

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 1/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021	Próxima revisão: 01/2023
		Versão: 01	

1. OBJETIVO(S)

- Definir as prioridades de atendimento;
- Garantir a prevenção de maiores complicações;
- Planejamento adequado do atendimento fisioterapêutico;
- Definir diagnóstico cinesio-funcional;
- Garantir eficiência no atendimento fisioterapêutico;
- Definir indicações e contraindicações ao atendimento fisioterapêutico, garantindo a segurança do mesmo;
- Garantir a continuidade do atendimento.

2. MATERIAL

A triagem fisioterapêutica do paciente internado em enfermaria é a seleção de pacientes para atendimento fisioterapêutico de acordo com critérios de inclusão de pacientes no serviço de fisioterapia, garantindo o fluxo de atendimentos por prioridades. Por outro lado, a avaliação fisioterapêutica representa um conjunto de condutas com o intuito de obter o maior número de informações possíveis a respeito do paciente, de forma objetiva e subjetiva. A partir de uma avaliação adequada, é possível programar um plano de atendimento eficiente, específico às necessidades atuais do paciente e com o máximo de segurança ao mesmo.

Para realização da triagem serão utilizados os seguintes materiais:

- Oxímetro de pulso;
- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro;
- Ficha de triagem (vide APÊNDICE 1);
- Prancheta;
- Caneta;
- EPIs (luvas de procedimentos, máscara, gorro e avental).

Já para realização da avaliação fisioterapêutica, serão necessários os seguintes materiais:

- Oxímetro de pulso;
- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro;

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 2/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021	Próxima revisão: 01/2023
		Versão: 01	

- Ficha de avaliação (vide APÊNDICE 2);
- Prancheta;
- Caneta;
- EPIs (luvas de procedimentos, gorro, máscara e avental, se isolamento de contato).

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

3.1 ETAPAS DA TRIAGEM FISIOTERAPÊUTICA:

3.1.1 Normas Gerais:

- Previamente à triagem, identificar no prontuário clínico do paciente a causa da internação atual, a doença de base e outras comorbidades para contribuir com informações clínicas importantes para nortear a triagem e a definição do nível de prioridade;
- Preparar os materiais necessários para a triagem (ficha de triagem, prancheta, caneta, oxímetro de pulso, estetoscópio, esfigmomanômetro);
- Utilizar equipamentos de proteção individual indicados: máscara, gorro, luvas de procedimento e avental (se for isolamento de contato);
- Apresentar-se ao paciente e identificar-se com simpatia, demonstrando interesse pelas suas queixas e história clínica, estabelecendo uma relação de confiança;
- Nesse primeiro contato com o paciente, algumas observações gerais podem nortear a inspeção do paciente:
 - Conforto: o paciente parece estar confortável ou indisposto e angustiado; você necessita tratar primeiro disso?;
 - Tamanho: ele é obeso? Quais as implicações dessa condição para seu manuseio e para a respiração? Por outro lado, se estiver malnutrido pode se fadigar rapidamente;
 - Posição: Em qual posição você o encontrou? Isso possui um impacto real no volume pulmonar e no trabalho respiratório;
 - Postura: Ele possui cifose ou escoliose? Essa deformidade da caixa torácica pode comprometer a mecânica respiratória e o volume pulmonar, podendo levar a desconforto respiratório e dispneia;
 - Equipamentos: Existe algum equipamento, dreno, acessos ou fios ligados ao paciente? Eles são trocados e funcionam corretamente?
- Durante a triagem, o paciente deverá estar no leito, de preferência, e em uma posição que permita a observação de toda a região;
- Analisar se o paciente está confuso ou pouco colaborativo ou até mesmo com rebaixamento

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 3/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021 Versão: 01	Próxima revisão: 01/2023

do nível de consciência (não-contactuante), o que indicará uma maior prioridade de atendimento e acompanhamento por todos da equipe, inclusive pelo fisioterapeuta;

