CÂMARA TÉCNICA

PARECER COREN-SP Nº 009/2021

Ementa: Competência para aplicação e avaliação de escalas, escores e índices pediátricos na equipe de enfermagem

1. Do fato

Questiona-se sobre a possibilidade de técnicos e auxiliares de enfermagem aplicarem certas escalas, escores e índices que já são aplicadas por enfermeiros e que são utilizadas na faixa pediátrica, sendo elas:

- Escore Pediátrico de Alerta Precoce de Brighton (BPEWS)
- Escore de acesso intravenoso difícil (DIVA)
- Índice de Steward
- Escala de Quedas de Humpty Dumpty
- Escala analógico-visual
- Escala Verbal/Numérica
- Escala de Faces Revisada (FPS-R)
- Escala FLACC
- Escala de Dor no Recém-Nascido (NIPS)

2. Da fundamentação e análise

Os Escores Pediátricos de Alerta Precoce (PEWS) são instrumentos que visam identificar precocemente a deterioração clínica de pacientes pediátricos. Ou seja, são escalas que têm como objetivo preparar a equipe quanto à possibilidade de uma criança necessitar cuidados de urgência. Um destes PEWS é o Escore Pediátrico de Alerta Precoce de Brighton (*Brighton Paediatric Early Warning Score* – BPEWS), publicado em 2005 por um enfermeiro da Universidade de Brighton. O BPEWS leva em consideração três avaliações: neurológica, cardiovascular e respiratória. A pontuação varia de 0 a 13 pontos, com valores mais altos

representando maior risco de deterioração clínica. A parte neurológica do BPEWS consiste na avaliação do estado de consciência; a parte cardiovascular leva em consideração o tempo de enchimento capilar, a coloração da pele e a frequência cardíaca; a parte respiratória envolve a aferição da frequência respiratória, do uso de musculatura respiratória e do uso de suplementação de oxigênio. Uma avaliação adicional considera o uso de nebulização e a presença de vômito persistente (MIRANDA *et al.*, 2016). Com base no resultado do BPEWS, a equipe de saúde pode tomar medidas antecipadas para evitar a ocorrência de eventos adversos graves, como vigilância clínica mais criteriosa ou uso preventivo de intervenções (CHAPMAN; GROCOTT; FRANCK, 2010).

O Escore de acesso intravenoso difícil (*Difficult Intravenous Access Score* – DIVA) é um instrumento desenvolvido para quantificar a dificuldade de estabelecer a punção intravenosa periférica em um dado paciente pediátrico. Mais especificamente, o DIVA estima a probabilidade de haver falha na primeira tentativa de estabelecer a punção intravenosa periférica. Ele é composto por cinco variáveis: visibilidade da veia, palpabilidade da veia, idade do paciente, prematuridade do paciente (o fato do paciente ter nascido pré-termo, independentemente da idade atual) e tonalidade da pele do paciente. Cada variável possui um valor numérico,que é somado ao final. Escore acima de 4 pontos indica uma chance 50% maior de haver falha na primeira tentativa de punção intravenosa periférica. O escore pode ser utilizado para avaliar a necessidade de aplicar estratégias de auxílio à punção que seriam custosas demais para serem realizadas em todos os casos, mas que apresentariam vantagens em casos de punção difícil (RIKER *et al.*, 2011). Pode orientar, também, a convocação de profissionais mais habilidosos para realizar o procedimento, ou a passagem de dispositivos permanentes de acesso.

O Índice de Steward é uma escala inspirada pelo Escala de Apgar e tem como objetivo avaliar a situação de um paciente após o fim de uma anestesia, tanto as que envolvem sedação quanto as que envolvem bloqueio regional, sendo utilizada também na população pediátrica. O objetivo é determinar se o paciente pode ser transferido para a unidade de destino ou se necessita de mais tempo sob observação.

