



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

CÂMARA TÉCNICA

PARECER COREN-SP Nº 009/2020

Ementa: Aplicação pelo enfermeiro de escalas de avaliação pré- operatória.

1. Do fato

Questiona-se se é possível o enfermeiro aplicar escalas de avaliação no período pré operatório, especialmente as escalas DASI, Rapaport SI, PMP Caprini, Ariscat, Gupta p, Delphi, Awol e risco cirúrgico global.

2. Da fundamentação e análise

A escala *Duke Activity Status Index* (DASI) é uma escala que avalia a capacidade funcional de pacientes. Esse instrumento, originalmente proposta na língua Inglesa, é um questionário com 12 itens para avaliar atividades da vida diária como “higiene pessoal, locomoção, tarefas domésticas, função sexual e recreação com os respectivos custos metabólicos”. Os itens têm pesos que são baseados no custo metabólico (MET), sendo que a pontuação final varia entre zero a 58,2 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor a capacidade funcional (COUTINHO-MYRRHA *et al.*, 2014).

Essa escala foi adaptada culturalmente para uso no Brasil por Coutinho-Myrrha e demais colaboradores e tem sido usada principalmente para avaliar pacientes com doenças cardiovasculares (DCV), como por exemplo, a doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, isquemia miocárdica e infarto. Segundo os autores:

[...]

Na prática clínica, o DASI pode ser usado para avaliar os efeitos dos tratamentos médicos e da reabilitação cardíaca e ainda para auxiliar



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

nas decisões clínicas. Em ensaios clínicos controlados, o DASI pode servir para avaliar intervenções e como um componente da avaliação do custo/benefício de um tratamento [...] (COUTINHO-MYRRHA *et al.*, 2014).

Assim, o questionário referido traduz a percepção dos respondentes sobre os itens propostos e pode ser aplicado por uma equipe multiprofissional da área da saúde.

A avaliação proposta por Samuel I Rapaport, em 1983, explicita que aplicar testes no pré-operatório é determinante para conhecer o estado clínico dos pacientes e obter a história de sangramento e o tipo de cirurgia planejada. Enfatiza que médicos e suas instituições devem desenvolver procedimentos padronizados para analisar a história de todos os pacientes no período pré-operatório (RAPAPORT, 1983).

Rapaport (1983) propõe 7 perguntas sobre história de sangramento dos pacientes e os classifica em 4 níveis de necessidades. Compreende-se que essas perguntas devem ser feitas pelo cirurgião na anamnese do paciente para que estabeleça os exames a serem solicitados no período pré operatório.

Quanto à escala de Caprini, trata-se de uma avaliação dos fatores de risco para tromboembolismo venoso, estabelecendo como baixo risco de 0 e 1 ponto; moderado risco de 2 pontos; alto risco de 3 e 4 pontos e altíssimo risco de 5 ou mais pontos. Esse modelo é amplamente utilizado em estudos e serve como referência para a adequação de profilaxia, principalmente para os pacientes de alto risco (OKUHARA, 2015).

Estudo realizado por Barp *et al.* (2017) ressalta ser fundamental que enfermeiros apliquem instrumentos de avaliação na realização do processo de enfermagem a pacientes hospitalizados com risco de perfusão tissular periférica ineficaz, pois assim contribuirá com a sistematização da assistência,



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

bem como à produção do conhecimento. Refere também que a escala de Caprini é um instrumento utilizado pelos enfermeiros para essa avaliação.

O *Assess Respiratory Risk in Surgical Patients in Catalonia* (ARISCAT) é uma ferramenta para estratificar riscos de complicações pulmonares para pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. O índice de risco ARISCAT tem sido usado para prever as incidências de complicações pulmonares e sua gravidade por meio de um escore com 7 independentes fatores de risco (idade avançada, baixa saturação de oxigênio, baixo nível de hemoglobina pré operatória, tipo de incisão cirúrgica, duração da cirurgia, história de infecção respiratória do trato inferior um mês antes da cirurgia e necessidade de cirurgia de emergência). A aplicação desse instrumento possibilita estabelecer um escore de risco com a taxa de complicações pulmonares: Risco baixo – menor que 26 pontos com 1,6% de complicação pulmonar; Risco Intermediário – de 26 a 44 pontos e 13,3% de complicação pulmonar; Risco alto – acima de 44 pontos com 42,1% de complicação pulmonar (KUPELI, *et al.*, 2017).

