

UTILIZAÇÃO DE ESCALAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lorena Alves Fiorenza¹; Adriana Dall'Asta Pereira²

RESUMO

Objetivo: relatar uma experiência vivenciada por uma acadêmica do oitavo semestre da graduação em enfermagem na disciplina de Estágio Curricular Supervisionado I, com a equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva, acerca da utilização de escalas na Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência. **Resultados:** Foram reformuladas a Escala de Coma de Glasgow, Escala de quedas de Morse, Escala de RASS, Escala de Braden e Behaviord Pain Scale para melhor visualização e interpretação. Ainda, foi criado um instrumento de controle diário das escalas para aplicação pelos enfermeiros no mínimo, uma vez ao dia. **Conclusão:** A utilização de escalas de avaliação na Unidade de Terapia Intensiva é de suma importância na prática clínica, principalmente na Sistematização da Assistência de Enfermagem. Os instrumentos elaborados foram bem aceitos por toda equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Cuidados Críticos, Segurança do Paciente, Educação em Enfermagem

Eixo Temático: Atenção Integral e Promoção à Saúde (AIPS)

1. INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma ciência e se baseia na prestação de assistência e cuidados. Dessa maneira, prevê o cuidado de forma integral e humanitária, seja na promoção de saúde, prevenção de agravos e na recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo (JANSEN; SILVA; MOURA, 2020). A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) possui o objetivo de recuperar e reabilitar o ser humano em estado grave, que necessita de cuidados especializados. Nesse setor, costuma-se encontrar pessoas imunossuprimidas, com doenças crônicas, desnutrição, em

¹ Autor/Apresentador – Universidade Franciscana – lorenafiorenzza@gmail.com

² Orientadora – Universidade Franciscana. Profª do Curso de Enfermagem. Drª em Ciências pela UNIFESP. Membro do GEPESSES - adrianadallasta@ufn.edu.br

processo de terminalidade, entre outras (ALMEIDA *et al.*, 2022).

Na UTI, a relação interprofissional, a condição crítica dos pacientes e recursos tecnológicos complexos, exigem da equipe de saúde, principalmente da enfermagem, conhecimentos diversos e estimula processos efetivos de trabalho na prestação dos cuidados. Nesse sentido, dentro da rede hospitalar, esse setor se configura como o mais complexo e exige uma organização e estruturação na assistência de enfermagem, trazendo à tona a necessidade do enfoque na qualidade dos serviços e na segurança do paciente e equipe de saúde (CARVALHO; BARCELOS, 2017).

A partir disso, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ser utilizada em todos os lugares em que há presença da equipe de enfermagem, pois se configura como um método que promove a organização do trabalho e possibilita a implementação do Processo de Enfermagem (PE). A utilização da SAE possibilita recursos técnicos, científicos e humanos, no intuito de melhorar a qualidade da assistência ao paciente e possibilitar a valorização da enfermagem como ciência na sociedade. Além disso, colabora com as ferramentas de gestão, como análises jurídicas, auditoria de contas e análise geral da qualidade da assistência prestada pelos enfermeiros (ALMEIDA *et al.*, 2022).

Considerando o descrito, entende-se que o PE é um método de trabalho exigido para que se tenha a operacionalização da SAE. A precursora desse método no Brasil, foi a enfermeira Wanda de Aguiar Horta, que propôs o PE em seis etapas, sendo elas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. Suas ideias e reflexões culminaram na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, publicada em 1979 e utilizada até os dias atuais por diversos enfermeiros em suas práticas cotidianas (CARVALHO; BARCELOS, 2017).

Nessa lógica, a SAE tem o objetivo reduzir as complicações no período de internação, facilitando o tratamento e a recuperação, além de trazer autonomia para o enfermeiro em sua prática assistencial. Trata-se de uma metodologia dinâmica e flexível, favorecendo a identificação das necessidades de cuidados, de maneira a propor intervenções e avaliar os resultados das mesmas (CARVALHO; BARCELOS, 2017).

