

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**ESCOLA DE VETERINÁRIA**  
**DEPARTAMENTO DE CLÍNICA E CIRURGIA VETERINÁRIA**

**DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE  
TRIAGEM NO HOSPITAL VETERINÁRIO DA UFMG.**

Ana Cláudia Campos da Fonseca

Belo Horizonte

2021

**Ana Cláudia Campos da Fonseca**

**DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE  
TRIAGEM NO HOSPITAL VETERINÁRIO DA UFMG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Animal da Escola de Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre na área de concentração de Medicina e Cirurgia Veterinária.

Orientadora: Profa. Dra. Suzane Lilian Beier

Belo Horizonte

Escola de Veterinária – UFMG

2021

F676d

Fonseca, Ana Claudia Campos da, 1992 -  
Desenvolvimento e implementação de um sistema de triagem no Hospital Veterinário da UFMG  
Ana Claudia Campos da Fonseca. - 2021.  
106 f.

Orientadora: Suzane Lilian Beier  
Dissertação (Mestrado) apresentado à Escola de Veterinária da Universidade Federal de  
Minas Gerais, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Área de concentração: Cirurgia Veterinária.

Bibliografias: f. 1 – 51.

1. Hospital veterinário - Teses - 2. Veterinária - Teses - 3. Emergências veterinárias - Teses  
I. Beier, Suzane Lilian - II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária -  
III. Título.

CDD – 636.089

Bibliotecária responsável Cristiane Patrícia Gomes – CRB2569  
Biblioteca da Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE VETERINÁRIA  
COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA ANIMAL  
FOLHA DE APROVAÇÃO

ANA CLÁUDIA CAMPOS DA FONSECA

Dissertação submetida à banca examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIA ANIMAL, como requisito para obtenção do grau de MESTRE em CIÊNCIA ANIMAL, área de concentração Medicina e Cirurgia Veterinária.

Aprovado(a) em 30 de junho de 2021, pela banca constituída pelos membros:

Dr.(a). Suzane Lilian Beier - Presidente - Orientador(a)

Dr.(a). Eliane Goncalves de Melo

Dr.(a). Silvia Gaido Cortopassi



Documento assinado eletronicamente por **Suzane Lilian Beier, Coordenador(a) de curso**, em 05/07/2021, às 11:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Silvia Renata Gaid Cortopassi, Usuário Externo**, em 05/07/2021, às 12:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eliane Goncalves de Melo, Diretor(a) de órgão complementar**, em 06/07/2021, às 14:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0804545** e o código CRC **8B7143F1**.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por estar presente em todos os momentos.

Aos meus familiares, Pedro Antônio, Regina e Pedro Henrique pelo apoio e incentivo de sempre.

Ao meu namorado Matheus pelo amor e apoio incondicional.

A minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Suzane Lilian Beier por contribuir com meu conhecimento e evolução. Obrigada pela paciência e dedicação, ajudando em todas as dificuldades que surgiram.

Ao Eutálio pela contribuição e apoio para o desenvolvimento deste estudo.

A diretora e Prof<sup>a</sup>. Eliane, pelo incentivo e apoio ao trabalho desenvolvido.

A todos os funcionários e veterinários do Hospital Veterinário da UFMG pela colaboração e paciência na implementação do meu trabalho.

Ao CNPQ pelo apoio financeiro.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

E por fim aos animais que fizeram parte do estudo, possibilitando a sua realização e contribuindo para aquisição de conhecimento.

## RESUMO

A triagem partiu de atividades militares, que buscavam salvar o maior número de soldados para manter o poderio militar no campo de batalha. Ao longo dos anos, a triagem foi implementada em departamentos de emergência humana e se espalhando por todo o mundo ocidental. Na medicina veterinária, ainda não existe um sistema de triagem validado e reconhecido, e o assunto não é discutido nos serviços de emergência. Na maioria dos estabelecimentos, a triagem é realizada de forma intuitiva, priorizando apenas os pacientes com risco iminente de vida. Muitos sistemas de triagem na medicina veterinária são adaptações de sistemas humanos e não há trabalhos que comprovem a eficiência da implementação desses sistemas na rotina de um departamento. O presente trabalho adaptou o Sistema de Triagem de Manchester a realidade de um hospital veterinário e avaliou seus benefícios após implementação. Participaram do estudo 553 animais e tutores, 275 na primeira fase e 278 na segunda fase. A espécie canina foi predominante no estudo (84,8%) e a idade média dos animais foi de 81,33 meses. O nível de prioridade mais selecionado foi verde (37,4% - fase 1/42% - fase 2), seguido da categoria azul, amarelo, vermelho (8,7% - fase 1 / 7,5% - fase 2) e laranja em ambas as fases. A superioridade do novo sistema de classificação foi notório quando comparado ao sistema de classificação intuitivo. O sistema de triagem desenvolvido permitiu que um maior número de pacientes fossem triados, foi mais bem aceito pelos tutores e demonstrou maior clareza aos tutores quanto ao estado de gravidade dos pacientes. Mais estudos são necessários para avaliar a eficiência e eficácia dos sistemas de triagem na rotina veterinária, porém sua superioridade em relação ao sistema de triagem intuitiva ficou evidente.

Palavras-chave: Medicina Veterinária, Emergência, Manchester.

## ABSTRACT

The triage came from military activities, which sought to save the largest number of soldiers in order to maintain military power on the battlefield. Over the years, triage has been implemented in human emergency departments and spreading throughout the Western world. In veterinary medicine, there is still no validated and recognized triage system, and the subject is not discussed in emergency departments. In most establishments, triage is carried out intuitively, prioritizing only those patients at imminent risk of life. Many veterinary medicine triage systems are adaptations of human systems and there is no work to prove the efficiency of implementing these systems in the routine of a department. The present work adapted the Manchester Screening System to a veterinary center and evaluated its benefits when it was implemented. A total of 553 animals and guardians participated in the study, 275 in the first phase and 278 in the second phase. The canine species was predominant in the study (84.8%) and the average age of the animals was 81.33 months. The most selected priority level was green (37.4% - phase 1 / 42% - phase 2), followed by the blue, yellow, red category (8.7% - phase1/ 7.5% - phase 2) and orange in both phases. The superiority of the new sorting system was notorious when compared to the intuitive sorting system. The developed triage system provided that a greater number of patients were screened, was better accepted by tutors and demonstrated greater clarity to tutors regarding the patients' state of severity. Further studies are needed to evaluate the efficiency and effectiveness of the triage systems in the veterinary routine, however their superiority to the intuitive triage system was evident.

Keywords: Veterinary Medicine, Emergency, Manchester.

---

**LISTA DE TABELA**

---

Tabela 1-	Australasian Triage Scale	14
Tabela 2-	Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)	15
Tabela 3-	Capes Triage Score (CTS)	17
Tabela 4-	Manchester Triage Scale	18
Tabela 5-	Fluxograma de Manchester Triage Scale	18
Tabela 6-	Sistema de triagem SHORT	21
Tabela 7-	Sistema de triagem START	21
Tabela 8-	Sistema de triagem CRAMS	21
Tabela 9-	Sistema de Classificação de triagem por Classes	22
Tabela 10-	Animal Trauma Triage	22
Tabela 11-	Proposta do Sistema de Triagem de Battaglia (2008)	23
Tabela 12-	Escala de Triagem do Hospital Escola da Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade Técnica de Lisboa	24
Tabela 13 -	Nomenclatura e definição do Sistema de Triagem Veterinário da UFMG.	26
Tabela 14 -	Principais sinais e sintomas do paciente no departamento emergencial.	27
Tabela 15 -	Fluxograma de infecções locais ou abscessos	27
Tabela 16 -	Porcentagem de pacientes triados no estudo.	34
Tabela 17 -	Grau de satisfação dos tutores ao tempo de espera para atendimento médico	34
Tabela 18 -	Grau de satisfação com a triagem oferecida.	35
Tabela 19 -	Porcentagem de tutores que obtiveram maior clareza sobre o estado de saúde do paciente após a triagem.	36
Tabela 20 -	Tempo médio de espera (média + erro padrão) para atendimento nas duas fases do estudo.	36
Tabela 21 -	Tempo esperado para atendimento médico por nível de prioridade - A tabela ANOVA representa os valores p de cada fator e da interação entre os dois fatores (indicada pelos dois pontos).	37
Tabela 22 -	Porcentagem de pacientes que ultrapassaram o tempo de espera para atendimento nas fases do estudo	38
Tabela 23 -	Porcentagem de pacientes que ultrapassaram o tempo de espera para atendimento por nível de prioridade	39

---

---

**LISTA DE FIGURAS**

---

Figura 1 -	Algoritmo Emergency Severity Index, versão 4	16
Figura 2 -	Fluxograma de diabetes	19
Figura 3 -	Questionário utilizado para avaliar a satisfação dos tutores ao sistema de triagem.	26
Figura 4 -	Ficha de avaliação clínica do paciente.	28
Figura 5 -	Porcentagem de espécies avaliadas nas fases do estudo	30
Figura 6 -	Porcentagem de animais avaliados por sexo.	31
Figura 7 -	Gráfico boxplot ilustrando o valor mínimo, o 1º quartil, a mediana, o 3ºquartil e o valor máximo das idades avaliadas em meses no estudo.	31
Figura 8 -	Prevalência de raças caninas avaliadas na primeira fase.	32
Figura 9 -	Prevalência de raças caninas avaliadas na segunda fase.	32
Figura 10 -	Prevalência de raças felinas avaliadas no estudo.	32
Figura 11 -	Número de pacientes classificados por nível de prioridade em cada fase do estudo	33
Figura 12 -	Prevalência de fluxogramas escolhidos durante o estudo.	33
Figura 13 -	Frequência relativa dos pacientes que passaram por triagem no estudo	34
Figura 14 -	Frequência relativa do grau de satisfação dos tutores ao tempo de espera para atendimento médico.	35
Figura 15 -	Frequência relativa do grau de satisfação dos tutores com a triagem oferecida no estudo	35
Figura 16 -	Frequência relativa de tutores que obtiveram maior clareza sobre o estado de saúde do paciente após a triagem.	36
Figura 17 -	Tempo de espera para atendimento médico nas fases do estudo – O gráfico representa os valores observados (pontos translúcidos), os gráficos de boxplot ilustrando o valor mínimo, o 1º quartil, a mediana, o 3ºquartil e o valor máximo, a média (ponto preto) e o seu respectivo intervalo de 95% de confiança (barras de erros).	37
Figura 18 -	Tempo de espera para atendimento por nível de prioridade - O gráfico representa os valores observados (pontos translúcidos), os gráficos de boxplot ilustrando o valor mínimo, o 1º quartil, a mediana, o 3ºquartil e o valor máximo, a média (ponto preto) e o seu respectivo intervalo de 95% de confiança (barras de erros).	38
Figura 19 -	Frequência relativa de pacientes que ultrapassaram o tempo de espera para atendimento nas fases do estudo.	38
Figura 20-	Frequência relativa de pacientes que ultrapassaram o tempo de espera para atendimento por nível de prioridade.	39

---

---

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

% - Porcentagem

< - Menor

= - Igual

>- Maior

°C- Grau Celcius

ACEM – Australasian College for Emergency Medicine

ATS – Australasian Triage Scale

bpm - Batimentos por minuto

CTAS – Canadian Triage and Acuity Scale

CTS – Cape Triage Score

ESI – Emergency Severity Index

FC – Frequência Cardíaca

ITS – Ipswith Triage Scale

MEWS – Medical Early Warning Score

Min. – Minutos

mmHG – milímetros de Mercúrio

NTS – National Triage Scale

PAM – Pressão Arterial Média

## Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	14
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1 A HISTÓRIA DA TRIAGEM.....	14
3.2. PRINCÍPIOS DA TRIAGEM.....	16
3.3. SISTEMAS DE TRIAGEM NA MEDICINA HUMANA.....	16
3.3.1. Australasian Triage Scale (ATS).....	16
3.3.2. Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS).....	17
3.3.3. Emergency Severity Index (ESI).....	18
3.3.4. Cape Triage Score (CTS).....	19
3.3.5. Manchester Triage Scale.....	20
3.3.6. Particularidades dos Sistemas de Triagem.....	22
3.4. A TRIAGEM NA MEDICINA VETERINÁRIA.....	22
3.4.1. Sistema de triagem SHORT.....	23
3.4.2. Sistema de Triagem START.....	23
3.4.3. Sistema de Triagem CRAMS.....	23
3.4.4. Sistema de Classificação de Triagem por Classes.....	24
3.4.5. Animal Trauma Triage.....	24
3.4.6. Sistemas Implementados na Rotina.....	25
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	26
4.1. INFRAESTRUTURA.....	27
4.2. DESENVOLVIMENTO DO QUESTIONÁRIO PARA OS TUTORES.....	27
4.3. DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE TRIAGEM.....	28
4.4. DESENVOLVIMENTO DA FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE.....	30
4.5. MÉTODO DE TRIAGEM.....	31
4.6. LEVANTAMENTO E COLETA DE DADOS.....	31
4.6.1. Questionário.....	31
4.6.2. Avaliação do sistema de triagem.....	31
4.7. CÁLCULO AMOSTRAL.....	32
4.8. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	32

5. RESULTADOS.....	32
5.1. ESPECIE, SEXO, IDADE, RAÇA.....	32
5.2 PACIENTES AVALIADOS POR NÍVEL DE PRIORIDADES.....	35
5.3. FLUXOGRAMAS.....	35
5.4. QUESTIONÁRIO.....	36
5.4.1 Número de animais triados.....	36
5.4.2. Grau de satisfação com o Tempo de espera para atendimento médico.....	37
5.4.3. Grau de satisfação com a triagem oferecida.....	37
5.4.4 Percepção do estado geral do paciente após a triagem.....	38
5.5. AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM.....	38
5.5.1. Tempo médio de espera.....	39
5.5.2. Tempo ultrapassado.....	40
6. DISCUSSÃO.....	41
7. CONCLUSÃO.....	43
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXO 1.....	48
ANEXO 2.....	105

## 1. INTRODUÇÃO

Quando a demanda de pacientes se sobressai a quantidade de recursos é necessário decidir sobre a ordem de atendimento ou até mesmo a possibilidade de atendimento imediato aos pacientes mais graves (Iseron e Moskop, 2007).

O ideal seria ter a disposição equipe e recursos suficientes para suprir a demanda de todos os pacientes, porém, como comumente não é possível, a espera por atendimento emergencial é frequente e um sistema de triagem é imprescindível para atender prioritariamente os pacientes críticos e garantir um melhor prognóstico (Alves, 2013).

A palavra triagem originou-se do francês “trier” que significa: classificar, selecionar algo. Tal termo foi criado ao decorrer da guerra, por necessidade de atender soldados em massa no campo de batalha com o mínimo de recursos possíveis. Posteriormente, ao comprovar sua eficiência na guerra, a triagem foi adaptada para ser usada no contexto social (Kenedy, 1996; Iseron e Moskop, 2007).

Na medicina humana, diversos sistemas de triagem foram desenvolvidos e sofreram adaptações para atender países e culturas diferentes. Dentre os sistemas de triagem, destaca-se o Sistema de Triagem de Manchester por ser o único com validação e reconhecimento internacional (Fitzgerald et al., 2009).

Na medicina veterinária, ainda não existe um sistema de triagem inicial validado ou reconhecido. Porém, com o aumento da demanda de atendimentos e o aumento dos cuidados com os animais de estimação torna-se importante o desenvolvimento de um sistema eficiente (Ruys et al., 2012).

No Brasil, o atendimento emergencial na medicina veterinária não é bem consolidado e não há fiscalização dos recursos disponíveis nos departamentos e da capacidade profissional dos funcionários, o que dificulta o desenvolvimento de um sistema (Alves, 2013).

A escassez de publicações na medicina veterinária sobre métodos de triagem, impede determinar ao certo o número de estabelecimentos que já oferecem este tipo de serviço (Ruys et al., 2012).

## 2. OBJETIVOS

O objetivo do presente trabalho foi desenvolver e implementar um sistema de triagem no Hospital Veterinário da UFMG, a partir de uma adaptação do sistema de triagem de Manchester, com o intuito de minimizar o tempo de espera dos pacientes e melhorar a logística do departamento. O trabalho comparou, através de questionários e do tempo de espera para atendimento médico, o sistema de triagem intuitivo com o sistema de triagem desenvolvido neste trabalho.

## 3. REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1 A HISTÓRIA DA TRIAGEM

O desenvolvimento e implementação da triagem iniciou a partir das exigências militares em evacuar soldados feridos dos campos de batalha (Burkle, 1984).

Antes da implementação de um sistema de triagem, exércitos antigos e medievais não se propunham a dedicar tempo e auxílio médico aos soldados em batalha e quando havia atendimento, este demonstrava-se ineficaz (Burkle, 1984).

Os primeiros projetos que visavam a partir de um sistema, conceder cuidados a saúde de um indivíduo foram datados no século XVIII, em que cirurgiões militares do Oeste desenvolveram e executaram as primeiras regras de triagem (Beauchamp e Childress, 2001).

Porém, apenas em 1797, na Itália, e 1815, em Waterloo, sob o comando do Barão Dominique Jean Larrey, na época chefe cirurgião do exército de Napoleão, que se obteve o primeiro registo da implementação formal de um

sistema de triagem. O sistema de triagem baseava-se na seleção de soldados, ainda em campo de batalha, que necessitavam de atendimento médico prioritário, independente do grau de hierarquia militar. Além da implementação do sistema de triagem, Larrey incluiu novas práticas médicas e cirúrgicas, e criou carruagens pequenas para o transporte de soldados do campo de batalha para os hospitais de campanha e navios, denominando-as “Ambulâncias Voadoras” (Ambulance Volante) (Beauchamp e Childress, 2001).

Em 1846, o cirurgião britânico John Wilson, atuante nas batalhas navais britânicas, também colaborou para o desenvolvimento da triagem na área militar. Ele instituiu que para uma maior eficiência no tratamento médico, seria necessário focar em pacientes que apresentavam maiores chances de recuperação, deixando para um segundo momento, pacientes com lesões superficiais e lesões provavelmente letais independente de intervenção médica imediata (Veatch, 2005).

Nos Estados Unidos, o sistema de triagem foi implementado tardiamente. No início da Guerra Civil, as vítimas não eram classificadas de acordo com o grau de prioridade, tornando o serviço médico desorganizado e insuficiente para atender toda a população (Beauchamp e Childress, 2001).

A implementação de novas armas mortais, como metralhadoras e gases venenosos, no início da Primeira Guerra Mundial, levou a um grande número de vítimas possivelmente tratáveis, exigindo naquele momento um sistema de triagem eficiente. Então, em um manual médico citado por Winslow, foi instituído um sistema de triagem com objetivos diferentes de Larrey e Wilson. Tal manual visava em primeiro plano a conservação da força militar e posteriormente o interesse dos feridos. Isto é, priorizavam o atendimento de um maior número de vítimas, em um intervalo de tempo menor, com o mínimo de recursos e gastos a fim de possibilitar o regresso dos soldados ao combate. Como consequência, prejudicavam vítimas que poderiam também ser salvas em um mesmo intervalo de tempo, porém exigiriam mais gastos e recursos para o seu tratamento (Beauchamp e Childress, 2001).

Já na Segunda Guerra Mundial, houve a implementação tecnológica de tanques e de suporte aéreo, além do avanço dos tratamentos clínicos, como o desenvolvimento da penicilina e do plasma. Nesta época, foram também alocados os primeiros hospitais no campo de batalha, proporcionando uma maior eficiência da triagem e uma sobrevivência maior dos soldados (Hartman, 2003).

Em 1958, foi instituída uma nova abordagem de triagem militar descrita no Manual Militar da Organização do Tratado do Atlântico Norte. Nesta, a triagem era subdividida em 3 grupos: a) as vítimas com lesões leves que poderiam retornar ao combate, b) as vítimas com lesões graves que necessitariam de intervenção cirúrgica e/ou reanimação e c) as vítimas que já chegavam mortas ou que não tinham chances de sobrevivência (Winslow, 1982).

Com o passar dos anos, novos recursos foram criados com a finalidade de transportar os feridos com mais facilidade. Como exemplo, na Guerra da Coreia e do Vietnã, utilizou-se de helicópteros para o transporte das vítimas no campo de batalha, o que reduziu 3,7% da taxa de mortalidade ao equiparar com a Segunda Guerra Mundial (Baker e Strosberd, 1992).

Ao notar a eficiência de um sistema de triagem nos campos de batalha a triagem aos poucos foi sendo implementada no contexto civil. Durante a década de 50 e 60, os departamentos de emergência, vendo um grande número de pacientes que procuravam atendimento emergencial sem necessidade, criaram um sistema para priorizar os pacientes em estado mais crítico (Kennedy, 1996).

Em 1962, o hospital Parkland, foi o pioneiro ao nomear enfermeiros para a realização da triagem nos departamentos médicos. Alguns departamentos aderiram ao novo método de triagem, enquanto outros questionaram a eficácia da triagem realizada pela equipe de enfermagem, ao comparar com o conhecimento técnico de um médico (Lãhdet, 2009).

Na década de 70 e 80, o foco da triagem estava em reduzir o tempo de espera dos pacientes. Em 1987, em Nottinghamshire, Reino Unido, foi implementado um sistema de triagem experimental com a finalidade de reduzir o tempo de espera e avaliar o grau de satisfação dos pacientes a cerca deste novo método. Após o estudo, foi notório uma redução de 24% no tempo de espera por atendimento e uma aceitação dos pacientes ao novo método de triagem, motivando então o uso deste sistema nos departamentos de emergência (Bailey et al., 1987).

Na década de 90, a triagem já se encontrava amplamente difundida nos departamentos de urgência e emergência, proporcionando aos pesquisadores focar em outros aspectos. Ficou evidente que a comunicação interna dos

enfermeiros com as demais especialidades do departamento, instalações adequadas e experiência profissional contribuíam para uma triagem mais eficiente. Ressaltou também, a importância de se passar informações claras acerca do funcionamento do sistema para parentes e pacientes que buscavam atendimento emergencial, a fim de acalmá-los e tranquilizá-los (Lähdet, 2009).

Os protocolos de triagem foram sendo refinados e novos modelos de triagem foram desenvolvidos na Austrália, no Canadá, no Reino Unido e nos Estados Unidos. Dentre eles, quatro foram difundidos nacionalmente e um foi aceito internacionalmente, a Escala de Triagem de Manchester (Fry e Burr, 2002).

### 3.2. PRINCÍPIOS DA TRIAGEM

O primeiro contato do paciente com o departamento emergencial se dá pela triagem. Um sistema de triagem eficiente é aquele que consegue avaliar e classificar um paciente de 2 a 5 minutos, com meticulosidade. A avaliação do paciente na triagem geralmente baseia-se na queixa principal e aparência geral do indivíduo, podendo ou não estar associado a alterações fisiológicas. Os sinais vitais são mensurados a fim de estimar o nível de urgência e o tempo máximo de espera do paciente, porém pacientes categorizados como urgentes ou de emergência devem ser encaminhados imediatamente para a área de tratamento. A triagem não tem como objetivo diagnosticar o paciente, todavia, se o tempo permitir, uma avaliação mais criteriosa pode ser realizada (Australasian College For Emergency Medicine, 2016).

Um sistema de triagem confiável é aquele que possui confiabilidade e validação confirmadas. A confiabilidade consiste na concordância de um sistema de triagem, sendo está avaliada de duas formas: a) a concordância entre avaliadores é considerada se duas enfermeiras distintas classificam o mesmo paciente no mesmo nível de prioridade e a b) concordância de um mesmo avaliador é considerada se a mesma enfermeira classifica igualmente pacientes distintos com o mesmo problema (Alves, 2013).

Já a validação verifica a acurácia do sistema quanto a classificação dos enfermos. Para a avaliação da acurácia verifica-se se a classificação do paciente condizia com o quadro que ele apresentava ao dar entrada ao departamento de emergência. Para tal, utiliza-se a taxa de admissão dos pacientes, a utilização dos recursos do estabelecimento e a taxa de mortalidade dos pacientes após 6 meses da triagem. Sistemas que muitos pacientes são classificados com baixo risco ou de alto risco não são validados, assim como se muitos pacientes de alto risco obtiverem alta (Alves, 2013).

### 3.3. SISTEMAS DE TRIAGEM NA MEDICINA HUMANA

Atualmente, na medicina humana, existem cinco principais sistemas de triagem reconhecidos e validados nacionalmente e mundialmente, sendo estes: o Australasian Triage Scale, o Canadian Triage and Acuity Scale, o Emergency Severity Index, o Cape Triage Score e o Manchester Triage Scale. Sistemas de 3 e 4 níveis entraram em desuso após estudos comprovarem menor confiabilidade e menor validação ao serem comparados com os sistemas de 5 categorias (Fitzgerald et al., 2009).

#### 3.3.1. Australasian Triage Scale (ATS)

A Australasian Triage Scale foi criada em 2000, a partir de estudos e adaptações de um sistema de triagem anterior. A princípio, o Hospital Ipswich, em Queensland, Austrália, no ano de 1989, introduziu o Ipswich Triage Scale (ITS), que continha 5 níveis de prioridade e demonstrou um grau de repetibilidade e validade elevado. Devido ao triunfo da ITS, em 1994, o Australasian College for Emergency Medicine (ACEM) adaptou o sistema para ser aceito a nível nacional passando a ser titulado National Triage Scale (NTS). Porém, foi apenas em 2000, que o sistema passou a ser nomeado como Australasian Triage Scale (ATS) (Fitzgerald et al., 2009).

A Australasian Triage Scale, tem como finalidade a priorização de pacientes que dão entrada ao departamento, levando em conta o grau emergencial. Tal sistema, encontra-se implementado na Austrália, Nova Zelândia, Reino Unido, Canadá e em alguns estados dos Estados Unidos (Jelink, 2001).

O sistema é subdividido em 5 categorias tituladas de 1 a 5, sendo que a categoria 1 é destinada aos pacientes mais críticos e a categoria 5 aos pacientes mais estáveis. A identificação das categorias pode ser realizada por cores, porém elas só podem ser utilizadas em associação as categorias numéricas. A triagem é realizada por um enfermeiro treinado e cada categoria apresenta um tempo máximo de espera para o atendimento médico, como demonstrado na Tabela 1 (Australasian College For Emergency Medicine, 2016).

Tabela 1- Australasian Triage Scale

<b>Categorias ATS</b>	<b>Descrição das Categorias</b>	<b>Tempo até o tratamento</b>
<b>Categoria 1 (Vermelha)</b>	Risco de vida imediato	Imediato.
<b>Categoria 2 (Laranja)</b>	Risco de vida imediato, tempo crítico importante para o tratamento, ou dor severa.	Dentro de 10 minutos
<b>Categoria 3 (Verde)</b>	Potencial risco de vida, situações urgentes, ou dor moderada	Dentro de 30 minutos
<b>Categoria 4 (Azul)</b>	Potencial sério, situações de urgência, complexidade e gravidade significantes.	Dentro de 60 minutos
<b>Categoria 5 (Branco)</b>	Menos urgente e Problemas clínico-administrativos	Dentro de 120 minutos

Fonte: adaptado de Australasian College for Emergency Medicine, 2016.

Os pacientes são categorizados a partir da queixa principal e apresentação geral, podendo ou não estar associado aos parâmetros vitais dos mesmos. Os pacientes das categorias 1 e 2, são encaminhados para uma área separada e são avaliados com mais meticulosidade por um enfermeiro. Para tais categorias, preconiza-se a avaliação e o tratamento simultaneamente (Australasian College For Emergency Medicine, 2016).

Os pacientes triados, que aguardam atendimento médico são periodicamente reavaliados, podendo mudar de categoria dependendo do seu quadro atual (Australasian College For Emergency Medicine, 2016).

### 3.3.2. Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)

O Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), foi introduzido em 1999 após ser aprovado pela Canadian Association of Emergency Physicians, pela National Emergency Nurses Affiliation, pela Canadian Pediatric Society e pela Society of Rural Physicians do Canadá (Beveridge et al., 1999).

Após passar por revisão da Canadian Association of Emergency Physicians, foi publicado em 2001 a versão pediátrica da CTAS, para melhor atender o público adultos e infantil. Em 2003, após obter uma lista de reclamações do sistema, houve uma reformulação do CTAS em 2004, que introduziu ao sistema os “modificadores” (Murray et al., 2004).

A finalidade dos “modificadores” é auxiliar na classificação adequada do paciente. Estes são subdivididos em: a) “modificadores” de primeira ordem, que são definidos a partir dos parâmetros vitais, dor e mecanismo da lesão, auxiliando os enfermeiros a pontuarem o paciente adequadamente e os b) “modificadores” de segunda ordem, que refinam a prioridade a partir da identificação das queixas e reclamações que não se adequam aos “modificadores” de primeira ordem (Ministry Of Health And Long-Term Care, 2016).

Em 2008, obteve-se a última revisão do CTAS adulto e pediátrico, estando estes em vigência até o momento (Ministry Of Health And Long-Term Care, 2016).

Trata-se de um sistema de triagem de cinco níveis identificados por cores, que abrange uma extensa lista de queixas, visando cobrir os principais indicadores de alto risco (Beveridge et al., 1999). Os níveis da CTAS baseiam-se na necessidade e agressividade das intervenções médicas que serão precisas para evitar ou prevenir óbitos e perdas funcionais de membros e órgãos (Ministry Of Health And Long-Term Care, 2016).

No sistema CTAS, o paciente deve ser avaliado e classificados em 10 minutos após sua chegada no hospital. Este, através da queixa principal apresentada por ele e/ou por um familiar, é avaliado e examinado (Ministry Of Health And Long-Term Care, 2016).

Após a análise dos dados obtidos, utiliza-se uma lista pré estabelecida de queixas e um esquema de “modificadores” para a classificação do paciente em um dos cinco níveis do sistema pela equipe de enfermagem. O sistema possui tempo máximo para a reavaliação e tratamento médico em cada categoria. Pacientes que estão

em espera são reavaliados frequentemente de acordo com a categoria que se encontram (Tabela 2) (Beveridge et al., 1999).

Tabela 2 - Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS).

Nível	Descrição da Categoria	Tempo para avaliação médica e tratamento	Frequência de reavaliação.
Nível I Azul	Ressuscitação	Imediato	Constante
Nível II Vermelho	Emergência	15 minutos	A cada 15 minutos
Nível III Amarelo	Urgente	30 minutos	A cada 30 minutos
Nível IV Verde	Pouco Urgente	60 minutos	A cada 60 minutos
Nível V Branco	Não urgente	120 minutos	A cada 120 minutos.

Fonte: modificado de Lahdet (2009).