No que se refere à escala de Gupta, no ano de 2011, Gupta e colaboradores publicaram a derivação e validação de uma calculadora de risco para pacientes que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos nos Estados Unidos, em 2007. Os autores consideraram diversas variáveis clínicas associadas aos desfechos: infarto agudo do miocárdio e parada cardiorrespiratória. As maiores vantagens da utilização dessa escala são: estimativa global de risco (fatores clínicos e risco intrínseco da cirurgia); alto poder discriminatório; validada em um cenário clínico mais próximo da realidade atual; estimativa em porcentagem ao invés de faixas de risco o que facilita a comunicação entre as equipes e o compartilhamento de decisões entre os médicos e o paciente (GUPTA, *et al.*, 2011).

Estudo referente a escala de Gupta para complicações pulmonares ressalta que existem duas escalas, a primeira com o objetivo de prever a





Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

insuficiência respiratória e a segunda para prever pneumonia no período de 30 dias do pós-operatório (CASTILLO, *et al.*, 2019). Foi criada uma calculadora no link https://qxmd.com/calculate/calculator_245/gupta-perioperative-cardiac-risk, que possibilita conhecer o risco cardíaco no período pré-operatório.

No que se refere à escala de Awol, ela foi realizada com o objetivo desenvolver uma ferramenta simples, eficiente e com acurácia, para conhecer os fatores de risco para predição de delírio em pacientes adultos internados em hospitais, incorporando a idade, gravidade da doença e disfunção cognitiva pré-existente. Essa predição de risco pode ser usada para identificar pacientes e propor intervenções para prevenção de delírio. O número de fatores de risco para delírio incluem idade, disfunção cognitiva pré-existente, disfunção da visão e audição, deterioração, doenças graves, desidratação, anormalidades eletrolíticas, muitas medicações e abuso de álcool (DOUGLAS, *et al.*, 2013).

A utilização de escalas de avaliação de risco do idoso em condição perioperatória possibilita fundamentar os princípios da segurança do paciente, pois propicia ao enfermeiro realizar avaliação global, identificando fatores de risco e, por conseguinte, possibilitando a prevenção de complicações cirúrgicas (LOCKS, *et al.*, 2016).

A Sociedade Europeia de Anestesiologia (ESA) elaborou um *guideline* que foi traduzido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia, com autorização da ESA, sobre avaliação pré-operatória de adultos submetidos a cirurgia não-cardíaca eletiva. Esse *guideline* refere que a avaliação pré-operatória pode ser feita por um enfermeiro ou médico, no entanto, recomenda que seja interpretada por um anestesista. Cita duas revisões sistemáticas em que não há diferença qualitativa significativa entre as avaliações pré-operatórias feitas por enfermeiros e por médicos. Contudo, destaca que a legislação de alguns países europeus não permite que enfermeiros façam avaliações pré-operatórias. Assim, a recomendação do uso de enfermeiros em avaliações pré-





Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

operatórias se aplicaria a alguns países, mas não àqueles onde a legislação o impede (DE HERT, *et al.*, 2018).

As escalas apresentadas, além de serem utilizadas no trabalho da enfermagem no processo assistir/cuidar, também são utilizadas no processo investigativo, muito importante para a prática com base em evidências.

Conforme o disposto na Lei do Exercício Profissional compete aos Enfermeiros:

[...]

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente:

[...]

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

[...]

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição da assistência de enfermagem;

[...]

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

[...]

II – como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde (BRASIL, 1986).

A Resolução Cofen nº 564/2017 que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) destaca:

[...]

CAPÍTULO I – DOS DIREITOS

[...]

Art. 17 Realizar e participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, respeitando a legislação vigente.

[...]

CAPÍTULO II – DOS DEVERES

[...]