- c) A Escala de Mobilidade de UTI (EMU) ou Intensive Mobility Scale (IMS) é uma escala que tem uma pontuação entre 0 e 10 em um único domínio, sendo que a pontuação zero indica baixa mobilidade (paciente realiza apenas exercícios passivos no leito) e a pontuação dez indica uma alta mobilidade (deambulação independente). A descrição das características de cada escore de zero a dez estão apresentadas no ANEXO A;
- d) No quadro de PRIORIDADES DE ATENDIMENTO (vide APÊNDICE 1), houve uma classificação por cores, em que o vermelho é alta prioridade, indicando atendimento duas vezes por dia e que o paciente tem preferência de atendimento em relação às outras cores. O amarelo é média prioridade, indicando atendimento uma vez por dia e que o paciente tem preferência de atendimento em relação à cor verde, já a cor verde é baixa prioridade, indicando atendimento uma vez por dia (se possível) ou orientações e vigilância respiratória. A cor azul significa que o paciente tem indicação somente a uma abordagem direcionada a orientações e que não precisará de atendimento específico.
- e) Nesse quadro, devem-se marcar os itens que o paciente apresenta e que foram identificados pelo fisioterapeuta e, a definição do nível de prioridade será feita considerando os itens de maior prioridade assinalados (um único item assinalado no vermelho, por exemplo, determina alta prioridade de atendimento);
- f) Caso o paciente tenha contra-indicações ao atendimento fisioterapêutico registradas na ficha de triagem, acompanhar diariamente o quadro clínico, se possível, e quando não houver mais contra-indicações, proceder à avaliação do paciente.

3.1.2 Triagem fisioterapêutica:

- a) Revisar o prontuário clínico do paciente;
- b) Preencher o cabeçalho da ficha de triagem, que consta de: nome, número de prontuário, clínica, número do leito, datas da admissão e triagem e idade em anos;
- c) Lavar as mãos;
- d) Paramentar-se com luvas de procedimento, gorro, máscara e avental (se isolamento de contato);
- e) Apresentar-se ao paciente e/ou cuidador ou acompanhante;
- f) Colocar o paciente em posição fowler ou semi-fowler;
- g) Fazer a anamnese rápida do paciente, perguntando por queixas e sintomas clínicos importantes;
- h) Iniciar a avaliação dos sinais vitais, frequência cardíaca (FC), saturação periférica de oxigênio (SpO2), pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), frequência respiratória (FR), temperatura da pele e nível de dor;

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 4/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021	Próxima revisão: 01/2023
		Versão: 01	

- i) Instalar o oxímetro de pulso em um dos dedos das mãos e registrar a FC e a SpO₂;
- j) Posicionar o esfigmomanômetro analógico ou digital, de preferência no braço esquerdo e com o estetoscópio, realizar a ausculta da PAS e PAD;
- k) Avaliar a FR pela inspeção, analisando se está bradipneico, eupneico ou taquipneico;
- l) Identificar se o paciente tem sinais de uso da musculatura acessória da respiração;
- m) Avaliar a temperatura da pele pelo toque e identificar se a mesma está normal (afebril ao toque) ou aumentada (febril ao toque), pois, a hipertermia pode prejudicar a tolerância à intervenção;
- n) Identificar se o paciente apresenta dor e se a mesma é de origem musculoesquelética utilizando a escala visual analógica (EVA). Peça ao paciente para que ele escolha de 0 a 10 aquele que representa a intensidade da dor ou do alívio no momento da triagem;
- o) Avaliar se o paciente apresenta episódios de tosse, se sim, avaliar as características da tosse do paciente, pedindo para o mesmo tossir voluntariamente ou por tosse provocada e identificar se a mesma é ineficaz ou eficaz e seca ou produtiva;
- p) Avaliar o nível de consciência identificando se o paciente é contactuante, pouco contactuante ou não-contactuante e se é colaborativo, pouco colaborativo ou não-colaborativo;
- q) Identificar se o paciente está em cuidados paliativos;
- r) Identificar se o paciente está em uso de dreno torácico;
- s) Identificar se o paciente está em pré ou pós-operatório de cirurgia torácica ou abdominal alta;
- t) Avaliar a mobilidade do paciente pela Escala de Mobilidade de UTI (EMU ou IMS), pontuando de 0 a 10 (vide APÊNDICE 1);
- u) Registrar os itens do quadro de prioridades de atendimento (vide APÊNDICE 1);
- v) Registrar os itens de precauções ou contra-indicações ao atendimento fisioterapêutico, se houver (vide APÊNDICE 1);
- w) Encerrar a triagem, proceder às condutas necessárias, se preciso ou despedir-se do paciente e cuidador/acompanhante, se houver;
- x) Retirar os EPI;
- y) Lavar as mãos;
- z) Realizar as anotações necessárias na ficha de triagem e no prontuário, se preciso. Assinar e carimbar os respectivos registros.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 5/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021 Versão: 01	Próxima revisão: 01/2023