### 3.3.3. Emergency Severity Index (ESI)

A escala de triagem Emergency Severity Index foi desenvolvida pelos médicos Richard Wuerz e David Eitel nos Estados Unidos em 1999, sendo implementada primeiramente em dois centros universitários de emergência (Gilboy et al., 1999). Com o passar dos anos o ESI foi revisado e refinado até chegar na versão 4 que é a que está em vigência nos Estados Unidos, Canadá e Austrália (Gilboy et al., 2005).

O Emergency Severity Index (ESI) é um sistema de triagem rápido que também utiliza 5 níveis para categorizar os pacientes, sendo está realizada em algoritmo. O algoritmo ESI orienta o enfermeiro a obter informações e a realizar perguntas pontuais com a finalidade de selecionar um nível emergencial para o paciente (Figura 1) (Gilboy et al., 1999).

Diferente dos outros sistemas de triagem, o ESI além de avaliar a acuidade do paciente, avalia a quantidade de recursos que serão utilizados em cada caso e não institui tempo de atendimento em cada categoria (Gilboy et al., 2005).

Primeiramente o enfermeiro avalia o nível de acuidade do paciente, se este não apresentar alto nível (nível 1 ou 2), avalia-se quantos recursos serão necessários para decidir se o paciente terá: alta, admissão ou transferência. Dependendo da quantidade de recursos o paciente é classificado em nível 3,4 ou 5. Não há reavaliação dos pacientes durante o período de espera por atendimento médico (Gilboy et al., 2005).

A acuidade é estipulada a partir da avaliação dos parâmetros vitais e do potencial risco de vida do paciente, de um órgão ou membro. A estimativa de recursos utilizados baseia-se nas experiências profissionais de lesões ou queixas anteriores. Tais recursos incluem: serviços hospitalares em geral, testes, consultas, curativos e intervenções cirúrgicas (Gilboy et al., 2005).

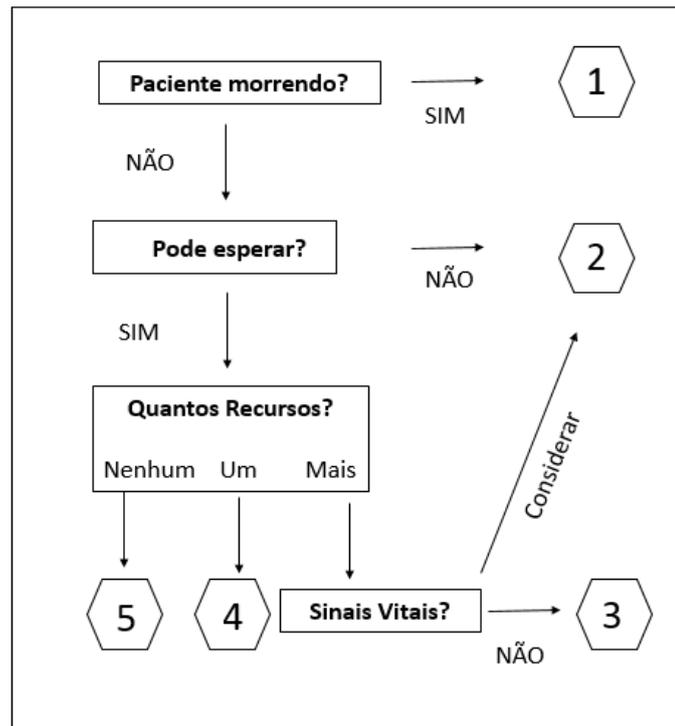


Figura 1 – Algoritmo Emergency Severity Index, versão 4. Fonte: adaptado de Gilboy et al., 2005)

Resumidamente, pacientes que apresentam risco de óbito ou perda de função imediata são classificados no nível 1 de prioridade e são encaminhados para atendimento e tratamento médico imediato. Pacientes instáveis, porém, que podem aguardar atendimento médico são categorizando no nível de propriedade 2. Os níveis de prioridade de 3 a 5 irão se basear no número de recursos necessários para se definir o destino do paciente. Pacientes que não necessitam de nenhum recurso, são classificados com nível 5 de prioridade. Pacientes que precisarão de um recurso, são classificados com nível de prioridade 4. E pacientes que precisarão de dois ou mais recursos, considera-se os sinais vitais do paciente. Caso os sinais vitais estejam comprometidos o enfermeiro deve considerar para o paciente o nível de prioridade 2, caso os sinais vitais estejam estáveis, o paciente obtém nível 3 de prioridade (Gilboy et al., 2005).

#### 3.3.4. Cape Triage Score (CTS)

Visto que os sistemas Manchester Triage Scale, Canadian Triage Assesment Scale e Australian Triage Score exigiam um treinamento extenso da equipe e que o cenário da África do Sul diferia dos demais países, foi necessário a implementação de um novo sistema de triagem na região (Wallis et al., 2006).

Devido ao grande número de pacientes que precisavam de atendimento médico com enfermidades avançadas foi criado o Cape Triage Group (CTG) em 2004, com finalidade de elaborar um sistema de triagem com adequações locais. O CTG, tinha como meta o uso dos sinais vitais, para que o sistema fosse facilmente utilizado e permitesse uma classificação eficiente e rápida dos pacientes. Em 2005, o CTG elaborou o Cape Triage Score (CTS) que adaptou os diversos sistemas de triagem já existentes a necessidade do país, sendo validado em 2006 para os grandes centros civis da África do Sul. O sistema conta com versões para adultos, crianças e bebês (Wallis et al., 2006).

O sistema CTS é constituído de cinco níveis, identificados por cores (Tabela 3), e a classificação dos pacientes é realizada a partir de uma pontuação fisiológica e discriminadores. A triagem é realizada por um enfermeiro e o sistema possui tempo máximo para o atendimento médico (Wallis et al., 2006).

A pontuação fisiológica é considerada o componente central da triagem. O sistema utilizou para a pontuação fisiológica o Medical Early Warning Score (MEWS) associado aos sinais de trauma do paciente, renomeando-o de Triage Early Warning Score (TEWS) (Wallis et al., 2006).

O Medical Early Warning Score (MEWS) baseia-se na avaliação da pressão arterial sistólica, nível de consciência (alerta/verbal/dor/arresponsivo), temperatura e frequência cardíaca e respiratória para identificar os pacientes que estão se deteriorando fisiologicamente e que precisam de intervenção médica prioritária. Pacientes com escore de cinco ou mais são considerados de alto risco, necessitando de tratamento intensivo (Subbe et al., 2003).

Quanto aos discriminadores, quatro agravantes são utilizados para ajudar na categorização dos pacientes: (a) o mecanismo de lesão, que está relacionado a transferência de energia sofrida pelo paciente, b) apresentação, que inclui sintomas como: dor no peito, convulsões, c) dor, sendo classificada em grave, moderada ou discreta e d) a opinião do profissional de saúde, que pode alterar a categoria do paciente avaliado (Wallis et al., 2006; Baxt et al., 1989).

Tabela 3- Cape Triage Score (CTS).

<b>Categoria</b>	<b>Descrição da Categoria</b>	<b>Tempo máximo para destino do paciente</b>
<b>Vermelho</b>	Necessita de tratamento imediato	Imediato
<b>Laranja</b>	Necessita de tratamento muito urgente	Menos de 10 minutos
<b>Amarelo</b>	Necessita de tratamento urgente	Menos de 60 minutos
<b>Verde</b>	Tratamento de Rotina	Menos de 240 minutos
<b>Azul</b>	Paciente morto	-

Fonte: adaptado de Wallis et al. (2006).

Sucintamente, inicialmente calcula-se a pontuação TEWS do paciente a partir dos parâmetros fisiológicos e ele então é classificado em um dos cinco níveis de prioridade. Posteriormente os discriminadores são avaliados e o paciente também é classificado em um dos cinco níveis de prioridade. Se nos discriminadores o paciente for classificado com um nível de prioridade maior que na escala TEWS, a categoria de maior prioridade é considerada (Wallis et al., 2006).

### 3.3.5. Manchester Triage Scale

O Grupo de Triagem de Manchester, criado em 1996, era composto por diversos profissionais da área hospitalar e tinha como objetivo a criação de um novo sistema de triagem. Em 1997, após estudos, foi desenvolvido o Manchester Triage Scale, que foi introduzido inicialmente na cidade de Manchester, na Inglaterra, a fim de minimizar o tempo de espera dos pacientes nas unidades de emergência e urgência (Martins et al., 2009).

Devido ao elevado grau de confiabilidade e validade comprovado, após vários estudos o Manchester Triage Scale foi reconhecido internacionalmente e implementado em diversos outros países da Europa, como Espanha, Holanda, Itália, Alemanha, Suécia e Japão (Cronin, 2003).

No Brasil, inicialmente em Minas Gerais, o sistema foi implementado em 2008 e se tornou parte da política de saúde do estado. Criou-se o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, para adaptações e revisões do sistema ao contexto brasileiro sem perder o padrão internacional. Vendo o sucesso e fortalecimento do sistema, o mesmo foi sendo adotado em demais estados do país (Ministério Da Saúde, 2004; Grupo Brasileiro De Classificação De Risco, 2010).

O sistema consiste em cinco níveis, categorizados por cores e/ou números, e os pacientes são classificados quanto ao grau de urgência e o tempo máximo previsto para o seu atendimento. Devido a chances de deterioração fisiológica do paciente, durante seu período de espera, a re-triagem pode ser realizada, podendo alterar a categoria do paciente (Tabela 4) (Grupo Brasileiro De Classificação De Risco, 2010).

Tabela 4- Manchester Triage Scale.

<b>Número da categoria</b>	<b>Cor da categoria</b>	<b>Descrição da Categoria</b>	<b>Tempo para atendimento</b>
<b>1</b>	<b>Vermelho</b>	Imediato	Imediato
<b>2</b>	<b>Laranja</b>	Muito Urgente	Menos de 10 minutos
<b>3</b>	<b>Amarelo</b>	Urgente	Menos de 60 minutos
<b>4</b>	<b>Verde</b>	Pouco Urgente	Menos de 120 minutos
<b>5</b>	<b>Azul</b>	Não Urgente	Menos de 240 minutos

Fonte: adaptado de Mackaway et al. (2006).

O Manchester Triage Scale, possui 52 fluxogramas distintos, desenvolvidos a partir das principais queixas dos pacientes, sendo que sete destes fluxogramas são destinados exclusivamente para crianças e dois para situações de múltiplas vítimas (catástrofes). Tais fluxogramas foram criados com finalidade de abranger todas as queixas apresentadas no serviço de urgência e emergência (Tabela 5). Em cada fluxograma, há discriminadores que auxiliam na categorização do paciente (Grupo Brasileiro De Classificação De Risco, 2010; Mackaway et al., 2006).

Tabela 5 – Fluxogramas da Manchester Triage Scale.

Sinais e sintomas	Sinais e sintomas	Sinais e sintomas	Sinais e sintomas
Agressão	Diarréia e/ou vômito	Erupção Cutânea	Problemas em Extremidades
Alergia	Dispneia em Adultos	Exposição a Agentes Químicos	Problemas em Face
Alterações de Comportamento	Dispneia em Crianças	Feridas	Problemas nos Olhos
Asma – História de Auto- Agressão	Doença Mental	Gravidez	Problemas em Ouvidos
	Doença Sexualmente Transmissível	Hemorragia Digestiva	Problemas Urinários
Bebê chorando	Dor abdominal em Adulto	Infecções Locais e Abscessos	Quedas
Cefaleia	Dor abdominal em Criança	Mal-estar em Adultos	Queimaduras
Convulsões	Dor Cervical	Mal-Estar em Crianças	Sangramento Vaginal
Corpo Estranho	Dor de Garganta	Mordeduras e Picadas	Trauma Craniocefálico
Criança irritada	Dor Lombar	Overdose e Envenenamento	Trauma Maior
Criança mancando	Dor Testicular	Pais Preocupados	Trauma Toracoabdominal
Desmaio de Adulto	Dor Torácica	Palpitações	Situação de Múltiplas Vítimas: - Avaliação Primária
Diabetes, História de	Embriaguez Aparente	Problemas Dentários	Situação de Múltiplas Vítimas: - Avaliação Secundária

Fonte: adaptado de Mackaway et al. (2006).

Os discriminadores diferenciam os níveis de prioridades através dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, sendo subdivididos em discriminadores gerais e específicos. Os discriminadores gerais, são utilizados em todos os pacientes, independente da sua condição clínica, e estão presentes em todos os fluxogramas, como: dor, temperatura e grau de consciência. Já os discriminadores específicos são utilizados de acordo com a condição clínica do enfermo e estão relacionados com a queixa principal do paciente. Como exemplo, ao comparar os discriminadores “dor aguda” e “dor cervical”, podemos dizer que se tratam de discriminadores gerais e específicos respectivamente (Mackaway et al., 2006; Grupo Brasileiro De Classificação De Risco, 2010; Coutinho et al., 2012).

Sintetizando, primeiramente a queixa principal leva um fluxograma composto por vários discriminadores. Estes discriminadores são definidos por cores e correspondem ao nível de prioridade e tempo máximo para atendimento médico (Figura 2). São realizadas perguntas, e respostas afirmativas ou negativas levam a categorização do paciente de acordo com sua prioridade clínica. Perguntas que levam a uma categorização emergencial são realizadas primeiro (Coutinho et al., 2012).

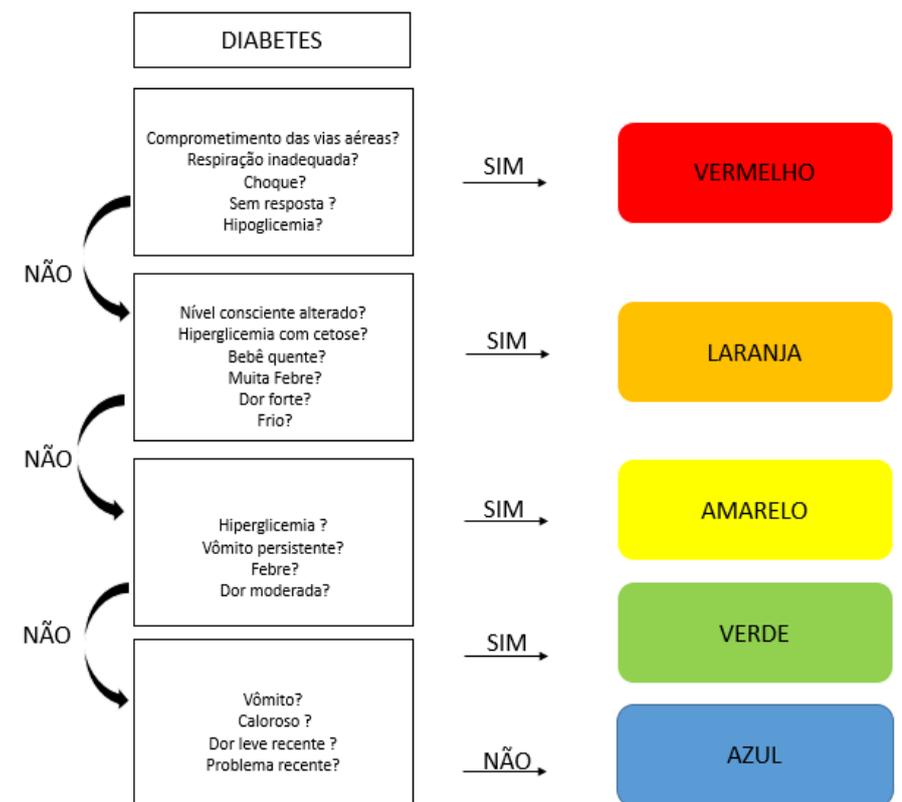


Figura 2 – Fluxograma de diabetes. Fonte: adaptado de Mackaway et al. (2006).

Exemplificando a Figura 2, um paciente que apresenta diabetes, porém nega apresentar ou não apresenta: comprometimento das vias aéreas, respiração inadequada, choque, ausência de resposta e hipoglicemia, automaticamente passa para o próximo nível de prioridade. Se em seguida for notado alterações no nível de consciência, o paciente é classificado com nível de prioridade laranja e deve ser atendido em no máximo 10 minutos como demonstrado na Tabela 4 (Mackaway et al., 2006).

Assim como nos demais sistemas de triagem, o enfermeiro é o responsável pela categorização do paciente e avaliação da deterioração do mesmo durante o período de espera por atendimento. No Manchester Triage Scale, o enfermeiro também é responsável pelo atendimento imediato em casos de reanimação, pela administração de fármacos para alívio de dor e pelo encaminhamento de casos para especialidade ou para outro departamento de emergência (Grupo Brasileiro De Classificação De Risco, 2010).

Segundo o Grupo Brasileiro De Classificação De Risco (2010) o sistema é tão preciso que mesmo escolhendo um fluxograma alternativo ou incorreto, o paciente será categorizado corretamente, quanto ao nível emergencial e ao tempo de espera.

Ressalta-se ainda que o Manchester Triage Scale foi criado com a finalidade de ser usado por uma plataforma informática e que a não utilização desta pode acarretar no insucesso do sistema e/ou aumento o tempo de triagem dos pacientes (Coutinho et al., 2012).

### 3.3.6. Particularidades dos Sistemas de Triagem

Ao comparar os sistemas de triagem já existentes na rotina de urgência e emergência humana, nota-se diversas semelhanças entre eles. Todos os sistemas adotam cinco níveis de triagem para a classificação dos pacientes por demonstrarem superioridade em confiabilidade ao ser comparado com sistemas de três ou quatro níveis (Gilboy et al., 2005).

Além disso, todos os sistemas buscam melhorar sua gestão a partir dos recursos disponíveis no departamento emergencial, identificando e categorizando os pacientes da melhor maneira possível, proporcionando a redução

do tempo de espera dos enfermos com alto grau de urgência e emergência e como consequência aumentando o tempo de espera dos pacientes estáveis (Esteves, 2011).

Todavia, os sistemas apresentam algumas divergências em seus protocolos, sobretudo na atribuição dos níveis de prioridade e no fato de que alguns sistemas possuem tempo máximo para atendimento e tratamento médico em cada categoria enquanto outros não. Outros pontos de divergência estão na determinação das cores para cada nível de prioridade e a realização de re-triagem em alguns sistemas (Esteves, 2011).

Dentre os sistemas abordados, o Emergency Severity Index é o sistema de maior divergência dos demais. Além de seu sistema basear-se em algoritmos, ele considera o número de recursos hospitalares que serão necessários para dar destino ao paciente e não possui tempo máximo para atendimento médico. (Esteves, 2011).

### 3.4. A TRIAGEM NA MEDICINA VETERINÁRIA

Devido ao desenvolvimento da medicina veterinária demonstrar um crescente número de especialidades, uma melhor qualidade nos atendimentos e os tutores demonstrarem cada vez mais preocupação com seus animais de companhia a abordagem de pacientes intuitivamente está entrando em desuso (Alves, 2013).

A abordagem intuitiva por não possui uma metodologia sólida é subjetiva e variável. Além de poder agravar o quadro do paciente por não levar em conta sinais e sintomas menos óbvios, não classifica pacientes que precisam de atendimento emergencial, por não apresentarem risco iminente de óbito. A implementação de um sistema de triagem inicial padrão em um departamento emergencial levaria a uma acurácia na triagem dos pacientes, garantindo a qualidade do atendimento e proporcionaria estudos comparativos entre os casos (Ruys et al., 2012).

Na medicina veterinária os poucos estudos sobre a triagem emergencial estão voltados para a classificação dos animais internados e a avaliação da necessidade de internação dos mesmos. Dentre os pacientes estudados, destaca-se os pacientes politraumatizados. Se tratando de protocolos de triagem inicial dos pacientes, observa-se poucos estudos, sendo estes não validados ou reconhecidos (Ruys et al., 2012).

No Brasil, não há um sistema de triagem disponível e o próprio atendimento emergencial ainda não é bem estabelecido. Isso se dá pela fiscalização precária dos recursos disponíveis no estabelecimento, do local de atendimento e da capacidade profissional dos funcionários (Alves, 2013).

A literatura sobre o assunto é escassa, dificultando analisar onde estão sendo implementados os sistemas de triagem nos hospitais veterinários e seus benefícios na rotina dos departamentos (Alves, 2013).

Dentro os sistemas de triagem utilizados na medicina veterinária, citam-se os sistemas SHORT, START, CRAMS, o Sistema de Classificação de Triagem por Classes e o Animal Trauma Triage. A maioria dos sistemas são adaptados da medicina humana e não constam na literatura, estudos sobre os benefícios de suas implementações (Rabelo e Forgione, 2012; Buraco, 2014).

Existem ainda na literatura, alguns trabalhos de autores que implementaram alguns sistemas de triagem e também trabalhos que ensinam técnicas de triagem para enfermeiros veterinários e recepcionistas, como Ruys et al. (2008), Battaglia (2008), Esteves (2011), Low e Houchen (2011a) e Low e Houchen (2011b).

#### 3.4.1. Sistema de triagem SHORT

O sistema SHORT, derivado da medicina humana, consiste em um sistema rápido de observação que pode ser implementado e adaptado aos departamentos veterinários. É um método simples que classifica o paciente de acordo com sua apresentação. No sistema é avaliado: a capacidade do paciente em caminhar e se comunicar (vocalização), o grau de consciência, a viabilidade das vias aéreas, a capacidade de obedecer a comandos e se hemorragias ou ferimentos podem ser controlados (Tabela 6) (Corres et al., 2005; Rabelo e Forgione, 2012).

As letras do acrônimo SHORT, listam os passos a se seguir. Pacientes que tem capacidade de se locomover, recebem a cor verde e possuem grau de prioridade menor. Se o paciente não consegue se locomover mas tem habilidade de reconhecer, reagir e obedecer a comandos, ele recebe a cor amarela e é considerado um paciente com nível de prioridade urgente. Quando o paciente não consegue realizar as tarefas anteriores, porém possui vias aéreas desobstruídas, ele recebe a cor vermelha e é considerado um paciente com nível de prioridade muito urgente. Caso haja comprometimento das vias aéreas o paciente recebe a cor preta, o que corresponde ao óbito ou lesões graves que podem evoluir para o óbito. Pacientes com hemorragia devem ser avaliados periodicamente e dependendo da perda sanguínea, eles serão classificados como verde, amarelo ou vermelho (Corres et al., 2005).

Tabela 6 - Sistema de triagem SHORT.

<b>S</b>	Sai caminhando
<b>H</b>	Habilitado a reconhecer o tutor e a reagir a presença do veterinário
<b>O</b>	Obedece a ordens e comandos
<b>R</b>	Respiração sem dificuldades, com vias aéreas desobstruídas
<b>T</b>	Tampona hemorragias facilmente

Fonte: adaptado de Rabelo e Forgione (2012).

### 3.4.2. Sistema de Triagem START

Tal sistema foi desenvolvido na Universidade de Hope, nos Estados Unidos, para uso humano e foi adaptado para a medicina veterinária. Se resume na observação de quatro fatores: a capacidade de deambulação, a respiração, a circulação e o grau de consciência do paciente (Rabelo e Forgione, 2012).

O paciente é examinado em aproximadamente 12-15 segundos por um funcionário treinado e é classificado em no máximo um minuto. Consiste em um sistema de triagem de 4 níveis, identificados por cores. Foi desenvolvido com a finalidade de ser utilizado em catástrofes por ser rápido e eficiente, porém não consegue estabelecer a real condição clínica do paciente (Tabela 7) (Super et al., 1994).

Pacientes com capacidade de se locomover recebem a cor verde e não apresentam risco de óbito. Pacientes que não conseguem se locomover, apresentam alterações de consciência, porém sem comprometimento respiratório e circulatório, recebem a cor amarela e são considerados casos medianamente graves. Pacientes com todas as alterações anteriores, com comprometimento circulatório e respiração, porém com vias aéreas livres recebem cor vermelha e são considerados pacientes em estado muito grave. Pacientes que não respiram e possuem vias aéreas obstruídas recebem a cor preta e são pacientes em estado extremamente grave (Super et al., 1994)

Tabela 7– Sistema de triagem START.

<b>Categorias</b>	<b>Descrição da categoria</b>	<b>Apresentação do paciente</b>
<b>Categoria 1</b>	Menos grave	Pacientes ambulatoriais e responsivos
<b>Categoria 2</b>	Medianamente graves	Não conseguem deambular, com alteração de consciência, porém respiram sem dificuldades.
<b>Categoria 3</b>	Muito graves	Não respiram porém possuem vias aéreas permeáveis; aqueles que respiram mais estão taquicárdicos; alterações de circulatórias (mucosas pálidas, hipotensão)
<b>Categoria 4</b>	Extremamente grave	Não respiram e possuem vias aéreas obstruídas

Fonte: adaptado de Super et al. (1994).

### 3.4.3. Sistema de Triagem CRAMS

O sistema de triagem CRAMS é voltado para pacientes traumatizados, com o objetivo de minimizar erros durante a avaliação do paciente. Este sistema identifica os pacientes com traumatismo grave ou leve através da soma de pontuações de algumas variáveis. As variáveis são: frequência respiratória, circulação, dor abdominotorácica, capacidade de se movimentar e capacidade de comunicação (Tabela 8) (Rabelo e Forgione, 2012; Gormican, 1982).

Dentro de cada variável os achados clínicos são pontuados de 0 a 2. Sinais dentro dos valores de referência receberam pontuação 2, sinais clínicos com valores levemente alterados receberam pontuação 1, e sinais clínicos

exorbitantemente alterados receberam pontuação 0. Quanto menor a somatória das variáveis, mais grave é o traumatismo e pior é o prognóstico (Gormican, 1982).

Tabela 8 – Sistema de triagem CRAMS.

Sistema	Descrição	Pontuação
<b>Circulação</b>	TPC normal, e PS > 90 mmHG (cão) e 100mmHG (gato)	2
	TPC > 2 seg, e PS entre 80 – 90 mmHG (cães) e entre 90 – 100 mmHG (gatos)	1
	TPC ausente, e PAM de 65mmHG	0
<b>Respiração</b>	Normal	2
	Taquipneia ou Superficializada	1
	Apneia	0
<b>Abdome/Tórax</b>	Não doloridos	2
	Doloridos	1
	Abdome defendido ou tórax com instabilidade	0
<b>Motor</b>	Normal	2
	Resposta a estímulos dolorosos	1
	Ausência de resposta, Descerebelação, Lesões graves de coluna	0
<b>Status Mental</b>	Normal	2
	Confuso	1
	Inconsciente	0
CRAMS maior ou igual a 9: <b>Traumatismo Leve</b>		
CRAMS menor ou igual a 8: <b>Traumatismo Grave</b>		

Fonte: adaptado de Rabelo e Forgione (2012).

#### 3.4.4. Sistema de Classificação de Triagem por Classes

Tal sistema classifica o paciente a partir da gravidade dos sinais clínicos e a localização da lesão em cada sistema. O sistema é constituído por quatro categorias, sendo a Classe I caracterizada pelos pacientes mais graves e a Classe IV os menos graves (Tabela 9) (Rabelo e Forgione, 2012).

Avalia-se neste sistema o nível de consciência, alterações hemodinâmicas, viabilidade das vias aéreas e demais alterações respiratórias. O sistema possui tempo para atendimento médico e não possui re-triagem dos pacientes (Rabelo e Forgione, 2012).

Tabela 9 - Sistema de Classificação de Triagem por Classes.

Classe	Tempo para atendimento	Descrição
<b>Classe I</b>	Atendimento imediato (máximo 1 minuto) - Tratar como parada cardiorrespiratória	Inconsciência, apneia ou padrão respiratório agônico, ausência de pulso ou não detectável, Hipotermia, midríase, ausência de choque cardíaco ou não detectável.
<b>Classe II</b>	Respira ou ventila mal – Máximo 10 minutos	Possível estabilidade cardiovascular, possibilidade de obstrução das vias aéreas, dispneia (inspiratória, expiratória ou mista)
<b>Classe III</b>	Atender até 1 hora, de acordo com os sinais.	Estabilidade respiratória com possível comprometimento hemodinâmico, subestadiar por gravidade hemodinâmica, possível presença de choquem mecânico ou oculto, lesões mais aparentes.
<b>Classe IV</b>	Atendimento entre 24 – 72 horas, dependendo dos sinais.	O proprietário percebe que algo não está bem mas não define a queixa (vômito, diarreia, anorexia)

Fonte: adaptado de Rabelo e Forgione (2012).

#### 3.4.5. Animal Trauma Triage

O sistema Animal Trauma Triage (ATT) foi desenvolvido por Rockar e colaboradores em 1994, e propõe triar apenas pacientes traumatizados por garantir maior confiabilidade ao abranger apenas um grupo de pacientes (Rockar et al., 1994).

O sistema abrange seis variáveis, e a partir dos achados em cada variável o paciente é pontuado de 0 a 3. Ao somar a pontuação de cada variável, gera-se uma pontuação final de 0 a 18, que indicará a gravidade e a probabilidade de mortalidade do paciente (Tabela 10). Tal sistema trabalha com: a coloração da mucosa, o padrão respiratório, a frequência cardíaca, o padrão do trauma, a capacidade do paciente de se movimentar e o exame neurológico. Pontuações menores indicam que o paciente tem menos chances de óbito e pontuações altas indicam um pior prognóstico do paciente (Rockar et al., 1994).

A partir do sistema é possível avaliar a porcentagem de mortalidade nos 7 dias subsequentes de sobrevivência do paciente, sendo que uma pontuação elevada em uma das variáveis do sistema corresponde a 2,3 a 2,6 vezes menos possibilidade de sobrevivência do paciente (Rockar et al., 1994; Rabelo e Forgione, 2012).

Tabela 10 - Animal Trauma Triage.

