



**PARECER Nº** 27/2024/COREN-DF/PLEN/CTAS  
**PROCESSO Nº** 00232.001761/2024-31

**EMENTA:** Aplicação e avaliação de escalas e índices pediátricos por Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem

**Descritores:** pediatria; processo de enfermagem; segurança do paciente.

## 1. DO FATO

1.1. Trata-se do Memorando n. 488/2024 - COREN-DF/PLEN/PRES encaminhado à CTAS/COREN-DF e do Ofício N. 2/2024 - SES/SAIS/COASIS/DIENF/GENFH que registraram manifestação da Gerência de Serviços de Enfermagem na Atenção Hospitalar e nas Urgências da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

1.1.1. A solicitação reflete sobre as competências dos profissionais Técnico de Enfermagem (TE) e Auxiliar de Enfermagem (AE) para aplicar e/ou avaliar escalas e índices aplicados por Enfermeiros na atenção à saúde pediátrica.

## 2. DA FUNDAMENTAÇÃO E DA ANÁLISE

2.0.1. A Enfermagem, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), aprovado pela Resolução Cofen n. 564/2017<sup>1</sup>, está definida como:

*[...] uma ciência, arte e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde; tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento; proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade; organiza suas ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área; [...] (Cofen, 2017).*

2.0.2. A profissão de Técnico de Enfermagem está regulamentada na Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986<sup>2</sup>, e pelo Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987<sup>3</sup>.

*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: a) participar da programação da assistência de enfermagem; b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei; c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar; d) participar da equipe de saúde.*

2.0.3. O CEPE<sup>1</sup> dispõe:

*CAPÍTULO I – DOS DIREITOS: (...) Art. 4º Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão. (...) Art. 22 Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, família e à coletividade.*

*CAPÍTULO II – DOS DEVERES (...) Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.*

### 2.1. Escalas de avaliação

2.1.1. Durante a hospitalização de uma criança, ressalta-se a importância da assistência de Enfermagem com foco no cuidado além da doença, com implementação de ferramentas que previnam, eduquem e estimulem o cuidado integral, não somente à criança, como à família durante todo o período de hospitalização. Os pacientes são submetidos a várias formas de avaliação para a melhoria do seu bem-estar e, por conseguinte, prevenção de outros problemas de saúde. Dentre essas, são utilizadas as escalas em saúde, nas quais as avaliações são realizadas em diferentes níveis e especificidades<sup>4</sup>.

2.1.2. Os instrumentos de medição desempenham um papel fundamental na pesquisa, na prática clínica e na avaliação da saúde. O uso de escalas no campo da saúde, também chamadas instrumentos ou questionários, tem aumentado de forma perceptível, e, para que sejam adequados à finalidade, devem fornecer dados clinicamente úteis, significativos e interpretáveis<sup>5</sup>.

2.1.3. O uso de escalas de medida traz diversas vantagens na prática assistencial na identificação de alterações físicas, psíquicas, espirituais, aferição de manifestações subjetivas, estratificação do risco, orientação para priorização de intervenções, acompanhamento da evolução do paciente, entre outros atributos. Além disso, os instrumentos de medida têm também a capacidade de criar um mecanismo de direção ao examinador e à equipe assistencial, padronizando a conduta a ser aplicada em cada situação, melhorando e tornando mais segura a comunicação entre as equipes<sup>5</sup>.

2.1.4. O que esses instrumentos têm em comum é a capacidade de gerar, de modo coeso, dados sobre o provável estado de saúde de alguém ou de uma situação. Os instrumentos oferecem uma linguagem que, conforme o resultado do escore, é uma tradução de sofrimento orgânico ou uma sinalização de risco. A utilização desses recursos organiza a comunicação entre os membros da equipe de saúde, o que tem impacto direto na prioridade e na logística do cuidado e na dimensionalidade do tempo<sup>5</sup>.

2.1.5. A utilização de escalas de avaliação é necessária para identificação dos fatores de risco, para realização de um Processo de Enfermagem individualizado no cuidado e na terapêutica<sup>4</sup>.