3.2 ETAPAS DA AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

3.2.1 Normas Gerais

- a) Previamente à avaliação, realizar a revisão das informações presentes no prontuário clínico do paciente a fim de ter conhecimento sobre a condição atual geral do paciente e seu histórico pregresso à internação;
- b) Preparar os materiais necessários para avaliação (ficha de avaliação, prancheta, caneta, oxímetro de pulso, estetoscópio, esfigmomanômetro);
- c) Utilizar equipamentos de proteção individual indicados: máscara, gorro, luvas de procedimento e avental (se for isolamento de contato);
- d) Apresentar-se ao paciente e identificar-se com simpatia, demonstrando interesse pelas suas queixas e história clínica, estabelecendo uma relação de confiança;
- e) Realizar uma anamnese individualizada, com raciocínio lógico, coerência e objetividade;
- f) Durante a avaliação física, cinesio-funcional e respiratória, a mesma deve ser realizada com o paciente no leito, de preferência, e em uma posição que permita a observação de toda a região;
- g) Durante a aproximação para a avaliação, pare, revise a situação e o que você descobriu até o exato momento; escute, fique atento ao que o paciente lhe relata e ao que você ouve na ausculta; sinta, examine-o sistematicamente e lembre-se que suas mãos podem lhe dizer mais que o estetoscópio; pense, relacione seus achados com a história do paciente: quais são os problemas principais que você identificou e se esses problemas são coerentes com a história? Você poderá cuidar desse paciente ou precisará de ajuda?;
- h) Na avaliação dos sinais de desconforto respiratório, o sinal de Hoover ocorre no paciente com hiperinsuflação pulmonar grave em que o diafragma se apresenta retificado e rebaixado e durante a inspiração, há diminuição do diâmetro laterolateral do tórax inferior e, com isso, retração do terço inferior do tórax ao invés de sua expansão;
- i) Na avaliação da dor, utilize a escala visual numérica (EVN) de 0 a 10 associada a uma escala verbal com quatro descritores (dor ausente, leve, moderada e intensa) (vide APÊNDICE 2). Esses descritores devem ser apresentados ao paciente para que ele escolha aquele que representa a intensidade da dor ou do alívio no momento da avaliação. O fisioterapeuta deve observar se há alguma conduta da fisioterapia que pode ser aplicada para seu alívio. Se o paciente estiver com dor, observe se a analgesia está sendo usada, se está adequada e, caso ela aumente, solicite o controle da dor para realizar o atendimento da fisioterapia, se necessário;
- j) Na avaliação do nível de consciência em pacientes sem efeito sedativo uma das escalas mais utilizadas é a Escala de Coma de Glasgow (ANEXO B). Ela avalia três respostas: abertura ocular (AO), melhor resposta verbal (RV) e melhor resposta motora (RM) e tem uma graduação que varia de 3 (mais grave) a 15. Se na avaliação do paciente, o fisioterapeuta identificar rebaixamento do nível de consciência, o mesmo tem que compreender o risco de

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 6/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021 Versão: 01	Próxima revisão: 01/2023

aspiração e retenção de secreções;

- k) A avaliação do tônus muscular deve ser realizada com a cabeça alinhada em relação ao tronco, sendo comum alterações de tônus em disfunções neurológicas;
- l) A Escala de Mobilidade de UTI (EMU ou IMS) (vide APÊNDICE 2) já foi descrita anteriormente em normas gerais da triagem fisioterapêutica.