Variáveis	Pontuação
<b>Perfusão</b>	
Mucosas rosadas, TPC =2 seg, TR > ou = a 37,8 C°	0
Mucosas hiperemicas ou pálidas e pegajosas, TPC de 0-2 seg, TR > ou = a 37,8 C°, com pulso palpável.	1
Mucosas pálidas e pegajosas, TPC =2- 3 seg, TR < 37,8 C°, pulso pouco palpável ou fraco.	2
Mucosas acinzentadas, azuis ou brancas, TPC > 3 seg, TR < 37,8 C, pulso não palpável.	3
<b>Cardiovascular</b>	
Ritmo sinusal normal, FC cão: 60-140 bpm, FC gato: 120-200 bpm	0
Ritmo sinusal normal ou complexos ventriculares prematuros < 20 min, FC cão: 140-180 bpm, FC gato: 200-260 bpm.	1
Arritmia consistente, FC cão:> 180 bpm, FC gato: >260 bpm	2
Arritmia maligna, FC cão: < 60bpm, FC gato: < ou = a 120 bpm	3
<b>Respiratório</b>	
Padrão regular e sem esforço, sem componente abdominal	0
Esforço respiratório moderado, frequência respiratória aumentada, sons de vias aéreas superiores	1
Esforço respiratório com componente abdominal e abdução dos cotovelos, sons das vias aéreas superiores aumentadas.	2
Padrão respiratório muito alterado, agônico ou totalmente irregular, vias aéreas obstruídas.	3
<b>Olhos/ Musculatura/ Tegumentos</b>	
Abrasão e/ou laceração em nenhuma espessura ou parcial; teste de fluoresceína negativo	0
Abrasão e/ou laceração em espessura total porém sem envolvimento de tecidos profundos; córnea lacerada porém não perfurada.	1
Abrasão e/ou laceração em espessura total com envolvimento de tecidos profundos porém sem afetar artérias, nervos e músculos; córnea perfurada ou proptose.	2
Penetração do abdômen ou tórax; abrasão e/ou laceração em espessura total com envolvimento de artérias, nervos e músculos	3
<b>Ortopédico</b>	
Não se palpa fraturas ou luxações, animal apoia em 4-3 membros	0
Fratura fechada de costela ou mandíbula, luxação simples ou única, fratura simples de membro, lesões baixas	1
Lesões múltiplas (fraturas de ossos longos, lesões altas, fratura de crânio)	2
Fratura ou luxações vertebrais; fratura aberta de ossos longos; perda da cortical óssea.	3
<b>Neurológico</b>	
Central: consciente e alerta; Periférico: reflexos espinhais normais e nocicepção normal.	0
Central: responde a estímulos com perda do estado de alerta; Periférico: reflexos espinhais anormais e nocicepção normal	1
Central: inconsciente porém responde a estímulos dolorosos; Periférico: reflexos espinhais anormais, nocicepção intacta em 2 ou mais membros, movimentação comprometida.	2
Central: inconsciente e sem resposta a nenhum estímulo; Periférico: ausência dos reflexos espinhais e nocicepção ausente em 2 ou mais membros.	3

Fonte: adaptado Rockar et al. (1994).

Após 20 anos, a Animal Trauma Triage está sendo utilizada em pesquisas de cães e gatos e tem demonstrado uma boa correlação do escore ATT com a taxa de mortalidade dos pacientes e a gravidade das lesões (Mccartly et al., 2018; Ash et al., 2018; Lyons et al, 2019).

### 3.4.6. Sistemas Implementados na Rotina

Ruys e colaboradores (2008), criaram uma lista de triagem veterinária (Veterinary Triage List), baseado no sistema de triagem de Manchester, e comparou o método de triagem intuitiva com o método de triagem veterinária através da avaliação do tempo de espera dos pacientes e concordância na categorização do paciente. Após os resultados, foi constatado uma maior eficiência no atendimento do Veterinary Triage List comparado com a triagem intuitiva, porém ainda é considerado apenas um estudo inicial para a formulação de um método de triagem reconhecido.

Battaglia (2008), desenvolveu um sistema de triagem veterinário baseado no sistema ESI, que avalia tanto o estado físico do paciente como também o estado psicológico do tutor do animal. Diferente do ESI, o sistema de triagem de Battaglia (2008) possui tempo máximo para atendimento médico, com exceção da categoria 5 em que o paciente é encaminhado para ser atendido em outro estabelecimento (Tabela 11).

Tabela 11- Proposta do Sistema de Triagem de Battaglia (2008).

<b>Categoria</b>	<b>Descrição da categoria</b>	<b>Tempo máximo para atendimento médico</b>
<b>1</b>	Ressuscitação	Imediato
<b>2</b>	Tratamento Emergencial	2 a 5 minutos
<b>3</b>	Tratamento de Urgência	2 horas
<b>4</b>	Tratamento não Urgente	2 ou mais horas
<b>5</b>	Tratamento de Rotina	Não aplicável em hospitais emergenciais

Fonte: adaptado de Battaglia (2008).

Esteves (2011), baseando-se no sistema de triagem proposto por Battaglia (2008), tentou empregar o mesmo sistema no Hospital Escola da Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade Técnica de Lisboa. Porém, como o hospital de Lisboa não tem como finalidade o atendimento emergencial foi necessário alterações no sistema de Battaglia (2008). Além da implementação de cores para diferenciar as categorias, o tempo máximo para atendimento médico foi alterado em alguns níveis (Tabela 12).

Tabela 12- Escala de Triagem do Hospital Escola da Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade Técnica de Lisboa.

<b>Categoria/Cor</b>	<b>Sintomas</b>	<b>Tempo máximo para atendimento médico</b>
<b>1 - Ressuscitação</b>	Estado comatoso; parada cardíaca; parada respiratória.	Reanimação Imediata
<b>2 - Emergência</b>	Comprometimento cardiovascular; Dispneia grave; hipoglicemia; convulsões; trauma; intoxicação; dilatação ou torção gástrica.	Tratamento em 2 a 5 minutos.
<b>3 - Urgência</b>	Desconforto moderado ou sinais que incomodem o tutor; exame físico com ou sem alterações mais sem risco de vida, pequenas feridas abertas; prostração; lesão de um membro ou coxins; problemas digestivos moderados; eutanásia.	Até 1 hora
<b>4 - Não Urgente</b>	Sem risco de vida; alterações comportamentais do apetite; sinais que indicam doença crônica.	Até 2 horas
<b>5 - Tratamento de Rotina</b>	Sem alterações em exame físico; consultas de rotina; vacinação; retornos; análises de exame e/ou outros tipos.	Até 3 horas

Fonte: adaptado de Esteves (2011).

No estudo de Esteves (2011), o tempo para atendimento médico foi avaliado antes e depois da implementação do sistema de triagem da Tabela 12 e apesar de o estudo não ter sido conclusivo devido ao curto período de tempo de teste do sistema, pode-se notar uma diminuição no tempo de espera dos pacientes em estado mais grave.

Low e Houchen (2011a e 2011b) desenvolveram protocolos de triagem, de 4 níveis, para técnicos e recepcionistas veterinários a fim de melhorar o atendimento dos pacientes por telefone e presencialmente. O sistema propõe iniciar a triagem por telefone, proporcionando a classificação do paciente através de perguntas simples e diretas. Com o paciente classificado a caminho do departamento, é possível preparar a equipe e o estabelecimento para o acolhimento do paciente, maximizando o tempo. Em casos em que o primeiro contato entre profissionais e paciente seja presencialmente, os autores sugerem calma, confiança e comunicação para que a triagem seja rápida e eficiente.

Os autores Low e Hourcher (2011a e 2011b) ensinam também a classificar um paciente em choque, a realizar ressuscitação cardiorrespiratória e descrevem as intoxicações mais comuns dos animais domésticos.

## 4. MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética no Uso de Animais da Universidade Federal de Minas Gerais sob o protocolo n°353-2019 e pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o protocolo n°40053120.4.0000.5149. O estudo foi realizado no Hospital Veterinário da UFMG, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Foram utilizados cães e gatos que procuraram atendimento veterinário no Hospital Veterinário da UFMG, sendo estes divididos em duas fases (n=553), a fase 1 (n=275) com animais e tutores que foram avaliados pelo sistema de triagem intuitivo e a fase 2 (n = 278) de animais e tutores que foram avaliados pelo sistema de triagem desenvolvido na pesquisa.

Na avaliação do tempo de espera considerou-se: HI(horário em que o animal deu entrada no Hospital Veterinário da UFMG), HF (horário em que o animal foi atendido pela equipe médica) e TT (tempo em minutos entre o HI e o HF, que corresponde ao tempo esperado para atendimento médico).

Apenas tutores e pacientes que passaram por consultas e retornos (clínico e cirúrgico) participaram do trabalho. Pacientes que foram internados para procedimento cirúrgico e que passaram por consulta especializada foram excluídos do trabalho, por terem datas e horários pré-agendados para atendimento.

#### 4.1. INFRAESTRUTURA

O projeto foi realizado no setor de triagem e recepção do Hospital Veterinário da UFMG, em Belo Horizonte, Minas Gerais. O hospital possui atendimento ao público todos os dias, sendo das 8:00 às 22:00 nos dias de semana e fins de semana e feriados das 8:00 às 18:00. O atendimento é subdividido em: atendimento clínico, atendimento cirúrgico e atendimento especializado. Os atendimentos especializados são agendados, e os animais são atendidos de acordo com os horários preestabelecidos.

O hospital utilizava a triagem intuitiva para avaliação dos pacientes, e esta era realizada das 8:00 às 17:00 apenas durante os dias de semana, por um residente da clínica. Retornos e consultas de rotina eram atendidos de acordo com a ordem de chegada e os casos emergenciais encaminhados diretamente para o setor de UTI.

O hospital atende em média 6.114 pacientes novos por ano, sendo em média 656 felinos e 5458 caninos, incluindo atendimentos emergenciais e de rotina, e em média 10.630 retornos no ano, incluindo cães e gatos.

#### 4.2. DESENVOLVIMENTO DO QUESTIONÁRIO PARA OS TUTORES

O questionário foi desenvolvido com o intuito de avaliar de forma rápida o grau de satisfação do tutor aos sistemas de triagem empregados na fase 1 e fase 2. O questionário avaliou se o animal passou por triagem após dar entrada no hospital veterinário, se o tutor ficou satisfeito com a triagem realizada, se após a triagem o tutor teve mais clareza quanto ao quadro do paciente e se o tutor ficou satisfeito com relação ao tempo de espera para atendimento médico.

Optou-se pela utilização de um questionário com perguntas fechadas, em que foram utilizadas perguntas dicotômicas para as sentenças 1 e 4 e para as perguntas 2 e 3 utilizou-se a escala de Likert, A escala de Likert apresenta uma série de cinco proposições, e o respondente deve selecionar apenas uma delas. A escala apresenta uma pontuação de 1 a 5 que corresponde a: insatisfeito, pouco satisfeito, satisfeito, muito satisfeito e excelente, respectivamente (Figura 3).

Para a elaboração do questionário, levou-se em conta cuidados como: avaliação da relevância da pergunta para a pesquisa (Marconi e Lakatos, 1996), avaliação da necessidade de mais de uma pergunta sobre o assunto tratado (Mattar,1996) e verificação do conhecimento dos tutores ao responderem cada pergunta (Boyd e Wetfall, 1964; Marconi e Lakatos, 1996).

**Questionário – Sistema de Triage**

Nome do animal: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° de atendimento: \_\_\_\_\_

Horário de entrada do animal: \_\_\_\_\_

Horário de animal foi atendido: \_\_\_\_\_

Dados do paciente:

Sexo: \_\_\_ Macho \_\_\_ Fêmea Espécie: \_\_\_ Canino \_\_\_ Felino

Idade: \_\_\_\_\_

1) O paciente passou por triagem antes do atendimento médico?

Sim	Não
-----	-----

2) Em uma pontuação de 1 a 5, assinale qual seu grau de satisfação quanto ao tempo de espera para atendimento médico?

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Excelente
1	2	3	4	5

3) Se a resposta da primeira pergunta for sim, responda. Em uma pontuação de 1 a 5, assinale qual seu grau de satisfação quanto a triagem oferecida?

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Excelente
1	2	3	4	5

4) Se a resposta da primeira pergunta for sim, responda. Após a triagem, o estado de gravidade do paciente ficou mais claro para você?

Sim	Não
-----	-----

Figura 3 – Questionário utilizado para avaliar a satisfação dos tutores ao sistema de triagem.

#### 4.3. DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE TRIAGEM

O sistema de triagem foi uma adaptação da 3ª edição do Sistema de Triage de Manchester de 2014. Para o Sistema de Triage Veterinário, utilizou-se as mesmas definições e nomenclaturas do sistema de triagem de Manchester, como pode ser observado na Tabela 3. Os animais da recepção que apresentavam riscos de deterioração fisiológica eram re-triados durante seu tempo de espera, podendo ser realocados em outra categoria.

Visto que o tempo médio para atendimento no Hospital Veterinário da UFMG é de 180 minutos, optou-se por adaptar o tempo máximo padrão de atendimento do Sistema de Triage de Manchester (Tabela 13).

Tabela 13 - Nomenclatura e definição do Sistema de Triage Veterinário da UFMG.

Número	Nome	Cor	Tempo Máximo em Minutos para Atendimento Médico.
1	Imediato	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	30
3	Urgente	Amarelo	60
4	Padrão	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240

Fonte: adaptado de Mackaway et al. (2006).

Trinta e nove fluxogramas foram redefinidos tentando abranger as principais queixas e sintomas que um animal poderia apresentar ao procurar atendimento médico, sendo um fluxograma voltado para situações de múltiplas

vítimas e um para animais que não se enquadravam em nenhum fluxograma específico (Tabela 14). A realização de um piloto foi essencial para o desenvolvimento e adaptação dos fluxogramas.

Tabela 14 – Principais sinais e sintomas do paciente no departamento emergencial.

Sinais e Sintomas	Sinais e Sintomas
Alergias	Hemorragias digestivas
Alterações de Comportamento	Infecções locais e abscessos
Asma	Maus tratos
Claudicação	Mordidas e Picadas
Convulsão	Perda de consciência/Desmaio/ Alteração neurológica
Corpos estranhos	Problemas de face
Diabetes	Problemas de ouvido
Diarreia, vomito ou inapetência	Problemas dentários e/ou orais
Distensão abdominal	Problemas em extremidades
Dispneia e/ou tosse	Problemas oculares
Dor abdominal	Problemas urinários
Dor cervical	Quedas
Dor testicular	Queimaduras
Dor torácica	Sangramentos ou secreções genitais/Suspeita de hemorragia
Envenenamento	Situações de múltiplas vítimas
Erupções cutâneas e dermatites	Tutores preocupados
Exposição a agentes químicos	Trauma importante/ Atropelamento
Feridas e/ou nodulos	Trauma toracoabdominal
Gestação	Trauma crâniocefalico/Ferimentos na cabeça
	Fluxograma reserva

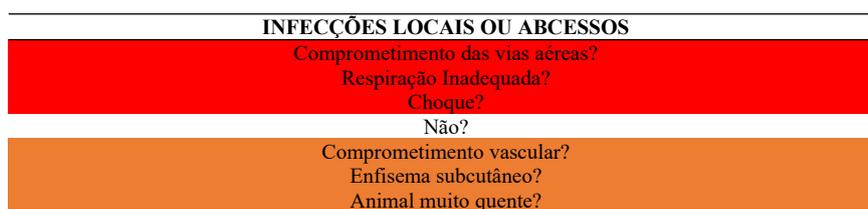
Fonte: adaptação de Mackaway et al. (2006).

Os fluxogramas foram estruturados com base nos principais discriminadores em cada nível de prioridade. O paciente era categorizado a partir de uma resposta positiva ao discriminador mais alto. Os discriminadores foram apresentados em forma de perguntas para facilitar o processo e subdivididos em discriminadores gerais e específicos.

O discriminador geral de dor foi modificado devido à incapacidade que os pacientes veterinários têm de expressarem o que estão sentindo. Optou-se por utilizar a escala de dor de Glasgow modificada, para cães e gatos, para categorizar os pacientes quanto ao seu nível de dor. O sistema é baseado na observação do comportamento do paciente e suas reações. Cada item possui uma pontuação e após somar os itens de cada categoria obtém-se o resultado. A partir da somatória da pontuação, o paciente era classificado em: sem dor, dor discreta, dor moderada, dor severa, dor agonizante (ANEXO 1).

Como exemplo, no fluxograma de infecções locais e abscessos, pode-se observar a presença de discriminadores gerais como: temperatura e dor; e discriminadores específicos como comprometimento vascular, enfisema subcutâneo e dor na movimentação da articulação (Tabela 15).

Tabela 15 – Fluxograma de infecções locais ou abscessos



Dor severa ou agonizante? Não?
Articulação quente? Dor na movimentação da articulação? Animal quente? Dor moderada? Não?
Dor leve? Problema recente? Não?
Azul

Fonte: adaptação de Mackaway et al. (2006).

Alguns fluxogramas precisaram se adequar a realidade da medicina veterinária. Muitos discriminadores foram retirados ou modificados por se tratar de sensações que não poderiam ser expressas pelos pacientes veterinários. Como sugerido por Ruys et al. (2012) os animais com distensão abdominal aguda foram categorizados como nível de prioridade 1 (imediato) devido a dilatação vólculo gástrica ser a patologia de maior prioridade na medicina veterinária e seu prognóstico estar diretamente relacionado com o tempo de ação. Animais com distensão da vesícula urinária subiu da categoria 3 para a categoria 2, devido aos animais obstruídos chegarem ao departamento de emergência em um quadro mais avançado que o humano. A descrição completa do Sistema de Triagem Veterinário encontra-se expresso no Anexo 1.

#### 4.4. DESENVOLVIMENTO DA FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

A Ficha de Avaliação Clínica do Paciente, foi anexada com a ficha de atendimento do paciente. Nela foi anotado, o horário que o animal deu entrada no Hospital Veterinário da UFMG (HI), o horário que o animal foi chamado para atendimento médico (HF), a avaliação dos parâmetros vitais do paciente, o fluxograma utilizado para categorizar o paciente e seu nível de prioridade (Esteves, 2011) (Figura 4).

Para avaliação do paciente, foram coletados dados como: frequência cardíaca, frequência respiratório, coloração de mucosas, tempo de preenchimento capilar, temperatura retal, turgor, e em casos mais graves ou quanto o profissional achava necessário, a glicemia, pressão arterial e oximetria.

Tal ficha facilitou a categorização do paciente e auxiliou o médico veterinário no momento da consulta médica.

### FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

**Nº do atendimento:** \_\_\_\_\_

**Horário de entrada do animal no Hospital:** \_\_\_\_\_

**Horário de início do atendimento Médico:** \_\_\_\_\_

**Avaliação Clínica do Animal:**

FC:	TURGOR:
FR:	GLICEMIA*:
MUCOSAS:	OXIMETRIA*:
TPC:	PAS*:
TEMPERATURA RETAL:	

\*Realizar avaliação se julgar necessário

**Fluxograma escolhido:** \_\_\_\_\_

**Nível de Prioridade:** \_\_\_\_\_

Figura 4 – Ficha de avaliação clínica do paciente. Fonte: adaptado de Esteves (2011)

#### 4.5. MÉTODO DE TRIAGEM

Na fase 1, após aberto a ficha de atendimento o paciente aguardava atendimento. Durante o período de espera o residente da clínica, responsável pela triagem intuitiva, realizava a avaliação dos pacientes que ele julgava necessário. O critério de escolha era aleatório e baseado na sua experiência profissional. Os pacientes eram atendidos de acordo com a ordem de chegada. No início do atendimento médico o tutor respondia o questionário desenvolvido no projeto e posteriormente o paciente era avaliado e classificado em um dos cinco níveis de prioridade da adaptação do Sistema de Triagem de Manchester proporcionando a avaliação do tempo de espera do mesmo.

Na fase 2, após aberto a ficha de atendimento, o animal era conduzido para a sala de triagem. Utilizando a adaptação do Sistema de triagem de Manchester, o responsável pela realização da triagem coletava informações do tutor a respeito do quadro clínico do animal, escolhendo assim um dos fluxogramas que melhor definia o estado do animal. A partir do exame clínico do paciente e das perguntas contidas no fluxograma, o animal era classificado em um dos níveis de prioridade, que caracterizava um tempo máximo para atendimento médico (Tabela 13). Posteriormente, avaliava-se a necessidade de atendimento clínico ou cirúrgico e a ficha era encaminhada para sua respectiva bandeja. A identificação do paciente foi realizada por meio de adesivos coloridos que era colado junto com a ficha de atendimento do animal e a ficha de avaliação clínica de cada paciente. Os pacientes eram atendidos de acordo com o nível de prioridade. No início do atendimento médico o tutor respondia o questionário desenvolvido no projeto

#### 4.6. LEVANTAMENTO E COLETA DE DADOS

##### 4.6.1. Questionário

Foram entregues ao todo 553 questionários aos tutores que levaram seus animais de estimação para consulta médica no Hospital Veterinário da UFMG. Foram respondidos 275 questionários na fase 1 e 278 na fase 2.

Os questionários foram entregues no período de 8:00 às 17:00, durante os dias de semana, por se tratar do período que havia triagem intuitiva no hospital. Os questionários foram entregues aos tutores durante a consulta médica, pois foi avaliado se os pacientes passaram por triagem antes de serem atendidos.

Para evitar que os tutores fossem influenciados pelo pesquisador ao responder o questionário na fase 2, os questionários foram entregues pelos colaboradores da pesquisa nas duas fases.

Antes da aplicação do questionário, o tutor foi informado sobre o intuito do projeto e assinou o Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (TCLE).

##### 4.6.2. Avaliação do sistema de triagem

Para avaliar se o sistema de triagem desenvolvido no projeto diminuiu o tempo de espera dos pacientes graves e se os pacientes foram atendidos dentro do tempo esperado para atendimento médico em cada categoria foi utilizada uma metodologia semelhante a desenvolvida por Versloot et al. (2014) e Esteves (2010).

Foi utilizado nos animais na fase 1 (n=275) o sistema de triagem desenvolvido no projeto para categorizar cada paciente, porém não houve interferência quanto a ordem de atendimento dos pacientes. Ou seja, os pacientes foram atendidos de acordo com o sistema intuitivo empregado no Hospital Veterinário da UFMG e posteriormente, em consultório, foram categorizados com um nível de prioridade. Foram anotados o HI e o HF de cada animal e obteve-se o TT. A partir dos dados, pode-se analisar se os animais foram atendidos dentro do tempo máximo estipulado pelo processo de triagem proposto neste trabalho, expresso na Tabela 13.

Foi utilizado nos animais da fase 2 (n=278) o sistema de triagem desenvolvido no projeto para categorizar cada paciente, e eles foram atendidos de acordo com seu grau de prioridade, conforme a Tabela 13. Foram anotados o HI e o HF de cada animal e obteve-se o TT. Os dados foram analisados conforme fase 1.

A avaliação do sistema de triagem foi realizada das 8:00 às 17:00 durante os dias de semana, por se tratar do período em que normalmente havia triagem no hospital. Os pacientes foram categorizados a partir de perguntas ao tutor sobre o quadro do animal e avaliação clínica do paciente através da "Ficha de avaliação clínica do paciente", já descrita anteriormente. A categorização dos pacientes foi realizada pela autora do trabalho nas duas fases.

Visto que a principal variável para esta fase do estudo foi o tempo, o pesquisador tentou padronizar a mesma quantidade e os mesmos profissionais que realizaram o atendimento médico nas duas fases.

Antes da avaliação do paciente e categorização do mesmo, o tutor foi informado sobre o intuito do projeto e assinou o Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (TCLE).

#### 4.7. CÁLCULO AMOSTRAL

Para cálculo amostral, obteve-se a média e o desvio-padrão do tempo para atendimento a partir de uma amostra do atendimento de rotina de 11 animais do Hospital Veterinário da Escola de Veterinária da UFMG. A média do tempo de espera observada foi de 78,9 minutos e o desvio-padrão igual a 41,52. O coeficiente de variação do tempo de atendimento é igual a 52,62. A tomada do tempo não afetou a consulta dos animais e é justificada pela falta de informação na literatura veterinária e especificidade das características do Hospital da EV/UFMG.

A partir de tais informações e considerando como objetivo principal do estudo a avaliação da mudança do tempo médio de atendimento de casos de urgência com a mudança do método de triagem, tem-se que serão necessários para comparação de médias 27 casos urgentes para cada método de triagem (triagem atual e método de Manchester). O número amostral foi calculado considerando o nível de significância de 5%, coeficiente de variação de 52,62% (de acordo com as observações coletadas) e diferença média esperada entre os dois métodos de 20%. Assim:  $n = [(1,96 \times 52,62) / 20]^2 = 26,59$  ou aproximadamente 27.

De acordo com o conhecimento da casuística do hospital pelos pesquisadores, sabe-se que cerca de 10% dos atendimentos são considerados de urgência. Dessa forma, o número total de animais a serem avaliados é de 27 x 10, ou seja, 270 por grupo experimental (triagem atual e método de Manchester) e 540 no total. Também, como os questionários serão aplicados a todos os tutores, a avaliação do índice de satisfação dos clientes também seria assegurado. É válido lembrar que se trata de estudo com grau de invasividade mínimo, realizado na rotina do hospital e sem prejuízo ao atendimento dos animais, ainda, que o novo método de triagem (pré-atendimento) está sendo proposto para assegurar maior agilidade do atendimento e maior satisfação dos clientes.

#### 4.8. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A associação entre as variáveis respostas qualitativas e as duas fases da amostragem foi verificada através do teste Qui-Quadrado de independência, ou teste exato de Fisher para baixas frequências esperadas (menores que 5). Foram construídas tabelas com as frequências absolutas e relativas (entre parênteses). Para testar as diferenças de tempo de espera entre as duas fases foi aplicado um teste t de Student. Em seguida aplicou-se um teste ANOVA de dois fatores (Fase e Categoria) para verificar diferenças entre fases para cada categoria. Como a distribuição dos tempos de espera não se adequou à distribuição normal, foi aplicada a raiz quadrada como transformação dos dados. Calcularam-se os valores médios e seus respectivos intervalos de 95% de confiança para cada grupo. Todas as análises estatísticas foram realizadas através do software R versão 3.6.1 (R Core Team, 2019).

## 5. RESULTADOS

### 5.1. ESPÉCIE, SEXO, IDADE, RAÇA

Foram avaliados durante o estudo 553 animais, 275 na primeira fase do estudo e 278 na segunda fase. Ao todo, 469 (84,8%) animais avaliados eram da espécie canina e 84 (15,2%) felinos. Na 1ª fase, 238 (43%) animais eram caninos e 37 (6,7%) felinos. Na 2ª fase, 231 (41,8%) animais eram caninos e 47 (8,5%) felinos (Figura 5).

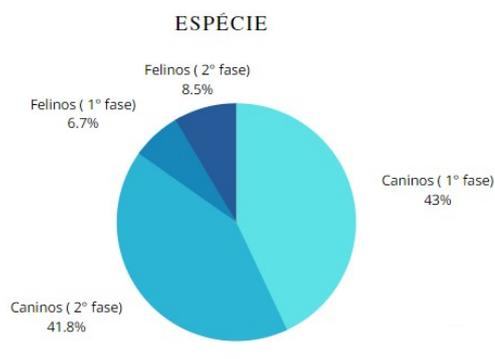


Figura 5 – Porcentagem de espécies avaliadas nas fases do estudo

As fêmeas representaram 324 (58,6%) animais do estudo e os machos 229 (41,4%). Na primeira fase 160 (28,9%) animais eram fêmeas e 115 (20,8%) machos, enquanto na segunda fase 164 (29,7%) eram fêmeas e 114 (20,6%) machos (Figura 6).

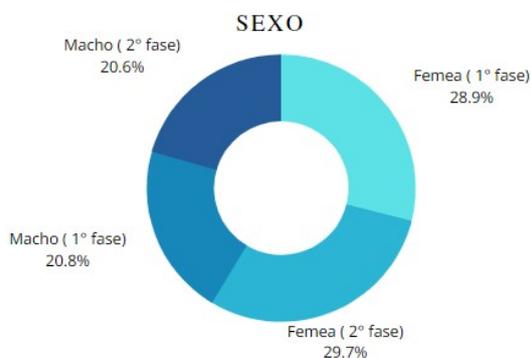


Figura 6 - Porcentagem de animais avaliados por sexo.

A média de idade dos animais avaliados nas duas fases foi de 81,33 meses, sendo a idade máxima de 240 meses e a mínima de 1 mês (Figura 7).

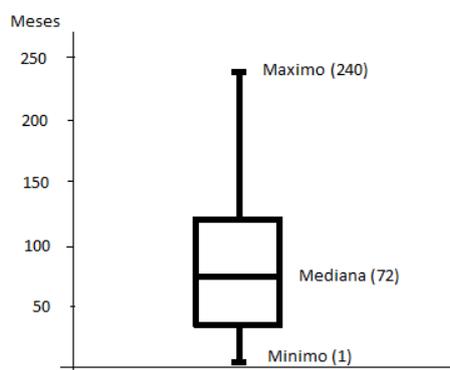


Figura 7 – Gráfico boxplot ilustrando o valor mínimo, o 1º quartil, a mediana, o 3º quartil e o valor máximo das idades avaliadas em meses no estudo.

As raças caninas com maior prevalência na primeira fase (238 caninos) do estudo foram as raças SRD (29%), Shih-tzu (9,6%), Yorkshire (8,4%) e Poodle (6,3%) respectivamente. Na segunda fase (231 caninos) a raça SRD (38,5%) também foi a raça de maior prevalência seguido da raça Yorkshire (9,9%), Shih-tzu (7,3%) e Poodle (6%) (Figura 8 e 9).

### Raças - 1º fase

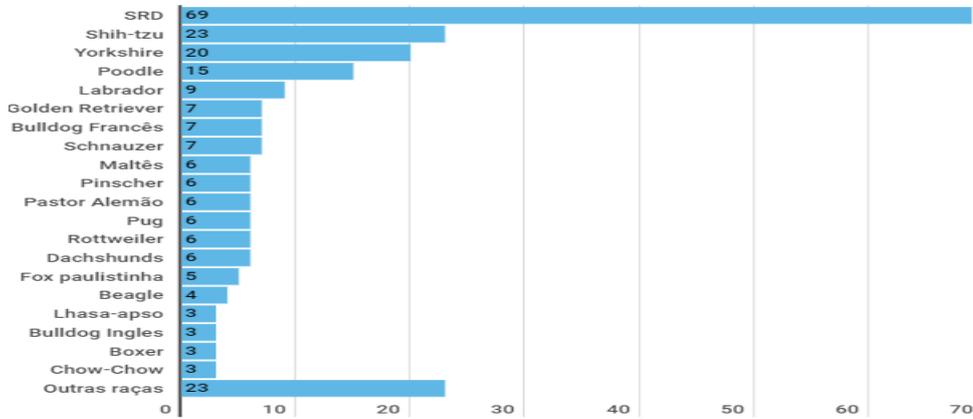


Figura 8 – Prevalência de raças caninas avaliadas na primeira fase.