A avaliação deve ser feita imediatamente na chegada à sala de recuperação anestésica periodicamente até que o paciente tenha condições pela própria escala de ser transferido para a unidade de internação (enfermaria, UTI etc.).Conta com apenas três itens e o escore varia de 0 a 6. Os itens avaliados são o padrão respiratório, nível de consciência e movimentação voluntária. As avaliações são mais frequentes no início da recuperação e mais espaçados ao final, visto que o maior risco está no período inicial (STEWARD, 1975).

A Escala de Quedas de Humpty Dumpty (*Humpty Dumpty Falls Scale*) é um instrumento que permite prever o risco de queda de um paciente pediátrico. Leva em consideração sete fatores: idade, sexo, diagnóstico (se a criança possui alguma doença neurológica, alterações de oxigenação ou distúrbios psiquiátricos ou de comportamento), prejuízo cognitivo, fatores ambientais (relacionados ao local de internação, como uso de berços sem grades), realização de sedação nas últimas horas e uso de medicamentos que podem contribuir para quedas. Cada fator recebe um valor de acordo com sua resposta e os totais são somados, variando de 7 a 23 pontos. Valores entre 7-11 exigem protocolo de baixo risco de queda, que já é realizado para os demais pacientes, enquanto acima de 12 necessitam de protocolo de alto risco, como acompanhamento ao paciente sempre que ele deambular (HILL-RODRIGUEZ *et al.*, 2009).

As escalas de dor têm como objetivo quantificar e avaliar a presença de dor em um paciente e são instrumentos muito utilizados na prática clínica. Para fins didáticos, as escalas de dor podem ser divididas em dois tipos: as escalas unidimensionais e as escalas multidimensionais (SOUSA, 2002). As unidimensionais avaliam meramente a intensidade da dor, por exemplo as escalas analógico-visual e numérica/verbal. Já as multidimensionais avaliam também demonstrações físicas e emocionais à dor, envolvendo uma análise mais criteriosa do paciente.

Escalas unidimensionais

A escala analógico-visual consiste na apresentação de uma linha, por vezes colorida, com uma numeração de 0 a 10. O profissional pede que o paciente aponte

o número que melhor representa a intensidade de sua dor, sendo que o 0 representa ausência de dor e 10 dor extrema. A escala numérica/verbal é ainda mais rápida e simples, em que o profissional pergunta ao paciente se em uma escala de 0 a 10, sendo 0 ausência de dor e 10 a pior dor que já sentiu, qual seria o grau de sua dor.

A Escala de Faces Revisada (*Faces Pain Scale – Revised* - FPS-R) é uma revisão da Escala de Faces elaborada por Bieri *et al.* em 1990, uma escala de dor. A escala original era composta por sete imagens de rostos, cada um com uma expressão facial específica de dor e um número associado. A face 1 representava a ausência de dor com um pequeno sorriso, enquanto a face 7 representava a dor máxima com uma face contorcida em dor. A criança identifica o rosto que representa a dor que sente naquele momento, substituindo assim o uso da escala analógica utilizada no adulto, que tem interpretação mais difícil (BIERI *et al.*, 1990). Porém, por ser composta por sete faces tinha difícil correlação com a escala analógica utilizada no adulto (SILVA; THULER, 2008). Por isso, foi desenvolvida a versão revisada (FPS-R) em 2001 por Hicks *et al.* Essa escala é composta por seis rostos, começando com o 0 e chegando até o 10 (só existem números pares), que podem ser transferidos para a escala analógica facilmente, com a qual tem grande validade (HICKS *et al.*, 2001). Funciona da mesma maneira que a original, com a criança escolhendo a face com que identifica a sua dor.

