



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

CÂMARA TÉCNICA

PARECER COREN-SP 008/2018

Ementa: Aplicação de escalas (EAPM/MEWS, SAS, EDIMBURGO, GLASGOW, *DELIRIUM*) por profissionais de Enfermagem.

1. Do fato

Enfermeiros questionam a qual profissional de Enfermagem compete a aplicação da Escala de Alerta Precoce Modificada (EAPM) ou MEWS, Escala de Sedação (SAS), Escala de Edimburgo na Depressão Pós-Parto (DPP), Escala de Glasgow, Escala de *Delirium*.

2. Da fundamentação e análise

A Escala de Alerta Precoce Modificada (EAPM) ou MEWS em inglês, é uma escala baseada em parâmetros simples que indicam o quão desviado dos parâmetros fisiológicos um paciente pode estar. Está relacionada com mortalidade e pode ter seus valores alterados até 72 horas antes da admissão em UTI. Não substitui o julgamento clínico, mas funciona como sinal de alerta e pode direcionar mais precocemente atenção. A MEWS utiliza cinco parâmetros vitais ou fisiológicos: nível de consciência (SNC); frequência cardíaca (FC); pressão arterial sistólica (PAS); frequência respiratória (FR); e temperatura (temp.). Valores ≥ 3 implicam em uma avaliação e revisão do paciente pelo Enfermeiro.

A Escala de MEWS é uma ferramenta cujo objetivo é facilitar a comunicação



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

entre as equipes de Enfermagem e Médica quando a deterioração do estado do paciente se torna aparente no gráfico de observações. Nesta situação, quando necessário, há possibilidade de intervenção precoce, de modo a evitar a transferência do paciente para unidades de cuidados intensivos e, ainda, caso a transferência seja inevitável, garantir que ocorra sem demora. (ROCHA; NEVES, VIEGAS, 2016). De acordo com a pontuação alcançada nessa escala, há a necessidade de avaliação do Enfermeiro.

A administração de analgesia e sedação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é feita para melhorar o conforto e a segurança dos pacientes. Porém, a administração contínua de sedativos prolonga o tempo de ventilação mecânica e a permanência em UTI. Esses efeitos adversos podem ser reduzidos mediante a definição clara dos objetivos em associação com um protocolo de sedação (NAMIGAR et al., 2017).

As Escalas de sedação ou *Sedation Agitation Scale* (SAS) são utilizadas para direcionar os protocolos de sedação em Unidades de Terapia Intensiva, sendo apenas uma das etapas da avaliação do paciente. Segundo Mendes et al. (2008), o escore para avaliação do nível de sedação mais utilizado atualmente, foi proposto por Ramsay et al. em 1974 e baseia-se em critérios puramente clínicos para classificar o nível de sedação, seguindo a numeração de 1 a 6 para graduar de ansiedade, agitação ou ambas, até coma irresponsivo. Por suas características, o escore de Ramsay aproxima-se do ideal esperado para uma escala de sedação: as definições são simples e intuitivas, o que garante um fácil aprendizado, pode ser aplicado à beira do leito de forma simples e rápida, e possui sensibilidade e especificidade suficientes para ser considerado padrão de referência entre os escores de sedação existentes.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

As Escalas de Avaliação de Sedação, Agitação e/ou Despertar do doente crítico, devem ser aplicadas pelo Enfermeiro devido à necessidade de cuidados de maior complexidade técnica perante o resultado obtido.

A Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* - EPDS) é um dos instrumentos de triagem mais utilizados para facilitação da identificação e tratamento dos quadros de Depressão Pós-Parto (DPP). Desde seu desenvolvimento, a EPDS foi adaptada e validada em diversos países, incluindo o Brasil. É uma escala auto-aplicável, constando de dez itens, divididos em quatro níveis de graduação (0 a 3). A EPDS mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Sua aplicação é rápida e simples, podendo ser utilizada por profissionais da área de saúde (FIGUEIRA; et al., 2009).

A Escala de Coma de Glasgow (ECG) define o nível de consciência mediante a observação do comportamento, baseando-se em um valor numérico. É o sistema de pontuação mais utilizado internacionalmente para avaliação de pacientes comatosos em cuidados intensivos. Desenvolvida por Teasdale e Jennett (1974), na Universidade de Glasgow, foi criada para padronizar as observações clínicas de adultos com TCE em estado grave, com alterações da consciência.

