

DESAFIOS NA APLICABILIDADE DE ESCALAS PADRONIZADAS NAS CLÍNICAS ASSISTENCIAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

GUERREIRO, Evelyn Silene da Silva - ORCID: 0009-0004-4550-6002¹

MADEIRA, Eduarda Queiroz - ORCID: 0009-0006-5762-1969²

REIS, Flávia Rebeca Sousa - ORCID: 0009-0004-0633-616X³

ARAÚJO, Dhiully Carollyne Soares de - ORCID: 0009-0008-9164-806X⁴

RIBEIRO, Ana Cláudia Ferreira - ORCID: 0009-0009-2759-0593⁵

PANZETTI, Tatiana Menezes Noronha - ORCID: 0009-0005-3677-1186⁶

NEGRÃO, Renata de Jesus da Silva - ORCID: 000-0003-0364-070 (ORIENTADORA)⁷

INTRODUÇÃO: O Processo de Enfermagem (PE) é estruturado em cinco fases conectadas, que operam de maneira cíclica e codependente: Avaliação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação (Intervenção) e Evolução. O ponto de partida é a Avaliação de Enfermagem, etapa essencial para a coleta de dados por meio da anamnese e do exame físico junto ao paciente ou coletividade. Esse levantamento sistemático é fundamental para subsidiar as decisões assistenciais e a organização do cuidado, especialmente em ambientes clínicos¹. Desta forma, a prática do enfermeiro é fundamentada em métodos científicos que incluem o uso de instrumentos validados para Avaliação de Enfermagem e predição de riscos, contribuindo diretamente para uma assistência de qualidade. No contexto clínico assistencial, as escalas são ferramentas importantes no cuidado em saúde, pois favorecem a segurança do paciente, da equipe e da instituição. Sua aplicação, se utilizada corretamente, contribui para a otimização do tempo, redução de riscos, prevenção de complicações e acompanhamento da evolução clínica, além de auxiliar na tomada de decisões e na definição de condutas mais assertivas nos diferentes setores assistenciais². No ambiente hospitalar, destacam-se a Escala de Braden, utilizada na avaliação do risco de lesão por pressão²; a Escala de Morse, voltada para o risco de quedas^{3,4}; e a Escala de Fugulin, aplicada à gestão de enfermagem e direcionamento de equipe, com o intuito de avaliar o grau de dependência do cliente em relação à equipe⁵. Embora amplamente utilizadas, a aplicação padronizada dessas escalas, incentivada pelas instituições e pela informatização dos serviços, pode possibilitar a mecanização do cuidado, comprometendo a avaliação individualizada e a interação direta com o paciente, bem como, as etapas subsequentes do Processo de Enfermagem. **OBJETIVO:** Relatar uma experiência de discentes de enfermagem acerca dos desafios na aplicabilidade de escalas institucionalizadas em clínicas assistenciais. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido por acadêmicas do quinto semestre da graduação em enfermagem de uma universidade pública. Foi realizado durante os 20 dias de práticas da disciplina “Enfermagem Clínica e Cirúrgica”, em uma unidade cirúrgica de um hospital público de ensino e pesquisa, referência em oncologia no Estado do Pará, entre os meses de fevereiro e março de 2026. Os dados do relato foram obtidos com base nas experiências dos discentes e da preceptora de prática, pautados na observação dos processos relacionados às aplicações diárias das escalas instituídas na unidade, sendo elas: Braden, Morse e Fugulin. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No hospital em questão, as escalas de Braden, Morse e Fugulin eram integradas ao Processo de Enfermagem. A avaliação inicial

ocorria na admissão do paciente, com reaplicações diárias (a cada 24 horas) realizadas logo após a visita da enfermeira à unidade, que, em sua totalidade, somavam-se 30 pacientes cirúrgicos-oncológicos, distribuídos entre as especialidades da mastologia, urologia e tórax. Durante o processo da visita, os discentes acompanharam a profissional e observaram as anotações que eram realizadas sobre cada paciente e suas particularidades em um quadro impresso - material utilizado para visita de enfermagem e para passagem de plantão, preenchido de forma manual. Além da identificação do paciente, leito, neoplasia e cirurgia proposta, o instrumento continha campos para o estado neurológico, sistema respiratório, dieta e eliminações. O registro também contemplava a presença de curativos, drenos e acessos venosos (com localização), o escore do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), o agendamento de exames, avaliações médicas, intercorrências e observações gerais. Não havia referência às escalas de Braden ou Morse, e não houve, durante o período da experiência, o preenchimento da SCP no impresso. A ausência de registro sistematizado de escalas na prática assistencial evidencia fragilidades na padronização do cuidado, comprometendo a avaliação da complexidade dos pacientes e a qualidade da assistência⁶. Ao término da visita, a profissional retornava ao posto para transcrever as informações coletadas para o prontuário digital, momento em que eram atualizados os dados da avaliação diária e o registro de queixas ou intercorrências. Neste momento, também estava previsto, sob protocolo institucional, o preenchimento digital das escalas de Braden, Morse e Fugulin, para cada paciente. No entanto, ressalta-se que, durante a visita de enfermagem, não foram observados registros completos que reunissem as informações necessárias para o preenchimento das escalas no sistema, sendo este realizado, predominantemente, com base na memória da enfermeira. Todavia, essa prática diverge do recomendado, uma vez que os enfermeiros devem utilizar corretamente os instrumentos que subsidiem as decisões assistenciais pautadas em critérios clínicos objetivos, por meio de escalas validadas e adaptadas ao contexto⁷. Devido ao elevado número de pacientes e a situações que comprometem a dinâmica da visita, como a ausência do paciente ao leito, a prática pode gerar inconsistências nas informações, confusão entre dados e preenchimento inadequado das escalas, comprometendo a identificação de riscos e a segurança dos pacientes. Nesse contexto, a sobrecarga da equipe, associada às lacunas no conhecimento sobre o uso de escalas preditivas, pode dificultar a avaliação da qualidade dos cuidados, resultando em decisões menos eficazes e impactos negativos na recuperação dos pacientes⁸. Além disso, observou-se que os pacientes apresentavam pontuações semelhantes, sem aprofundamento das condições clínicas individuais ou dos procedimentos cirúrgicos. Não foram identificados diagnósticos, planejamentos ou intervenções de enfermagem relacionados aos resultados obtidos por meio dos instrumentos de predição de riscos. Tal achado reforça que, embora o cuidado deva ser individualizado, os escores das escalas são determinantes na prática clínica, pois orientam a tomada de decisão e o planejamento da assistência pela equipe de enfermagem⁸. Ademais, a ausência de reavaliação dos escores e o preenchimento automatizado nos registros eletrônicos podem comprometer a segurança do paciente, uma vez que esses sistemas devem ser utilizados como ferramentas de apoio à decisão clínica e ao gerenciamento de riscos, contribuindo para a efetividade do cuidado⁹. Assim, os resultados observados expõem fragilidades e desafios na aplicação de escalas no contexto assistencial, o que pode refletir a sobrecarga da equipe e pode comprometer a implementação do Processo de Enfermagem. **CONCLUSÃO:** A experiência evidenciou limitações na aplicação das escalas de avaliação no contexto assistencial-hospitalar, destacando a ausência de individualização do