Entendendo a SAE como uma ferramenta pautada no conhecimento científico, comprehende-se a importância da utilização de instrumentos de avaliação na prática clínica como importantes auxiliares no estabelecimento de diagnósticos e prescrição de cuidados de enfermagem, principalmente em ambientes complexos como a UTI. Esses instrumentos são recursos que possuem a capacidade de identificar alterações físico-psíquico e espirituais, verificar fenômenos subjetivos, acompanhar de forma regular a progressão, retrocesso ou estagnação de um estado de saúde-doença. Ainda, criam uma direção para a equipe interdisciplinar gerenciar e uniformizar seus cuidados (GARDONA; BARBOSA, 2018).

As escalas para verificação de diferentes situações clínicas são exemplos de instrumentos de avaliação. A utilização dessas ferramentas diariamente não traz apenas benefícios clínicos, mas reafirma a segurança em relação à confiabilidade do instrumento em questão, pois antes de serem aplicados, são submetidos a diferentes processos de validação e de acurácia. Os instrumentos trazem que, conforme o resultado do escore, obtém-se uma tradução do sofrimento orgânico ou uma sinalização de risco. Nesse sentido, utilizar tais recursos organiza a comunicação entre a equipe interdisciplinar, impactando diretamente na prioridade e logística do cuidado e no dimensionamento do tempo. (GARDONA; BARBOSA, 2018).

Com isso, o presente artigo possui o objetivo de relatar experiência vivenciada por uma acadêmica do oitavo semestre da graduação em enfermagem na disciplina de Estágio Curricular Supervisionado I, com a equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva, acerca da utilização de escalas na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Processo de Enfermagem (PE).

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado no mês de abril de 2022, em uma Unidade de Terapia Intensiva de pequeno porte em um hospital da rede privada, no interior do Rio Grande do Sul. Essa vivência é resultante da disciplina de Estágio Curricular I, do curso de graduação em enfermagem, realizado no oitavo semestre do curso.

O Estágio Curricular Supervisionado I, nessa universidade, deve ser realizado em dois campos, sendo um deles em uma unidade hospitalar e a outra na Atenção Primária à Saúde, sendo os locais, uma escolha de cada estudante. A proposta para os estudantes seria realizar o relatório de estágio com o diagnóstico situacional da realidade vivenciada nos cenários, no intuito de reforçar as práticas realizadas pelos enfermeiros e emancipar os estudantes dentro das vivências.

O diagnóstico situacional é definido como o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos no local onde se deseja realizá-lo. É considerado uma ferramenta de gestão importante, pois é constituído por uma pesquisa das necessidades de um determinado lugar para um posterior planejamento e programação de ações estratégicas com foco nas fragilidades que foram encontradas (SILVA; KOOPMANS; DAHER, 2016). Nesse sentido, o diagnóstico foi feito pela estudante e contou com a opinião de enfermeiros atuantes na UTI do hospital em questão, que revelaram a necessidade da implementação de escalas nas evoluções de enfermagem durante a realização da SAE.

A partir do diagnóstico levantado, buscou-se pensar em possíveis estratégias para qualificar o cuidado de enfermagem e potencializar a utilização de escalas de avaliação pelos enfermeiros. Nesse sentido foram elaborados dois instrumentos que devem ser utilizados diariamente no momento do exame físico e da prescrição dos cuidados de enfermagem.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O levantamento das necessidades do local de estudo, permitiu o avanço para o planejamento de uma ação que pudesse solucionar o problema. Nesse sentido, pensou-se em um instrumento que pudesse ser implementado de maneira fácil e dinâmica no decorrer da avaliação do paciente feita pelo enfermeiro durante o PE. Ainda, verificou-se a necessidade de reformular a aparência das escalas, mantendo a sua forma de execução, bem como seus cálculos, mas tornando-as mais intuitivas e práticas.