A Escala de Coma de Glasgow foi elaborada para propor uma análise da clínica e do nível de consciência de cada indivíduo relacionando a possibilidade da avaliação com o dano cerebral, sendo sua aplicação rápida, de fácil compreensão e permitindo a concordância entre os avaliadores. Apesar da importância das escalas, deve-se levar em consideração que instrumentos para avaliar algo tão complexo quanto o nível de consciência apresentam limitações, as quais devem ser evidenciadas, como a discordância no escore de um mesmo paciente que ocorre



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

quando a escala é aplicada por diferentes profissionais, ou, ainda, o fato de que as escalas analisam vários parâmetros e apresentam como resultado final, um escore total formado pela soma dos mesmos. Conseqüentemente, um mesmo escore total pode refletir situações clínicas distintas, que devem ser interpretadas pelos profissionais que a aplicam, sendo necessária a realização de um minucioso exame físico. Outro fato a ser considerado é que os itens de uma escala e sua valoração não podem refletir de forma fidedigna, em todas as situações, as funções alteradas relativas à consciência (SUGIURA et al., 1992).

O *delirium* constitui uma alteração neuropsiquiátrica aguda ou subaguda, que afeta a consciência e, geralmente, está acompanhado por algum grau de distúrbio do estado de despertar. Apresenta manifestações, tais como diminuição da atenção e alterações secundárias das funções cognitivas, entre elas percepção, memória, orientação e raciocínio, além de comprometimento do ciclo sono-vigília e transtornos emocionais (depressão, ansiedade, medo, irritabilidade, euforia, apatia) (CARVALHO et al., 2013).

O monitoramento do *delirium* é realizado utilizando ferramentas para medir a qualidade e profundidade da sedação, respectivamente em pacientes adultos em ambientes de terapia intensiva. O Método de Avaliação de Confusão para Unidades de Terapia Intensiva: *Confusion Assessment Method for ICU - CAM-ICU* e a Escala de Sedação-Agitação: *Sedation-Agitation Scale – SAS* (descrita anteriormente) são amplamente utilizadas para esse fim. Em 1980, a ferramenta denominada *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit (CAM-ICU)* surgiu como uma estratégia de diagnóstico do *delirium*. Em 2001, *Confusion Assessment Method for ICU - CAM-ICU*, foi adaptada para a avaliação de pacientes graves intubados, sob VM em UTI. É composta por quatro itens: 1 - Início agudo, 2 - Distúrbio da atenção, 3 - Pensamento desorganizado e 4 - Alteração do nível de consciência. A avaliação



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

engloba a observação do padrão de resposta não verbal do paciente por meio da resposta a comandos simples, o reconhecimento de figuras pela aplicação do *Attention Screening Examination* (ASE), vigilância e respostas lógicas com sim ou não a perguntas simples.

A CAM-ICU é uma ferramenta diagnóstica validada, de alta sensibilidade e especificidade quando comparada com os critérios considerados padrão-ouro. Esta escala pode ser aplicada em pacientes não capazes de verbalizar sendo traduzida e validada em diversos idiomas, inclusive o português, permitindo, assim, um amplo emprego na prática clínica. (CABRAL et al., 2017).

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

[...]

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:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

[...] (BRASIL, 1986;1987).

Já em relação aos profissionais de nível médio, Técnico e Auxiliar de Enfermagem, a referida Lei traz como atividades, o seguinte:

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



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

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, grifo nosso).

O profissional de Enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética, conforme determina a Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017, do Conselho Federal de Enfermagem. Nesse sentido, 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).

Portanto, observamos que para avaliação do paciente por meio dos diversos instrumentos apresentados, é imperativo que o profissional tenha conhecimentos, habilidades e atitudes que garantam rigor técnico-científico e assistência embasada em evidência científica, a fim de prevenir potenciais complicações relativas ao procedimento e promover a segurança do paciente.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

3. Da conclusão

Ante o exposto, consideramos:

- Na aplicação da **Escala de Alerta Precoce Modificada (EAPM)** ou **Escala de MEWS**, entendemos que Auxiliares e Técnicos de Enfermagem podem aferir os sinais vitais e anotar os parâmetros, entretanto, compete privativamente ao Enfermeiro realizar a avaliação da pontuação da referida escala.

- As **Escalas de Avaliação de Sedação, Agitação e/ou Despertar** do doente crítico, devem ser aplicadas privativamente pelo Enfermeiro, no âmbito da equipe de Enfermagem, devido à necessidade da assistência de acordo com o resultado obtido.