### Raças - 2º fase

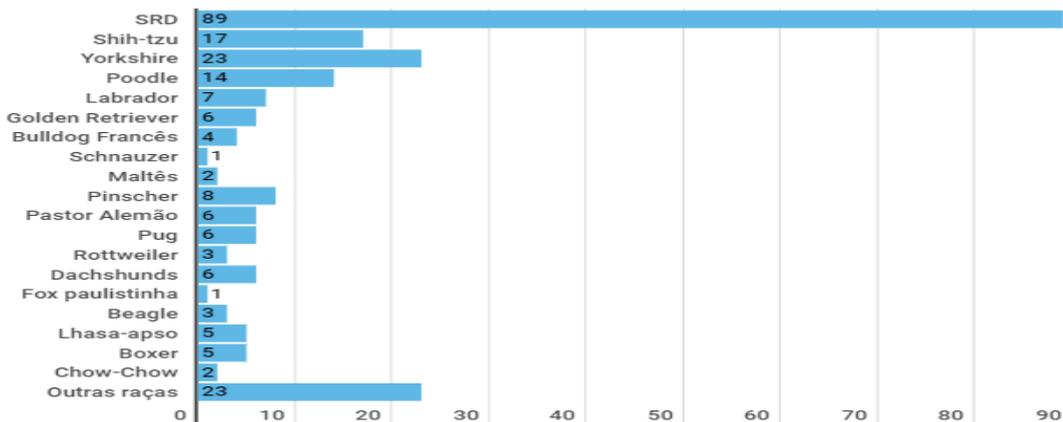


Figura 9 – Prevalência de raças caninas avaliadas na segunda fase.

A raça felina de maior prevalência na primeira fase foi a SRD (36/37), com apenas um animal da raça Persa avaliado nesta fase. Na segunda fase a raça SRD (45/47) também se sobressaiu, e foram avaliados um animal da raça Persa e um animal da raça Siames (Figura 10).

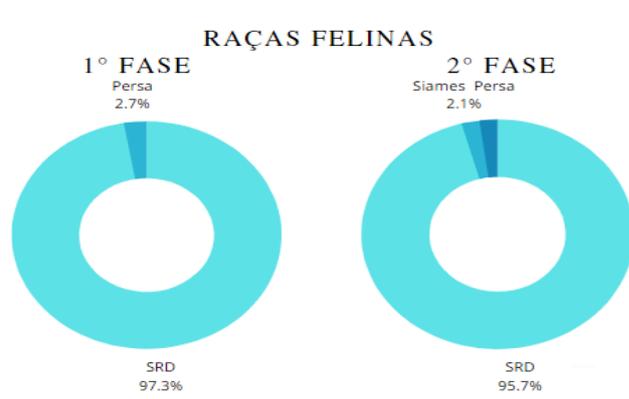


Figura 10 – Prevalência de raças felinas avaliadas no estudo.

## 5.2 PACIENTES AVALIADOS POR NÍVEL DE PRIORIDADES

Em ambas as fases, a maioria dos pacientes avaliados foram classificados no nível de prioridade verde (37,4% - fase 1 / 42% - fase 2). A categoria azul foi a segunda categoria mais selecionada, seguida das categorias: amarela, vermelha (8,7% - fase1/ 7,5% - fase 2) e laranja respectivamente (Figura 11).

### Pacientes avaliados por categoria

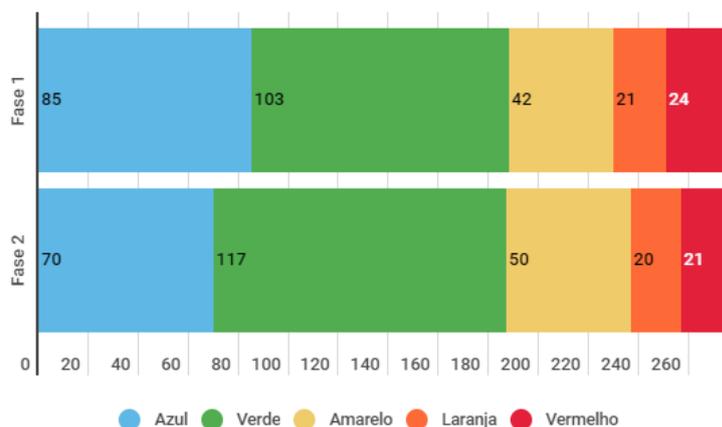


Figura 11– Número de pacientes classificados por nível de prioridade em cada fase do estudo

## 5.3. FLUXOGRAMAS

Dentre os 39 fluxogramas desenvolvidos no projeto 30 foram utilizados durante o período de estudo. Os fluxogramas mais utilizados durante o estudo foram: Feridas e/ou nódulos (18,6%), Diarreia, vômito ou inapetência (12,5%) e Problemas em extremidades (8,9%) respectivamente (Figura 12).

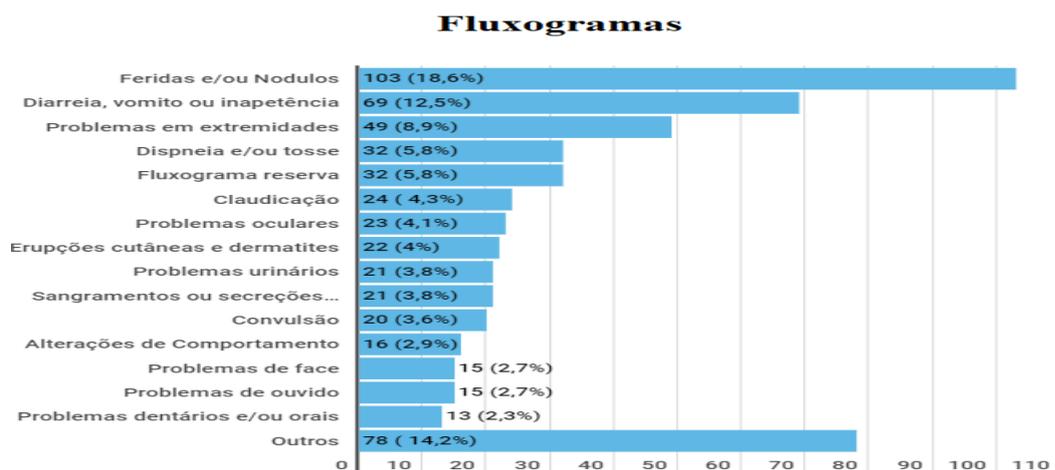


Figura 12 – Prevalência de fluxogramas escolhidos durante o estudo.

## 5.4. QUESTIONÁRIO

### 5.4.1 Número de animais triados.

Houve uma diferença significativa nas taxas de triagem entre as fases. Na 1º fase apenas 44% dos animais foram triados e na 2º fase quase 100% deles foram triados (Tabela 16 e Figura 13).

Tabela 16 – Porcentagem de pacientes triados no estudo.

	Não	Sim	Total
<b>Fase 1</b>	155 (56,4%)	120 (43,6%)	<b>275 (100%)</b>
<b>Fase 2</b>	1 (0,4%)	277 (99,6%)	<b>278 (100%)</b>

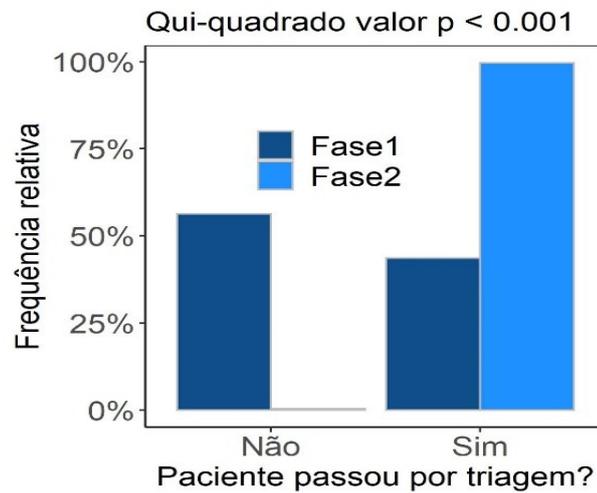


Figura 13 – Frequência relativa dos pacientes que passaram por triagem no estudo

### 5.4.2. Grau de satisfação com o Tempo de espera para atendimento médico

Houve uma diferença significativa nas proporções de respostas entre as fases. Notamos um incremento nas respostas “Excelente” de 19% na fase 1 para 57% na fase 2 (Tabela 17 e Figura 14). O grau de insatisfação com o tempo de espera reduziu de 13,8% para 1,8% na segunda fase.

Tabela 17 – Grau de satisfação dos tutores ao tempo de espera para atendimento médico

	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Excelente	Total
<b>Fase1</b>	38 (13,8%)	65 (23,6%)	93 (33,8%)	26 (9,5%)	53 (19,3%)	<b>275 (100%)</b>
<b>Fase2</b>	5 (1,8%)	14 (5%)	54 (19,4%)	46 (16,5%)	159 (57,2%)	<b>278 (100%)</b>

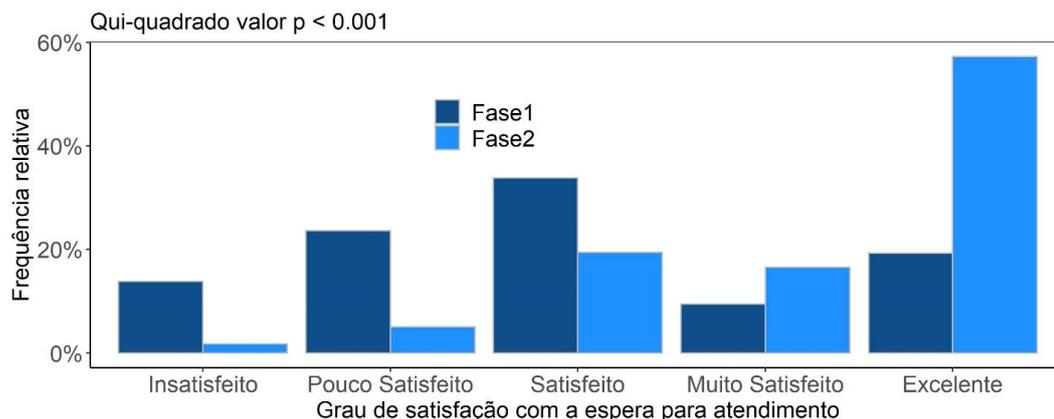


Figura 14 – Frequência relativa do grau de satisfação dos tutores ao tempo de espera para atendimento médico.

#### 5.4.3. Grau de satisfação com a triagem oferecida

Dentre os animais que passaram por triagem, pode-se observar uma diferença significativa nas proporções de respostas entre as fases. Nota-se um incremento nas respostas “Excelente” de 55% na fase 1 para 77% na fase 2, demonstrando uma maior satisfação dos tutores ao sistema de triagem do estudo ao compará-lo com o sistema de triagem intuitivo (Tabela 18 e Figura 15).

Tabela 18 – Grau de satisfação com a triagem oferecida.

	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Excelente	Total
<b>Fase1</b>	1 (0,8%)	5 (4,2%)	18 (15%)	30 (25%)	66 (55%)	<b>120 (100%)</b>
<b>Fase2</b>	1 (0,4%)	1 (0,4%)	24 (8,7%)	38 (13,7%)	213 (76,9%)	<b>277 (100%)</b>

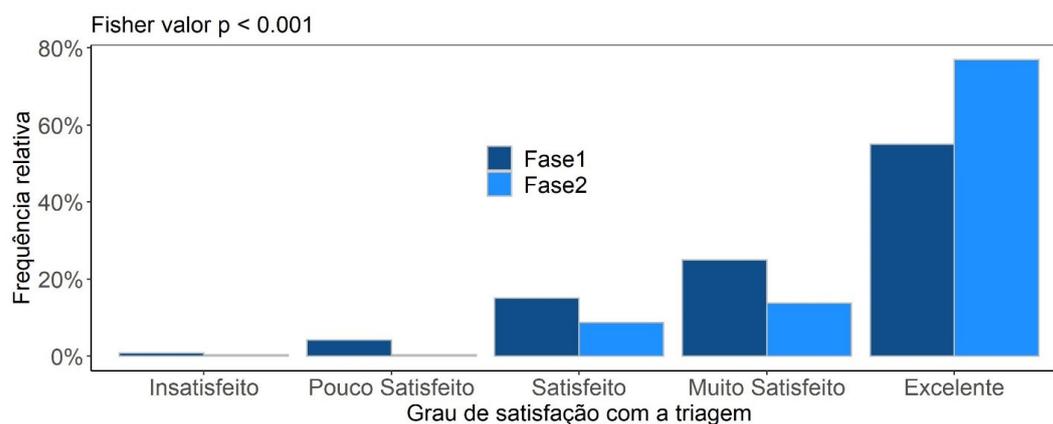


Figura 15 - Frequência relativa do grau de satisfação dos tutores com a triagem oferecida no estudo

#### 5.4.4 Percepção do estado geral do paciente após a triagem

Houve uma diferença significativa nas proporções de respostas entre as fases. Notamos que na fase 1 apenas 41% dos tutores disseram que a triagem trouxe maior clareza sobre o estado do paciente, já na fase 2 este percentual foi de 91% (Tabela 19 e Figura 16).

Tabela 19 – Porcentagem de tutores que obtiveram maior clareza sobre o estado de saúde do paciente após a triagem.

	Não	Sim	Total
<b>Fase1</b>	71 (59,2%)	49 (40,8%)	<b>120 (100%)</b>
<b>Fase2</b>	25 (9%)	252 (91%)	<b>277 (100%)</b>

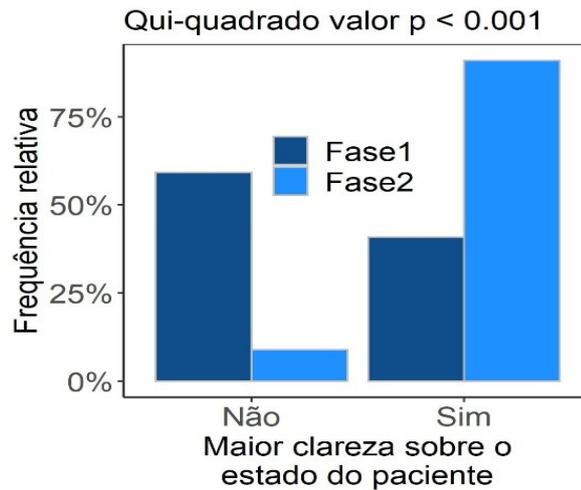


Figura 16 – Frequência relativa de tutores que obtiveram maior clareza sobre o estado de saúde do paciente após a triagem.

## 5.5. AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM

### 5.5.1. Tempo médio de espera

Houve uma redução significativa no tempo médio de espera na fase 2 em relação à fase 1. Na fase 1 a média foi de 60 minutos e na fase 2 foi de 26 minutos (Tabela 20 – Figura 17).

Tabela 20 - Tempo médio de espera (média + erro padrão) para atendimento nas duas fases do estudo.

Média	Erro padrão	Limite inferior	Limite superior
60,4	2,8	54,9	66,0
26,4	1,9	22,8	30,2

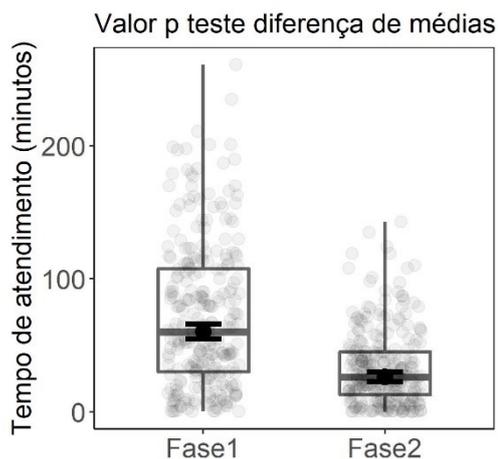


Figura 17 – Tempo de espera para atendimento médico nas fases do estudo – O gráfico representa os valores observados (pontos translúcidos), os gráficos de boxplot ilustrando o valor mínimo, o 1º quartil, a mediana, o 3º quartil e o valor máximo, a média (ponto preto) e o seu respectivo intervalo de 95% de confiança (barras de erros).

Quando avaliamos por nível de prioridade, a diferença entre as fases se mantém. Pode-se observar que em todos os níveis de prioridade o tempo para atendimento médico foi menor na fase 2 (Tabela 21 e Figura 18).

Tabela 21 – Tempo esperado para atendimento médico por nível de prioridade - A tabela ANOVA representa os valores p de cada fator e da interação entre os dois fatores (indicada pelos dois pontos).

Fator		Graus de liberdade	Estatística F	Valor p	
Fase		1	129,9	<0,001	
Categoria		4	30,7	<0,001	
Fase: Categoria		4	3,8	0,004	
Fase	Categoria	Média	Erro padrão	Limite inferior	Limite superior
Fase1	Azul	56,0	4,4	47,7	65,0
Fase2	Azul	34,1	3,8	27,0	41,9
Fase1	Verde	71,2	4,5	62,6	80,3
Fase2	Verde	35,2	3,0	29,6	41,3
Fase1	Amarelo	82,4	7,6	68,1	98,0
Fase2	Amarelo	25,5	3,9	18,4	33,7
Fase1	Laranja	44,0	7,9	29,9	60,8
Fase2	Laranja	8,5	3,5	3,0	16,9
Fase1	Vermelho	21,3	5,1	12,4	32,5
Fase2	Vermelho	0,4	0,8	0,0	3,3

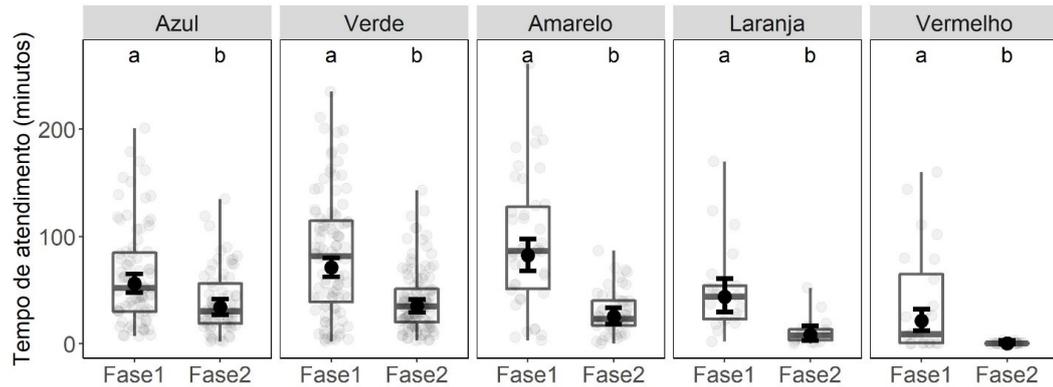


Figura 18 – Tempo de espera para atendimento por nível de prioridade - O gráfico representa os valores observados (pontos translúcidos), os gráficos de boxplot ilustrando o valor mínimo, o 1º quartil, a mediana, o 3º quartil e o valor máximo, a média (ponto preto) e o seu respectivo intervalo de 95% de confiança (barras de erros).

### 5.5.2. Tempo ultrapassado

Houve uma diferença significativa nas taxas de tempos ultrapassados entre as fases. Nota-se que na fase 1 30% dos atendimentos ultrapassaram o tempo, sendo que este percentual caiu para 4% na fase 2 (Tabela 22 e Figura 19).

Tabela 22 – Porcentagem de pacientes que ultrapassaram o tempo de espera para atendimento nas fases do estudo

	Não	Sim	Total
Fase1	194 (70,5%)	81 (29,5%)	275 (100%)
Fase2	267 (96%)	11 (4%)	278 (100%)

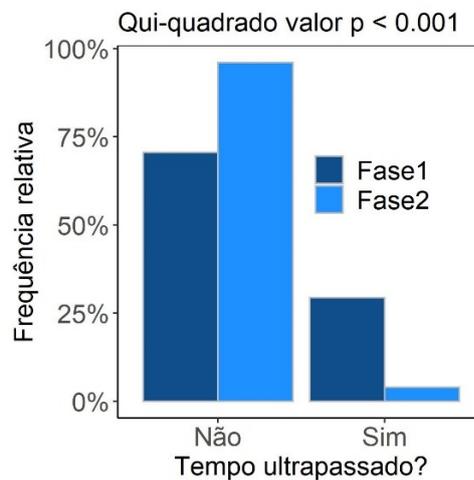


Figura 19 - Frequência relativa de pacientes que ultrapassaram o tempo de espera para atendimento nas fases do estudo.

Quando avaliamos por nível de prioridade, a diferença entre as fases se mantém para todas as prioridades, exceto para a categoria azul, visto que na fase 1, nenhum animal desta prioridade teve o tempo ultrapassado (Tabela 23).

Tabela 23 – Porcentagem de pacientes que ultrapassaram o tempo de espera para atendimento por nível de prioridade

Prioridade	Fase	Não	Sim	Total
Azul	Fase1	85 (100%)	0 (0%)	85 (100%)
Azul	Fase2	70 (100%)	0 (0%)	70 (100%)
Verde	Fase1	80 (77,7%)	23 (22,3%)	103 (100%)
Verde	Fase2	115 (98,3%)	2 (1,7%)	117 (100%)
Amarelo	Fase1	13 (31%)	29 (69%)	42 (100%)
Amarelo	Fase2	45 (90%)	5 (10%)	50 (100%)
Laranja	Fase1	8 (38,1%)	13 (61,9%)	21 (100%)
Laranja	Fase2	18 (90%)	2 (10%)	20 (100%)
Vermelho	Fase1	8 (33,3%)	16 (66,7%)	24 (100%)
Vermelho	Fase2	19 (90,5%)	2 (9,5%)	21 (100%)

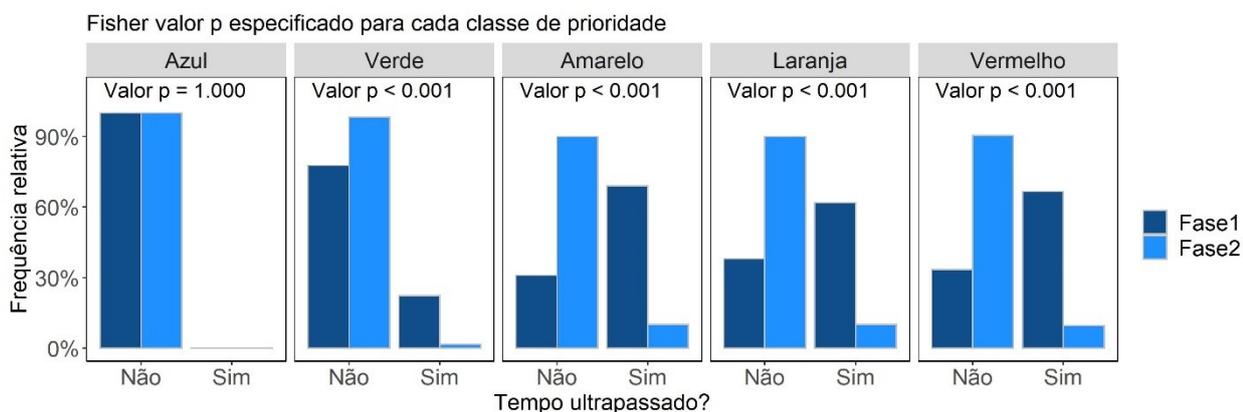


Figura 20 - Frequência relativa de pacientes que ultrapassaram o tempo de espera para atendimento por nível de prioridade.

## 6. DISCUSSÃO

Neste estudo foi realizado uma adaptação do sistema de triagem de Manchester a rotina do Hospital Veterinário da UFMG e o mesmo foi comparado ao sistema de triagem intuitivo da instituição. As motivações que levaram a realização deste estudo foram: a escassez de trabalhos nesta área e a necessidade da instituição em melhorar o atendimento aos pacientes. O estudo avaliou os benefícios da implementação do sistema de triagem para pacientes e tutores através de um questionário rápido e a avaliação do tempo de espera para atendimento médico.

O Sistema de Triagem de Manchester foi escolhido por ser o único com reconhecimento, validação internacional e pelo número de produções científicas demonstrar ser um sistema de confiança e com potencial segurança para ser utilizado nos departamentos emergenciais (Coutinho et al., 2012). O fato dos estudos comprovarem uma menor confiabilidade dos sistemas de triagem com 3 e 4 níveis de prioridade ao serem comparados com os sistemas de 5 categorias também influenciou na escolha do Sistema de Triagem de Manchester para o estudo (Fitzgerald et al., 2009).

Antes da discussão dos dados, é importante salientar que os resultados da segunda fase do estudo foram coletados durante o período de pandemia. Neste período, o número de pacientes atendidos nos níveis de prioridade azul, verde e amarelo foram reduzidos para evitar aglomeração o que pode ter comprometido a análise do tempo de espera e a avaliação dos tutores quanto ao tempo de espera nestas categorias.

Dentre as espécies avaliadas, foi observado uma porcentagem maior de caninos com relação aos felinos. Tal dado condiz com o número de animais atendidos por ano no HV-UFMG, em que são atendidos por ano 5458 (89,3%) caninos e 656 felinos (10,7%) aproximadamente. A porcentagem de fêmeas e machos avaliados foram equivalentes. A média de idade dos animais avaliados foi de 6,7 anos, assemelhando-se a média encontrada por King et al (2001) que foi de 6,6 anos. As raças mais avaliadas no estudo foram os SRD, Yorkshire, Poodle e Shih-tzu.

Ao avaliar o número de animais que foram classificados em cada nível de prioridade foi possível observar que a categoria vermelha representou 7,6% (fase 1) e 7,1% (fase 2) do grupo de estudo. Coenen et al.(2004) observaram em seu estudo uma porcentagem de 1,08% (116 em 10,737) de pacientes triados na categoria vermelha realizado em 14 hospitais holandeses humanos. Todavia, Ruys et al.(2012) ao desenvolver um sistema de triagem baseado no Sistema de Triagem de Manchester e avaliá-lo na rotina de um departamento veterinário obteve uma porcentagem de 14,6% dos animais triados na categoria vermelha. Acredita-se que a incapacidade de verbalização dos pacientes veterinários seja um dos fatores que justifique uma maior porcentagem de animais na categoria vermelha ao comparar com os dados da medicina humana, uma vez que a percepção da patologia pode ser observada tardiamente pelos tutores. A questão financeira dos tutores também pode retardar o diagnóstico fazendo com que o paciente chegue ao departamento veterinário em um estado mais grave.

Dos 39 fluxogramas adaptados do sistema de triagem de Manchester, 30 foram utilizados durante o período de estudo. Os fluxogramas: Feridas e/ou nódulos (18,6%), Diarreia, vomito ou inapetência(12,5%) e problemas em extremidades (8,9%) foram os mais utilizados durante o estudo. O sistema de triagem de Manchester original conta com 52 fluxogramas distintos, e em um estudo realizado por Souza et al. (2011) o fluxograma de dor foi mais utilizado, sendo que 31,5% dos fluxogramas selecionados foram por cefaleia e dor abdominal, seguida de indisposição no adulto (14,0%), dor torácica (10,8%) e problema nos membros (7,8%). Em outro trabalho que visava estabelecer o perfil de atendimento dos pacientes, foi observado que 14,66% das pessoas procuravam atendimento por indisposição, seguido dos fluxogramas: problemas em membros (12,16%), problemas oculares (7,85%), obstetricia/ginecologista (7,27%), dispneia(5,97%) e dor abdominal (5,71%) (Martins et al., 2018). Ao avaliar a classificação de risco dos pacientes pediátricos, o fluxograma pais preocupados (22,4%) foi mais utilizado, seguido dos fluxogramas de dispneia (19,2%), diarreia e vomito (11,6%), mal-estar em crianças (6,4%), dor abdominal em crianças (6,2%) e asma (5,2%) (Amthauer e Cunha, 2016). Nota-se que os adultos apresentaram como principal queixa a dor e a indisposição, enquanto os animais e os pacientes pediátricos os fluxogramas específicos para dor tiveram um baixo percentual de seleção. Tal achado possivelmente está relacionado a capacidade dos adultos de expressarem verbalmente aonde e o que estão sentindo enquanto os pacientes pediátricos e os animais a dor será percebida pelos responsáveis ou pela avaliação do profissional da saúde através da avaliação física do paciente. Acredita-se que por tal motivo os discriminadores para avaliação de dor são mais selecionados que os fluxogramas específicos para dor nos animais e na pediatria.

Foi notório que um número maior que animais foi triado após a implementação do novo sistema de triagem. Tal dado justifica-se pelo fato da triagem intuitiva não considerar sinais e sintomas menos graves, não possuir um sistema de classificação e não avalia pacientes que não precisam de atendimento emergencial imediato (Ruys et al., 2012), enquanto o sistema de triagem de Manchester realiza a triagem de todos os pacientes que procuram atendimento médico e os classifica em um dos cinco níveis de prioridade (Mackaway et al., 2006).

A percepção dos tutores ao tempo de espera para atendimento médico foi significativamente melhor na segunda fase. Devido a pandemia, o número de animais atendidos por dia na segunda fase nos níveis azul, verde e amarelo foi reduzido para evitar aglomeração local o que pode ter interferido nos resultados. Porém, o fato dos tutores estarem cientes do tempo médio para atendimento em cada categoria pode também ter influenciado positivamente nos resultados desta pergunta.

Na avaliação da triagem oferecida, foi notório uma aceitação maior dos tutores na segunda fase. Acredita-se que a avaliação e triagem de todos os pacientes que deram entrada no hospital e o fato de um número maior de animais ter sido triado na segunda fase proporcionou ao tutor uma melhor experiência com o novo sistema de

triagem. A classificação de todos os pacientes em um nível de prioridade a partir de uma avaliação completa do paciente e fluxogramas também pode ter influenciado neste dado. Uma metodológica de triagem sólida, com níveis de classificação e tempo de espera para atendimento pode ter proporcionado uma maior transparência e confiança ao tutor o que interferiu diretamente do resultado da pesquisa (Mackaway et al., 2006). Tal dado confirma a superioridade do sistema de triagem desenvolvido no estudo com relação a triagem intuitiva.

O sistema de triagem desenvolvido a partir do sistema de triagem de Manchester classifica os pacientes em cinco níveis de prioridade para atendimento: não urgente, padrão, urgente, muito urgente e imediato. Quanto mais grave é o estado de saúde do animal mais prioritário é o seu atendimento, proporcionando ao tutor uma maior clareza do estado de saúde do paciente atendido (Mackaway et al., 2006). O sistema de triagem intuitivo não apresenta um critério de classificação dos pacientes o que gera dúvida e insegurança aos tutores. Diante do exposto é evidente que a classificação dos pacientes facilitou a compreensão dos tutores em relação ao estado de saúde dos pacientes ao ser comparado com o sistema de triagem intuitivo. Tal dado foi comprovado no estudo ao evidenciar que 91% dos tutores tiveram mais clareza do estado dos pacientes na segunda fase.

O objetivo do sistema de triagem de Manchester é diminuir o tempo de espera para atendimento dos pacientes graves e conseqüentemente aumentar o tempo de espera dos demais pacientes (Mackaway et al., 2006) e o sistema de triagem desenvolvido tem o mesmo objetivo. Foi possível observar uma diminuição do tempo de espera em todas as categorias da fase 2, o que não corrobora com o Sistema de triagem de Manchester. Como afirmado anteriormente tais resultados se justificam pelo número reduzido de animais por dia que foram atendidos na segunda fase nas categorias azul, verde e amarelo. Todavia pode-se afirmar que o novo sistema de triagem diminuiu o tempo de espera das categorias Laranja e Vermelha, visto que tais pacientes eram atendidos no pronto atendimento.

