

Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro

Triagem na Clínica de Animais de Companhia

Trabalho de Projeto

Ana Rita Ribeiro Benídio

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Antunes Viegas



Vila Real, 2020

Agradecimentos

A realização do presente Trabalho de Projeto, bem como de todo o percurso que culminou no mesmo, apenas foi possível devido ao contributo imprescindível de várias pessoas, às quais não poderia deixar de dedicar o meu agradecimento.

Ao Prof. Dr. Carlos Viegas, primeiramente por ter aceite orientar o meu trabalho, por toda a disponibilidade, todo o auxílio e apoio, mas, principalmente, por acreditar no meu Projeto desde o primeiro instante e, para além disso, pelo constante incentivo demonstrado, que teve o maior contributo para a minha construção pessoal e pela manutenção da minha persistência e resiliência face a todas as adversidades e obstáculos que o desenvolvimento do meu trabalho acarretou.

Ao Dr. Nuno Paixão, por me ter despoletado o interesse pela Medicina Veterinária de Emergência, por me ter aceite como estagiária no Hospital Veterinário Central, onde fui muito bem recebida e onde me foram transmitidos conhecimentos e me foram possibilitadas experiências fulcrais para a vida profissional, e, acima de tudo, por me ter desafiado e impulsionado a desenvolver este Projeto por inteiro ao invés de não dar vida a todas as minhas ideias.

À equipa do Hospital Veterinário Central, por me ter recebido como se sempre tivesse feito parte da equipa, por todos os ensinamentos, tanto a nível profissional, como a nível pessoal, por todo o carinho e por me ter proporcionado amizades transatlânticas que, sem este estágio, nunca teria tido a oportunidade de estabelecer e manter.

Aos meus pais, por toda a dedicação, carinho e paciência, por acreditarem sempre em mim ao longo de todo o percurso, principalmente no decorrer deste trabalho, por estarem ao meu lado em todas as escorregadelas, lutas, vitórias, derrotas e virtudes, fazendo com que desistir nunca fosse opção. Obrigada por toda a disponibilidade, de todo e qualquer cariz, que me proporcionaram em cada passo que dei, em prol de um caminho de vida com o qual espero orgulhá-los sempre. Por todo o amor, o meu maior agradecimento.

Ao meu irmão, por toda a ternura, toda a paciência que me dedicou em todos os bons e maus momentos, por me ensinar a ser responsável por alguém e por me demonstrar que, apesar

de qualquer conflito ou divergência, não existe laço mais seguro e amor mais resiliente que o amor entre irmãos.

Aos meus avós, aos quais dedico este trabalho, que, desde que nasci, sempre sonharam com a conclusão da minha vida acadêmica. Embora, com grande tristeza, nem todos possam vivenciar esta minha conquista em presença, sei que, no Céu ou na Terra, chegou o momento de lhes proporcionar a felicidade e orgulho com que sempre esperaram. Por todo o bem-querer e orgulho que sempre demonstraram pela pessoa que sou e pelo caminho que percorro, por todo o contributo que tiveram em todas as fases da minha vida, o meu mais profundo agradecimento e saudade.

Ao João, o meu namorado, por me ensinar que o amor incondicional por outra pessoa é real, por me acompanhar ao longo de todo o percurso, lado a lado, por me dar força como ninguém e acreditar, acima de tudo, na minha capacidade de superar qualquer obstáculo e de levar avante qualquer desafio a que me proponho. Por ser a minha pessoa, o melhor companheiro, o melhor amigo que a vida me poderia dar, obrigada do fundo do coração.

Aos amigos que a UTAD me deu, por cada momento, cada festa, cada palavra, cada hora passada a estudar, cada vivência partilhada, pelo crescimento pessoal que fizemos juntos. Parabéns a nós pelo caminho que percorremos juntos, por todos as adversidades que ultrapassamos em conjunto e pelos profissionais que seremos a partir deste momento, cada um de nós construiu um pedaço da pessoa que o outro será de hoje em diante.