3.2.2. Avaliação fisioterapêutica

- a) Revisar o prontuário clínico do paciente;
- b) Preencher o cabeçalho da ficha de avaliação, que consta de: nome, número de prontuário, clínica, número do leito, datas da admissão e avaliação, idade em anos, gênero (feminino ou masculino), diagnóstico e comorbidades;
- c) Lavar as mãos;
- d) Paramentar-se com luvas de procedimento, gorro, máscara e avental;
- e) Apresentar-se ao paciente e/ou cuidador ou acompanhante;
- f) Colocar o paciente em posição fowler ou semi-fowler;
- g) Fazer a anamnese do paciente, perguntando por queixas e sintomas clínicos importantes;
- h) Realizar a inspeção geral do paciente enquanto faz a anamnese, analisar a presença de dispositivos e equipamentos, deformidades, cicatrizes (toracotomia, drenagem torácica, mastectomia...), presença de fístulas, aspecto geral da pele, sua coloração, áreas de edema periférico, escaras, perfusão periférica, atrofia musculares e alterações ósseas e articulares, formato da caixa torácica, além da presença de drenos, acessos, cateteres, sondas, entre outros;
- i) Iniciar a avaliação dos sinais vitais, FC, SpO₂, PAS e PAD, FR, temperatura da pele e nível de dor;
- j) Instalar o oxímetro de pulso em um dos dedos das mãos e registrar a FC e a SpO₂;
- k) Posicionar o esfigmomanômetro analógico ou digital, de preferência no braço esquerdo e com o estetoscópio, realizar a ausculta da PAS e PAD;
- l) Avaliar a FR pela inspeção, analisando se está bradipneico, eupneico ou taquipneico;
- m) Inspeccionar o paciente para identificar se tem sinais de desconforto respiratório como dispnéia, sudorese, cianose, retração inspiratória ou tiragem ou sinal de Hoover;
- n) Avaliar a temperatura da pele pelo toque e identificar se a mesma está normal (afebril ao toque) ou aumentada (febril ao toque), pois, a hipertermia pode prejudicar a tolerância à intervenção;
- o) Identificar se o paciente apresenta dor e se a mesma é de origem musculoesquelética ou visceral, utilizando a escala visual numérica (EVN). Apresente os 4 descritores ao paciente

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 7/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021 Versão: 01	Próxima revisão: 01/2023

para que ele escolha aquele que representa a intensidade da dor ou do alívio no momento da avaliação;

- p) Iniciar a avaliação da função neuromotora pela avaliação do nível de consciência em pacientes sem efeito sedativo pela Escala de Coma de Glasgow Atualizada e preencher as melhores respostas de AO, RV e RM e seu valor total, depois deve-se realizar a avaliação da reatividade pupilar à luz bilateralmente e pontuar essa resposta de 0 a 2, o escore dessa resposta deve ser subtraído do valor do somatório das respostas de AO, RV e RM, obtendo-se, assim, o escore total da Escala de Coma de Glasgow (ANEXO B);
- q) Iniciar a avaliação da função cardiorrespiratória;
- r) Averiguar o tipo de ventilação, se está em ventilação espontânea, em ventilação mecânica não-invasiva (VMNI) ou ventilação mecânica invasiva (VMI);
- s) Averiguar se está em respiração em ar ambiente ou em uso de oxigenoterapia suplementar, se em oxigenoterapia, registrar o fluxo de oxigênio (O₂) em cateter nasal (CN) ou máscara facial (MF);
- t) Registrar o murmúrio vesicular e a presença de ruídos adventícios, se houver na ausculta pulmonar;
- u) Avaliar as características da tosse do paciente, pedindo para o mesmo tossir voluntariamente ou por tosse provocada e identificar se a mesma é ineficaz, pouco eficaz ou eficaz e seca ou produtiva;
- v) Avaliar se há expectoração, se a mesma está presente ou ausente, se há deglutição da secreção ou se há dificuldade;
- w) Se houver expectoração, identificar o aspecto da secreção, se mucoide, mucopurulenta ou purulenta;
- x) Identificar se o padrão respiratório é predominantemente costal ou diafragmático ou se é misto;
- y) Identificar se a expansibilidade torácica é simétrica ou assimétrica, normal ou reduzida;
- z) Identificar se o paciente está em uso de tubo orotraqueal (TOT) e seu diâmetro (número do tubo) e número da fixação do tubo;
- aa) Identificar se o paciente apresenta traqueostomia (TQT) e se a mesma é plástica ou metálica e o número da TQT;
- bb) Identificar se a via aérea artificial apresenta o balonete insuflado ou desinsuflado;
- cc) Continuar a avaliação da função neuromotora;
- dd) Avaliar se a amplitude de movimento é normal ou reduzida;
- ee) Avaliar alterações do trofismo muscular, se há atrofia, hipotrofia ou hipertrofia;
- ff) Avaliar se o tônus muscular é hipo, normo ou hipertônico;

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 8/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021 Versão: 01	Próxima revisão: 01/2023

- gg) Avaliar a mobilidade do paciente pela Escala de Mobilidade de UTI (EMU ou IMS), pontuando de 0 a 10 (vide APÊNDICE 2);
- hh) Encerrar a avaliação, proceder às condutas necessárias, se preciso ou despedir-se do paciente e cuidador/acompanhante, se houver;
- ii) Retirar os EPI;
- jj) Lavar as mãos;
- kk) Realizar as anotações necessárias na ficha de avaliação e no prontuário, se preciso. Assinar e carimbar os respectivos registros.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 9/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021	Próxima revisão: 01/2023
		Versão: 01	

4. REFERÊNCIAS

BRENNAN P. M., MURRAY G. D., TEASDALE G. Simplifying the use of prognostic information in traumatic brain injury. Part 1: The GCS-Pupils score an extended index of clinical severity. **J Neurosurg** 2018; 128: 1612-1620.