Art. 55 Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 56 Estimular, apoiar, colaborar e promover o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovados nas instâncias deliberativas [...] (COFEN, 2017).



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Ressaltando que a “Enfermagem é uma ciência, arte e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde” (COFEN, 2017).

Considerando a Resolução Cofen nº 358/2009 que 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, ressalta-se:

[...]

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 [...]
(CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

3. Da conclusão

A partir do exposto, conclui-se que a aplicação de instrumentos e escalas que avaliam o risco cirúrgico no pré operatório pode ser realizada pelo enfermeiro desde que se sinta seguro, capacitado, esteja contemplada em protocolo institucional, esteja inserida no processo de enfermagem e contribua para a sistematização da assistência de enfermagem.

Quando a utilização das escalas for destinada a pesquisas, é fundamental que sejam respeitados os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos.

Referências

BARP, M. *et al.* Cuidados de Enfermagem na prevenção do tromboembolismo venoso: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2018 [acesso em: 17



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

mar. 2020];20:v20a14. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.48735>.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm > . Acesso em: 18 mar. 2020.

CASTILLO, M. C. M. D. et al. Valoración preoperatoria en cirugía no cardíaca: un abordaje por pasos. **Gac Med Mex**. n. 155, p. 298-306, 2019. Available from < <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2019/gm193n.pdf>>. Access on 18 mar. 2020. DOI: 10.24875/GMM.18004492.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. 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 17 mar. 2020.

COUTINHO-MYRRHA, M. A. et al. *Duke Activity Status Index* em Doenças Cardiovasculares: Validação de Tradução em Português. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 102, n. 4, p. 383-390, 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000400009&lng=en&nrm=iso>. access on 17 mar. 2020. Epub Feb 17, 2014. <https://doi.org/10.5935/abc.20140031>.

DE HERT, et al. *Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery Updated guideline from the European Society of Anaesthesiology*. **Eur J Anaesthesiol**, v. 35, p. 407–465, 2018. Available from <file:///C:/Users/Owner/Downloads/Pre_operative_evaluation_of_adults_undergoing.2.pdf>. Acesso em 18 mar. 2020. DOI:10.1097/EJA.0000000000000817

DOUGLAS, V.C. et al. *The AWOL tool: derivation and validation of a delirium*





Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

prediction rule. Journal of Hospital Medicine, v. 8, n. 9, p. 483-489, 2013. Available from < <https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/pdfs/journals/jhm2062.pdf>>. Acesso em 19 mar. 2020.

GUPTA, K. *et al. Development and validation of a risk calculator for prediction of cardiac risk after surgery. Circulation*. V. 124, n. 4, p. 381-387, 2011. Available from <<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.015701>> Acesso em 18 mar. 2020.

KUPELI, E. *et al. American Society of Anesthesiologists Classification Versus ARISCAT Risk Index: Predicting Pulmonary Complications Following Renal Transplant. Experimental and Clinical Transplantation*. v. 15, n. 1, p. 208-213, 2017. Available from <http://ectrx.org/forms/ectrxcontentshow.php?doi_id=10.6002/ect.mesot2016.P89>. Acesso em 18 mar. 2020.

LOCKS, M. O. H. *et al. Assistência de enfermagem segura e qualificada: avaliação do risco cirúrgico no cuidado perioperatório ao idoso. Cogitare Enferm*, v. 21, n. 3, p.01-07, 2016. Disponível em <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45265/pdf>>. Acesso em 20 mar 2020.

OKUHARA, A. *et al. Incidência de trombose venosa profunda e estratificação dos grupos de risco em serviço de cirurgia vascular de hospital universitário. J. vasc. bras*. v. 14, n. 2, p. 139-144, 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492015000200139&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.0071>.



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

RAPAPORT, S. I. *Preoperative Hemostatic Evaluation: Which Tests, if Any? Blood*, v. 61, n. 2, 1983. Disponível em: <
<https://watermark.silverchair.com/229.pdf?>> Acessp em 17 mar. 2020.

Aprovado na Reunião da Câmara Técnica, em 26 de agosto de 2020.

Homologado na 1.132ª Reunião Plenária Ordinária.