As escalas escolhidas para a implementação na UTI foram a Escala de Coma de Glasgow (ECG) que avalia a possibilidade de danos neurológicos, a Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS) que avalia os níveis de sedação, a Escala

de Quedas de Morse que avalia o risco de quedas, a Escala de Braden que avalia o risco do desenvolvimento de lesão por pressão e a Escala Behaviord Pain Scale (BPS) que avalia os níveis de dor em pacientes sedados submetidos à ventilação mecânica. A escolha pelas escalas se baseou nas situações que são mais recorrentes na UTI em questão, tendo em vista que essa possui apenas seis leitos de internação.

A Escala de Coma de Glasgow de Glasgow é utilizada para a mensuração do nível de consciência do paciente, avaliando a capacidade de abrir os olhos, comunicar-se verbalmente, obedecer a comandos, mover membros e fotorreação pupilar (FARIAS *et al.*, 2021). A utilização da ECG é fundamental para a avaliação das alterações neurológicas e para a implementação da SAE, portanto, o enfermeiro necessita ter conhecimento científico, prático e técnico para que a tomada de decisões ao paciente crítico seja rápida e concreta. A identificação de alterações neurológicas pela ECG em conjunto com as ações da equipe de saúde pode determinar um melhor ou pior prognóstico do paciente (SOUZA *et al.*, 2020).

A Escala de RASS é baseada na avaliação do grau de agitação e sedação, com pontuações que vão de +4 até -5, onde o maior número significa que o paciente está violento e perigoso e o menor número significa sedação extrema configurada como estágio comatoso, onde há incapacidade de despertar e ausência de resposta a estímulos sonoros e físicos. Nesse sentido, a Escala de RASS propicia a melhoria da assistência prestada, pois evita a sedação excessiva, diminui o tempo de ventilação mecânica invasiva e de internação hospitalar (BARBOSA *et al.*, 2020).

Para avaliar o risco de quedas, existe a Escala de Quedas de Morse, que utiliza seis itens de avaliação, sendo eles o histórico de queda, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação, terapia endovenosa, marcha e estado mental, com pontos de que variam de 0 a 30. A soma dos itens gera um escore que possui as seguintes identificações: 0 a 24 pontos caracteriza baixo risco de quedas, 25 a 44 pontos caracteriza risco moderado e acima de 44 pontos caracteriza alto risco. Nesse sentido, identificar o risco de quedas torna-se importante para direcionar e sistematizar ações multifatoriais para a prevenção de quedas e lesões decorrentes, no intuito reduzir custos desnecessários ao serviço e contribuir com a segurança do paciente e qualidade do cuidado (SILVA *et al.*, 2021).

No que tange ao risco de desenvolvimento de lesão por pressão, optou-se por utilizar a Escala de Braden que avalia seis itens, sendo a percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento. Os itens pontuam de 1 a 4, exceto o de “fricção e cisalhamento” que pontua de 1 a 3. O total varia de 6 a 23 pontos, entendendo que 6 a 9 pontos é um risco muito alto de desenvolver lesão por pressão e 19 a 23 pontos caracteriza-se como baixo risco (CASTANHEIRA *et al.*, 2018).

Ainda, um estudo que buscou avaliar as diferentes escalas para constatação do risco de desenvolver lesão por pressão, identificou que a escala mais utilizada para essa situação é a Escala de Braden (CASTANHEIRA *et al.*, 2018). Ademais, outro estudo que avaliou a eficácia da Escala de Braden em uma Unidade de Terapia Intensiva mostrou que esse é o melhor instrumento preditivo de risco nessa clientela, pois os indivíduos estratificados com risco mais alto apresentaram maior probabilidade de desencadear algum estágio de lesão por pressão (JANSEN; SILVA; MOURA, 2020).

Por fim, a última escala utilizada para compor o instrumento, foi a Escala Behaviord Pain Scale que serve para identificar a dor em pacientes sedados submetidos à ventilação mecânica. Essa escala que avalia a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador para elencar valores de 3 a 16 que identificam presença ou ausência de dor.