Escalas multidimensionais

A Escala FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) é uma escala de dor projetada para uso em pacientes pediátricos, de 2 meses à 18 anos. Consiste na avaliação dos cinco elementos apresentados em seu nome: expressão facial, movimentação das pernas, agitação, choro e consolabilidade (se é possível confortar a criança). Cada item recebe um valor de 0 a 2, sendo que o valor 10 representa o maior grau de dor, e o 0 a ausência de dor (SILVA; THULER, 2008). É utilizada para interpretar um fenômeno subjetivo, a dor, em uma informação que pode ser transmitida mais eficientemente entre os profissionais da equipe. Também tem como utilidade avaliar a dor em pacientes pequenos demais para relatar a sensação

dolorosa. De fato, a Escala FLACC demonstrou importante correlação com a dor autorreferida por crianças antes e depois da analgesia por medicação (SILVA; THULER, 2008). Assim, pode ser usada para orientar o uso de analgésicos pela equipe de saúde e avaliar a resposta adequada ao tratamento. Também apresenta boa correlação com a Escala de Faces Revisada (WILLIS *et al*., 2003).

Outra escala de dor na faixa pediátrica é a Escala de Dor no Recém-Nascido (*Neonatal Infant Pain Scale* – NIPS). Desenvolvida em 1993 por Lawrence *et al*., é aplicada em crianças com até 7 anos de idade. Ela é semelhante à escala FLACC, porém também é validada para uso em neonatos. Avalia seis parâmetros: expressão facial, choro, grau de relaxamento das pernas, grau de relaxamento dos braços, padrão respiratório e estado de alerta (LAWRENCE *et al.*, 1993). Cada item recebe uma pontuação de 0 a 1, exceto pelo choro, que varia de 0 a 2. Assim, a escala varia de 0 a 7 pontos, com pontos mais altos representando mais dor. Seu objetivo é avaliar a dor em um paciente que não pode referi-la, servindo como sinal de alerta para condições que gerem desconforto no neonato, mas que não necessariamente podem ser vistas com facilidade pelo profissional da saúde devido às características inerentes a esta faixa etária.

O Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem 7.498/86, estabelece que:

> [...]
> Art. 8º Ao Enfermeiro incumbe:
> I – privativamente:
> [...]
> g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
>
> h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões mediatas;
> [...]
> II – como integrante da equipe de saúde:
> [...]
> b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde [...] (BRASIL, 1986;1987).

Em relação aos profissionais de nível médio, técnico e auxiliar de enfermagem, a referida Lei traz que:

> [...]
> Art. 12 O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:
> Art. 13 O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem, sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processo de tratamento, cabendo-lhe especialmente:
> [...]
> Art. 15. As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro [...] (BRASIL, 1986; 1987).

Além disso, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem estabelece:

> [...]
> CAPÍTULO II – DOS DEVERES
> [...]
> Art. 24 Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.
> [...]
> Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.
> [...]
> Art. 59 Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.
> [...]
> CAPÍTULO III – DAS PROIBIÇÕES
> [...]
> Art. 62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade [...] (CONSELHO FEDERAL DE

ENFERMAGEM, 2017).

Por fim, a Resolução Cofen nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem, define:

> [...]
> Art. 4º Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.
>
> Art. 5º O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro [...] (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

3. Da conclusão

Considerando o exposto na Resolução Cofen nº 358/2009, conclui-se que escores, escalas e índices que envolvam diagnósticos de enfermagem e prescrição de intervenções de enfermagem competem somente ao enfermeiro.

Com relação à aplicação e avaliação dos escores, índices e escalas acima elencados orienta-se que:

- **Escore Pediátrico de Alerta Precoce de Brighton (BPEWS) -** sua aplicação compete privativamente ao enfermeiro, visto que envolve a avaliação clínica do paciente, como estado de consciência e padrão respiratório;
- **Índice de Steward** - compete ao enfermeiro por envolver avaliação depadrão respiratório, nível de consciência e padrão de movimentação;
- **Escala de Quedas de Humpty Dumpty** – deve ser aplicada privativamente

pelo enfermeiro, pois a avaliação de prejuízo cognitivo é de maior complexidade e requer conhecimento científico específico.

- Escalas de dor multidimensionais **(FLACC e NIPS)** – devem ser aplicadas exclusivamente pelo enfermeiro, justamente por envolverem avaliação clínica.
- Escalas de dor unidimensionais (**analógico-visual, verbal/numérica e de Faces Revisada**) - podem ser aplicadas também por técnicos e auxiliares de enfermagem, por não envolverem avaliação clínica.
- **Escore de acesso intravenoso difícil (DIVA)** - pode ser aplicado também por técnicos e auxiliares de enfermagem, já que envolve análise de critérios mais objetivos. Porém, ressalta-se que a conduta a ser tomada com base no resultado do escore compete ao enfermeiro;

É o parecer.