A diminuição do tempo de espera nas categorias vermelha e laranja pode ser justificada pelo número reduzido de animais que foram triados na primeira fase (triagem intuitiva) e conseqüentemente a não detecção de pacientes clinicamente instáveis. Ruys et al. (2012) também justifica seus resultados pela falta de exame físico dos pacientes durante a triagem intuitiva e a falta de familiaridade dos enfermeiros com a condição do paciente. O mesmo, ao questionar os enfermeiros da justificativa dá não realização do exame físico em todos os pacientes alegaram que o tempo era insuficiente para a triagem de todos os pacientes e que avaliação visual era eficaz para a detecção de pacientes em estado crítico (Ruys et al., 2012). Diversos estudos na medicina humana demonstraram uma melhor eficiência nos departamentos emergenciais ao implementar um sistema de triagem associado ao treinamento dos funcionários (Beveridge et al., 1999; Fernandes et al., 1999).

Da mesma maneira, foi perceptível a diminuição do número de pacientes que ultrapassaram o tempo de espera nas categorias verde, amarela, laranja e vermelha da fase 2, podendo afirmar que o novo sistema de triagem teve resultados satisfatórios nas fases laranja e vermelha. Dados semelhantes foram encontrados por Esteves (2011) em que nenhum paciente ultrapassou o tempo de espera nas categorias azul e verde e apenas 2 ultrapassaram o tempo de espera na categoria amarela na fase 2 do estudo, utilizando uma adaptação do sistema de triagem ESI.

## 7. CONCLUSÃO

O sistema de triagem desenvolvido no estudo demonstrou diminuir o tempo de espera de atendimento para as categorias laranja e vermelha. Apesar dos dados do estudo também demonstrarem bons resultados nas categorias azul, verde e amarelo o mesmo não pode ser comprovado neste estudo pois a segunda fase do estudo foi realizada durante a pandemia e o número de animais atendidos nesta fase foi reduzido. O novo sistema de triagem possibilitou que um maior número de pacientes fossem triados, proporcionou maior clareza aos tutores em relação ao estado de saúde dos pacientes e garantiu uma maior satisfação dos tutores ao novo sistema de triagem ao compará-lo com o sistema de triagem intuitivo. Assim como na avaliação do tempo de espera, a avaliação dos tutores ao tempo de espera também foi comprometida devido a pandemia. Mais estudos devem ser realizados a fim de comprovar a eficiência do sistema de triagem na medicina veterinária porém o estudo demonstrou pontos positivos da implementação do sistema de triagem a rotina do Hospital Veterinário da UFMG.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, J.F. Triagem em emergência veterinária. 2013. 36f. Dissertação (Bacharel em Medicina Veterinária) – Faculdade de Veterinária, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- AMTHAUER, C.; CUNHA, M.L.C. Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency care. 2016. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 24. Ribeirão Preto, 2016. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1078.2779>
- ASH, K.; HAYES, G.M.; GOGGS, R. et al. Performance evaluation and validation of the animal trauma triage score and modified Glasgow Coma Scale with suggested category adjustment in dogs: A VETCOT registry study. *J Vet Emerg Crit Care*. v.28, n.3, p.192-200, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29687940>. Acesso em: 06/04/2020.
- AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. Guidelines for the Implementation of the Australasian Triage Scale. *Emergency Departments*. v.4, 2016. Disponível em: [https://acem.org.au/getmedia/51dc74f7-9ff0-42ce-872a-0437f3db640a/G24\\_04\\_Guidelines\\_on\\_Implementation\\_of\\_ATS\\_Jul-16.aspx](https://acem.org.au/getmedia/51dc74f7-9ff0-42ce-872a-0437f3db640a/G24_04_Guidelines_on_Implementation_of_ATS_Jul-16.aspx). Acesso em: 28/03/2019.
- BAILEY, A.; HALLAM, K.; HURST, K. Nursing practice: triage on trial. *Nursing Times*. v.83, n.44, p. 65-66, 1987.
- BAKER, R.; STROSBURG, M. Triage and equality: an historical reassessment of utilitarian analyses of triage. *Kennedy Inst Ethics J*. v.2, n.2, p.103-123, 1992. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/13179294\\_Triage\\_and\\_Equality\\_An\\_Historical\\_Reassessment\\_of\\_Utilitarian\\_Analyses\\_of\\_Triage](https://www.researchgate.net/publication/13179294_Triage_and_Equality_An_Historical_Reassessment_of_Utilitarian_Analyses_of_Triage). Acesso em: 27/03/2019.
- BATTAGLIA, A. Proposal for an Emergency Receiving and Triage System. *Veterinary Technician. Charter Township of Chinton*. v.29, n.5, p.272-276, 2008. Disponível em: <https://issuu.com/davidpsu/docs/vt0508>. Acesso em: 10/04/2019.
- BAXT, W.G.; BERRY, C.C.; EPPERSON, M.D. et al. The failure of pre-hospital trauma prediction rules to classify trauma patients accurately. *Ann. Emerg. Med*. v. 18, n. 1, p.1-8, 1989.
- BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. Respect for autonomy. In: Principles of Biomedical Ethics. 5. ed. New York: *Oxford University Press*. p. 57-112, 2001.
- BEVERIDGE, R.C.B.; CLARKE, B.; JANES, L. et al. Canadian emergency department triage and acuity scales: Implementation guidelines. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. Canadian. v.1, n.3, p.1-24, 1999. Disponível em: <http://www.cjem-online.ca/v1/n3/PaedCTAS/p3>. Acesso em: 01/04/2019.
- BOYD, H. W. J.; WETFALL, R. Pesquisa mercadológica: texto e caso. Rio de Janeiro: *Fundação Getúlio Vargas*, 1964.
- BURACO, S.T. Triagem e Previsão de Sobrevivência. 2014. 122f. Dissertação (Mestrado em enfermagem veterinária de animais de companhia) – Escola Superior Agrária de Viseu, Viseu. Disponível em: [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3353/1/BURACO%2C%20St%20A9phanie%20Trindade\\_Triagem%20e%20previs%C3%A3o%20de%20sobreviv%C3%Aancia.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3353/1/BURACO%2C%20St%20A9phanie%20Trindade_Triagem%20e%20previs%C3%A3o%20de%20sobreviv%C3%Aancia.pdf). Acesso: 10/04/2019.
- BURKLE, F.M. Disaster Medicine: Application for the Immediate Management and Triage of Civilian and Military Disaster Victims. *New Hyde Park, New York, 1 dez. 1984. Medical Examination*, p. 374, 1984.
- COENEN, I.G.A.; HAGEMEIJER A.; CALUWE de R. et al. Triage Regulations ´ of the Emergency Department. 2004. Boxtel: *Van Zuiden Communications B.V.*, 2005.
- CORRES, P.M.N.; BRETÓN, J.A.G.; MARTÍN, G.F.J. et al. Método SHORT. Primer triaje extrahospitalario ante múltiples víctimas. *Emergencias*, v.17, n. 4, p.169-175, 2005.

COUTINHO, A.A.P.; CECÍLIO, L.C.O.; MOTA, J.A.C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Ver. Med.* v.22, n.2, p.188-198, 2012.

CRONIN, J.G. The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the republic of Ireland. *Accident & Emergency Nursing*, v.11, n.2, p.121-125, 2003.

ESTEVES, A.L.R.A. Implementação de um sistema de triagem no hospital escolar da faculdade de medicina veterinária. 2011. 66f. Dissertação (Mestrado Integrado Em Medicina Veterinária) - Universidade Técnica De Lisboa, Lisboa.

FERNANDES, C.M.B; WUERZ, R.; CLARK, S. et al. How reliable is emergency department triage? *Ann Emerg Med.* v.34, n.2, p.144-147, 1999.

FITZGERALD, G.; JELINEK, G.A.; SCOTT, D. et al. Emergency department triage revisited. *Emerg. Med. J.*, v.27, n.1, p.86-92, 2009. Disponível em: <http://emj.bmj.com/content/27/2/86.full.pdf?sid=b6b64bd3-bf5b-4daeb25f-d26b728289db>. Acesso em: 27/03/2019.

FRY, M.; BURR, G. Review of the triage literature: past, present, future? *Australian Emergency Nursing Journal.* v. 5, n. 2, p.33-38, 2002.

GILBOY, N.; TANABE, P.; TRAVERS, D.A. et al. Emergency severity index, version 4: Implementation handbook. Publicação n. 05-0046-2. Rockville: *Agency for Healthcare Research and Quality*. 2005. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>. Acesso em: 02/04/2019.

GILBOY, N.; TRAVERS, D.A.; WUERZ, R.C. et al. Reevaluating triage in the new millennium: A comprehensive look at the need for standardization and quality. *J. Emerg. Nurs.* v.25, n.6, p.468-473, 1999. Disponível em : [https://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(99\)70007-3/abstract](https://www.jenonline.org/article/S0099-1767(99)70007-3/abstract). Acesso em: 02/04/2019.

GORMICAN, S.P. CRAMS scale: field triage of trauma victims. *Ann. Emerg. Med.*, v.11, n.3, p.132-135, 1982. Disponível em: [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(82\)80237-0/pdf](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(82)80237-0/pdf). Acesso em: 12/04/2019.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Sistema Manchester de Classificação de Risco. 1 ed. *Classificação de Risco na Urgência e Emergência*. Brasil, 2010. Disponível em: <http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/53457bf080903.pdf>. Acesso em: 05/04/2019.

HARTMAN, R.G. Tripartite triage concerns: issues for law and ethics. *Crit. Care Med.* v.31, n. 5, p.358-361, 2003.

ISERSON, K.V.; MOSKOP, J.C. Triage in Medicine, part I: concept, history, and types. *Annals of Emergency Medicine*, Saint Louis. v.49, n.3, p.275-281, 2007. Disponível em: <https://www.swenurse.se/globalassets/sena/triage-in-medicine.pdf>. Acesso em: 19/04/2019.

JELINK, G. Towards an International Triage Scale. *European Journal of Emergency Medicine.* v.8, n.1, p.1-2, 2001.

KENNEDY, K. Triage: Techniques and Applications in Decisionmaking. *Annals of Emergency Medicine*, Saint Louis. v.28, n.2, p.136-144, 1996.

KING, L.G.; FORDYCE, H.; CAMPPELLONE, M. et al. MAISLIN G. Serial estimation of survival prediction indices does not improve outcome prediction in critically ill dogs with naturally occurring disease. *Journal of Veterinary Emergency and Critical Care.* v.11, n.3, p.183, 2001.

LÂNDET, F.E. Analysis of triage worldwide. *Emergency Nursing*, Estados Unidos. v.17, n.4, p.16-19, 2009.

LYONS, B.M.; ATECA, L.B.; OTTO, C.M. Clinicopathologic abnormalities associated with increased animal triage trauma score in cats with bite wound injuries: 43 cases (1998-2009). *J. Vet. Emerg. Crit. Care.* v.29, n.3, p.296-300, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/vec.12831>. Acesso em: 06/04/2020.

- LOW, R.; ROUCHEN, H. The art of the Triage of Veterinary Technicians. Portland, *VCA NWVS*, 2011a. Disponível em: <https://www.coursehero.com/file/26173590/THE-ART-OF-TRIAGE-FOR-VETERINARY-TECHNICIANSpdf/>. Acesso em: 19/04/2019.
- LOW, R.; ROUCHEN, H. The art of the Triage of Veterinary Receptionists. Portland, *VCA NWVS*, 2011b. Disponível em: <https://docplayer.net/17185132-The-art-of-triage-for-veterinary-receptionists.html>. Acesso em: 19/04/2019.
- MACKAWA, Y.J.K.; MARSDEN, J.; WINDLE, L. Emergency Triage: Manchester Triage Group. ed.3, *paperback*, 2006. Disponível em: <http://healthindisasters.com/images/Books/Emergency-Triage--Manchester-Triage-Group-Third-Edition.pdf>. Acesso em: 06/04/2019.
- MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo: *Atlas*, 1996.
- MARTINS, J.C.A.; GUEDES, H.M.; SOUZA, C.C. et al. Association between vital signs and Manchester Triage System: a retrospective observational study. *Online braz j nurs* . v.16, n.4, p.379-388, 2018.
- MARTINS, H.M.G.; CUÑA, L.M.C.D.; FREITAS, P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emerg. Med. J.*, v.26, n.3, p.183-186, 2009. Disponível em: <http://emj.bmj.com/content/26/3/183.full.pdf?sid=02e73392-fadc-493c-8785-a31b75cf3b80>. Acesso em 05/04/2019.
- MATTAR, F. N. Pesquisa de marketing: edição compacta. São Paulo: *Atlas*, 1996
- MCCARTLY, D.; BACEK, L.; KIM, K. et al. Use of the Animal Trauma Triage Score, RibScore, Modified RibScore and Other Clinical Factors for Prognostication in Canine Rib Fractures. *Vet Comp Orthop Traumatol*. v.31, n.4, p.239-245, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29890535>. Acesso em: 06/04/2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. Humaniza SUS-acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, p.49, 2004.
- MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE. Prehospital Canadian. Triage & Acuity Scale-Paramedic Guide, version 2. 98f. *Emergency Health Services Branch*. 2016. Disponível em: <https://www.lhsc.on.ca/media/2904/download>. Acesso em: 01/04/2019.
- MURRAY, M.; BULLARD, M.; GRAFSTEIN, E. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale implementation guidelines. *Can.J. Emerg. Med.* v.6, p.421-427, 2004. Disponível em: [http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/2004\\_revisions-to-the-canadian-emergency-department-triage-and-acuity-scale-implementation-guidelines.pdf](http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/2004_revisions-to-the-canadian-emergency-department-triage-and-acuity-scale-implementation-guidelines.pdf). Acesso em: 19/04/2019.
- RABELO, R.C.; FORGIONE, U.E. Índices Prognósticos em Urgências. In: RABELO RC (Ed). *Emergências de Pequenos Animais: condutas clínicas e cirúrgicas no paciente grave*. Rio de Janeiro, *Elsevier Editora Ltda*. p.8-19, 2012. Disponível em: [https://issuu.com/elsevier\\_saude/docs/rabelo-e-sample\\_f6a00464f26747](https://issuu.com/elsevier_saude/docs/rabelo-e-sample_f6a00464f26747). Acesso em: 19/04/2019.
- R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. *R Foundation for Statistical Computing*, Vienna, Austria, 2019.
- ROCKAR, R.A.; DROBATZ, K.S.; SHOFER, F.S. Development Of A Scoring System For The Veterinary Trauma Patient. *J. Vet. Emerg. Crit. Care*. v.4, n.2, p.77-83, 1994.
- RUYS, L.J.; GUNNING, M.; TESKE, E. et al. Evaluation of a veterinary triage list modified from a human five-point triage system in 485 dogs and cats. *J. Vet. Emerg. Crit. Care*. San Antonio, v.33, n.3, p. 303-312, 2012.

SOUZA, C.C.; TOLEDO, A.D.; TADEU, L.F.R. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: Concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v.19, n.1, p.26-33, 2011.

SUBBE, C.P.; DAVIES, R.G.; WILLIAMS, E. et al. Effect of introducing the Modified Early Warning score on clinical outcomes, cardio-pulmonary arrests and intensive care utilisation in acute medical admissions. *Anaesthesia*. v.58, n.8, p.797-802, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12859475>. Acesso em: 02/04/2019.

SUPER, G.; GROTH, D.; HOOK, R. START: Simple triage and rapid treatment plan. *Hoag Memorial Hospital Presbyterian*. New Port Beach, CA, 1994.

VEATCH, R.M. Disaster preparedness and triage: justice and the common good. *Mt. Sinai J. Med*. v.72, n.4, p.236-241, 2005.

VERSLOOT, M. N. S.; VERMEULEN, L.; LAMMEREN, N. et al. Influence of the Manchester triage system on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study. *J. Emerg. Med*. v.31, p.14-18, 2014.

WALLIS, L.A.; GOTTSCHALK, S.B.; WOOD, D. et al. The Cape Triage Score – a triage system for South Africa. Original Articles, *SAMJ*. v.96, n.1, p.53-56, 2006. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/7333772\\_The\\_Cape\\_Triage\\_Score\\_-\\_A\\_triage\\_system\\_for\\_South\\_Africa](https://www.researchgate.net/publication/7333772_The_Cape_Triage_Score_-_A_triage_system_for_South_Africa). Acesso em : 02/04/2019.

WINSLOW, G.R. Triage and Justice. 228f. Berkeley: *University of California Press*. 1982. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-9566.ep10829650>. Acesso em: 19/04/2019.

## ANEXO 1

### SISTEMA DE TRIAGEM VETERINÁRIO

(adaptação do Sistema de Triagem de Manchester)

#### INTRODUÇÃO

A triagem é um método utilizado para gerenciar riscos clínicos. É utilizada em estabelecimentos onde a demanda excede a capacidade do estabelecimento prezando manter os cuidados de acordo com a necessidade de cada paciente.

O sistema de Triagem Veterinário, foi desenvolvido a partir de uma adaptação do Sistema de Triagem de Manchester, com finalidade de estabelecer um padrão de triagem, garantindo uma maior eficiência do atendimento no estabelecimento.

#### NOMENCLATURA E DEFINIÇÃO

Optou-se por manter a classificação de 5 níveis de prioridade, visto que categorias de 3 e 4 níveis já entraram em desuso, por demonstrarem menos eficiência. Semelhante ao Sistema de Triagem de Manchester, cada categoria recebeu um número, uma cor, um nome, uma definição e tempo máximo ideal para atendimento médico.

Devido o tempo médio de atendimento no Hospital Veterinário da UFMG ser de 108 minutos, optou-se por alterar o tempo máximo de atendimento médico no nível 2, de 15 para 30 minutos.

Nomenclatura e definição do Sistema de Triagem Veterinário.

Número	Nome	Cor	Tempo Máximo em Minutos para Atendimento Médico.
1	Imediato	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	30
3	Urgente	Amarelo	60
4	Padrão	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240

#### METODOLOGIA DE TRIAGEM

O objetivo do Sistema de Triagem Veterinário é categorizar o paciente em um nível de prioridade clínica a partir dos sinais e sintomas, também denominados discriminadores. Cada discriminador, possui um fluxograma de apresentação, e discriminadores que indicam maior grau de prioridade devem ser procurados primeiro. A finalidade da triagem não é avaliar se o paciente está realmente necessitando de atendimento emergencial e sim garantir que pacientes prioritários sejam atendidos primeiramente.

#### PRIORIDADE E GERENCIAMENTO

Existe diferença entre prioridade clínica e gestão clínica do paciente e entender esta diferença é essencial para o funcionamento do sistema. A prioridade clínica é estabelecida a partir da categorização do paciente em um dos cinco níveis do sistema enquanto a gestão clínica exige também a compreensão de fatores externos. Dependendo da hora do dia, o número de gaiolas disponíveis e a disponibilidade de serviços a gestão clínica deve ser adaptada para atender os pacientes de forma rápida e eficiente. O sistema em questão, pode ser alterado para se adaptar a diversas realidades. Porém é importante o reconhecimento precoce de qualquer mudança no estado clínico do paciente.

#### O PROCESSO DE DECISÃO E TRIAGEM

Para a tomada de decisão é necessário ter conhecimento e experiência na área. Apesar da tomada de decisão exigir “senso comum” e “resolução de problemas” é necessário também um alto nível de habilidade. No processo de tomada de decisão, o clínico deve saber interpretar, discriminar e avaliar as informações de cada indivíduo. Quando as decisões não são fundamentadas, ocorre divergências na categorização dos pacientes. Para sanar tal problema, é necessário uma metodologia no processo de triagem e técnicas para capacitar e nivelar os profissionais.

## O DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA

Métodos de triagem que possuem uma metodologia sólida proporcionam a capacitação profissional mais rápida do que praticantes da triagem intuitiva.

### ESTRATÉGIA PARA A TOMADA DE DECISÃO

As principais estratégias para a tomada de decisão são: raciocínio, reconhecimento dos padrões, hipóteses repetitivas, representação mental e intuição. Estas estratégias serão abordadas a seguir:

#### Raciocínio

Para a análise crítica existem dois tipos de raciocínio: indutivo e dedutivo.

O método indutivo está relacionado a capacidade de considerar todas as possíveis possibilidades, sendo útil para os profissionais menos capacitados. Tal método considera todas as informações coletadas do paciente e a partir daí toma-se a decisão acerca dos cuidados com o mesmo.

O método dedutivo consiste em eliminar possibilidades enquanto coleta-se informações sobre o paciente. É um método utilizado por especialistas, apesar de não ser tão reconhecido. Tal método permite selecionar de forma rápida, informações relevantes e irrelevantes para a tomada de decisão.

#### Reconhecimento dos padrões

Tal método permite tomar decisões rápidas a partir de informações limitadas. O médico veterinário interpreta os padrões de sinais e sintomas e compara com casos já atendidos anteriormente, levando a um possível diagnóstico. Tal método é utilizado por profissionais experientes que através da sua vivência rotineira conseguem reconhecer alguns padrões nas enfermidades.

#### Hipóteses repetitivas

É utilizada para testar raciocínio diagnóstico. A partir da coleta de dados e informações do paciente, pode-se tomar alguma decisão. Tal método pode ser dedutivo ou indutivo, dependendo da experiência profissional.

#### Representação mental

É um método para simplificar uma situação, focando em informações relevantes e no quadro geral do paciente. É utilizado em casos complexos ou avançados. A partir de analogias, o profissional simplifica o problema e o avalia de uma perspectiva diferente.

#### Intuição

A intuição está intimamente relacionada com a esperteza e caracteriza-se pela capacidade do profissional em solucionar um problema a partir de poucos dados. A intuição relaciona-se com o pressentimento ou um palpite. Profissionais se baseiam em experiências profissionais do passado.

### TOMADA DE DECISÃO DURANTE A TRIAGEM

Apesar das diversas teorias, a tomada de decisão consiste em uma série de etapas para se chegar a uma conclusão. Basicamente existem cinco principais fases: a identificação do problema; reunir e analisar informações para a solução; avaliar todas as alternativas e escolher uma para a implementação; implementação da alternativa selecionada; monitorar a implementação e avaliar os resultados.

#### 1. Identificação do problema

Identifica-se o problema através das informações obtidas dos tutores ou apresentação do paciente. Após a identificação pode-se selecionar um dos fluxogramas.

#### 2. Reunir e analisar informações para a solução

Após a seleção do fluxograma, procura-se os discriminadores de cada nível. Os fluxogramas apresentados em gráficos facilitam a avaliação rápida do paciente a partir da realização de perguntas estruturadas.

### 3. Avaliação de todas as alternativas e escolha de uma para a implementação.

O profissional a partir das informações obtidas do paciente cria seu próprio banco de dados mental. A utilização destas informações é mais fácil quando está vinculado a uma avaliação ou estrutura organizada. Os fluxogramas foram desenvolvidos para proporcionar esta estrutura organizada, ordenando o processo do pensamento na triagem. Os fluxogramas auxiliam na tomada de decisão e ajuda no desenvolvimento da habilidade dos profissionais menos experientes.

### 4. Implementação da alternativa selecionada

Como visto anteriormente, existem cinco níveis de prioridade. Através da triagem é possível testar os diversos discriminadores a partir da apresentação do paciente e o atribuir um nível de prioridade. A prioridade varia de acordo com o quadro de urgência do paciente e possibilitará o início do tratamento médico.

### 5. Monitorar a implementação e avaliação dos resultados

Visto que o quadro do paciente pode mudar durante o tempo de espera, é importante que o profissional responsável pela triagem identifique aqueles pacientes que necessitam de monitoramento contínuo. A triagem é capaz de identificar o porquê de os pacientes atingirem aquele nível de prioridade o que possibilita revisar cada caso, confirmando ou alterando seu nível de prioridade.

## METODOLOGIA DE TRIAGEM

Tal método de triagem foi desenvolvido para categorizar rapidamente um paciente. O sistema seleciona os pacientes prioritários primeiro sem supor possíveis diagnósticos. Como distrito anteriormente, a triagem passa por cinco etapas de triagem para a tomada da decisão.

### Identificação do problema

O sistema é voltado para a queixa principal do paciente, ou seja, o principal queixa que o paciente está apresentado no momento. O sistema busca englobar todas as possíveis queixas que o paciente pode apresentar ao chegar no departamento emergencial. Tal queixa representam um fluxograma. A primeira parte do método de triagem é selecionar o fluxograma que mais se adequa a queixa daquele paciente. Com o fluxograma selecionado, os pacientes são categorizados quanto ao nível de prioridade com o auxílio dos discriminadores. Por se tratar de animais, alguns sinais e sintomas precisaram ser modificados do sistema de triagem de Manchester, por não se adequarem a medicina veterinária.

Animais com distensão abdominal aguda foram alocados na categoria 1 (emergência), pois a dilatação vólculo gástrica é a patologia mais emergencial da medicina veterinária e o tratamento rápido está intimamente relacionada ao prognóstico do animal. E a distensão da bexiga, foi realocada da categoria 3 para a categoria 2, visto que animais obstruídos chegam ao departamento emergencial após horas ou dias da obstrução.

Principais sinais e sintomas do paciente do departamento emergencial.

Sinais e Sintomas	Sinais e Sintomas
Alergias	Hemorragias digestivas
Alterações de Comportamento	Infecções locais e abscessos
Asma	Maus tratos
Claudicação	Mordidas e Picadas
Convulsão	Perda de consciência/Desmaio/Alterações neurológicas
Corpos estranhos	Problemas de face
Diabetes	Problemas de ouvido

Diarreia, vomito ou inapetência	Problemas dentários e/ou orais
Distensão abdominal	Problemas em extremidades
Dispneia e/ou Tosse	Problemas oculares
Dor abdominal	Problemas urinários
Dor cervical	Quedas
Dor testicular	Queimaduras
Dor torácica	Sangramentos ou secreções genitais/Suspeita de hemorragia
Envenenamento	Situações de múltiplas vítimas
Erupções cutâneas e dermatites	Tutores preocupados
Exposição a agentes químicos	Trauma importante
Feridas e/ou nódulos	Trauma toracoabdominal
Gestação	Trauma crâniocefálico/Ferimentos na cabeça
	Fluxograma Reserva

---

#### 4. Reunir e analisar informações para a solução

A partir da apresentação do paciente, será escolhido o fluxograma que melhor o atende e a partir da análise das informações obtidas o paciente é classificado em um dos níveis de prioridade. O fluxograma é estruturado com base nos principais discriminadores em cada nível de prioridade. O paciente é categorizado a partir da resposta positiva ao discriminador mais alto. Os discriminadores são apresentados em forma de perguntas para facilitar o processo.

#### Discriminadores

Os discriminadores diferenciam os pacientes e permite que eles sejam classificados de acordo com seu nível de prioridade. Os discriminadores podem ser gerais ou específicos.

Os discriminadores gerais são aplicáveis em todos os pacientes, independente de sua apresentação clínica. Eles aparecem uma ou duas vezes no fluxograma ajudando na categorização do paciente.

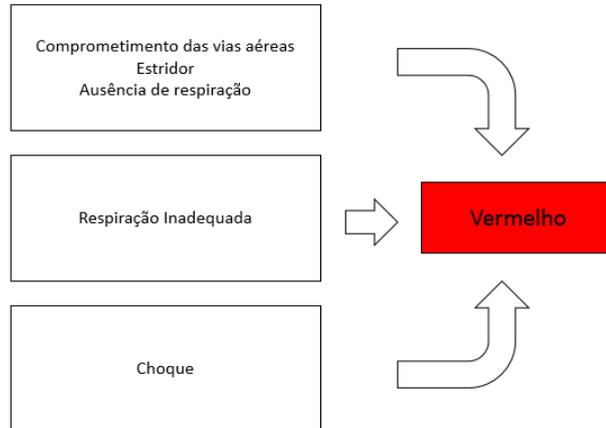
Os discriminadores específicos são aplicáveis em grupos pequenos ou individuais e se relacionam com as características principais de determinadas enfermidades. Como exemplo, pode-se dizer que dor severa é um discriminador geral e dor abdominal é um discriminador específico. A compreensão dos discriminadores gerais é essencial para entender o método de triagem do sistema. A seguir são abordados seis dos principais discriminadores.

#### Ameaça a vida

Dentre os principais discriminadores gerais, este é considerado o mais óbvio. Tais discriminadores reconhecem que qualquer alteração que ameace a vida do animal, leva a categorizar o paciente como nível de prioridade 1 (vermelho). São eles:

Pacientes incapazes de manter suas vias aéreas, independentemente do tempo que possui vias aéreas comprometidas. Pacientes com estridor: o ruído pode ser inspiratório, expiratório ou ambos, sendo melhor avaliado quando o paciente encontra-se com a boca aberta. Ausência de respiração: quando a respiração não é sentida, ouvida ou vista por mais de 10 segundos, caracterizando um quadro de apneia. Respiração inadequada: pacientes que não conseguem manter a oxigenação adequada com sua respiração. Podem ser pacientes com aumento do padrão respiratório, sinais de respiração inadequada ou exaustão. A ausência de pulso: constatada após a palpação de uma artéria por 5 segundos. Choque: apesar de ser difícil de se diagnosticar clinicamente, é caracterizado por mucosas pálidas, taquicardia, hipotensão e diminuição no nível de consciência.

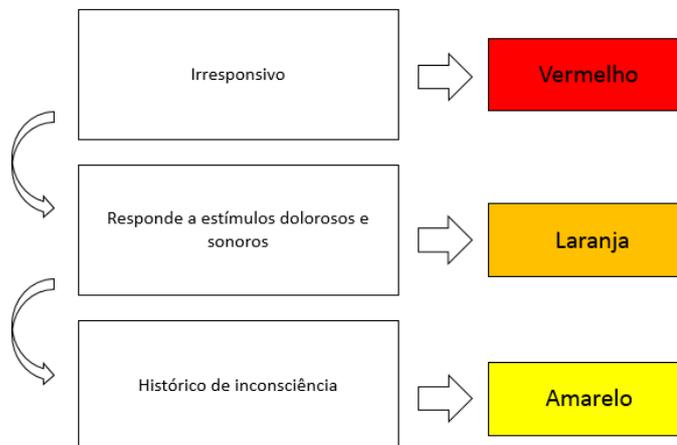
## Discriminadores gerais de ameaça a vida



## Nível de Consciência

Pacientes que não respondem a estímulos externos são categorizados com nível de prioridade 1 (avermelho). Pacientes com nível de consciência alterado, ou seja, que respondem a dor e/ou a estímulos sonoros são classificados na categoria 2 (laranja), enquanto pacientes que apresentam histórico de inconsciência são categorizados no nível 3 (amarelo).

