menos situações de dias sociais ou com menor duração. Índice associado à mortalidade e tempo total de internação.	Scores elevados relacionados com idade e dias de prolongamento do tempo de internação. Índice preditor de pacientes que não têm como destino pós-alta o domicílio.	Melhoria da comunicação entre profissionais. Identificação das dificuldades a enfrentar para alcançar melhores resultados no tratamento e cuidados de reabilitação.
Limitações	Avaliação de dia social subjetiva. Necessidade de anexar mais variáveis.	Testar o instrumento em diferentes contextos clínicos.	Baixa sensibilidade. Avaliação da eficácia das informações obtidas.	Mudanças nos profissionais e falta de experiência em investigação qualitativa orientada para o processo. Resultados não mensuráveis quantitativamente.

em hospitais de Itália^(20,21) e do Canada,⁽²²⁾ assim como em pacientes internados em Unidades de Cuidados Intensivos.⁽²³⁾ A aplicação deste instrumento nos hospitais italianos permitiu inclusive, obter dados importantes para o cálculo do risco de prolongamento de internação, prevenindo ou diminuindo a ocorrência de problemas após a alta, bem como da mortalidade hospitalar.⁽²¹⁾

Concluída esta revisão os autores têm noção de algumas limitações possíveis. O protocolo de pesquisa definido, com os descritores apresentados, resulta num conjunto de resultados, que podem delimitar o campo de pesquisa, omitindo alguns estudos relevantes para esta análise, resultantes de outras definições de pesquisa. De forma a colmar esta possível limitação os autores consultaram as referências bibliográficas dos documentos selecionados, no sentido de abranger mais literatura pertinente para esta análise.

Conclusão

O estado da arte mostra existirem 4 instrumentos de avaliação de risco de prolongamento do tempo de internação: CAAST, *4-Score*, BRASS e *The Multidisciplinary Record*. O instrumento CAAST e o *4-Score* focam-se no prolongamento de internação por causas sociais, o BRASS identifica três níveis de risco de internação prolongada, salientando a importância do planejamento da alta, e o *Multidisciplinary Record* apresenta uma metodologia interdisciplinar de alta preventiva. Para estes fins, todos eles focam-se na avaliação da função cognitiva, do nível de dependência nas atividades de vida diárias e da mobilidade. A idade e o apoio social são avaliados na escala BRASS, *4-Score* e CAAST. De um modo geral, podemos concluir que estes instrumentos se focam predominantemente na capacidade do paciente para o autocuidado, com base também na idade e nas patologias associadas. Desta forma procura-se diminuir os casos de prolongamento do tempo de internação, concomitantemente com os custos associados e os riscos para a saúde e bem estar do paciente, promovendo-se um cuidado preventivo, centrado na pessoa e baseado na evidência científica. Visto ter-se verificado tratar-se de um tema pouco pesquisado nos últimos anos, e dada a sua pertinência nos dias de hoje, sugere-se a sua investigação mais aprofundada, com novos protocolos de pesquisa para a possível inclusão de novos estudos e identificação de mais instrumentos. Conhecendo e relacionando as causas associadas ao prolongamento do tempo de internação hospitalar com os vários instrumentos existentes para avaliação desse risco é possível a construção ou adaptação de ferramentas para as diferentes realidades existentes. Apostar numa metodologia preventiva desta problemática procura-se promover a melhoria dos cuidados, prestando-se bons cuidados de saúde à população, de forma atempada, minimizando-se situações problemáticas.

Agradecimentos

As autoras gostariam de agradecer à Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da

Saúde de Lisboa, Portugal pelo financiamento no processo de submissão do artigo intitulado “Avaliação do risco de prolongamento do tempo de internação hospitalar: scoping review” à Acta Paulista de Enfermagem.