CHAVES LD. **Dor como 5º sinal vital.** In: NETO OA, ISSY AM. Dor: princípios e prática. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2009. <http://www.bioonco.net/paciente-plaquetopenico-e- agora-fisioterapeuta>.
<https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>

HODGSON CL, et al. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization f mechanically ventilated critically ill adults. **Critical Care** 2014; v.18, n. 658.

HODGSON C, et al. Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale. **Hear Lung** 2014; 43(1):19-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j. hrtlng.2013.11.003>

KAISER KS. Assessment and management of pain in the critically ill trauma patient. **Crit Care NursQ** 1992; v. 15, n.12, pp. 14-34.

KAWAGUCHI YMF, NAWA RK, FIGUEIREDO TB, MARTINS L, PIRES-NETO RC. Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. **J Bras Pneumol** 2016; v.42, n.6, pp. 429-434.

QUINT M; THOMAS S. **Avaliação respiratória.** In: HARDEN B; CROSS J; BROAD MA; QUINT M; RITSON P; THOMAS S. Fisioterapia respiratória – um guia de sobrevivência no atendimento de emergência. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

SANDRI P; GUIMARÃES HP. **Manual Prático de Fisioterapia no Pronto-Socorro e UTI.** São Paulo: Editora Atheneu, 1ª edição, 2014.

SES-DF. **Protocolo de Atenção à Saúde: Conduta fisioterapêutica nas enfermarias da Secretaria de Estado de Saúde do DF.** Portaria SES-DF nº29, de 1º de março de 2016, publicada no DODF nº 42 de 03 de março de 2016.

SILVA AM. **Triagem de prioridades – triagem de manchester** (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19983>.

SUASSUNA VAL, et al. **Fisioterapia em Emergência.** Editora Manole, 1ª ed., 2016.

VEGA JM; LUQUE, A; SARMENTO, GJV; MODERNO, LF de O. **Tratado de Fisioterapia Hospitalar: Assistência Integral ao Paciente.** São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 10/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021 Versão: 01	Próxima revisão: 01/2023

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	RESPONSÁVEIS
1	02/2020	Elaboração do POP	Viviane Assunção Guimarães

Elaboração Viviane Assunção Guimarães – Fisioterapeuta	Data: 13/02/2020
Revisão Arêtha de Meira Castro – Fisioterapeuta	Data: 06/11/2020
Análise Laura Cristina Carvalho Noletto Siqueira - Enfermeira Chefe da Unidade de Reabilitação	Data: 26/11/2020
Validação Bianca Cristina de Oliveira Borges – Enfermeira Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde	Data: 26/11/2020
Aprovação Carlos Cristiano Oliveira de Faria Almeida – Enfermeiro Chefe de Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Data: 28/01/2021

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 11/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021 Versão: 01	Próxima revisão: 01/2023