## Discriminadores gerais de nível de consciência.

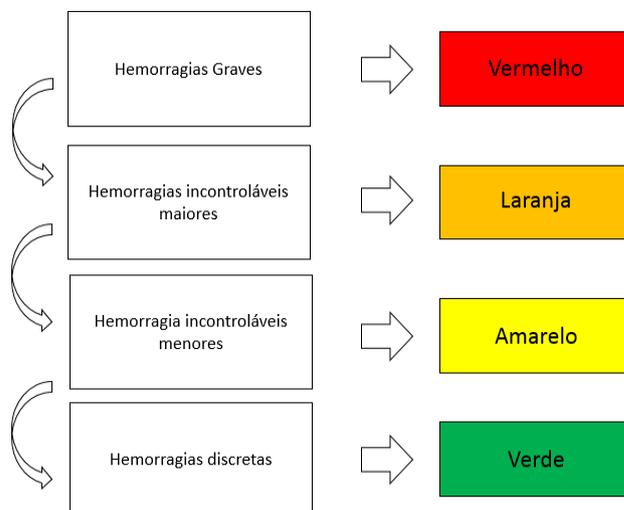


## Hemorragia

A hemorragia pode ter muitas apresentações que não são necessariamente traumáticas. Dentre os discriminadores desta categoria encontra-se as hemorragias: graves, incontroláveis maiores, incontroláveis menores e discretas. O sucesso da contenção da hemorragia também deve ser levado em conta, visto que o discriminador sangramentos contínuos têm maior prioridade.

As hemorragias graves são aquelas que levarão ao óbito do paciente rapidamente se o sangramento não for contido. Hemorragias incontroláveis maiores são aquelas que não são controladas com aplicação de pressão sobre ela, fluindo profusamente pelo curativo. Hemorragias incontroláveis menores são aquelas que diminuem com aplicação de pressão, porém continua a fluir pelo curativo discretamente. Hemorragias discretas são aquelas que não se enquadram nas anteriores e recebem nível de prioridade verde.

Discriminadores gerais de hemorragia.

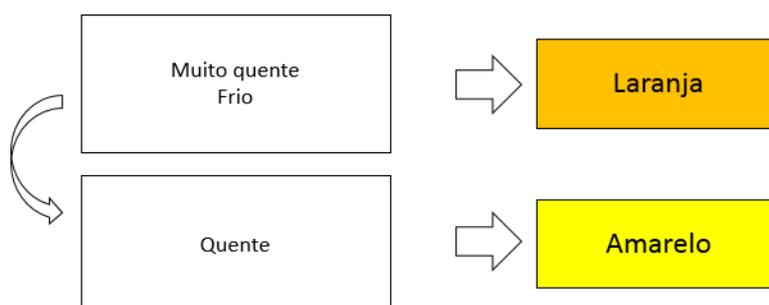


### Temperatura

A temperatura é considerada um discriminador geral e ela deve ser feita no processo de triagem. Em casos onde não é possível aferir a temperatura, a impressão clínica pode ser utilizada, apesar da imprecisão.

Pacientes com a pele muito quente, ou com temperatura acima de 40 ° C são classificados com nível de prioridade laranja, assim como pacientes com a pele fria, ou com temperatura abaixo de 35 °C. Pacientes com a pele quente, ou com temperatura de 39,5° a 40,0° são classificados com nível de prioridade amarela.

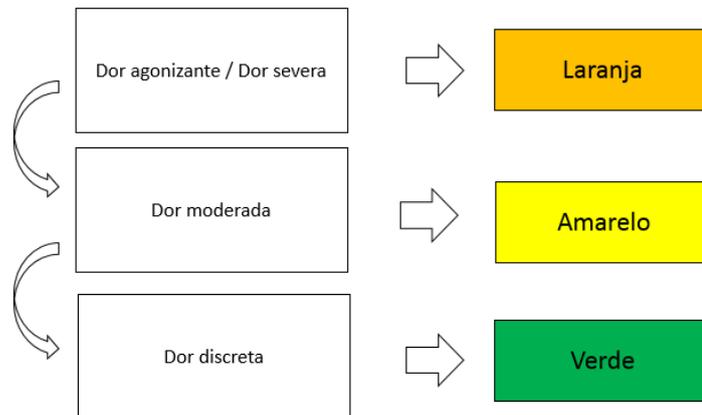
Discriminadores gerais de temperatura.



### Dor

A dor é um fator importante na categorização do paciente. O uso do discriminador ao longo do fluxograma implica em uma avaliação de dor no processo de triagem. A avaliação de dor é discutida posteriormente, porém utiliza-se a escala de Glasgow modificada para cães e gatos. De forma geral, pacientes com uma dor leve ou leve recente deve se categorizado no nível de prioridade 4 (verde). Pacientes com dor moderada, caracterizada por uma dor intensa, porém suportável é classificada na prioridade 3 (amarela). E pacientes com dor agonizante ou dor severa, caracterizada por uma dor insuportável é classificada na prioridade 2 (laranja).

Discriminadores gerais de dor.

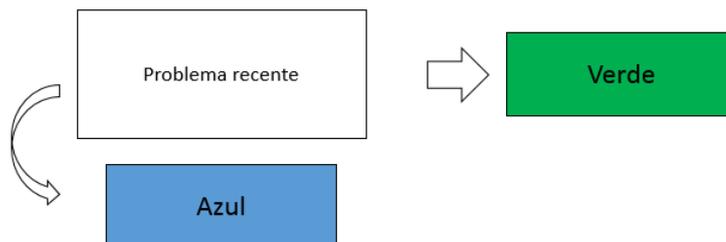


#### Intensidade

O termo abrupto foi usado para indicar o início dos sintomas em segundos e minutos, enquanto o termo agudo indica um período de tempo de 24 horas desde o início dos sintomas. Sintomas ou sinais recentes são aqueles com desenvolvimento de no máximo 7 dias, enquanto sinais crônicos são aqueles com desenvolvimento superior a 7 dias.

Embora alguns profissionais não aceitem que identificar o início dos sintomas pode ajudar a categorizar o paciente, sinais ou sintomas crônicos são usados para definir um paciente não urgente.

Discriminador de intensidade.



#### 5. Avaliando alternativas e selecionando uma implementação

Diversos discriminadores específicos devem ser testados no paciente para que ele seja classificado adequadamente. Os profissionais devem verificar se o paciente realmente possui um dos discriminadores e decidir qual destes discriminadores leva a classificação do paciente no nível de prioridade mais elevado e o que fornece informações mais relevantes do paciente.

#### 6. Implementação da alternativa selecionada

Caracteriza-se pelo passo mais importante do procedimento, em que a partir dos dados coletados, análise e avaliação, o paciente é classificado em um nível de prioridade.

Classificação do nível de prioridade.

Número	Nome	Cor
1	Imediato/Emergencial	Vermelho
2	Muito Urgente	Laranja
3	Urgente	Amarelo
4	Pouco Urgente	Verde
5	Não Urgente	Azul

### 1) Documentação

Após o paciente ter sido classificado, deve-se registrar o nível de prioridade selecionado e exibir o que levou a tomada desta decisão. Tal método de triagem, permite que estas informações sejam simples e precisas. Recomenda-se documentar qual fluxograma o paciente foi inserido e o discriminador que levou a esta categorização.

#### Avaliação do paciente

A triagem consiste em reunir informações rápidas e aplicá-las para atribuir ao paciente um nível de prioridade, porém esta habilidade é própria de cada indivíduo. A estrutura demonstrada a seguir ensina o processo de triagem, garantindo que as decisões sejam tomadas a partir de dados relevantes e apropriados do paciente. Para isso, é necessário a avaliação sistemática do paciente e que todos os elementos desta avaliação garantam uma visão completa do paciente. O profissional responsável pela triagem deve ter experiência suficiente e capacidade de comunicação com o tutor. A abordagem da avaliação deve seguir o seguinte formato:

Estrutura do processo de triagem do paciente.

Componente de avaliação	Atividade da triagem
<b>Primeiro contato com o paciente</b>	A avaliação inicia-se no primeiro contato com o paciente. É possível avaliá-lo enquanto ele se aproxima da área de triagem, quanto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao nível de motilidade</li> <li>• Lesão obvia</li> <li>• Idade do paciente (neonato, adulto, senil)</li> </ul> Perguntar ao tutor a queixa principal que o levou a procurar o centro de atendimento veterinário.
<b>Histórico do paciente</b>	Por ser um histórico curto, conciso e subjetivo permite a você saber sobre a lesão / a doença/e problemas relacionados a saúde do paciente.
<b>Apresentação da queixa</b>	A queixa principal leva o profissional a escolher o fluxograma mais adequado para o paciente. Tal etapa exige do profissional conhecimento e habilidade para uma triagem eficiente. O profissional deve ter conhecimento anatômico, reconhecimento de padrões, e capacidade de agir de forma eficaz diante de situações de risco de vida.
<b>Perguntas focadas</b>	Perguntas focadas auxiliam na obtenção de mais detalhes. As perguntas são direcionadas pelos discriminadores de cada fluxograma.
<b>Exame físico e avaliação dos parâmetros</b>	Avaliar os locais reais das lesões e avaliação do pulso, temperatura, frequência cardíaca e respiratória, mucosas, tempo de preenchimento capilar, hidratação.
<b>Avaliação da dor</b>	A avaliação tanto subjetiva (avaliação do tutor) e objetiva (profissional) devem ser documentados e justificados.
<b>Prioridade / Plano de cuidado</b>	Atribuição da prioridade a partir do discriminador mais apropriado. Descreva brevemente qualquer outro cuidado identificado durante a sua triagem.
<b>Documentação</b>	A documentação varia de acordo com o formato, porém ela deve ser clara, concisa e relevante. Se relevante, incluir registros de alergias, medicações atuais, históricos médicos anteriores, e medidas aplicadas durante a triagem como: drogas administradas, analgesia, etc. Posteriormente assine o documento de forma legível.

**Reavaliação**

Quando for necessário reavaliar o paciente.

A partir desde sistema, é possível a avaliação rápida e segura do paciente para obtenção do nível de prioridade ideal.

## 7. Monitoração e avaliação do paciente

A prioridade clínica do paciente pode mudar durante o tempo de espera para atendimento médico e por isso a triagem deve ser dinâmica. Visto que o método de triagem é realizado rapidamente, a reavaliação da prioridade clínica pode ser realizada durante o tempo de espera do paciente. As mudanças de prioridades devem ser rapidamente notificadas.

**AVALIAÇÃO DE DOR**

É fundamental a avaliação de dor em pacientes que procuram atendimento emergencial. Neste sistema, utilizou-se a escala de dor de Glasgow modificada para a avaliação de cães e gatos. A avaliação de dor é importante por:

- A maioria dos pacientes que dão entrada nos departamentos emergenciais possuem algum grau de dor;
- O grau de dor influencia no nível de prioridade;
- Os pacientes com dor podem-se tornar agitados e agressivos e
- Pacientes com dor levam a sofrimento dos tutores e da própria equipe médica

Como vantagens da avaliação de dor dos pacientes, encontra-se:

- Garantia que a dor do paciente seja tratada rapidamente e a analgesia adequada como consequência;
- Após o controle da dor o paciente pode ser recategorizado para um nível de prioridade menor;
- A ansiedade do tutor é reduzida e a comunicação torna-se mais fácil e
- Sem a avaliação de dor, a analgesia apropriada na triagem não é possível.

**AVALIAÇÃO DA DOR NA TRIAGEM**

Foi utilizado a escala de Gasglow modificada para a avaliação de dor neste sistema de triagem. Visto que a dor deve ser avaliada formalmente durante a triagem e que ela é fundamental para categorizar um paciente em um nível de prioridade, há necessidade de profissionais capacitados e a avaliação da dor deve ser válida e reproduzível.

**AVALIAÇÃO DA DOR EM CÃES**

Para a avaliação de dor em cães, foi utilizado a escala de Gasglow modificada. A escala consiste na avaliação de quatro variáveis para a categorização do paciente. A partir dos achados de cada variável o paciente recebe uma pontuação. No final, soma-se a pontuação de todas as variáveis e o paciente é classificado quanto a intensidade de sua dor. A intensidade da dor varia de: nenhuma, discreta, moderada, severa, agonizante (TABELA 5). A seguir segue a tabela para a avaliação da dor do paciente:

Tabela de classificação de dor no cão. (escala de Gasglow modificada)

**A - Avaliação do paciente longe**

1) O cachorro está:	2) O cachorro está:	
Quieto	0 Ignorando qualquer área ou ferida	0
Chorando ou Choramingando	1 Olhando para uma área ou ferida	1
Gemendo	2 Lambendo uma área ou ferida	2
Gritando	3 Friccionando uma área ou ferida	3
	Mastigando uma área ou ferida	4

Em casos de fraturas espinais, pélvicas ou de membros múltiplos ou onde a assistência é necessária para auxiliar a locomoção, não execute a seção B e prossiga para a seção C. Por favor, assinale  antes de prosseguir para a seção C.

**B - Ao colocar a guia e andar com o cão.**

3) Quando o cão anda/sobe, é:

Normal  
Devagar  
Lento ou relutante  
Rígido  
Recusa a se mover

**C - Se for uma ferida ou área dolorida, incluindo abdome, aplique uma leve pressão em volta do local.**

4) O cão:

0 Não faz nada  
1 Olha para o local  
2 Recua  
3 Rosna ou guarda a área  
4 Morde  
5 Chora

**D - No geral**

5) É um cachorro:

Feliz e contente  
Quieto  
Indiferente ou não responsivo ao ambiente  
Nervoso, ansioso ou prejudicial  
Deprimido ou não responsivo a estimulação

6) É um cachorro:

0 Confortável  
1 Instável  
2 Desconfortável  
3 Curvado ou tenso  
4 Rígido

Score Total: (1+2+3+4+5+6) \_\_\_\_\_

**Avaliação do Escore Total**

Sem dor	0
Dor discreta	1-6
Dor moderada	7- 12
Dor severa	13-18
Dor agonizante	19-24

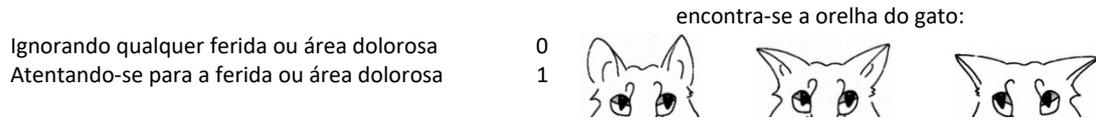
**AVALIAÇÃO DE DOR NO GATO**

Para a avaliação de dor em gatos, foi utilizado a escala de Gasglow modificada. A escala consiste na avaliação de quatro variáveis para a categorização do paciente. A partir dos achados de cada variável o paciente recebe uma pontuação. No final, soma-se a pontuação de todas as variáveis e o paciente é classificado quanto a intensidade de sua dor. A intensidade da dor varia de: nenhuma, discreta, moderada, severa, agonizante . A seguir segue a tabela para a avaliação da dor do paciente:

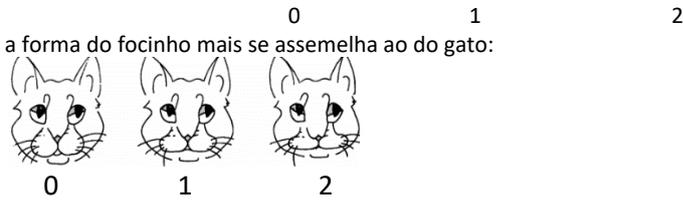
Tabela de classificação de dor no gato. (escala de Gasglow modificada)

**Olhe para o gato e diga :**

1- O gato está:		2- O gato está:	
Ronronando/Silencioso/Miando	0	Relaxado	0
Chorando/Gemendo/Rosnando	1	Lambendo os lábios	1
		Agitado/ Encolhendo-se na parte de trás da gaiola	2
		Tenso/ Agachado	3
		Rígido/ Encurvado	4
3- O gato está:		4- Ao ver os desenhos, em que posição	



5- Ao ver os desenhos, qual a forma do focinho mais se assemelha ao do gato:



**Aborde o paciente na gaiola, chame-o pelo nome e acaricie da cabeça a cauda**

6- O gato:

Responde a carícia	0
Não responde	1
É agressivo	2

**Se for uma ferida ou área dolorida, incluindo abdome, aplique uma leve pressão em volta do local. Na ausência de uma área dolorida, simular a pressão no membro posterior, acima do joelho.**

7\_ O gato:

8-Impressão geral do gato:

Não faz nada	0	Feliz e contente	0
Abano de cauda e/ou achata as orelhas	1	Desinteressado e tranquilo	1
Chora/ Assobia	2	Ansioso e/ou medo	2
Rosna	3	Deprimido e/ou rabugento	3
Morde e/ou Ataca	4		

Score Total: (1+2+3+4+5+6+7+8) \_\_\_\_\_

Avaliação do Escore Total	
Sem dor	0
Dor discreta	1-4
Dor moderada	5- 9
Dor severa	10-15
Dor agonizante	16-19

### GERENCIAMENTO DE PACIENTES, DA TRIAGEM AO PRATICANTE

Existe diferença entre a prioridade clínica absoluta e a prioridade relativa dentro das categorias da triagem. Apesar do sistema de triagem descrito ser simples, existem outros fatores que podem influenciar no tratamento do paciente. Apesar de a prioridade clínica ser extremamente importante, não reconhecer estes outros fatores pode prejudicar a função e a qualidade do atendimento.

TIPOS DE PACIENTES:

Senil e filhotes

Devido ao seu estado geral, estes pacientes facilmente podem se desestabilizar e por isso é necessário que estes sejam constantemente reavaliados.

### Pacientes agressivos

Visto que pacientes agressivos podem incomodar outros pacientes, recomenda-se seu isolamento dos demais animais e/ou o atendimento prioritário para que o paciente seja dispensado o mais rápido possível.

### Frequentadores frequentes

Em alguns departamentos é comum ter um número de pacientes que são frequentadores frequentes do estabelecimento. Pela frequência, é tentador colocá-los em uma categoria não urgente sem uma avaliação previa, porém, o paciente deve ser tratado como um novo caso, evitando subestimar seu quadro atual.

### Pacientes que voltam a frequentar o departamento

Geralmente estes pacientes retornam ao departamento pois a queixa principal não foi solucionada ou o quadro do paciente piorou. O paciente deve ser classificado de acordo com seu estado geral atual e não de acordo com a categoria estipulada anteriormente.

### Pacientes encaminhados de outro departamento

Estes pacientes devem ser triados da mesma forma que os demais pacientes. A equipe deve ser informada do encaminhamento, e se necessário pode-se iniciar a investigação do caso e fornecer analgesia para o conforto do paciente.

### TIPOS DE TUTORES:

Tutores que se enquadram no atendimento preferencial devem ter preferência no atendimento médico de seus animais, sendo então classificados com nível de prioridade AMARELO (tempo máximo de atendimento de 60 minutos). Se enquadram no atendimento preferencial tutores: idosos acima de 60 anos, gestantes, pessoas com deficiência, pessoas com criança do colo, portadores de autismo.

### FATORES DO DEPARTAMENTO

Qualquer departamento que lide com casos emergenciais pode se sobrecarregar pelo fluxo de pacientes. Apenas um paciente em estado grave ou a ausência de um funcionário pode comprometer o fluxo do departamento. Cada departamento deve desenvolver meios para lidar com estes imprevistos.

### PAPEL DO PROFISSIONAL DE TRIAGEM

O principal papel do profissional de triagem é a priorização precisa dos pacientes e este deve ser o principal objetivo. O profissional deve tomar decisões rápidas e ter a capacidade de elaborar e delegar tarefas. Deve-se evitar conversas longas com os tutores e anamneses exaustivas. Em casos de grandes fluxos de pacientes, o profissional pode procurar auxílio de outro membro da equipe para ajudar na triagem. A triagem é um processo essencial para o gerenciamento e exige a execução de uma grande quantidade de tarefas:

#### a) Primeiros socorros e analgesia

O profissional da triagem pode precisar oferecer ou facilitar alguns tratamentos de primeiros socorros e reconhecer a necessidade de fornecimento de analgésicos para alívio de dor do paciente. A utilização de curativos ou talas podem ajudar no conforto do paciente e diminuir novos traumas e sangramentos.

#### b) Informações ao tutor

O profissional da triagem fornece o primeiro contato clínico com o paciente e é responsável por fornecer ao tutor informações acerca do provável curso do paciente no departamento, buscando aliviar a angústia e ansiedade do mesmo. Nota-se que os tutores gostam de saber o tempo médio de espera e o tempo gasto no departamento.

#### c) Aplicação de vacinas e fármacos e coleta de sangue

O profissional da triagem pode diminuir o fluxo do departamento ao realizar, na sala de triagem, vacinas, aplicação de fármacos e coleta de sangue entre os intervalos da triagem. Tais atividades diminuem o tempo

de espera dos pacientes e o número de animais que precisarão passar por atendimento médico. Estas atividades só devem ser realizadas quando não houver animais para serem triados.

d) Promoção da Saúde

Se o tempo permitir, o profissional da triagem pode fornecer informações e conselhos relevantes acerca da saúde e bem-estar do paciente, através da comunicação verbal ou até mesmo em forma de folhetos informativos.

e) Gerenciamento da sala de espera

Antes de ser atendido por um médico veterinário, o principal contato com a equipe médica se dá pelo profissional da triagem. A pessoa responsável pela triagem deve manter os tutores informados quanto ao tempo de espera. A observação e reavaliação constantes dos pacientes são importantes para a detecção de qualquer mudança do estado geral do paciente. Esta reavaliação pode ser realizada após alguma intervenção ou aplicação de algum analgésico. Alguns pacientes podem ser triados para uma categoria menor, após o conforto analgésico ou para uma prioridade maior caso seu quadro piore. A sala de triagem deve ser considerada uma área clínica, sendo o profissional da triagem responsável por ela.

### ALÉM DA PRIORIZAÇÃO

O sistema de triagem veterinário foi desenvolvido para gerenciar riscos clínicos e identificar a prioridade clínica de cada indivíduo, porém ele pode ser usado para outras finalidades.

#### MONITORAÇÃO DOS PARÂMETROS FISIOLÓGICOS

Como comentado anteriormente, a triagem é um processo dinâmico, o que exige o monitoramento periódico dos pacientes que aguardam atendimento médico. Tal método permite a identificação de qualquer mudança de status do paciente e sua redefinição, quando necessário, de nível de prioridade. Esta reavaliação pode ser realizada tanto no período de espera para atendimento médico, como posteriormente ao atendimento médico. Dentre os discriminadores do sistema de triagem, aqueles que abordam a ameaça a vida são úteis para a avaliação contínua do paciente, podendo ser adaptados em uma ferramenta de aviso prévio. Com base nestes parâmetros fisiológicos a equipe pode identificar rapidamente quando o paciente está se deteriorando, facilitando uma possível intervenção.

Tabela de discriminadores gerais para a re-triagem.

	Vermelho	Laranja	Amarelo
<b>Via aérea</b>	Comprometimento das vias aéreas		
<b>Respiração</b>	Respiração inadequada	Falta de ar + cianose	Cianose
<b>Circulação</b>	Choque e/ou hemorragias graves	Pulso anormal, Taquicardia, Hemorragia maior incontrolável	Hemorragia menor incontrolável
<b>Filhotes</b>	Não responsivos, hipoglicemia	Alteração do nível de consciência	

Caso o paciente encontre-se no nível de prioridade vermelho ele deve ser reavaliado imediatamente, e em caso de prioridade laranja ou amarela a avaliação deve ocorrer em 30 ou 60 minutos respectivamente.

#### OUTROS USOS DA CONSULTA DE TRIAGEM

Além de categorizar o paciente em níveis de prioridade, o profissional pode:

- Administrar analgésicos;
- Aplicação de vacinas e fármacos e coleta de sangue entre os intervalos de triagem;
- Encaminhar o paciente diretamente para investigações radiológicas – lesões em membros posteriores e anteriores e
- Encaminhar pacientes para outras clínicas ou departamentos.

Como vantagens, os pacientes têm acesso ao manejo de dor mais rápido, o tempo de permanência do departamento é menor, e pode haver diminuição de atrasos desnecessários. Como desvantagens, o tempo de triagem aumenta e com isso pacientes que estão esperando por triagem tendem a esperar mais.

## ÍNDICE DE FLUXOGRAMA DE APRESENTAÇÃO

Dor Abdominal

<b>DOR ABDOMINAL</b>
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Choque? Não?
Vômito com sangue? Sangue fresco nas fezes? Animal muito quente? Dor severa ou agonizante? Não?
Diarreia preta ou groselha? Vômito persistente? Massa abdominal visível ou perceptível na palpação abdominal? Animal quente? Dor moderada? Não?
Vômito? Dor Leve? Problema recente? Não?
Azul

### Definição dos discriminadores de dor abdominal

Os discriminadores específicos desta categoria estão direcionados a categoria laranja (2) e amarela (3) para garantir que as patologias mais severas sejam triadas apropriadamente.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Vômito com sangue</b>	O sangue pode ser fresco (vermelho claro ou escuro) ou café.
<b>Sangue fresco nas fezes</b>	Em sangramentos gastrointestinais maciços o sangue encontra-se vermelho-escuro.
<b>Diarreia preta ou groselha</b>	A medida que aumenta o tempo de transito no trato gastrointestinal, o sangue se torna mais escuro, se tornando melena. Fezes vermelhas (groselha) podem indicar intussuscepção.
<b>Vômito persistente</b>	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem pausa entre os episódios.
<b>Massa abdominal visível</b>	Massas abdominais visíveis a olho nu ou através de palpação abdominal.
<b>Vômito</b>	Qualquer êmese cumpri este quesito

## Infecções Locais Ou Abscessos

**Definição dos discriminadores de abscessos ou infecções locais**

Tal fluxograma foi desenvolvido para priorizar pacientes com abscessos ou infecções locais. Os discriminadores específicos foram desenvolvidos para identificar situações mais graves como gangrena gasosa e artrite séptica e os discriminadores gerais são usados para avaliar risco de vida, dor e temperatura.

Discriminadores específicos	Definição
<b>Comprometimento vascular</b>	Inclui uma combinação de palidez, frieza, dor, pulso ausente distal a lesão.
<b>Enfisema subcutâneo</b>	É detectável pela palpação, em que se sente crepitação no local da palpação. Pode haver “bolhas de ar” e uma linha de demarcação.
<b>Articulação quente</b>	Qualquer calor em torno de uma articulação já é característico. Pode estar ou não associado a vermelhidão.
<b>Dor na movimentação da articulação</b>	Está relacionado a dor tanto no movimento passivo (movimentado pelo examinador) ou ativo (movimentado pelo próprio paciente).

## Maus Tratos

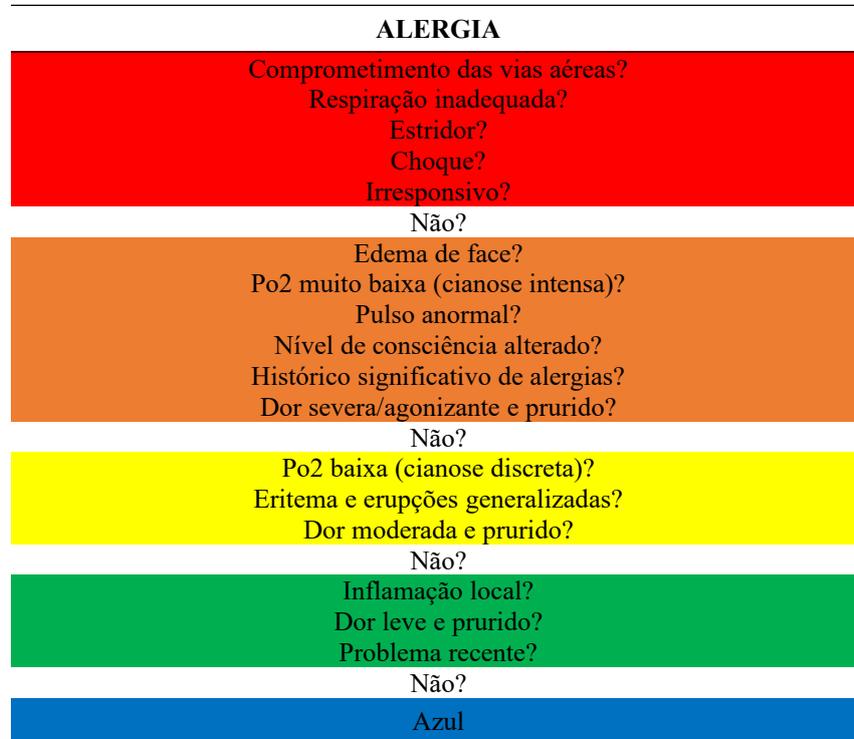
<b>MAUS TRATOS</b>	
Comprometimento das vias aéreas? Respiração Inadequada? Choque? Irresponsivo?	Não?
Responde a estímulos sonoros e dolorosos? Hemorragia incontrolável maior? Dor severa ou agonizante?	Não?
Hemorragia incontrolável menor? Sinais de desidratação? Histórico de inconsciência? Histórico de trauma craniano? Trauma vaginal? Dor moderada?	Não?
<b>Verde</b>	

**Definição dos discriminadores de maus tratos**

Este fluxograma foi desenvolvido para priorizar pacientes que sofreram maus tratos ou negligência. Os discriminadores gerais estão relacionados ao risco de vida, nível de consciência e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Irresponsivo</b>	Pacientes que não respondem a estímulos sonoros e dolorosos
<b>Responde a estímulos sonoros e dolorosos</b>	Respondem ao serem estimulados por dor ou a barulhos.
<b>Sinais de desidratação</b>	Inclui mucosas secas, olhos fundos, aumento do turgor cutâneo.
<b>Trauma vaginal</b>	Qualquer histórico ou evidencia de que o animal possa ter sido abusado deve ser levado em consideração
<b>Histórico de traumatismo craniano</b>	Eventos traumáticos recentes

## Alergia

**Definição dos discriminadores de alergias**

Este fluxograma foi desenvolvido para priorizar pacientes com sintomas ou histórico de alergias. Pacientes com reação alérgica variam desde aqueles com reação anafilática até os pacientes picados por algum inseto. Os discriminadores gerais estão relacionados ao risco de vida, nível de consciência e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

Discriminadores específicos	Definição
<b>Edema de face</b>	Inchaço ao redor do rosto, geralmente envolvendo os lábios.
<b>Po2 muito baixa (cianose intensa)</b>	Animal com mucosas extremamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 92%.
<b>Pulso anormal</b>	Animais com bradicardia /taquicardia ou ritmo irregular. <b>Tabela em anexo.</b>
<b>Histórico significativo de alergias</b>	Alguma sensibilidade já conhecida que levou a uma reação grave anteriormente.
<b>Po2 baixa (cianose discreta)</b>	Animal com mucosas discretamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 95%
<b>Eritema e erupções generalizadas?</b>	Qualquer vermelhidão ou erupção que cubra mais de 10% da superfície corporal. Dor, inchaço e vermelhidão local.