Referências

1. Brasil. Diário da República. Portaria no. 207/2017 de 11 de julho [Internet]. 2017 [citado 2018 Jul 17]; Diário da República n.º 132/2017, Série I de 2017-07-11. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/107669157/details/maximized>
2. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Hospital discharge rates [indicator]. Paris: OECD; 2017. [Internet]. <https://doi.org/10.1787/5880c955->
3. Bryan K, Gage H, Gilbert K. Delayed transfers of older people from hospital: causes and policy implications. *Health Policy*. 2006;76(2):194–201.
4. Rambani R, Okafor B. Evaluation of Factors Delaying Discharge in Acute Orthopedic Wards: a Prospective Study. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2008;34(1):24–8.
5. Majeed MU, Williams DT, Pollock R, Amir F, Liam M, Foong KS, et al. Delay in discharge and its impact on unnecessary hospital bed occupancy. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(1): 410–6.
6. Evans DB, Elovainio R, Humphreys G, Chisholm D, Kutzin J, Russell S, et al. Relatório Mundial da Saúde – financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Lisboa: Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. [Internet]. 2011. [citado 2019 Jan 22]. Disponível em: https://www.cplp.org/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiler%2F1_CPLP%2FSaude%2FRelat%2FC3%B3rio-Mundial-de-Saude-Financiamento-Sistemas-Saude.pdf
7. DeCoster C, Roos NP, Carrière KC, Peterson S. Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review. *CMAJ*. 1997;157(7):889–96.
8. Silva SA, Valácio RA, Botelho FC, Amaral CF. Fatores de atraso na alta hospitalar em hospitais de ensino. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(2):314-21.
9. Peters MD, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute; 2017. Chapter 11.
10. Glass RI, Weiner MS. Seeking a social disposition for the medical patient: CAAST, a simple and objective clinical index. *Med Care*. 1976;14(7):637–41.
11. Glass RI, Mulvihill MN, Smith H Jr, Peto R, Bucheister D, Stoll BJ. The 4 score: an index for predicting a patient's non-medical hospital days. *Am J Public Health*. 1977;67(8):751–5.
12. Blaylock A, Cason CL. Discharge planning predicting patients' needs. *J Gerontol Nurs*. 1992;18(7):5–10.
13. Olsen L, Wagner L. From vision to reality: how to actualize the vision of discharging patients from a hospital, with an increased focus on prevention. *Int Nurs Rev*. 2000;47(3):142–56.

14. Mistiaen P, Duijnhouwer E, Prins-Hoekstra A, Ros W, Blaylock A. Predictive validity of the BRASS index in screening patients with post-discharge problems. *Blaylock Risk Assessment Screening Score*. *J Adv Nurs*. 1999;30(5):1050–6.
15. Cunic D, Lacombe S, Mohajer K, Grant H, Wood G. Can the Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) predict length of hospital stay and need for comprehensive discharge planning for patients following hip and knee replacement surgery? Predicting arthroplasty planning and stay using the BRASS. *Can J Surg*. 2014;57(6):391–7.
16. Borges C, Silva M, Clares J, Bessa M, Freitas M. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(4):318–22.
17. Pompeo D, Pinto M, Cesarino C, Araújo R, Poletti N. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(3):345–50.
18. Rodrigues R, Scudeller P, Pedrazzi E, Schiavetto F, Lange C. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):643–8.
19. Sakano L, Yoshitome A. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(4):495–8.
20. Cammilletti V, Forino F, Palombi M, Donati D, Tartaglino D, Di Muzio M. BRASS score and complex discharge: a pilot study. *Acta Biomed*. 2018;88(4):414–25.
21. Dal Molin A, Gatta C, Derossi V, Guazzini A, Cocchieri A, Vellone E, et al. Hospital discharge: results from an Italian multicenter prospective study using Blaylock Risk Assessment Screening Score. *Int J Nurs Knowl*. 2014;25(1):14–21.
22. Hodgins MJ, Logan SM, Fraser JM, Buck DM, Stack BD. Clinical utility of scores on the Blaylock Risk Assessment Screen (BRASS): an analysis of administrative data. *Appl Nurs Res*. 2018;41:36–40.
23. Chaboyer W, Kendall E, Foster M. Use of the 'BRASS' to identify ICU patients who may have complex hospital discharge planning needs. *Nurs Crit Care*. 2002;7(4):171–5.