

## **TRIAGEM E ESTRATIFICAÇÃO DE PRIORIDADES FISIOTERAPÊUTICAS EM PACIENTES INTERNADOS: PROCEDIMENTO OPERACIONAL**

### **1- Objetivos**

- Definir prioridades de atendimentos diários fisioterapêuticos em pacientes em internação;

### **2- Indicações e contraindicações**

É indicada a triagem de todos os pacientes admitidos em setores de internação comum hospitalar. Em especial pacientes que requerem cuidados mínimos a intermediários em ambientes de internação comum.

A triagem e estratificação de prioridades fisioterapêuticas em pacientes internados não substitui a avaliação fisioterapêutica completa.

### **3- Material**

Para a triagem e estratificação de pacientes é necessário:

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

### **4- Descrição de procedimentos**

a) Anteriormente 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;

b) Preparar os materiais necessários para a triagem (ficha de triagem, prancheta, caneta, oxímetro de pulso, estetoscópio, esfigmomanômetro);

c) Utilizar equipamentos de proteção individual padrão (máscara, luvas de procedimento, gorro) e avental (em caso de 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) Durante a triagem, o paciente deverá estar no leito, de preferência, e em uma posição que permita a observação de toda a região;

f) Prosseguir com investigação dos Sinais Vitais do paciente: frequência cardíaca (FC), saturação periférica de oxigênio (SpO2), pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), frequência respiratória (FR) e nível de dor (utilizar quantificação através da Escala Visual Analógica, descrever região e características da dor);

g) investigação do nível de consciência: sugere-se o uso da Escala de Coma de Glasgow (ECG) em pacientes sem uso de sedação. ECG avalia respostas visuais, motoras e verbais a determinados estímulos, tendo pontuações variando de 3 a 15, com uma pontuação mais baixa indicando danos mais graves e pior prognóstico. A ECG pode ser observada a seguir.

h) investigação do nível de consciência: em pacientes em uso de sedação, sugere-se o uso de escalas de avaliação de nível de Sedação, como a RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale, ou Escala de agitação e sedação de Richmond) e a escala de Ramsay.

I) Prosseguir com classificação do nível de mobilidade do paciente através da escala IMS- ICU Mobility Scale. A Escala de Mobilidade em UTI - IMS, avalia em uma escala de 0 a 10 a mobilidade do paciente crítico, sendo de fácil aplicação e reprodução, variando de zero, significando baixa mobilidade, a dez, referente a paciente com alta mobilidade.

J) Prosseguir com a aplicação da escala de funcionalidade FSS- Functional Status Scale. Avalia a função através de categorias avaliadas de 0 a 7, com uma pontuação cumulativa máxima de 35 pontos. Exemplos de atividades motoras globais: rolar, transferências de deitado para sentado, sentar sem suporte, transferências de sentado para levantar e deambulação.

Na ficha de Triage, o tópico segmento específico deve ser utilizado em casos de condições clínicas que se restringem a um segmento corporal específico como em caso de fraturas ósseas de segmentos. Em caso de condições globais, utilizar o termo “NSA” (não se aplica). O tópico “atividade específica” refere-se a atividade a ser classificada pela FSS. Exemplo: em caso de “segmento específico” membro superior direito por fratura de ulna, a “atividade específica” pode ser “flexão de dedos da mão direita”.

Em caso de mais de uma atividade específica sugere-se a classificação pela FSS de forma continuada, como exemplo:

#### 1. ESCALA DE FUNCIONALIDADE: FSS

Segmento específico: Membro Superior Esquerdo, fratura de ulna esquerda

Atividade específica: flexão de dedos, FSS 5; extensão de dedos, FSS 6; pronação, FSS 3; supinação, FSS 3.

---

Em condições que por causas externas determinadas atividades não possam ser avaliadas recomenda-se o termo “NSA” ou apenas o não uso. Por exemplo, em casos de fixador externo transarticular de joelho ou imobilização por calha gessada cruropodálica a flexão de joelho não pode ser testada.

k) Prosseguir com tópico “Avaliação respiratória”. Em “tosse”, descrever principais características através das opções listadas. No tópico “oxigenoterapia”, em caso positivo descrever o fluxo e a forma de administração. No tópico, VMI e VNI, referentes a Ventilação Mecânica Invasiva e Ventilação Não Invasiva, apenas preencher “sim” ou “não”. Descrições de parâmetros devem seguir na evolução fisioterapêutica diária. No tópico “TQT”, referente a Traqueostomia, convém preencher “sim” ou “não” e descrever o tipo de TQT. No tópico “sinais de desconforto respiratório”, convém preencher “sim” ou “não” e descrever o tipo, exemplos: taquipneia, uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, batimento de aleta nasal, SpO<sub>2</sub>% <92%.

l) a seguir, o fisioterapeuta através dos dados preenchidos na ficha de triagem e da sua observação clínica deve estratificar o paciente dentre os três níveis de prioridade. Sendo eles:

- Prioridade Vermelha: Admissão no setor; IMS  $\leq 3$ ; VMI ou VNI; Atividade específica com FSS  $\leq 2$ ; Com sinais de desconforto respiratório; Tosse ineficaz; TQT em oxigenoterapia.
- Prioridade Amarela: IMS 4 a ; Atividade específica com FSS 3 ou 5; Oxigenoterapia; TQT.
- Prioridade Verde: IMS  $\geq 7$ ; Ventilação espontânea.

m) Cada prioridade corresponde a uma orientação organizacional quanto a frequência de atendimento:

- Prioridade Vermelha: atendimento prioritário; no mínimo um atendimento por turno de 6 horas, com vigilância constante durante o turno e reavaliação por turno de 6 horas.
- Prioridade Amarela: atendimento diário; com demanda fisioterapêutica diária ao mínimo; com vigilância por turnos e reavaliações diárias.
- Prioridade Verde: atendimento não prioritário, vigilância diária; reavaliação em até 48 horas.

n) a identificação do fisioterapeuta responsável pelo preenchimento da ficha de triagem e estratificação deve seguir ao final da ficha, em espaço determinado.

## **5- Considerações**

A ficha de triagem e estratificação é uma estratégia organizacional que visa orientar e padronizar a frequência de atendimentos fisioterapêuticos em pacientes em internação comum. A ficha de triagem e estratificação não substitui a avaliação fisioterapêutica, mas sim a complementa e deve ser considerada como parte da admissão do paciente ao serviço hospitalar de fisioterapia em leitos de internação comum.