## Asma

ASMA
Comprometimento das vias aéreas? Respiração Inadequada? Choque? Irresponsivo? Não?
Po2 muito baixa (cianose intensa)? Pulso anormal? Nível de consciência alterado? História de asma significativa? Animal muito quente? Não?
Po2 baixa (cianose discreta)? Nenhuma melhora após administração de medicações para a asma? Animal quente? Não?
Presença de chiado na ausculta pulmonar? Tosse produtiva? Problema recente? Não?
Azul

**Definição dos discriminadores de asma**

O fluxograma foi desenvolvido para priorizar pacientes com sinais/sintomas de asma ou pacientes com histórico de asma. Os discriminadores gerais estão relacionados ao risco de vida, nível de consciência e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

Discriminadores específicos	Definição
<b>Po2 muito baixa (cianose intensa)</b>	Animal com mucosas extremamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 92%.
<b>Pulso anormal</b>	Animais com bradicardia /taquicardia ou ritmo irregular. <b>Tabela em anexo.</b>
<b>História de asma significativa</b>	Episódios prévios de risco de vida (pneumonia, edema pulmonar).
<b>Po2 baixa (cianose discreta)</b>	Animal com mucosas discretamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 95%
<b>Nenhuma melhora após administração de medicações para a asma</b>	Sem resposta após a administração de broncodilatadores.
<b>Presença de chiado na ausculta pulmonar</b>	O chiado pode ser audível ou através da ausculta pulmonar.
<b>Tosse produtiva</b>	Tosse produtiva com conteúdo de qualquer cor.

## Alterações De Comportamento

**Definição dos discriminadores de alterações de comportamento**

Este fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes com alterações de comportamento. Os discriminadores gerais estão relacionados ao risco de vida e nível de consciência. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Hipoglicemia</b>	Caracterizado por pacientes com glicose menor que 60 mg/dL.
<b>Deficit neurológico com menos de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período menor que 24 horas (paralisia, paresia, perda de nocicepção, etc).
<b>História de envenenamento</b>	Esta informação pode vir do tutor ou pode ser deduzida.
<b>Deficit neurológico com mais de 24 horas</b>	Qualquer perda de função neurológica em um período maior que 24 horas (paralisia, paresia, perda de nocicepção, etc).
<b>História de traumatismo craniano</b>	Histórico recente de evento fisicamente traumático envolvendo a cabeça.
<b>História de inconsciência</b>	Histórico de inconsciência relatado pelo tutor ou outra testemunha.

## Mordidas e picadas

<b>MORDIDAS E PICADAS</b>	
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Estridor? Hemorragia grave? Choque? Irresponsivo? Não?	
Edema facial? Edema de língua? Hemorragia incontrolável maior? Po2 muito baixa (cianose intensa)? Nível de consciência alterado? Envenenamento de alta letalidade? História significativa de alergia? Animal muito quente? Dor severa/agonizante e prurido? Não?	
Po2 baixa (cianose discreta)? Hemorragia incontrolável menor? Envenenamento de letalidade moderada? Erupção ou bolhas generalizadas? Animal quente? Dor moderada e prurido? Não?	
Infecção local? Inflamação local? Dor leve recente? Problema recente? Não?	
Azul	

**Definição dos discriminadores de mordida e picadas**

O fluxograma foi desenvolvido para permitir priorização dos pacientes que apresentam como queixa principal mordidas e picadas. Os discriminadores gerais estão relacionados ao risco de vida, hemorragia e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Edema facial</b>	Inchaço generalizado ao redor do rosto, geralmente envolvendo os lábios.
<b>Edema de língua</b>	Inchaço da língua em qualquer grau.
<b>Po2 muito baixa (cianose intensa)</b>	Animal com mucosas extremamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 92%.
<b>Envenenamento de alta letalidade</b>	A letalidade é o potencial que o envenenamento tem de causar dano. O conhecimento do local pode facilitar na identificação da criatura venenosa. Porém em caso de dúvida, classifique o paciente na categoria mais alta.
<b>História significativa de alergia</b>	Uma sensibilidade conhecida que levou a uma reação severa.
<b>Po2 baixa (cianose discreta)</b>	Animal com mucosas discretamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a

<b>Envenenamento de letalidade moderada</b>	saturação estará abaixo de 95% A letalidade é o potencial que o envenenamento tem de causar dano. O conhecimento do local pode facilitar na identificação da criatura venenosa. Porém em caso de dúvida, classifique o paciente na categoria mais alta.
<b>Erupção ou bolhas generalizadas</b>	Qualquer erupção ou bolha que cubra mais de 10% da superfície corporal. Dor, inchaço e vermelhidão local.
<b>Infecção local</b>	A infecção local apresenta-se inicialmente como uma inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) em um local ou área e progride para uma coleção de pus e inflamação.
<b>Inflamação local</b>	É caracterizado por dor, inchaço e vermelhidão local ou de uma área específica.

---

## Queimaduras

<b>QUEIMADURAS</b>	
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Estridor? Choque? Irresponsivo?	Não?
Edema de face? Po2 muito baixa (cianose intensa)? Nível de consciência alterado? Alta letalidade química? Mecanismo significativo da lesão? Dor agonizante/ severa? Lesão por inalação?	Não?
Po2 baixa (cianose discreta)? Lesão elétrica? Letalidade química moderada? Dor moderada?	Não?
Infecção local? Inflamação local? Dor leve recente? Problema recente?	Não?
Azul	

**Definição dos discriminadores de queimaduras**

Apesar da extensa variedade de níveis de gravidade desta categoria, o fluxograma foi desenvolvido para categorizar o paciente adequadamente. Os discriminadores gerais estão relacionados ao risco de vida, nível de consciência e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Edema facial</b>	Inchaço generalizado ao redor do rosto, geralmente envolvendo os lábios.
<b>Po2 muito baixa (cianose intensa)</b>	Animal com mucosas extremamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 92%.
<b>Alta letalidade química</b>	Letalidade é o potencial que o produto químico tem de causar dano. Em caso de dúvida, categorize o paciente no nível mais alto.
<b>Mecanismo significativo da lesão</b>	Ferimentos penetrantes (esfaqueamento ou arma de fogo) que podem transferir alta energia.
<b>Lesão por inalação</b>	Geralmente, acidentes que envolvem fogo produzem fumaça e esta pode ser inalada pelo paciente. Depósito de carbono no focinho e boca podem indicar o quadro.
<b>Po2 baixa (cianose discreta)</b>	Animal com mucosas discretamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 95%
<b>Lesão elétrica</b>	Qualquer lesão causada ou possivelmente causada por uma corrente elétrica.
<b>Letalidade química moderada</b>	Letalidade é o potencial que o produto químico

**Infecção local**

tem de causar dano. Em caso de dúvida, categorize o paciente no nível mais alto.

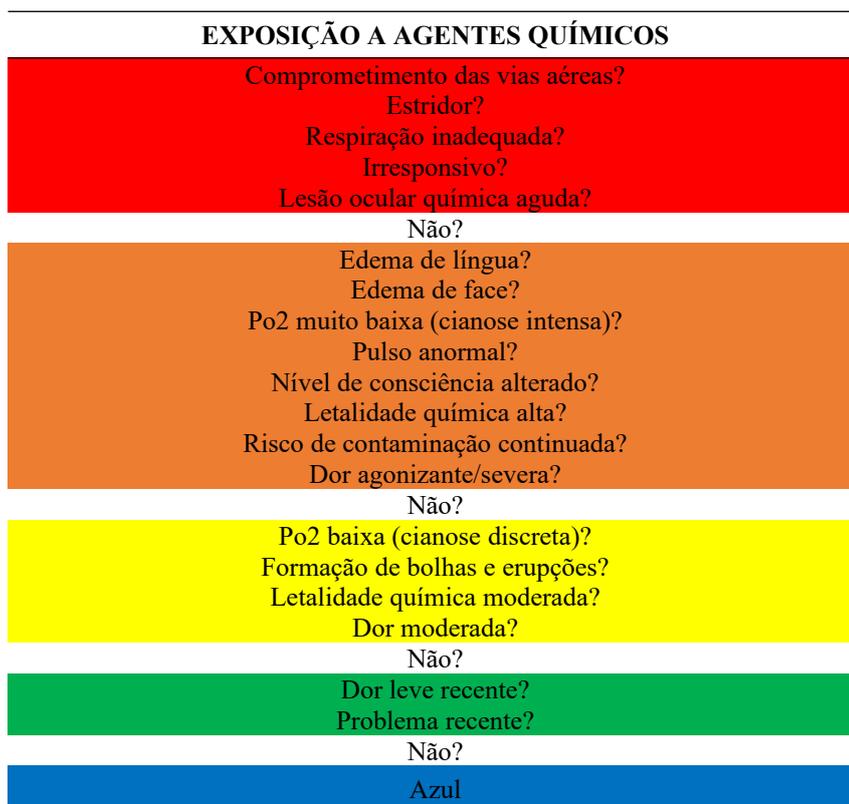
A infecção local apresenta-se inicialmente como uma inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) em um local ou área e progride para uma coleção de pus e inflamação.

**Inflamação local**

É caracterizado por dor, inchaço e vermelhidão local ou de uma área específica.

---

## Exposição a agentes químicos

**Definição dos discriminadores de exposição a agentes químicos**

Apesar de não muito comum, este fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes que foram expostos a agentes químicos. Os discriminadores gerais estão relacionados ao risco de vida, nível de consciência e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

Discriminadores específicos	Definição
<b>Estridor</b>	Ruído inspiratório ou expiratório ou em ambos. Ele é ouvido melhor se o animal estiver de boca aberta.
<b>Lesão ocular química aguda</b>	Qualquer substância respingada ou colocada no olho com menos de 24 horas que causou ardor, queimação ou redução da visão são considerados causadores de dano químico.
<b>Edema de língua</b>	Inchaço da língua em qualquer grau.
<b>Edema de face</b>	Inchaço generalizado ao redor do rosto, geralmente envolvendo os lábios.
<b>Po2 muito baixa (cianose intensa)</b>	Animal com mucosas extremamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 92%.
<b>Pulso anormal</b>	Animais com bradicardia /taquicardia ou ritmo irregular. <b>Tabela em anexo.</b>
<b>Letalidade química alta</b>	Letalidade é o potencial que o produto químico tem de causar dano. Em caso de dúvida, categorize o paciente no nível mais alto.
<b>Risco de contaminação continuada</b>	Caso o paciente continue exposta ao agente químico.
<b>Po2 baixa (cianose discreta)</b>	Animal com mucosas discretamente arroxeadas.

**Formação de bolhas e erupções**

Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 95%

Qualquer erupção ou bolha que cubra mais de 10% da superfície corporal. Dor, inchaço e vermelhidão local.

**Letalidade química moderada**

Letalidade é o potencial que o produto químico tem de causar dano. Em caso de dúvida, categorize o paciente no nível mais alto.

---

## Problemas dentários e/ou orais

<b>PROBLEMAS DENTÁRIOS E/OU ORAIS</b>
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Choque? Não?
Hemorragia incontrolável maior? Animal muito quente? Dor agonizante/severa? Não?
Dente agudamente avulsionado? Hemorragia incontrolável menor? Animal quente? Dor moderada? Não?
Inchaço Facial? Dor leve recente? Problema recente? Não?
Azul

**Definição dos discriminadores de problemas dentários e/ou orais**

Apesar de pouco comum, o fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes com alterações dentárias e gengivais. Os discriminadores gerais estão relacionados ao risco de vida, temperatura e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Dente agudamente avulsionado</b>	Dente avulsionado com menos de 24 horas.
<b>Inchaço facial</b>	Inchaço ao redor do rosto, podendo ser localizado ou generalizado.

## Diabetes

<b>DIABETES</b>	
Comprometimento das vias aéreas? Animal chegou convulsionado? Respiração inadequada? Choque? Irresponsivo? Hipoglicemia?	Não?
Nível de consciência alterado? Hiperglicemia com cetose? Animal muito quente? Dor agonizante/severa? Animal com frio?	Não?
Hiperglicemia? Vômito persistente? Animal quente? Dor moderada?	Não?
Vômito? Dor leve recente? Problema recente <sup>2</sup>	Não?
Azul	

**Definição dos discriminadores de diabetes**

O fluxograma foi desenvolvido para categorizar casos de pacientes com diabetes já conhecidos. Os discriminadores gerais estão relacionados ao risco de vida, nível de consciência, glicose, temperatura e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Animal chegou convulsionado?</b>	Animal que chegou no estabelecimento convulsionado.
<b>Hipoglicemia</b>	Glicose inferior a 60 mg/dL.
<b>Hiperglicemia com cetose</b>	Glicose superior a 126 mg/dL no cão e 144 mg/dL no gato com corpos cetônicos na urina ou sinais de acidose (prostração, respiração profunda).
<b>Hiperglicemia</b>	Glicose superior a 126 mg/dL no cão e 144 mg/dL no gato.

Diarreia, vômito ou inapetência

<b>DIARREIA, VÔMITO OU INAPETÊNCIA</b>	
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Choque? Irresponsivo? Não?	
Nível de consciência alterado? Não reage ao tutor? Vômito com sangue? Sangue fresco ou alterado nas fezes? Animal muito quente? Dor agonizante/severa? Não?	
História de vômito com sangue agudo? Diarreia preta ou groselha? Vômito persistente? Sinais de desidratação? Animal quente? Dor moderada? Não?	
Vômito? Dor leve recente? Problema recente? Não?	
Azul	

**Definição dos discriminadores de diarreia, vomito ou inapetência.**

O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes com vômito, diarreia ou inapetência. A maioria dos pacientes que apresentam este quadro não tem alta prioridade. Os discriminadores gerais estão relacionados ao risco de vida e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes de pacientes que sofreram sangramentos gastrointestinais, que estão desidratados ou com sinais graves de diarreia e vômito.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Não reage ao tutor</b>	Animal não reage a voz ou a fisionomia do tutor.
<b>Vômito com sangue</b>	O sangue vomitado pode ser fresco (vermelho claro ou escuro) ou com aparência de pó de café.
<b>Sangue fresco ou alterado nas fezes</b>	Em sangramentos gastrointestinais maciços o sangue encontra-se vermelho-escuro.
<b>História de vômito com sangue agudo</b>	Vômito com sangue (coloração de café moído ou sangue misturado no vomito) nas últimas 24 horas.
<b>Diarreia preta ou groselha</b>	A medida que aumento o tempo de transito no trato gastrointestinal, o sangue se torna mais escuro, se tornando melena. Fezes vermelhas (groselha) podem indicar intussuscepção.
<b>Vômito persistente</b>	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem pausa entre os episódios.
<b>Sinais de desidratação</b>	Inclui mucosas secas, olhos fundos, aumento do turgor cutâneo.

## Problema de ouvido

<b>PROBLEMA DE OUVIDO</b>	
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Choque? Irresponsivo? Não?	
Nível de consciência alterado? Hemorragia incontrolável maior? Animal muito quente? Dor agonizante/severa? Não?	
Hemorragia incontrolável menor? História de traumatismo craniano? Vômito persistente? Animal quente? Dor moderada? Não?	
Hematoma auricular? Sinais vestibulares? Perda auditiva recente? Dor leve recente? Problema recente? Não?	
Azul	

**Definição dos discriminadores de problemas de ouvido**

Este fluxograma foi desenvolvido para priorizar pacientes com comorbidades do ouvido. Os discriminadores gerais estão relacionados ao risco de vida, hemorragia, temperatura e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>História de traumatismo craniano</b>	Histórico recente de evento fisicamente traumático envolvendo a cabeça.
<b>Vômito persistente</b>	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem pausa entre os episódios.
<b>Hematoma auricular</b> <b>Sinais vestibulares</b>	Presença de hematoma no ouvido externo. Animal encontra-se com sinais de incoordenação e desequilíbrio podendo sugerir alterações vestibulares.
<b>Perda auditiva recente</b>	Animal deixa de responder a chamados e a sons na última semana.

## Problema ocular

**Definição dos discriminadores de problemas oculares**

Este fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes com problemas oculares. Os discriminadores gerais estão relacionados a temperatura e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Lesão ocular química aguda</b>	Qualquer substância espirrada ou colocado no olho em menos de 12 horas que cause desconforto e irritação local.
<b>Lesão ocular penetrante</b>	Evento recente, fisicamente traumático que levou a perfuração ocular.
<b>Perda total da visão aguda</b>	Perda da visão ocular em um ou ambos os olhos nas últimas 24 horas.
<b>Acuidade visual reduzida recentemente</b>	Perda da acuidade visual nas últimas 7 dias.
<b>Olho vermelho</b>	Caracterizado por qualquer grau de vermelhidão do olho. Pode se indolor ou doloroso, completo ou parcial.
<b>Incomodo persistente</b>	Animal se sente incomodado, passa a pata constantemente e muitas das vezes se mantêm de olhos fechados.

## Problema em face

<b>PROBLEMAS EM FACE</b>
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Hemorragia grave? Choque? Irresponsivo? Não?
Hemorragia incontrolável maior? Nível de consciência alterado? Deficit neurológico com menos de 24 horas? Animal muito quente? Dor agonizante/severa? Não?
Hemorragia incontrolável menor? Deficit neurológico com mais de 24 horas? Deformidade bruta? Acuidade visual reduzida recentemente? Dente agudamente avulsionado? História de inconsciência? Animal quente? Dor moderada? Não?
Edema facial? Hematoma auricular? Olhos vermelhos? Dor leve recente? Problema recente? Não?
Azul

**Definição dos discriminadores de problemas em face**

O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes com problemas em face. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, hemorragia e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Deficit neurológico com menos de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período menor que 24 horas (paralisia, paresia, perda de nocicepção, etc).
<b>Deficit neurológico com mais de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período maior que 24 horas (paralisia, paresia, perda de nocicepção, etc).
<b>Deformidade bruta</b>	Tal discriminador é subjetivo. A angulação brutal, rotação ou anormal deve estar implícita.
<b>Acuidade visual reduzida recentemente</b>	Perda da acuidade visual nas últimas 7 dias.
<b>Dente agudamente avulsionado</b>	Dente avulsionado com menos de 24 horas.
<b>História de inconsciência</b>	Histórico de inconsciência relatado pelo tutor ou outra testemunha.
<b>Edema facial</b>	Inchaço generalizado ao redor do rosto, geralmente envolvendo os lábios.
<b>Hematoma auricular</b>	Presença de hematoma no ouvido externo.
<b>Olhos vermelhos</b>	Caracterizado por qualquer grau de vermelhidão

---

do olho. Pode se indolor ou doloroso, completo ou parcial.

---

## Quedas

<b>QUEDAS</b>	
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Choque? Irresponsivo? Hipoglicemia?	Não?
Pulso anormal? Hemorragia incontrolável maior? Nível de consciência alterado? Deficit neurológico com menos de 24 horas? Mecanismo significativo da lesão? Animal muito quente? Animal frio? Dor agonizante/severa?	Não?
Hemorragia incontrolável menor? Deficit neurológico com mais de 24 horas? Deformidade bruta? Fratura aberta? História de inconsciência? Animal quente? Dor moderada?	Não?
Dor leve recente? Deformidade? Inchaço? Problema recente?	Não?
Azul	

### Definição dos discriminadores de quedas

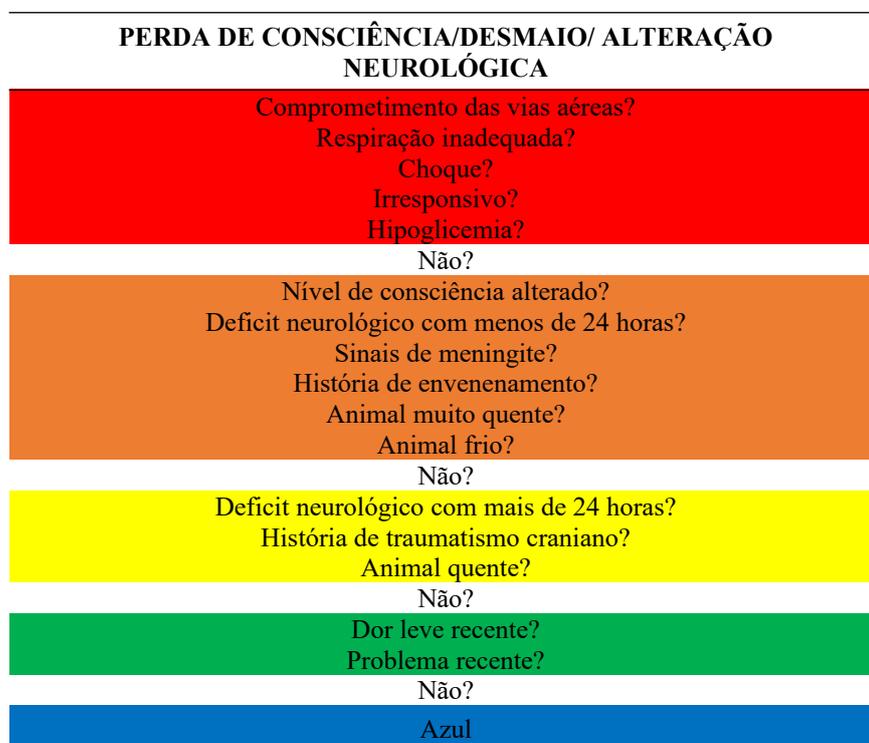
Este fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes com histórico de quedas a partir das lesões sofridas. Alguns pacientes podem ter associado uma patologia subjacente que levou a queda. Tal fluxograma permite a priorização do paciente quanto a lesão e a doenças subjacentes. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, hemorragia, nível de consciência e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

Discriminador específico	Definição
<b>Hipoglicemia</b>	Glicose inferior a 60 mg/dL.
<b>Pulso anormal</b>	Animais com bradicardia /taquicardia ou ritmo irregular. <b>Tabela em anexo.</b>
<b>Deficit neurológico com menos de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período menor que 24 horas (paralisia, paresia, perda de nocicepção, etc).
<b>Mecanismo significativo da lesão</b>	Ferimentos penetrantes e ferimentos com alta energia transferida.
<b>Deficit neurológico com mais de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um

<b>Deformidade bruta</b>	período maior que 24 horas (paralisia, paresia, perda de nocicepção, etc). Tal discriminador é subjetivo. A angulação brutal, rotação ou anormal deve estar implícita.
<b>Fratura aberta</b>	Qualquer ferida próxima a fratura deve ser considerada.
<b>Deformidade</b>	Tal discriminador é subjetivo. Angulação ou rotação é implícita.
<b>Inchaço</b>	Aumento anormal de tamanho.

---

Perda de consciência/Desmaio/ Alteração neurológica



**Definição dos discriminadores de perda de consciência/desmaio/ alteração neurológica.**

O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes que tiveram perda de consciência/desmaios/alteração neurológica. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, nível de consciência e temperatura. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

Discriminadores específicos	Definição
<b>Hipoglicemia</b>	Glicose inferior a 60 mg/dL.
<b>Deficit neurológico com menos de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período menor que 24 horas (paralisia, parestia, perda de nocicepção, etc).
<b>Sinais de meningite</b>	Alteração de posicionamento de cabeça e fotofobia.
<b>História de envenenamento</b>	Pode ser informado pelo tutor ou por outro indivíduo.
<b>Deficit neurológico com mais de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período maior que 24 horas (paralisia, parestia, perda de nocicepção, etc).
<b>História de traumatismo craniano</b>	Histórico recente de evento fisicamente traumático envolvendo a cabeça.

## Corpo estranho

<b>CORPO ESTRANHO</b>	
<p>Comprometimento das vias aéreas?  Estridor?  Respiração inadequada?  Hemorragia grave?  Choque?  Irresponsivo?  Não?</p>	
<p>Hemorragia incontrolável maior?  Nível de consciência alterado?  Lesão ocular penetrante?  Mecanismo significativo da lesão?  Dor agonizante/severa?  Não?</p>	
<p>Hemorragia incontrolável menor?  Dor moderada?  Não?</p>	
<p>Olhos vermelhos?  Infecção local?  Inflamação local?  Dor leve recente?  Problema recente?  Não?</p>	
<p>Azul</p>	

**Definição dos discriminadores de corpo estranho**

O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes com corpo estranho em diversos locais. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, hemorragia e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminador específico</b>	<b>Definição</b>
<b>Estridor</b>	Ruído inspiratório ou expiratório ou em ambos. Ele é ouvido melhor se o animal estiver de boca aberta.
<b>Lesão ocular penetrante</b>	Evento recente, fisicamente traumático que levou a perfuração ocular.
<b>Mecanismo significativo da lesão</b>	Ferimentos penetrantes e ferimentos com alta energia transferida.
<b>Olhos vermelhos</b>	Caracterizado por qualquer grau de vermelhidão do olho. Pode ser indolor ou doloroso, completo ou parcial.
<b>Infecção local</b>	A infecção local apresenta-se inicialmente como uma inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) em um local ou área e progride para uma coleção de pus e inflamação.
<b>Inflamação local</b>	É caracterizado por dor, inchaço e vermelhidão local ou de uma área específica.

## Hemorragias digestivas

**Definição dos discriminadores de hemorragias digestivas**

Este fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes que apresentem hemorragias digestivas, seja por vômito ou fezes. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

Discriminadores específicos	Definição
<b>Vômito com sangue</b>	O sangue vomitado pode ser fresco (vermelho claro ou escuro) ou com aparência de pó de café.
<b>Sangue fresco ou alterado nas fezes</b>	Em sangramentos gastrointestinais maciços o sangue encontra-se vermelho-escuro.
<b>História significativa de sangramento gastrointestinal</b>	Histórico de hemorragias digestivas maciças.
<b>História de vômito com sangue agudo</b>	Vômito com sangue (coloração de café moído ou sangue misturado no vômito) nas últimas 24 horas
<b>Diarreia preta ou groselha</b>	A medida que aumenta o tempo de trânsito no trato gastrointestinal, o sangue se torna mais escuro, se tornando melena. Fezes vermelhas (groselha) podem indicar intussuscepção.
<b>Distúrbios hemorrágicos</b>	Histórico de distúrbios hemorrágicos congênitos ou adquiridos.
<b>Vômito persistente</b>	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem pausa entre os episódios.
<b>Vômito</b>	Qualquer êmese cumpri este quesito

## Trauma Craniocefálico/Ferimentos na cabeça

<b>TRAUMA CRANIOCEFÁLICO/FERIMENTOS NA CABEÇA</b>
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Hemorragia grave? Choque? Irresponsivo? Não?
Hemorragia incontrolável maior? Nível de consciência alterado? Deficit neurológico com menos de 24 horas? Mecanismo significativo da lesão? Dor agonizante/severa? Não?
Hemorragia incontrolável menor? Deficit neurológico com mais de 24 horas? Vômito persistente? História de inconsciência? Distúrbios hemorrágicos? Dor moderada? Não?
Hematoma craniano? Vômito? Dor leve recente? Problema recente? Não?
Azul

**Definição dos discriminadores de trauma craniocefálico e ferimentos na cabeça**

Lesões na cabeça e traumatismo craniocefálico são comuns na rotina da medicina veterinária e podem variar desde hemorragias extradurais e lesões mínimas na cabeça. O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes que apresentam esta queixa principal. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, hemorragia, nível de consciência e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Deficit neurológico com menos de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período menor que 24 horas (paralisia, parestia, perda de nocicepção, etc).
<b>Mecanismo significativo da lesão</b>	Ferimentos penetrantes e ferimentos com alta energia transferida.
<b>Deficit neurológico com mais de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período maior que 24 horas (paralisia, parestia, perda de nocicepção, etc).
<b>Vômito persistente</b>	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem pausa entre os episódios.
<b>História de inconsciência</b>	Histórico de inconsciência relatado pelo tutor ou outra testemunha.
<b>Distúrbios hemorrágicos</b>	Histórico de distúrbios hemorrágicos congênitos ou adquiridos.
<b>Hematoma craniano</b>	Área lesada inchada e com hematoma.
<b>Vômito</b>	Qualquer ênese cumpri este quesito.

## Problema em extremidades

<b>PROBLEMA EM EXTREMIDADES</b>
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Hemorragia grave? Choque? Não?
Hemorragia incontrolável maior? Comprometimento vascular? Deficit neurológico com menos de 24 horas? Pele crítica? Dor agonizante/severa? Não?
Hemorragia incontrolável menor? Deficit neurológico com mais de 24 horas? Deformidade bruta? Fratura aberta? Distúrbio hemorrágico? Dor moderada? Não?
Deformidade? Inchaço? Dor leve recente? Problema recente? Não?
Azul

**Definição dos discriminadores de problema em extremidades**

Este discriminador foi desenvolvido para categorizar pacientes com problema na extremidade. Apesar de raramente ser uma ameaça a vida pode-se considerar a morbidade. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, hemorragia e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Comprometimento vascular</b>	Inclui uma combinação de palidez, frieza, dor, pulso ausente distal a lesão.
<b>Deficit neurológico com menos de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período menor que 24 horas (paralisia, paresia, perda de nocicepção, etc).
<b>Pele crítica</b>	Fratura ou luxação podem favorecer a compressão da pele que a ameaça e a inviabiliza. A pele fica branca e sob tensão.
<b>Deficit neurológico com mais de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período maior que 24 horas (paralisia, paresia, perda de nocicepção, etc).
<b>Deformidade bruta</b>	Tal discriminador é subjetivo. A angulação brutal, rotação ou anormal deve estar implícita.
<b>Fratura aberta</b>	Qualquer ferida próxima a fratura deve ser considerada.
<b>Distúrbio hemorrágico</b>	Histórico de distúrbios hemorrágicos congênicos ou adquiridos.
<b>Deformidade</b>	Tal discriminador é subjetivo. Angulação ou rotação é implícita.
<b>Inchaço</b>	Aumento anormal de tamanho.