6. APÊNDICE

APÊNDICE 1. Ficha de Triagem da Fisioterapia

		FICHA DE TRIAGEM FISIOTERAPIA			
Nome: _____ Pront.: _____ Clínica: _____ Leito: _____					
Data internação: __/__/__ Data triagem: __/__/__ Idade: ____ anos					
DADOS GERAIS:					
FC: ____ bpm PA: ____ mmHg SatO2: ____ % FR: <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico T: <input type="checkbox"/> afebril ao toque <input type="checkbox"/> Febril ao toque <input type="checkbox"/> Uso de musculatura excessória da respiração Tosse: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Produtiva <input type="checkbox"/> Dor músculo-esquelética: ____ (EVA) NC: <input type="checkbox"/> Contactuante <input type="checkbox"/> Pouco contactuante <input type="checkbox"/> Não contactuante <input type="checkbox"/> Colaborativo <input type="checkbox"/> Pouco colaborativo <input type="checkbox"/> Não colaborativo <input type="checkbox"/> Cuidados Paliativos <input type="checkbox"/> Dreno Torácico <input type="checkbox"/> Cirurgia Torácica ou Abdominal Alta					
Valores aceitáveis: SatO2: 92 – 99% (até 88% para DPOC). FR = 12 – 20 rpm					
AVALIAÇÃO FUNCIONAL: Escala de Mobilidade IMS (ICU Mobility Scale)					
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 0 – Nada (deitado no leito) <input type="checkbox"/> 1 – Sentado no leito, exercícios no leito <input type="checkbox"/> 2 – Transferido passivamente para cadeira (s/ ortostatismo) <input type="checkbox"/> 3 – Sentado à beira do leito <input type="checkbox"/> 4 – Ortostatismo <input type="checkbox"/> 5 – Transferência do leito para cadeira </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 6 – Marcha estacionária (à beira do leito) <input type="checkbox"/> 7 – Deambular com auxílio de 2 ou mais pessoas <input type="checkbox"/> 8 – Deambular com auxílio de 1 pessoa <input type="checkbox"/> 9 – Deambulação independente com auxílio de dispositivo de marcha <input type="checkbox"/> 10 – Deambulação independente sem auxílio de dispositivo de marcha </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 0 – Nada (deitado no leito) <input type="checkbox"/> 1 – Sentado no leito, exercícios no leito <input type="checkbox"/> 2 – Transferido passivamente para cadeira (s/ ortostatismo) <input type="checkbox"/> 3 – Sentado à beira do leito <input type="checkbox"/> 4 – Ortostatismo <input type="checkbox"/> 5 – Transferência do leito para cadeira	<input type="checkbox"/> 6 – Marcha estacionária (à beira do leito) <input type="checkbox"/> 7 – Deambular com auxílio de 2 ou mais pessoas <input type="checkbox"/> 8 – Deambular com auxílio de 1 pessoa <input type="checkbox"/> 9 – Deambulação independente com auxílio de dispositivo de marcha <input type="checkbox"/> 10 – Deambulação independente sem auxílio de dispositivo de marcha
<input type="checkbox"/> 0 – Nada (deitado no leito) <input type="checkbox"/> 1 – Sentado no leito, exercícios no leito <input type="checkbox"/> 2 – Transferido passivamente para cadeira (s/ ortostatismo) <input type="checkbox"/> 3 – Sentado à beira do leito <input type="checkbox"/> 4 – Ortostatismo <input type="checkbox"/> 5 – Transferência do leito para cadeira	<input type="checkbox"/> 6 – Marcha estacionária (à beira do leito) <input type="checkbox"/> 7 – Deambular com auxílio de 2 ou mais pessoas <input type="checkbox"/> 8 – Deambular com auxílio de 1 pessoa <input type="checkbox"/> 9 – Deambulação independente com auxílio de dispositivo de marcha <input type="checkbox"/> 10 – Deambulação independente sem auxílio de dispositivo de marcha				
PRIORIDADES DE ATENDIMENTO:					
VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL		
<input type="checkbox"/> IMS 0-3; <input type="checkbox"/> VMI e VMNI; <input type="checkbox"/> TQT em oxigenoterapia; <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea com sinais clínicos de desconforto respiratório (taquipneia, esforço respiratório, SatO2 < 88%); <input type="checkbox"/> AVC agudo ou 24h pós trombólise; <input type="checkbox"/> ICC ou DPOC descompensados; <input type="checkbox"/> Pacientes com dreno torácico e restritos ao leito; <input type="checkbox"/> Tosse ineficaz.	<input type="checkbox"/> IMS 4-7; <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea com TQT; <input type="checkbox"/> Uso de oxigenoterapia; <input type="checkbox"/> Tosse eficaz e produtiva; <input type="checkbox"/> VMI em cuidados paliativos, morte encefálica, instabilidade hemodinâmica, neuroproteção; <input type="checkbox"/> SatO2: 88-92%	Ventilação espontânea <input type="checkbox"/> IMS 8-9; <input type="checkbox"/> Saturação limitrofe <input type="checkbox"/> Mal posicionamento no leito com redução de MV.	<input type="checkbox"/> Sem indicação para atendimento fisioterapêutico (orientações).		
CONTRA-INDICAÇÕES:		PRECAUÇÕES:			
<input type="checkbox"/> Plaquetas < 10.000/mm ³ c/ sangramento ativo <input type="checkbox"/> Padrão isquêmico (angina instável)		<input type="checkbox"/> Na < 130, K+ < 3.0, Ca > 6.0 <input type="checkbox"/> FC > 150bpm ou FC < 60bpm (necessidade de tratamento farmacológico) <input type="checkbox"/> Diabéticos em uso de insulina* <input type="checkbox"/> Metástases ósseas com > 50% córtex envolvido <input type="checkbox"/> Derrame pleurais extensos ou pericárdicos, múltiplas metástases pulmonares** <input type="checkbox"/> Extrassístole ventricular recente; arritmia atrial/ventricular			
*Monitorar cuidadosamente os exercícios, pois, podem potencializar a reabsorção da insulina quando administrada **Poucos exercícios isométricos; consultar cardiologista e/ou oncologista					