- A **Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS)**, pode ser utilizada pelos profissionais de Enfermagem.

- No âmbito da Equipe de Enfermagem apenas o Enfermeiro deve aplicar a **Escala de Coma de Glasgow**, sendo que o mesmo deverá apresentar conhecimento e competência técnico/científica para tal.

- A **Escala de Monitoramento do Delirium** por meio dos Instrumentos CAM-ICU e a SAS, deve ser aplicada privativamente pelo Enfermeiro, no âmbito da equipe de Enfermagem, devido à necessidade da assistência de acordo com o resultado obtido.

Recomenda-se a elaboração de Protocolo Institucional com o intuito de padronizar condutas da equipe interdisciplinar e garantir a assistência de enfermagem segura, livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

imprudência (Artigo 45 da Resolução Cofen nº 564/2017).

Finalmente, ressaltamos a importância da aplicação do Processo de Enfermagem, garantindo a abordagem integral dos pacientes mediante a identificação das necessidades apresentadas e a qualidade do cuidado de enfermagem, conforme Resolução Cofen nº 358/2009.

É o parecer.

Referências

BARR, J. et al. Diretrizes para Prática Clínica da Gestão da Dor, Agitação e Delirium em Pacientes Adultos na Unidade de Terapia Intensiva. AMIB, 2013. Disponível em: <http://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/Clinical_Practice_Guidelines_for_the_Management_PT2.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html>. Acesso em: 27 ago. 2018.

_____. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 27 ago. 2018.

CABRAL, J.V.; ROCHA, R.T.; GOUVEIA, V.A.G. Diagnóstico de Delirium pelo Método de Avaliação da Confusão em Unidade de Cuidados Intensivos. Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. Jul/Dez 2017; 6(2):169-178. Disponível em: <



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/viewFile/2014/pdf>>.

Acesso em: 27 ago. 2018.

CARVALHO, J.P.; ALMEIDA, A.R.; GUSMAO-FLORES, D. Escalas de avaliação de delirium em pacientes graves: revisão sistemática da literatura. Rev Bras Ter Intensiva. 2013; 25(2):148-54. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00513.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 564, de 6 de novembro de 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: 27 ago. 2018.

_____. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 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://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 27 ago. 2018.

FIGUEIRA, P.; CORRÊA, H.; MALLOY-DINIZ, L.; ROMANO-SILVA, M. A. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. Rev. Saúde Pública, vol.43, supl.,1 São Paulo, Aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800012>. Acesso em: 27 ago. 2018.

MENDES, C.L.; VASCONCELOS, C.S.; TAVARES, J.S; Silvia Borges FONTAN, S.B.; FERREIRA, D.C.; DINIZ, L.A.C; ALVES, E.S.; VILLAR, E.J.M.;



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

ALBUQUERQUE, E.C.F.; SILVA, S.L.D. Escalas de Ramsay e Richmond são equivalentes para a avaliação do nível de sedação em pacientes gravemente enfermos. Rev. bras. ter. intensiva vol.20 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000400005>. Acesso em: 27 ago. 2018.

NAMIGAR, T.; SERAP, K; ESRAA, A.T.; ÖZGÜL, O.; CAN, O.A.A.; AYSEL, A.K.; ACHMET, A. Correlação entre a escala de sedação de Ramsay, escala de sedação-agitação de Richmond e escala de sedação-agitação de Riker durante sedação com midazolam-remifentanil. Rev Bras Anesthesiol. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v67n4/pt_0034-7094-rba-67-04-0347.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2018.

ROCHA, T.F.; NEVES, J.G.; VIEGAS, K. Escore de alerta precoce modificado: avaliação de pacientes traumáticos. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0906.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

SUGIURA, K. e cols. A importância dos diferentes níveis da Escala de Comando de Edimburgo 2 calculada a partir do resultado de pacientes neurocirúrgicos. Neurosurgery, v.31, n.6, p.1023-9, 1992.. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000160&pid=S0080-6234199700020001000008&lng=en>. Acesso em: 27 ago. 2018.

TEASDALE, G.; JENNETT, B. *Assessment of coma and impaired consciousness*. Lancet, v.13, n.7, p.81-3, 1974.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Simone Oliveira Sierra
COREN-SP 55.603-ENF
Relatora

Alessandro Lopes Andrighetto
COREN-SP 73.104-ENF
Revisor CTLN

Aprovado na 1058ª Reunião Ordinária Plenária, em 20 de setembro de 2018.