2.1.6. Em unidades pediátricas, diversas escalas podem ser utilizadas para avaliar o paciente, dentre elas, a escala Pews, Braden Q e Humpty Dampty.

### 2.2. Escala PEWS

2.2.1. O *Paediatric Early Warning Score* (PEWS - Pontuação de Alerta Precoce Pediátrico) é um instrumento construído para identificar sinais de alerta para deterioração clínica em crianças hospitalizadas<sup>6</sup>.

2.2.2. A deterioração clínica pode ser descrita como a manifestação de sinais e sintomas que traduzem instabilidade fisiológica. Na criança, os sinais de alerta para deterioração clínica podem já estar presentes ou surgirem de forma súbita. A identificação destes sinais e o atendimento precoce

podem evitar a evolução para piora do quadro clínico vigente, choque, insuficiência respiratória ou parada cardiorrespiratória<sup>6</sup>.

2.2.3. A Organização Mundial de Saúde traz que, para a abordagem de uma criança doente, inicialmente, deve-se observar determinados aspectos clínicos antes de tocar na criança desnecessariamente. A orientação é manter a criança nos braços da mãe ou do cuidador, observando o maior número de sinais possíveis: o estado neurológico da criança (se ela pode falar, chorar, emitir sons, se está alerta, sonolenta, irritada, se apresenta vômitos, se é capaz de sugar ao seio), a coloração da pele (cianose ou palidez) e os sinais de desconforto respiratório (utilização de músculos acessórios, presença de tiragens, taquipneia). A PEWS não requer o uso de equipamentos para sua aplicação, consistindo numa avaliação meramente clínica. Este perfil do escore torna sua aplicação rápida e fácil, principalmente em serviços com excessiva demanda e que não dispõem de recursos para monitorização individual em unidades de menor complexidade<sup>6</sup>.

2.2.4. A escala (**Tabela 1**) pode ser utilizada de 0 a 15 anos e o escore consiste em<sup>7</sup>:

- Pacientes com escore de PEWS  $\geq 4$ : necessitam de avaliação médica imediata e necessidade de transferência para leito de atendimento a pacientes críticos;
- Pacientes com escore 3: há necessidade de avaliar a redução do tempo de monitoramento dos sinais vitais, devido ao maior o risco de deterioração clínica;
- Pacientes com escore 1 a 2: repetir a PEWS a cada 60 minutos, se persistir, comunicar ao médico e manter o registro nas anotações de enfermagem.
- Pacientes com escore 0: manter rotina de aferição dos sinais vitais a cada 6 horas.

**Tabela 1. Escala PEWS<sup>7</sup>**

Parâmetro Fisiológico	Idade	Score						
		3	2	1	0	1	2	3
Frequência cardíaca (por minuto)	< 3m	$\leq 89$			90-159		180-219	$\geq 220$
	3m - 1 ano	$\leq 89$			90-149		170-209	$\geq 210$
	1-4 anos	$\leq 89$			90-139		160-199	$\geq 200$
	5-11 anos	$\leq 89$			90-129		150-189	$\geq 190$
	12-15 anos	$\leq 69$			70-99		130-169	$\geq 170$
Frequência respiratória (por minuto)	< 3m	$\leq 25$			30-59	60-74	$\geq 79$	
	3m - 1 ano	$\leq 20$			25-49	59-63	$\geq 69$	
	1-4 anos	$\leq 15$			20-39	49-53	$\geq 59$	
	5-11 anos	$\leq 15$			20-29	39-53	$\geq 49$	
	12-15 anos	$\leq 5$			out/19	29-38	$\geq 39$	
Comportamento				Normal	Sonolento	Irritado	Confuso, letárgico, resposta reduzida à dor	

2.2.5. Em protocolo de prevenção de deterioração clínica para pacientes adultos da SES-DF, a coleta dos sinais vitais é realizada pelo Técnico de Enfermagem e/ou pelo Enfermeiro, conforme rotina. Após a estratificação do risco através da escala de Mews, define-se a conduta. Essa escala possibilita uma comunicação efetiva, oferecendo autonomia profissional aos Enfermeiros na tomada de decisão no Processo de Enfermagem, repercutindo no melhor atendimento ao paciente e possibilitando dessa forma iniciar intervenções de acordo com o estrato do risco avaliado<sup>8</sup>.