Estudos avaliam a BPS como a ferramenta mais viável, específica, confiável, válida e sensível para detectar a dor em pacientes intubados que não possuem condições de comunicar sua dor (PINHEIRO; MARQUES, 2019). Nesse sentido, a avaliação regular da intensidade da dor leva à melhora do desfecho clínico e melhor qualidade de vida dos pacientes internados, contribuindo para uma comunicação efetiva, segura e de qualidade entre a equipe interdisciplinar (SILVA; SOUZA; OLIVEIRA, 2019).

A partir das evidências encontradas acerca das escalas, foram elaborados dois instrumentos. Um deles é uma tabela que contém cinco células superiores, onde a primeira delas se refere a data e as outras quatro contém o nome de cada escala, sendo que uma delas possui a ECG e a Escala de RASS juntas, tendo em vista que a aplicabilidade de uma anula a outra. Além dessa tabela, abaixo há um

espaço em branco com a legenda “anotações” e serve para anotar as alterações importantes do paciente, como exemplo podemos citar o aparecimento de uma lesão por pressão ou uma extubação.

Esse instrumento possui objetivo de se obter um maior controle acerca da aplicabilidade das escalas e garante que elas sejam utilizadas, no mínimo, uma vez ao dia, pois ele ficará anexado ao prontuário do paciente. A ideia é de que o enfermeiro, ao realizar o exame físico, aplique as escalas e registre no instrumento, pois os escores encontrados poderão ajudá-lo a prescrever cuidados focados nas prioridades daquele paciente. Além disso, esse instrumento permite um maior controle dos escores, possibilitando uma visualização rápida e dinâmica de melhoria ou piora do estado clínico do paciente.

Além dessa ferramenta, as escalas passaram por uma reformulação na sua aparência, onde foram aplicadas cores dinâmicas nas escalas de RASS e Braden, entendendo que a cor vermelha representa maior perigo e a verde menor, sendo o laranja e amarelo utilizados como risco intermediário, tanto para sedação excessiva, agitação e risco de desenvolver lesão por pressão. As demais escalas também foram reformuladas para uma melhor visualização, mas todas mantiveram seus conteúdos da mesma forma. Para essas escalas, optou-se pela cor rosa em diferentes tons, considerando a padronização com a cor do hospital em questão.

Esse instrumento ficou disponível impresso em uma prancheta, com livre acesso, designada aos enfermeiros que ficaram cientes da necessidade de aplicação das escalas no momento da realização da anamnese e exame físico. Ainda, além da necessidade do preenchimento do instrumento de controle das escalas diariamente, foi realizada uma padronização nas evoluções de enfermagem, onde a cada turno o enfermeiro deve registrar os escores obtidos nas escalas também no sistema de informação, mantendo o prontuário eletrônico atualizado.

A utilização de escalas na Sistematização da Assistência de enfermagem auxilia em uma melhor organização da equipe de enfermagem, tendo em vista que as escalas são essenciais para a prescrição de cuidados, como citado anteriormente, auxiliando os técnicos de enfermagem que são responsáveis pela realização de maior parte dos cuidados. Dessa forma, é preciso compreender que a enfermagem é científica e necessita de instrumentos que corroborem com a prática

clínica do enfermeiro, evidenciando que o enfermeiro possui capacidades técnicas e científicas na realização da sua assistência.

4. CONCLUSÃO

A utilização de escalas de avaliação na Unidade de Terapia Intensiva é de suma importância na prática clínica, principalmente na Sistematização da Assistência de Enfermagem. Portanto, foram elaborados dois instrumentos que promoviam um maior controle acerca da aplicabilidade das escalas e garantiam sua utilização, no mínimo, uma vez ao dia. Os instrumentos elaborados foram bem aceitos por toda equipe de enfermagem, principalmente pelos cinco enfermeiros que atuam nessa UTI.