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 12/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021 Versão: 01	Próxima revisão: 01/2023

APÊNDICE 2. Ficha de Avaliação da Fisioterapia em Enfermaria

		FICHA DE AVALIAÇÃO DA FISIOTERAPIA EM ENFERMARIA	
Nome: _____ Pront.: _____ Clínica: _____ Leito: _____ Data internação: ___/___/___ Data avaliação: ___/___/___ Idade: ___ anos Gênero: () M () F Diagnóstico/Comorbidades: _____ _____ Inspeção: _____ _____			
SINAIS VITAIS			
FC: ___ bpm PA: ___ mmHg SatO ₂ : ___% FR: <input type="checkbox"/> bradipneico <input type="checkbox"/> eupneico <input type="checkbox"/> taquipneico <input type="checkbox"/> sinais de desconforto respiratório T°: <input type="checkbox"/> afebril ao toque <input type="checkbox"/> febril ao toque		Dor: 	
FUNÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA			
Ventilação: <input type="checkbox"/> espontânea <input type="checkbox"/> VMNI <input type="checkbox"/> VMI Oxigenoterapia: CN ___ l/min MF ___ l/min Ausculta pulmonar: _____ Tosse: <input type="checkbox"/> ineficaz <input type="checkbox"/> pouco eficaz <input type="checkbox"/> eficaz <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> produtiva Expectoração: <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> deglutição <input type="checkbox"/> dificuldade Aspecto da secreção: <input type="checkbox"/> mucóide <input type="checkbox"/> mucopurulenta <input type="checkbox"/> purulenta Padrão respiratório: <input type="checkbox"/> costal <input type="checkbox"/> diafragmático <input type="checkbox"/> misto Expansibilidade: <input type="checkbox"/> simétrica <input type="checkbox"/> assimétrica <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> reduzida <input type="checkbox"/> Uso de TOT N°/fixação do tubo: _____ TQT: <input type="checkbox"/> plástica <input type="checkbox"/> metálica N° _____ Cuff: <input type="checkbox"/> desinsuflado <input type="checkbox"/> insuflado			
FUNÇÃO NEUROMOTORA			
Glasgow: AO ___ RV ___ RM ___ (T ___) ADM: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> reduzida Trofismo: <input type="checkbox"/> atrofia <input type="checkbox"/> hipotrofia <input type="checkbox"/> hipertrofia Tônus: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hipotonia <input type="checkbox"/> hipertonia			
AVALIAÇÃO FUNCIONAL: Escala de Mobilidade IMS (ICU Mobility Scale)			
<input type="checkbox"/> 0 – Nada (deitado no leito) <input type="checkbox"/> 1 – Sentado no leito, exercícios no leito <input type="checkbox"/> 2 – Transferido passivamente para cadeira (s/ ortostatismo) <input type="checkbox"/> 3 – Sentado à beira do leito <input type="checkbox"/> 4 – Ortostatismo <input type="checkbox"/> 5 – Transferência do leito para cadeira		<input type="checkbox"/> 6 – Marcha estacionária (à beira do leito) <input type="checkbox"/> 7 – Deambular com auxílio de 2 ou mais pessoas <input type="checkbox"/> 8 – Deambular com auxílio de 1 pessoa <input type="checkbox"/> 9 – Deambulação independente com auxílio de dispositivo de marcha <input type="checkbox"/> 10 – Deambulação independente sem auxílio de dispositivo de marcha	

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 13/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021 Versão: 01	Próxima revisão: 01/2023

7. ANEXO

ANEXO 1. Escala de Mobilidade de UTI (EMU ou IMS)