2.2.6. Em parecer de Câmara Técnica, o Coren-SP define que a aplicação da escala de alerta precoce em pediatria compete privativamente ao Enfermeiro, visto que envolve a avaliação clínica do paciente, como estado de consciência e padrão respiratório<sup>9</sup>.

### 2.3. Escala BRADEN Q

2.3.1. A escala Braden Q, uma versão pediátrica da escala de Braden, foi desenvolvida por Curley e Quigley em 2004, na língua inglesa, utilizando os fatores de risco específicos para o desenvolvimento de lesão por pressão (LP) em crianças. Essa escala avalia os riscos por meio de dois parâmetros: o primeiro considera a intensidade e a duração da pressão por meio da avaliação da mobilidade, atividade e percepção sensorial; e o segundo, a tolerância dos tecidos pela avaliação da umidade, cisalhamento, nutrição, perfusão e oxigenação dos tecidos. Embora outras escalas tenham sido desenvolvidas a partir da observação direta de crianças, a escala de Braden Q tem sido a mais estudada e utilizada internacionalmente até o momento<sup>10</sup>.

2.3.2. A assistência adequada à criança hospitalizada pressupõe o reconhecimento de suas necessidades específicas pela equipe multidisciplinar, considerando-se as diferentes etapas de seu desenvolvimento. A integridade da pele participa na composição dos resultados positivos para o paciente. Os fatores de risco mais frequentes, relacionados ao desenvolvimento de LP em crianças, são a imobilidade, a presença da força de fricção e o cisalhamento, a desnutrição, a perfusão tecidual e a oxigenação alteradas. A prevenção efetiva requer avaliação dos fatores de risco para essa população<sup>10</sup>.

2.3.3. As LP são associadas ao aumento da permanência do paciente no hospital. A avaliação de risco é um indicador importante para prever a formação da lesão e deve ser realizada na admissão do paciente, como base para a sua profilaxia. A escala de Braden Q (**Tabela 2**) avalia a perfusão e a oxigenação teciduais, que englobam a saturação de oxigênio, o nível de hemoglobina e o pH sérico. Os parâmetros referentes à intensidade e à duração da pressão incluem os itens mobilidade, atividade e percepção sensorial. Cada um dos sete itens que a compõem são pontuados de 1 a 4 e o escore total varia de 7 (maior risco) a 28 (ausência de risco)<sup>10</sup>.

**Tabela 2. Escala de Braden Q para avaliação do risco de úlcera por pressão em crianças<sup>11</sup>.**

MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Completamente Imóvel: não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	2. Muito limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	3. Levemente limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda.

<b>ATIVIDADE</b> Grau de atividade física.	<b>1. Acamado:</b> permanece no leito o tempo todo.	<b>2. Restrito à cadeira:</b> A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas.	<b>3. Deambulação ocasional:</b> deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.	<b>4. Crianças jovens demais para deambular ou deambularem frequentemente:</b> deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado.
<b>PERCEPÇÃO SENSORIAL</b> Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão	<b>1. Completamente limitada:</b> não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	<b>2. Muito limitada:</b> responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	<b>3. Levemente limitada:</b> responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor	<b>4. Nenhuma alteração:</b> responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.
<b>UMIDADE</b> Grau de exposição da pele à umidade.	<b>1. Constantemente úmida:</b> a pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	<b>2. Frequentemente úmida:</b> a pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	<b>3. Ocasionalmente úmida:</b> a pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	<b>4. Raramente úmida:</b> a pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h.
<b>FRICÇÃO E CISALHAMENTO</b> Fricção: a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	<b>1. Problema importante:</b> a espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	<b>2. Problema:</b> necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.	<b>3. Problema Potencial:</b> movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.	<b>4. Nenhum problema aparente:</b> Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.
<b>NUTRIÇÃO</b> Padrão habitual de consumo alimentar.	<b>1. Muito pobre:</b> em jejum e/ou mantido com ingesta hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingere pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.	<b>2. Inadequada:</b> dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma a refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo e proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.	<b>3. Adequada:</b> dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.	<b>4. Excelente:</b> dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.
<b>PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO</b>	<b>1. Extremamente comprometida:</b> hipotenso (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	<b>2. Comprometida:</b> normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico <7,40.	<b>3. Adequada:</b> normotenso. apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico é normal.	<b>4. Excelente:</b> normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.