Referências

BIERI, D. *et al.* The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. **Pain**, 41, n. 2, p. 139-150, May 1990. Disponível em https://journals.lww.com/pain/Abstract/1990/05000/The_faces_pain_scale_for_the_self_assessment_of.3.aspx. Acesso em 15 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13.7.1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5905.htm. Acesso em 8 fev. 2021.

_____. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil _03/leis/l7498.htm. Acesso em 8 fev. 2021.

_____. Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, 21 set. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm. Acesso em 8 fev. 2021.

CHAPMAN, S. M.; GROCOTT, M. P.; FRANCK, L. S. Systematic review of paediatric alert criteria for identifying hospitalised children at risk of critical deterioration. **Intensive Care Med**, 36, n. 4, p. 600-611, Apr 2010. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK79248/. Acesso em 15 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 358/2009. Dispõe

sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 2 mar. 2021.

_____. Resolução Cofen nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em 8 fev. 2021.

HICKS, C. L. *et al.* The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. **Pain**, 93, n. 2, p. 173-183, Aug 2001. Disponível em https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304395901003141. Acesso em 15 abr. 2021.

HILL-RODRIGUEZ, D. *et al.* The Humpty Dumpty Falls Scale: a case-control study. **J Spec Pediatr Nurs**, 14, n. 1, p. 22-32, Jan 2009. Disponível em https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1744-6155.2008.00166.x Acesso em 15 abr. 2021.

LAWRENCE, J. *et al.* The development of a tool to assess neonatal pain. **Neonatal Netw**, 12, n. 6, p. 59-66, Sep 1993. Disponível em https://europepmc.org/article/med/8413140. Acesso em 15 abr. 2021.

MIRANDA, J. O. *et al.* Translation and adaptation of a pediatric early warning score. **Rev Bras Enferm**, 69, n. 5, p. 888-896, Sep-Oct 2016. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500888&lng=en&nrm=iso/&tlng=en. Acesso em 15 abr. 2021.

RIKER, M. W. *et al.* Validation and refinement of the difficult intravenous access score: a clinical prediction rule for identifying children with difficult intravenous access. **Acad Emerg Med**, 18, n. 11, p. 1129-1134, Nov 2011. Disponível em

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1553-2712.2011.01205.x.Acesso em 15 abr. 2021.

SILVA, F. C.; THULER, L. C. Cross-cultural adaptation and translation of two pain assessment tools in children and adolescents. **J Pediatr (Rio J)**, 84, n. 4, p. 344-349, Jul-Aug 2008. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0021-75572008000400010&script=sci_arttext&tlng=en Acesso em 15 abr. 2021.

SOUSA, F. A. Dor: o Quinto Sinal Vital. **Rev Lat Am Enfermagem**, 10, n. 3, p. 446-447, May-Jun 2002. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300020. Acesso em 15 abr. 2021.

STEWARD, D. J. A simplified scoring system for the post-operative recovery room. **Can Anaesth Soc J**, 22, n. 1, p. 111-113, Jan 1975. Disponível em https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF03004827.pdf. Acesso em 8 fev. 2021.

WILLIS, M. H. *et al.* Behavioral Pain Assessment Scale: a comparison with the child's self-report. **Pediatr Nurs**, 29, n. 3, p. 195-198, May-Jun 2003. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/10681777_FLACC_Behavioral_Pain_Assessment_Scale_A_comparison_with_the_child's_self-report. Acesso em 15 abr. 2021.

São Paulo, 19 de abril de 2021.

Câmara Técnica

(Aprovado na reunião de Câmara Técnica em 14 de abril de 2021)
(Homologado na 1162ª Reunião Ordinária Plenária em 22 de abril de 2021)