	Classificação	Definição
0	Nada (deitado no leito)	Rolado passivamente ou exercitado passivamente pela equipe, mas não se movimentando ativamente
1	Sentado no leito, exercícios no leito	Qualquer atividade no leito, incluindo rolar, ponte, exercícios ativos, cicloergômetro e exercícios ativo assistidos; sem sair do leito ou sentado à beira do leito
2	Transferido passivamente para a cadeira (sem ortostatismo)	Transferência para cadeira por meio de guincho, elevador ou passante, sem ortostatismo ou sem sentar à beira do leito
3	Sentado à beira do leito	Pode ser auxiliado pela equipe, mas envolve sentar ativamente à beira do leito e com algum controle de tronco
4	Ortostatismo	Sustentação do peso sobre os pés na posição ortostática, com ou sem ajuda. Pode ser considerado o uso do guincho ou prancha ortostática.
5	Transferência do leito para cadeira	Ser capaz de dar passos ou arrastar os pés na posição em pé até a cadeira. Isto envolve transferir ativamente o peso de uma perna para outra para ir até a cadeira. Se o paciente já ficou em pé com auxílio de algum equipamento médico, ele deve andar até a cadeira (não aplicável se o paciente é levado por algum equipamento de elevação)
6	Marcha estacionária (à beira do leito)	Ser capaz de realizar marcha estacionária erguendo os pés de forma alternada (deve ser capaz de dar no mínimo 4 passos, dois em cada pé), com ou sem auxílio
7	Deambular com auxílio de 2 ou mais pessoas	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com auxílio de 2 ou mais pessoas
8	Deambular com auxílio de 1 pessoa	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o auxílio de 1 pessoa
9	Deambulação independente com auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira com o uso de dispositivos de marcha, mas sem o auxílio de outra pessoa. Em indivíduos cadeirantes, este nível de atividade implica em se locomover com a cadeira de rodas de forma independente por 5 metros para longe do leito/ cadeira.
10	Deambulação independente sem auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/ cadeira sem o uso de dispositivos de marcha ou o auxílio de outra pessoa.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 14/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021	Próxima revisão: 01/2023
		Versão: 01	

ANEXO 2. Escala de Coma de Glasgow Atualizada

Critério	Classificação	Pontuação
Abertura ocular		
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	Ao som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não-testável	NT
Resposta verbal		
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada, mas coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não-testável	NT
Melhor Resposta motora		
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 15/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021	Próxima revisão: 01/2023
		Versão: 01	

Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimento dos membros superiores/inferiores sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não-testável	NT
Reatividade Pupilar		
As duas pupilas reagem ao estímulo de luz	Completa	0
Apenas uma pupila reage ao estímulo de luz	Parcial	1
Nenhuma pupila reage ao estímulo de luz	Inexistente	2

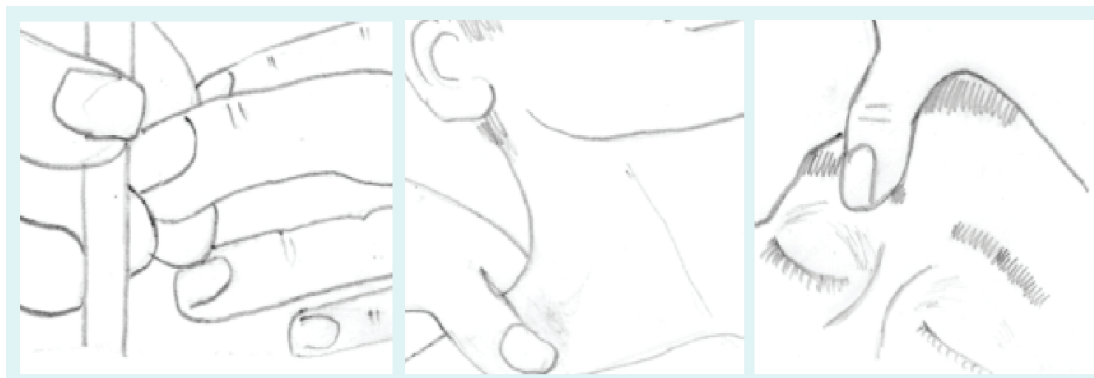
Figura 1. Locais para estimulação física.

Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos

Pinçamento do trapézio

Incisura supraorbitária



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP. UR. FISIO. 001 - Página 16/ 16	
Título do Documento	TRIAGEM E AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA	Emissão: 01/2021	Próxima revisão: 01/2023
		Versão: 01	

Figura 2. Característica da resposta em flexão.

Características da resposta em flexão

Modificado com autorização a partir de Van Der Naalt
2004 Ned Tijdschr Geneeskd