2.3.4. Em protocolo de prevenção de lesão por pressão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), sugere-se que ao Enfermeiro cabe identificar e classificar o paciente com risco para LP e realizar a prescrição de ações preventivas para LP nos pacientes identificados com riscos baixo, moderado e alto. Já ao Técnico de Enfermagem e ao Auxiliar de Enfermagem, atribui-se implementar e checar o plano de intervenções de prevenção e tratamento prescrito pelo Enfermeiro<sup>12</sup>.

2.3.5. Na Orientação Fundamentada Coren-SP n. 038/2017, há entendimento que compete privativamente ao Enfermeiro, no âmbito da equipe de Enfermagem, a avaliação de risco para lesão por pressão por meio da escala de Braden em serviços de saúde ou no domicílio<sup>13</sup>.

#### 2.4. **Humpt Dumpty**

2.4.1. A escala *The Humpty Dumpty Fall Scale* (HDFS - A Escala de Queda da *Humpty Dumpty*) foi traduzida para o português do Brasil, adaptada para a cultura brasileira e recebeu o nome de Ferramenta de Avaliação de Quedas – Escala *Humpty Dumpty* e tem o objetivo de classificar crianças e adolescentes de acordo com o risco para queda, no ambiente hospitalar e ambulatorial<sup>14</sup>.

2.4.2. A queda, definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, pode ser desencadeada por diversos fatores e resultar em danos à vítima. Nas instituições de saúde, as quedas são eventos adversos subnotificados, em decorrência da cultura de vincular as quedas infantis como intrínsecas ao crescimento e ao desenvolvimento das crianças. A implementação de estratégias de prevenção, baseadas na avaliação de risco, deve ser precedida da avaliação individual de cada criança e sua família. A disponibilização de uma ferramenta validada para

mensurar o risco de queda de pacientes pediátricos possibilita o planejamento, a implementação e a avaliação de estratégias de prevenção de quedas entre crianças e adolescentes<sup>14</sup>.

2.4.3. Na escala *Humpty Dumpty* adaptada são atribuídos pontos a parâmetros pré-definidos e o somatório desses pontos definirá o risco de queda. São avaliados os seguintes parâmetros: idade, sexo, diagnóstico, fatores ambientais, medicações usadas, deficiências cognitivas, cirurgia/sedação/anestesia. A soma das pontuações atribuídas a cada um dos sete parâmetros (mínima 7 e máxima 22) definirá o grau de risco de queda da criança, de acordo com a escala<sup>14</sup>.

2.4.4. Conforme o Protocolo de Prevenção de Quedas da SES-DF, o Enfermeiro é o profissional responsável por avaliar o risco de queda e planejar as ações de caráter preventivo para pacientes com risco de queda, assim como realizar de forma obrigatória o registro do risco de quedas no prontuário do paciente, realizar a reavaliação do risco de quedas diariamente nos pacientes internados e/ou em observação até a alta da unidade de saúde<sup>15</sup>.

2.4.5. Ao auxiliar de enfermagem e ao técnico de enfermagem, cabe: implementar os cuidados prescritos pelo enfermeiro; contribuir com o enfermeiro na orientação dos pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados, assim como sobre a prevenção de quedas; comunicar ao enfermeiro sempre que houver alteração do quadro clínico do paciente que possa modificar o risco de quedas, entre outras atribuições<sup>15</sup>.