cuidado e a falta de integração dos resultados ao Processo de Enfermagem. A utilização automatizada dos instrumentos, sem análise crítica, reduz sua efetividade na predição de riscos. Além disso, a sobrecarga da equipe contribui para a execução incompleta das etapas do processo, impactando diretamente a qualidade da assistência. Dessa forma, reforça-se a necessidade de fortalecer a sistematização do cuidado, com uso adequado das escalas, interpretação clínica dos resultados e implementação de intervenções coerentes, visando maior segurança e qualidade na assistência ao paciente. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** O trabalho contribui ao analisar criticamente a automatização da primeira etapa do PE, evidenciando a divergência entre a fundamentação teórica das escalas de predição de riscos e a sua aplicação prática no cotidiano assistencial. Ressalta-se que a tendência à mecanização dos instrumentos de avaliação em enfermagem em detrimento ao pensamento clínico-crítico pode se relacionar aos déficits na segurança do paciente e na qualidade da assistência.

Descritores (DeCS - ID): Processo de Enfermagem - D009736; Avaliação em Enfermagem - D009730; Medição de Risco - D018570.

Modalidade: estudo original () relato de experiência (X) revisão de literatura ()

Eixo temático: Processo de Enfermagem, Teorias e Terminologias padronizadas.

REFERÊNCIAS

- 1 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 736/2024: implementação do processo de enfermagem. Brasília: COFEN; 2024. <http://www.cofen.gov.br/>
- 2 Santos SC, Gouveia HG, Silva ACBS, Almeida NG, Rocha RM, Lucena AF. Tradução e adaptação transcultural do Nursing Outcomes Classification para avaliação de pacientes com risco de queda. Rev Gaucha Enferm. 2023;44:e20220248. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220248.pt>
- 3 Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Parecer COREN/SC nº 017/CT/2019: escala de quedas de Morse. Florianópolis: COREN-SC; 2019. <https://www.corensc.gov.br/>
- 4 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Escala de Morse. Uberaba: EBSERH; 2018.
- 5 Martins LM, Mello LL, Rodrigues AL, Goulart AF, Sanches CM, Lima AFC. Escala de Fugulin para classificação de pacientes pediátricos em unidade de internação respiratória: relato de experiência. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20220454. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0454pt>
- 6 Martins MEL, Silva JRS, Oliveira BT, Santos RC, Lima AF. A relevância das escalas na avaliação de pacientes pediátricos hospitalizados: um relato de experiência. Rev Eletr Acervo Saude. 2023;23(5):e12091. <https://doi.org/10.25248/reas.e12091.2023>



7 Santos GLA, Lima RS, Silva GTR, Oliveira JAD, Silva JAA, Santos AMC. Sistematização da assistência de enfermagem: compreensão à luz de seus pilares e elementos constituintes. *Enferm Foco*. 2021;12(1):185-91.

8 Oliveira IC, Teixeira SA, Ferreira MZJ, Sganzella D, Silva RGM. O uso das principais escalas de avaliação de saúde pelo enfermeiro: revisão integrativa. *Enferm Bras*. 2024;23(1):1512-23. <https://doi.org/10.62827/eb.v23i1.ce71>

9 Franco B. Avaliação do impacto da informatização das escalas de predição de risco na qualidade dos registros do processo de enfermagem: um estudo antes e depois [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2024.

¹ Graduação. Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado do Pará (UEPA). evelyn.sdsguerreiro@aluno.uepa.br

^{2, 3, 4, 5} Graduação. Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado do Pará (UEPA).

⁶ Mestrado em Enfermagem, Enfermeira, Docente da Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA).

⁷ Mestrado em Saúde do Adulto, Enfermeira, Docente Substituto, Universidade do Estado do Pará (UEPA).