## Claudicação

<b>CLAUDICAÇÃO</b>
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Choque? Não?
Comprometimento vascular? Animal muito quente? Dor agonizante/severa? Não?
Articulação quente? Dor ao movimentar a articulação? Distúrbio hemorrágico? Animal quente? Dor moderada? Não?
Deformidade? Inchaço? Inflamação local? Dor leve recente? Problema recente? Não?
Azul

**Definição dos discriminadores de claudicação**

O fluxograma foi desenvolvido para caracterizar pacientes com claudicação. O fluxograma categoriza tanto pequenas contusões como quadros de artrite séptica. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, temperatura e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Comprometimento vascular</b>	Inclui uma combinação de palidez, frieza, dor, pulso ausente distal a lesão.
<b>Articulação quente</b>	Qualquer calor em torno de uma articulação já é característico. Pode estar ou não associado a vermelhidão.
<b>Dor ao movimentar a articulação</b>	Está relacionado a dor tanto no movimento passivo (movimentado pelo examinador) ou ativo (movimentado pelo próprio paciente).
<b>Distúrbio hemorrágico</b>	Histórico de distúrbios hemorrágicos congênitos ou adquiridos.
<b>Deformidade</b>	Tal discriminador é subjetivo. Angulação ou rotação é implícita.
<b>Inchaço</b>	Aumento anormal de tamanho.
<b>Inflamação local</b>	É caracterizado por dor, inchaço e vermelhidão local ou de uma área específica.

## Trauma importante

<b>TRAUMA IMPORTANTE</b>
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Hemorragia grave? Choque? Irresponsivo? Não?
Hemorragia incontrolável maior? Nível de consciência alterado? Deficit neurológico com menos de 24 horas? Mecanismo significativo da lesão? Dor agonizante/severa? Não?
Hemorragia incontrolável menor? História de inconsciência? Dor moderada? Não?
Use outro fluxograma

**Definição dos discriminadores de trauma importante**

Quando não se sabe ao certo qual foi o mecanismo da lesão ou a gravidade do quadro do paciente, utiliza-se este fluxograma para a categorização previa. Caso for concluído que o paciente não sofreu traumatismo importante, passa-se para outro fluxograma para categorizar o paciente adequadamente. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, hemorragia, nível de consciência e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Deficit neurológico com menos de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período menor que 24 horas (paralisia, parestia, perda de nocicepção, etc).
<b>Mecanismo significativo da lesão</b>	Ferimentos penetrantes e ferimentos com alta energia transferida.
<b>História de inconsciência</b>	Histórico de inconsciência relatado pelo tutor ou outra testemunha.

Dor cervical

<b>DOR CERVICAL</b>
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Choque? Não?
Deficit neurológico com menos de 24 horas? Sinais de meningite? Animal muito quente? Dor agonizante/severa? Não?
Deficit neurológico com mais de 24 horas? Trauma direto no pescoço? Animal quente? Dor moderada? Não?
Dor leve recente? Problema recente? Não?
Azul

#### Definição dos discriminadores de dor cervical

A dor cervical pode ser proveniente de uma enfermidade local ou irritação das meninges. O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes com tais sintomas. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, temperatura e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Deficit neurológico com menos de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período menor que 24 horas (paralisia, paresia, perda de nocicepção, etc).
<b>Sinais de meningite</b>	Alteração de posicionamento de cabeça e fotofobia.
<b>Deficit neurológico com mais de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período maior que 24 horas (paralisia, paresia, perda de nocicepção, etc).
<b>Trauma direto no pescoço</b>	Pode variar de traumas vindos de cima, de baixo ou de lado no pescoço levando ao dobramento do pescoço em qualquer sentido.

## Envenenamento

ENVENENAMENTO	
<p>Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Choque? Irresponsivo? Hipoglicemia? Não?</p>	
<p>Po2 muito baixo (cianose intensa)? Pulso anormal? Nível de consciência alterado? Alta letalidade? Não?</p>	
<p>Po2 baixa (cianose discreta)? Letalidade moderada? História de inconsciência? Não?</p>	
Verde	

**Definição dos discriminadores de envenenamento**

O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes envenenados. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida e nível de consciência. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

Discriminadores específicos	Definição
<b>Hipoglicemia</b>	Glicose inferior a 60 mg/dL
<b>Po2 muito baixo (cianose intensa)</b>	Animal com mucosas extremamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 92%.
<b>Pulso anormal</b>	Animais com bradicardia /taquicardia ou ritmo irregular. <b>Tabela em anexo.</b>
<b>Alta letalidade</b>	A letalidade é o potencial que o envenenamento tem de causar dano. Consultas rápidas podem ser necessárias. Porém em caso de dúvida, classifique o paciente na categoria mais alta.
<b>Po2 baixa (cianose discreta)</b>	Animal com mucosas discretamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 95%.
<b>Letalidade moderada</b>	A letalidade é o potencial que o envenenamento tem de causar dano. Consultas rápidas podem ser necessárias. Porém em caso de dúvida, classifique o paciente na categoria mais alta.
<b>História de inconsciência</b>	Histórico de inconsciência relatado pelo tutor ou outra testemunha.

## Gestação

<b>GESTAÇÃO</b>	
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Hemorragia grave? Choque? Irresponsivo? Prolapso uterino? Apresentação de partes fetais?	Não?
Sangramento vaginal grande? Nível de consciência alterado? Em trabalho de parto? Animal muito quente? Dor agonizante/severa?	Não?
Sangramento ou secreções vaginais? História de trauma? Animal quente? Dor moderada?	Não?
Dor leve recente?	Não?
Azul	

**Definição dos discriminadores de gestação**

O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes em fases da gestação ou em trabalho de parto. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, nível de consciência e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminador específico</b>	<b>Definição</b>
<b>Prolapso uterino</b>	Quando parte do útero é prolapsado externamente.
<b>Apresentação de partes fetais</b>	Coroação ou apresentação de qualquer parte do feto pela vagina. Pode ser um indicativo de distocia.
<b>Sangramento vaginal grande</b>	É subjetivo. A presença de coágulos e fluxo intenso de sangue pode categorizar o quadro.
<b>Em trabalho de parto</b>	Animal com contrações abdominais intensas podem sugerir que animal está em trabalho de parto. Nascimento de outros filhotes anteriormente também categoriza o paciente.
<b>Sangramento ou secreções vaginais</b>	Qualquer sangramento ou secreções vaginais.
<b>História de trauma</b>	Evento fisicamente traumático recente.

Sangramentos ou Secreções Genitais/ Suspeita de hemorragia

<b>SANGRAMENTOS OU SECREÇÕES GENITAIS/SUSPEITA HEMORRAGIA</b>	
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Hemorragia grave? Choque? Irresponsivo? Não?	
Sangramento vaginal grande? Nível de consciência alterado? Animal muito quente? Dor agonizante/severa? Não?	
Trauma vaginal? Possibilidade de gestação? Dor abdominal? Secreção purulenta/piossanguinolenta/sanguinolenta vaginal? Dor moderada? Não?	
Dor leve recente? Problema recente? Não?	
Azul	

#### **Definição dos discriminadores de sangramentos ou secreções genitais / suspeita de hemorragia**

Sangramentos ou secreções vaginais podem estar relacionadas tanto a gestação como a patologias do sistema reprodutivo. O fluxograma em questão foi desenvolvido para categorizar pacientes com tais sinais. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, hemorragia e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Sangramento vaginal grande</b>	É subjetivo. A presença de coágulos e fluxo intenso de sangue pode categorizar o quadro.
<b>Trauma vaginal</b>	Qualquer histórico de trauma direto vaginal preenche este critério
<b>Possibilidade de gestação</b>	Prenhez não programada.
<b>Dor abdominal</b>	Desconforto a palpação abdominal ou abdômen rígido.
<b>Secreção purulenta/piossanguinolenta/sanguinolenta vaginal</b>	Secreção purulentas, piossanguinolentas e sanguinolentas podem sugerir patologias uterinas.

## Erupções cutâneas e dermatites

<b>ERUPÇÕES CUTÂNEAS E DERMATITES</b>	
<p>Comprometimento das vias aéreas?  Respiração inadequada?  Choque?  Estridor?  Irresponsivo?  Não?</p>	
<p>Edema de língua?  Edema facial?  Nível de consciência alterado?  História significativa de alergia?  Animal muito quente?  Dor agonizante/severa e plurido?  Não?</p>	
<p>Descarga generalizada e formação de bolhas?  Animal quente?  Dor moderada ou prurido?  Não?</p>	
<p>Dor leve recente ou prurido?  Problema recente?  Não?</p>	
Azul	

**Definição dos discriminadores de erupções cutâneas e dermatites**

O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes com dermatites ou erupções cutâneas. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida e temperatura. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminador específico</b>	<b>Definição</b>
<b>Estridor</b>	Ruído inspiratório ou expiratório ou em ambos. Ele é ouvido melhor se o animal estiver de boca aberta.
<b>Edema de língua</b> <b>Edema facial</b>	Inchaço da língua em qualquer grau. Inchaço generalizado ao redor do rosto, geralmente envolvendo os lábios.
<b>História significativa de alergia</b>	Uma sensibilidade conhecida que levou a uma reação severa.
<b>Descarga generalizada e formação de bolhas</b>	Qualquer bolha ou erupção que cubra mais de 10% da superfície corporal. Dor, inchaço e vermelhidão local.

## Dispneia e/ou tosse

<b>DISPNEIA E/OU TOSSE</b>	
<p>Comprometimento das vias aéreas?  Respiração inadequada?  Estridor?  Sialorreia intensa?  Choque?  Irresponsivo?  Não?</p>	
<p>Po2 muito baixa (cianose intensa)?  Esforço respiratório?  Fadiga respiratória?  Pulso anormal?  Responde a estímulos dolorosos e sonoros?  Início agudo após lesão?  História respiratória significativa?  Não?</p>	
<p>Po2 baixo (cianose discreta)?  Animal quente?  Não?</p>	
<p>Tosse produtiva?  Lesão em tórax?  Problema recente?  Não?</p>	
Azul	

**Definição dos discriminadores de dispneia e/ou tosse**

O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes com dispneia por diversas patologias. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida e saturação de oxigênio. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Estridor</b>	Ruído inspiratório ou expiratório ou em ambos. Ele é ouvido melhor se o animal estiver de boca aberta.
<b>Sialorreia intensa</b>	Incapacidade de engolir a saliva
<b>Po2 muito baixa (cianose intensa)</b>	Animal com mucosas extremamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 92%.
<b>Esforço respiratório</b>	Observa-se aumento da taxa respiratória e expansão torácica dificultosa.
<b>Fadiga respiratória</b>	Apesar da insuficiência respiratória paciente reduzem o esforço para respirar.
<b>Pulso anormal</b>	Animais com bradicardia /taquicardia ou ritmo irregular. <b>Tabela em anexo.</b>
<b>Responde a estímulos dolorosos e sonoros</b>	Respondem ao serem estimulados por dor ou a barulhos.
<b>Início agudo após lesão</b>	Início dos sintomas em menos de 24 horas pós um evento traumático.
<b>História respiratória significativa</b>	Historias anteriores de problemas respiratórios graves.
<b>Po2 baixo (cianose discreta)</b>	Animal com mucosas discretamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 95%.
<b>Tosse produtiva</b>	Tosse produtiva com conteúdo de qualquer cor.
<b>Lesão em tórax</b>	Lesões de qualquer gravidade.

## Dor torácica

<b>DOR TORÁCICA</b>	
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Estridor? Sialorreia intensa? Choque? Irresponsivo? Não?	
Po2 muito baixa (cianose intensa)? Esforço respiratório? Fadiga respiratória? Pulso anormal? Responde a estímulos dolorosos e sonoros? Início agudo após lesão? História respiratória significativa? Dor agonizante/severa? Não?	
Po2 baixo (cianose discreta)? Animal quente? Dor moderada? Não?	
Lesão em tórax? Problema recente? Dor leve recente? Não?	
Azul	

**Definição dos discriminadores de dor torácica**

O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes com dor torácica por diversas patologias. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, dor e saturação de oxigênio. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

Discriminadores específicos	Definição
<b>Estridor</b>	Ruído inspiratório ou expiratório ou em ambos. Ele é ouvido melhor se o animal estiver de boca aberta.
<b>Sialorreia intensa</b>	Incapacidade de engolir a saliva
<b>Po2 muito baixa (cianose intensa)</b>	Animal com mucosas extremamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 92%.
<b>Esforço respiratório</b>	Observa-se aumento da taxa respiratória e expansão torácica dificultosa.
<b>Fadiga respiratória</b>	Apesar da insuficiência respiratória paciente reduzem o esforço para respirar.
<b>Pulso anormal</b>	Animais com bradicardia /taquicardia ou ritmo irregular. <b>Tabela em anexo.</b>
<b>Responde a estímulos dolorosos e sonoros</b>	Respondem ao serem estimulados por dor ou a barulhos.
<b>Início agudo após lesão</b>	Início dos sintomas em menos de 24 horas pós um evento traumático.
<b>História respiratória significativa</b>	Historias anteriores de problemas respiratórios graves.
<b>Po2 baixo (cianose discreta)</b>	Animal com mucosas discretamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 95%.
<b>Lesão em tórax</b>	Lesões de qualquer gravidade.

## Dor testicular

<b>DOR TESTICULAR</b>	
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Choque? Não?	
Gangrena escrotal? Animal muito quente? Dor agonizante/severa? Não?	
Inflamação escrotal? Vômito persistente? Animal quente? Dor moderada? Não?	
Trauma escrotal? Vômito? Dor leve recente? Problema recente? Não?	
Azul	

**Definição dos discriminadores de dor testicular**

Existem diversas patologias testiculares, porém a mais urgente é a torção testicular. O fluxograma em questão tem como o objetivo categorizar pacientes com dor testicular. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, temperatura e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminador específico</b>	<b>Definição</b>
<b>Gangrena escrotal</b>	Pele morta, enegrecida ao redor do escroto ou região inguinal.
<b>Inflamação escrotal</b>	Vermelhidão ou inchaço na região escrotal.
<b>Vômito persistente</b>	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem pausa entre os episódios.
<b>Trauma escrotal</b>	Qualquer evento traumático recente envolvendo o escroto.
<b>Vômito</b>	Qualquer êmese cumpri este quesito.

## Trauma toracoabdominal

<b>TRAUMA TORACOABDOMINAL</b>	
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Hemorragia grave? Choque? Irresponsivo? Não?	
Hemorragia incontrolável maior? Nível de consciência alterado? Externalização de órgãos? Mecanismo significativo da lesão? Dor agonizante/severa? Não?	
Hemorragia incontrolável menor? Dor moderada? Não?	
Infecção local? Inflamação local? Dor leve recente? Problema recente? Não?	
Azul	

**Definição dos discriminadores de trauma toracoabdominal**

O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes que sofreram injurias em tórax a abdômen. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, hemorragia e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Externalização de órgãos</b> <b>Mecanismo significativo da lesão</b>	Evisceração ou eventração dos órgãos internos. Ferimentos penetrantes com alta energia transferida.
<b>Infecção local</b>	A infecção local apresenta-se inicialmente como uma inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) em um local ou área e progride para uma coleção de pus e inflamação.
<b>Inflamação local</b>	É caracterizado por dor, inchaço e vermelhidão local ou de uma área específica.

## Problemas urinários

PROBLEMAS URINÁRIOS	
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Hemorragia grave? Choque? Não?	
Priapismo? Retenção urinária? Dor agonizante/severa? Animal muito quente? Não?	
Hematúria intensa? Vômito persistente? Animal quente? Dor moderada? Não?	
Vômito? Disúria? Dor leve recente? Problema recente? Não?	
Azul	

**Definição dos discriminadores de problemas urinários**

Tal fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes com problemas urinários, dor ou problemas subjacentes. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, temperatura e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

Discriminadores específicos	Definição
<b>Priapismo</b>	Ereção peniana sustentada.
<b>Retenção urinária</b>	Incapacidade de urinar pela uretra, levando a um aumento de volume da bexiga.
<b>Hematúria intensa</b>	Coloração avermelhada na urina, caracterizando sangue.
<b>Vômito persistente</b>	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem pausa entre os episódios.
<b>Vômito</b>	Qualquer êmese cumpri este quesito.
<b>Disúria</b>	Dor ou dificuldade de urinar.

## Tutores preocupados

<b>TUTORES PREOCUPADOS</b>	
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Choque? Irresponsivo?	Não?
Po2 muito baixa (cianose intensa)? Responde a estímulos sonoros e dolorosos? Retenção urinaria? História de envenenamento? Animal muito quente? Dor agonizante/severa?	Não?
Po2 baixa (cianose discreta)? Sinais de desidratação? Anorexia? Animal quente? Dor moderada?	Não?
Dor leve recente? Problema recente?	Não?
Azul	

**Definição dos discriminadores de tutores preocupados**

Tal fluxograma foi desenvolvido para priorizar pacientes cujo tutor notou alterações de comportamento, porém não sabe distinguir o que está realmente acontecendo. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, temperatura e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Po2 muito baixa (cianose intensa)</b>	Animal com mucosas extremamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 92%.
<b>Responde a estímulos sonoros e dolorosos</b>	Respondem ao serem estimulados por dor ou a barulhos.
<b>Retenção urinaria</b>	Incapacidade de urinar pela uretra, levando a um aumento de volume da bexiga.
<b>História de envenenamento</b>	Esta informação pode vir do tutor ou pode ser deduzida.
<b>Po2 baixa (cianose discreta)</b>	Animal com mucosas discretamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 95%.
<b>Sinais de desidratação</b>	Inclui mucosas secas, olhos fundos, aumento do turgor cutâneo.
<b>Anorexia</b>	Animal que não está se alimentando ou ingerindo líquidos.

## Feridas e/ou nódulos

<b>FERIDAS E/OU NÓDULOS</b>
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Hemorragia grave? Choque? Não?
Hemorragia incontrolável maior? Deficit neurológico com menos de 24 horas? Comprometimento vascular? Animal muito quente? Dor agonizante/severa? Não?
Hemorragia incontrolável menor? Deficit neurológico com mais de 24 horas? Trauma vaginal? Animal quente? Dor moderada? Não?
Infecção local? Inflamação local? Dor leve recente? Problema recente? Não?
Azul

**Definição dos discriminadores de feridas e/ou nódulos**

O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes com feridas de diferentes categorias. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, hemorragia e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminador específico</b>	<b>Definição</b>
<b>Deficit neurológico com menos de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período menor que 24 horas (paralisia, parestia, perda de nocicepção, etc).
<b>Comprometimento vascular</b>	Inclui uma combinação de palidez, frieza, dor, pulso ausente distal a lesão.
<b>Deficit neurológico com mais de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período maior que 24 horas (paralisia, parestia, perda de nocicepção, etc).
<b>Trauma vaginal</b>	Qualquer histórico de trauma direto vaginal preenche este critério
<b>Infecção local</b>	A infecção local apresenta-se inicialmente como uma inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) em um local ou área e progride para uma coleção de pus e inflamação.
<b>Inflamação local</b>	É caracterizado por dor, inchaço e vermelhidão local ou de uma área específica.

## Distensão abdominal

<b>DISTENSÃO ABDOMINAL</b>
Distensão abdominal aguda? Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Choque? Irresponsivo? Não?
Mecanismo significativo da lesão? História significativa de distensão abdominal? Nível de consciência alterado? Dor agonizante/severa? Não?
Sinais de desidratação? Secreção purulenta/piossanguinolenta/sanguinolenta vaginal? Dor abdominal? Vômito persistente? Dor moderada? Não?
Vômito? Dor leve recente? Não?
Azul

**Definição dos discriminadores de distensão abdominal**

O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes que apresentam distensão abdominal. A dilatação e torção vólculo gástrica é uma das patologias mais emergências na rotina do médico veterinário e o atendimento imediato é essencial para um bom prognóstico. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Distensão abdominal aguda</b>	Aumento súbito do volume abdominal
<b>Mecanismo significativo da lesão</b>	Ferimentos penetrantes com alta energia transferida.
<b>História significativa de distensão abdominal</b>	Histórico anterior de dilatação gástrica/torção vólculo gástrica ou tumores intra-abdominais.
<b>Sinais de desidratação</b>	Inclui mucosas secas, olhos fundos, aumento do turgor cutâneo.
<b>Secreção purulenta/piossanguinolenta/sanguinolenta vaginal</b>	Secreção purulentas, piosanguinolentas e sanguinolentas podem sugerir patologias uterinas.
<b>Dor abdominal</b>	Desconforto a palpação abdominal ou abdômen rígido.
<b>Vômito persistente</b>	Vômitos contínuos ou que ocorrem sem pausa entre os episódios.
<b>Vômito</b>	Qualquer ênese cumpri este quesito.

## Convulsão

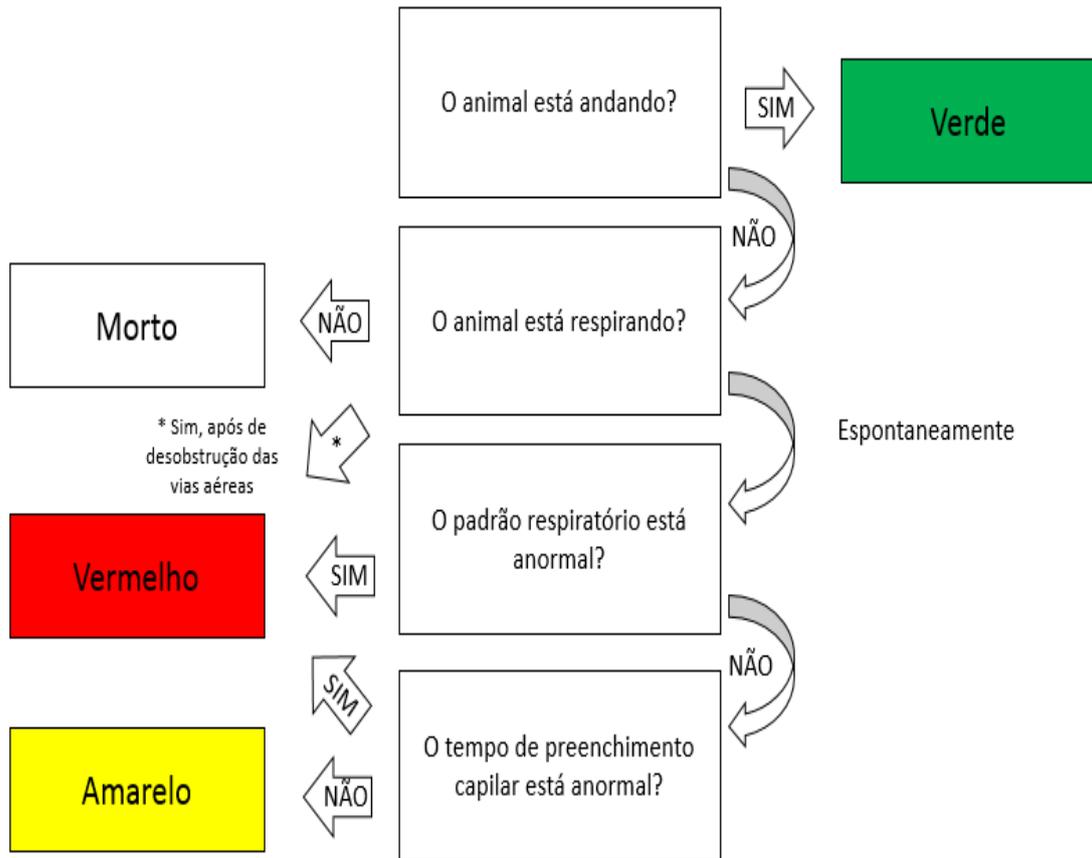
<b>CONVULSÃO</b>	
Comprometimento das vias aéreas? Respiração inadequada? Animal chegou convulsionado? Choque? Irresponsivo? Hipoglicemia?	Não?
Nível de consciência alterado? Deficit neurológico com menos de 24 horas? Sinais de meningite? História de envenenamento? Animal muito quente? Animal frio?	Não?
Deficit neurológico com mais de 24 horas? História de traumatismo craniano? Animal quente?	Não?
Dor leve recente? Problema recente?	Não?
Azul	

**Definição dos discriminadores de convulsão**

O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes que tiveram ou estão tendo convulsão. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, nível de consciência e temperatura. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Definição</b>
<b>Animal chegou convulsionado</b>	Animal que deu entrada no hospital convulsionado.
<b>Hipoglicemia</b>	Glicose inferior a 60 mg/dL.
<b>Deficit neurológico com menos de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período menor que 24 horas (paralisia, paresia, perda de nocicepção, etc).
<b>Sinais de meningite</b>	Alteração de posicionamento de cabeça e fotofobia.
<b>História de envenenamento</b>	Pode ser informado pelo tutor ou por outro indivíduo.
<b>Deficit neurológico com mais de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período maior que 24 horas (paralisia, paresia, perda de nocicepção, etc).
<b>História de traumatismo craniano</b>	Histórico recente de evento fisicamente traumático envolvendo a cabeça.

Situação de múltiplas vítimas



## FLUXOGRAMA RESERVA



### Definição dos discriminadores reservas

O fluxograma foi desenvolvido para categorizar pacientes que não se enquadram nos demais fluxogramas. Os discriminadores gerais estão relacionados a ameaça a vida, hemorragia e dor. Os discriminadores específicos foram incluídos para priorizar os casos mais urgentes.

Discriminador específico	Definição
<b>Deficit neurológico com menos de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período menor que 24 horas (paralisia, parestia, perda de nocicepção, etc).
<b>Po2 muito baixa (cianose intensa)</b>	Animal com mucosas extremamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 92%.
<b>Pulso anormal</b>	Animais com bradicardia /taquicardia ou ritmo irregular. <b>Tabela em anexo.</b>
<b>Deficit neurológico com mais de 24 horas</b>	Qualquer perda da função neurológica em um período maior que 24 horas (paralisia, parestia, perda de nocicepção, etc).
<b>Po2 baixa (cianose discreta)</b>	Animal com mucosas discretamente arroxeadas. Caso seja possível aferir com oxímetro, a saturação estará abaixo de 95%.
<b>Sinais de desidratação</b>	Inclui mucosas secas, olhos fundos, aumento do turgor cutâneo
<b>Infecção local</b>	A infecção local apresenta-se inicialmente como uma inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) em um local ou área e progride para uma coleção de pus e inflamação.

---

**Inflamação local**

É caracterizado por dor, inchaço e vermelhidão local ou de uma área específica.

---



## ANEXO 2

Tabela de parâmetros de cão e gato

Parâmetro	Cão	Gato
<b>Frequência respiratória</b>	<b>Normal:</b> 10 a 30 rpm <b>Taquipneia:</b> > 30 rpm <b>Bradipneia:</b> < 10 rpm	<b>Normal:</b> 20 a 42 rpm <b>Taquipneia:</b> > 42 rpm <b>Bradipneia:</b> < 24 rpm
<b>Frequência cardíaca</b>	<b>Normal:</b> Neonatos/Filhotes: 70 – 220 bpm Pequeno porte: 70 – 180 bpm Médio porte: 70 – 160 bpm Grande porte: 60 - 140 bpm <b>Taquicardia:</b> > 180 – 200 bpm <b>Bradycardia:</b> < 60 bpm	<b>Normal:</b> 140 – 220 bpm <b>Taquicardia:</b> >240 bpm (raro) <b>Bradycardia:</b> < 80 – 100 bpm
<b>Temperatura retal</b>	<b>Normal:</b> Neonatos/Filhotes: 36- 38,5°C Adulto: 37,5 – 39,3°C <b>Hipertermia:</b> Muito quente: > 40 °C Quente: > 39,5 - 40°C <b>Hipotermia:</b> < 35 °C	<b>Normal</b> Neonatos/Filhotes: 36- 38,5°C Adulto: 38,5 – 39,5°C <b>Hipertermia:</b> Muito quente: > 40°C Quente: > 39,5 - 40 °C <b>Hipotermia:</b> < 35 °C
<b>Glicose</b>	<b>Normal:</b> 80 – 150 mg/dL <b>Hiperglicemia:</b> > 200 mg/dL <b>Hipoglicemia:</b> < 80 mg/dL	<b>Normal:</b> 80 – 150 mg/dL <b>Hiperglicemia:</b> > 250-300 mg/dL <b>Hipoglicemia:</b> < 80 mg/dL
<b>Oximetria de pulso</b>	<b>Normal:</b> 98 – 100% <b>Oximetria muito baixa:</b> < 92% <b>Oximetria baixa:</b> 92 - 95%	<b>Normal:</b> 98 – 100% <b>Oximetria muito baixa:</b> < 92% <b>Oximetria baixa:</b> 92 - 95%
<b>Pressão Arterial</b>	<b>PAS normal:</b> 110 – 120 mmHG <b>PAS baixa:</b> < 100 mmHG <b>PAS moderadamente alta:</b> 120- 170mmHG <b>PAS muito alta:</b> 170 – 200mmHG	<b>PAS normal:</b> 100 – 120 mmHG <b>PAS baixa:</b> < 90 – 100 mmHG <b>PAS moderadamente alta:</b> 120- 170mmHG <b>PAS muito alta:</b> 170 – 200mmHG

Adaptado de : Macintere et al. (2005); Tilley e Goodwin (2002); Todorava et al.(2005); Behrend et al.(2018).

**Obs:** Para a avaliação clínica geral do paciente, recomenda-se associar os parâmetros vitais juntamente com a apresentação clínica do paciente, visto que os sinais vitais podem estar alterados devido ao estresse do paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEHREND, E.; HOLFORD, A.; LATHAN, P.; et al. Diabetes Management Guidelines for Dogs and Cats\*. *J Am Anim Hosp Assoc.* v. 54, p.1-21, 2018. . DOI 10.5326/JAAHA-MS-6822

MACKAWA, Y.J.K.; MARSDEN, J.; WINDLE, L. Emergency Triage: Manchester Triage Group. ed.3, *paperback*, 2006. Disponível em: <http://healthindisasters.com/images/Books/Emergency-Triage--Manchester-Triage-Group-Third-Edition.pdf>. Acesso em: 06/04/2019.

TILLEY, L.P.; GOODWIN, J.K. Manual of canine and feline cardiology. 3.ed. Philadelphia: *W.B. Saunders*, p.337-344, 2002.

TODOROVA, I.; SIMEONOVA, G.; KYUCHUKOVA, D. et al. Reference values of oxidative stress parameters (MDA, SOD, CAT) in dogs and cats. *Comp Clin Path.* v.13, p.190-194, 2005. DOI 10.1007/s00580-005-0547-5

REID, J.; SCOTT, E.M.; CALVO, G. et al. Definitive Glasgow acute pain scale for cats: validation and intervention level. *Veterinary Record.* p.1-4, 2017.

REID, J.; NOLAN, A.M.; HUGHES, J.M.L. et al. Development of the short-form Glasgow Composite Measure Pain Scale (CMPS-SF) and derivation of an analgesic intervention score. *Animal Welfare.* v.16, p.97-104, 2007.