2.4.6. Em parecer de Câmara Técnica, o Coren-SP define que a 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<sup>9</sup>.

**Tabela 3. Escala de *Humpty Dumpty* adaptada<sup>16</sup>**

Parâmetros	Critérios	Cotação
Idade	Menos de 3 anos	4
	Entre 3 e 6 anos	3
	Entre 7 e 12 anos	2
	Mais de 13 anos	1
Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Neurológico	4
	Alterações da oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anorexia, anemia, síncope/tonturas)	3
	Transtornos psíquicos	2
	Outros diagnósticos	1
Fatores ambientais	História de quedas/bebê em cama	4
	Criança com aparelhos auxiliares de marcha / Bebê em berço / Quarto com muito equipamento / Quarto com fraca iluminação	3
	Criança acamada	2
	Criança que deambula	1
Medicação usada	Uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos	3
	1 dos medicamentos acima mencionado	2
	Outros medicamentos/ Nenhum	1
Deficiências cognitivas	Não consciente de suas limitações	3
	Esquece as suas limitações	2
	Orientado de acordo com suas capacidades	1
Cirurgia / sedação / anestesia	Há 24 horas	3
	Há 48 horas	2
	Há mais de 48 horas/Nenhum	1
TOTAL		
Nível de risco		Pontuação
Baixo risco de queda		7 - 11
Alto risco de queda		12 - 22

## 2.5. Processo de enfermagem

2.5.1. Conforme a Resolução Cofen n. 736/2024, que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem<sup>17</sup>:

**Art. 1º** O Processo de Enfermagem-PE deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem.

**Art. 2º** O Processo de Enfermagem deve estar fundamentado em suporte teórico, que podem estar associados entre si, como Teorias e Modelos de Cuidado, Sistemas de Linguagens Padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, Protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos correlatos, como estruturas teóricas conceituais e operacionais que fornecem propriedades descritivas, explicativas, preditivas e prescritivas que lhe servem de base.

**Art. 3º** Os diagnósticos, os resultados e os indicadores, as intervenções e ações/atividades de enfermagem podem ser apoiadas nos Sistemas de Linguagem Padronizada de Enfermagem, em protocolos institucionais, e com os melhores níveis de evidências científicas.

2.5.2. O processo organiza-se em 05 etapas interrelacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, a saber: avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e evolução de enfermagem<sup>17</sup>.

2.5.3. Conforme a Lei de Exercício Profissional<sup>2</sup>, ao Enfermeiro cabe privativamente a prescrição da assistência de Enfermagem.

2.5.4. A etapa de avaliação, que compreende a coleta de dados e o exame físico, é realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do

cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática<sup>17</sup>. Portanto, a aplicação de escalas compreende a etapa de avaliação do Processo de enfermagem, enquanto a análise de seu resultado e a tomada de decisão compreendem as etapas de planejamento e implementação.

### 3. CONCLUSÃO

3.1. Observada a fundamentação deste parecer, a Câmara Técnica de Assistência à Saúde (CTAS) do Coren-DF conclui que:

- A aplicação das escalas de risco em pediatria (Pews, Braden Q, *Humpty Dumpty*) compreende a etapa de coleta de dados do Processo de Enfermagem;
- A verificação de sinais vitais pode ser realizada pelo Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro;
- A aplicação e a análise da escala de prevenção de deterioração clínica **Pews** compete ao Enfermeiro, no âmbito da equipe de Enfermagem;
- A aplicação e análise da escala de prevenção de lesão por pressão **Braden Q** compete ao Enfermeiro, no âmbito da equipe de Enfermagem;
- A aplicação e análise da escala de prevenção de quedas **Humpty dumpty** compete ao Enfermeiro, no âmbito da equipe de Enfermagem.