É importante ressaltar que as escalas já eram utilizadas por alguns enfermeiros, mas não possuíam um espaço dedicado a elas na SAE e nem se conseguia ter um maior controle e visualização rápida da evolução ou regressão do estado clínico do paciente. Nesse sentido, espera-se que os dois instrumentos auxiliem os enfermeiros nas suas avaliações diárias e que esse relato de experiência incentive demais unidades de saúde a utilizarem as diversas escalas existentes, pois são ferramentas que podem auxiliar e melhorar a assistência de enfermagem em todos os contextos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Antonia Mylene Sousa *et al.* Aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Revista de Casos e Consultoria**, [S. L.], v. 13, n. 1, e131 27835, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/27835/15457>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BARBOSA, Taís Pagliuco *et al.* Association between sedation level and mortality of intensive care patients on mechanical ventilation. **Revista Escola de Enfermagem da USP.**, v.54, p.e03628, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019006903628>. Acesso em: 22 abr. 2022.

CARVALHO, Fabiana de Souza; BARCELOS, Karine Luciano. Sistematização da Assistência de Enfermagem: vivências e desafios de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, [S. L.], v. 5, n. 2, p. 1-24, 2017. Disponível em: <http://jornalold.faculdadecienciasdavida.com.br/index.php/RBCV/article/view/170/81>. Acesso em: 15 abr. 2022.

CASTANHEIRA, Ludmila Silva *et al.* Escalas de predição de risco para lesão por pressão em pacientes criticamente enfermos: revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, [S. L.], v. 9, n. 2, p. 55-61, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1073#:~:text=Atualmente%2C%20as%20escalas%20de%20predi%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20dispon%C3%ADveis,acurada%20para%20a%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20pacientes%20criticamente%20enfermos>. Acesso em: 22 abr. 2022.

FARIAS, Edquel Bueno Prado *et al.* Processo de Enfermagem Informatizado Apoiado por Sistema Especialista na Aplicação das Escalas de Braden e de Glasgow. **Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação**, n. e41, p. 43-56, 2021. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/9f1bc67c09ead9ac9053cbbf0fb8e5f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1006393>. Acesso em: 22 abr. 2022.

GARDONA, Rodrigo Galvão Bueno; BARBOSA Dulce Aparecida. The importance of clinical practice supported by health assessment tools. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, n. 4, p. 1815-6, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018710401>. Acesso em 15 abr. 2022.

JANSEN, Ricardo Clayton Silva; SILVA, Kedyma Batista de Almeida; MOURA, Maria Edileuza Soares. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 6, p. 1-7, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>. Acesso em: 15 abr. 2022.

PINHEIRO, Ana Rita Pais de Queiróz; MARQUES, Rita Margarida Dourado. Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. A systematic review of the literature. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [S.L.], v. 31, n. 4, p. 571-581, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20190070>. Acesso em: 22 abr. 2022.

SILVA, Carine Silvestrini Sena Lima; KOOPMANS, Fabiana Ferreira; DAHER, Donizete Vago. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. **Revista Pró UniverSUS**, v.7, n.2, p. 30-33, 2016. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/345/526>. Acesso em: 15 abr. 2022.

SILVA, Danieli Parreira da et al. Risco de queda em usuários de unidades de pronto atendimento. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S.L.], v. 11, n. 68, p. 7507-7520, 4 out. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7507-7520>. Acesso em: 22 abr. 2022.

SILVA, Monyque Evelyn dos Santos; SOUZA, Thaís Gomes de; OLIVEIRA, Stephanie Manhães de. Avaliação da dor no paciente adulto crítico: proposta de construção de um fluxograma baseado em evidências científicas. **Revista Enfermagem Atual**, [S. L.], p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/download/489/496/>. Acesso em: 22 abr. 2022.

SOUZA, Juliana Cristina Martins de et al. As entrelinhas da literatura no tocante ao uso da Escala de Coma de Glasgow por enfermeiros. In: ANDRADE, João Vitor et al. **Geração de conhecimento nas ciências médicas: impactos científicos e sociais**. Campina Grande: Editora Ampilla, 2020, p. 22-34.