Relatora

**Dra. Ludmila da Silva Machado**

Coren-DF nº 251.984-ENF

Membro CTAS/Coren-DF

Revisor

**Dr. Lincoln Vitor Santos**

Coren-DF nº 147.165-ENF

Membro CTAS/Coren-DF

Aprovado por CTAS/Coren-DF

<b>Dr. Igor Ribeiro Oliveira</b> Coren-DF nº 391.833-ENF Coordenador CTAS/Coren-DF	<b>Dra. Polyanne Aparecida Alves Moita Vieira</b> Coren-DF nº 163.738-ENF Secretária CTAS/Coren-DF	<b>Dr. Fernando Carlos Da Silva</b> Coren-DF nº 241.652-ENF Conselheiro Regional CTAS/Coren-DF	<b>Dr. Hélio Marco Pereira Lopes Júnior</b> Coren-DF nº 398.750-ENF Membro CTAS-Coren/DF
<b>Dr. Rinaldo de Souza Neves</b> Coren-DF nº 54.747-ENF Colaborador CTAS/Coren-DF	<b>Dra. Sabrina Mendonça Marçal Alves</b> Coren-F nº 389.565-ENF Membro CTAS/Coren-DF	<b>Dra. Mayara Cândida Pereira</b> Coren-DF nº 314.386-ENF Membro CTAS/Coren-DF	<b>Dr. Alberto Medeiros Ferreira Junior</b> Coren-DF nº 102.471-ENF Colaborador CTAS/Coren-DF

Aprovado pela Plenária/Coren-DF:

580ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO PLENÁRIO DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL

### Referências

- Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen n. 564/2017**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017.
- Brasil. **Lei n. 7.498/1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986.
- Brasil. **Decreto n. 94.406/1987**. Regulamenta a Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício profissional da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1987.
- Martins MLL, Dias TS, Neves EB, Silva BR, Reis JR, Parente AT, Pantoja SNP, Margotti E, Neves SB, Reis ANP. A Relevância das escalas na avaliação de pacientes pediátricos hospitalizados: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 23(1), 2023.
- Gardona RGB, Barbosa DA. The importance of clinical practice supported by health assessment tools. **Rev Bras Enferm**, 71(4):1815-6, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-201871040>.
- Miranda JOF, Camargo CL, Sobrinho CLN, Portela DS, Monaghan A, Freitas KS et al. Translation and adaptation of a pediatric early warning score. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 69 (5):833-41, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0096>
- Sousa CS, Acuna AA. Implantação dos protocolos PEWS e NEWS na unidade de recuperação anestésica. **Rev. SOBECC**. São Paulo, 2022
- Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Segurança do Paciente: Prevenção da Deterioração Clínica em Pacientes Adultos em Serviço Hospitalar**. Brasília, 2024.
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer Coren-SP n. 009/2021**. Competência para aplicação e avaliação de escalas, escores e índices pediátricos na equipe de enfermagem. São Paulo, 2021.
- Maia ACAR, Pellegrino DMS, Blanes L, Dini GM, Ferreira LM. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. **Rev paul pediatr**. 29 (3), 2011.
- Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Protocolo de Segurança do Paciente: prevenção de lesão por pressão (LP)**. Brasília, 2019.
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Protocolo de prevenção de lesão por pressão**. Uberlândia, 2022.
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Orientação Fundamentada n. 038/2017**. Escala de Braden. São Paulo, 2017.
- Rodrigues ESA, Alves DFS, Mendes-Castillo AMC, São-João TM, Bueno GCV. Escala *Humpty Dumpty*: adaptação transcultural e validação para cultura brasileira. **Acta Paul Enferm**. 36, 2023.
- Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Protocolo de Segurança do Paciente: prevenção de quedas**. Brasília, 2019.
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Protocolo de prevenção de quedas**. Cajazeiras, 2022.
- Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen n. 736/2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, 2024.



Documento assinado eletronicamente por **IGOR RIBEIRO DE OLIVEIRA - Coren-DF n 391.833-ENF, Coordenador(a) da Câmara Técnica**, em 03/09/2024, às 07:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **LINCOLN VITOR SANTOS, Colaborador(a)**, em 03/09/2024, às 10:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **LUDMILA DA SILVA MACHADO**, Colaborador(a), em 03/09/2024, às 16:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.cofen.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.cofen.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0380657** e o código CRC **0DCB0EBD**.