Aos meus amigos, que me ensinaram o que a verdadeira amizade significa, que em todos os momentos estiveram a meu lado e que, mais uma vez, estão presentes a celebrar esta conquista da minha vida, de mão dada, a olhar para um futuro que, certamente, nos contemplará com um sorriso.

A todos, muito obrigada.

*“Innovation is seeing what everybody has seen
and thinking what nobody has thought.”*

Dr. Albert Szent-Györgyi

Resumo

A triagem é definida como a avaliação e alocação de tratamento a pacientes segundo um sistema de prioridades projetado para maximizar o número de sobreviventes, sendo os seus principais objetivos a avaliação dos pacientes que necessitam de cuidados imediatos e a priorização de atendimento dos restantes doentes. Por conseguinte, um sistema de triagem ideal deverá ser de fácil e rápida implementação, reproduzível e dinâmico, de forma a possibilitar a sua evolução temporal e concetual.

Os sistemas de triagem utilizados na Medicina Humana, tal como a Escala de Acuidade de Triagem Canadiana são utilizados para diferenciar os pacientes de acordo com a urgência em receber tratamento médico através da atribuição de uma medida quantitativa e objetiva a cada paciente.

No entanto, apesar do sucesso dos sistemas de triagem em Medicina Humana, a informação encontrada na literatura acerca da implementação de sistemas de triagem em Medicina Veterinária, ou até acerca da existência de sistemas de triagem validados nesta área científica, é muito escassa, podendo afirmar-se que a abordagem utilizada na triagem neste domínio é empírica e intuitiva, o que leva a que, na ausência de sistematização, não seja possível assegurar a excelência na prestação de cuidados de emergência veterinária.

Perante esta perceção do panorama na Medicina Veterinária de Emergência, ao longo deste Trabalho de Projeto é desenvolvido um Sistema Integrado de Triagem de Animais de Companhia, constituído por um processo de Triagem Telefónica sustentado numa aplicação informática, desenvolvida com o fim de produzir um recurso valioso para a profissão, e por um processo de Triagem Física, com vista a regulamentar e uniformizar esta prática do quotidiano de qualquer Centro de Atendimento Médico-Veterinário.

No que toca à Triagem Telefónica, a proposta de modelo foi desenvolvida tendo em conta a carência de formação de alguns membros das equipas destes estabelecimentos que desempenham funções de Responsáveis pelo Atendimento ao Cliente. Perante isto, assumindo a padronização como a máxima deste trabalho, foram formulados mecanismos com os objetivos de minimizar a subjetividade associada à Triagem Telefónica, um dos maiores obstáculos deste domínio, bem como o de limitar o período de tempo necessário para a sua execução,

nomeadamente através do desenvolvimento de uma aplicação informática desenhada para o efeito.

Por outro lado, no que diz respeito à Triagem Física, o sistema desenvolvido trata-se de uma adaptação da CTAS, com vista a suprir, também, todos os CAMV que disponham de serviços de urgência, tendo como objetivo secundário ao foco principal melhorar a qualidade de serviços prestados e, conseqüentemente, aumentar o rendimento dos CAMV, verificado tanto a partir da melhoria de qualidade, como a partir de uma melhor gestão de tempo e de recursos.

Palavras-chave: Animais de Companhia, Emergência, Triagem, Urgência

Abstract

Triage is defined as the evaluation and allocation of treatment to patients according to a priority system designed to maximize the number of survivors, and its main objectives are the evaluation of patients in need of immediate care and the prioritization of care of the remaining patients. Therefore, an ideal sorting system should be easy and fast to implement, reproducible and dynamic, in order to enable its temporal and conceptual evolution.

Triage systems used in Human Medicine, such as the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), are used to differentiate patients according to the urgency of receiving medical treatment by assigning a quantitative and objective measure to each patient.

However, despite the success of triage systems in Human Medicine, the information found in the literature about the implementation of triage systems in Veterinary Medicine, or even about the existence of validated triage systems in this scientific area, is very scarce, and it can be affirmed that the approach used in triage in this field is empirical and intuitive, which, in the absence of systematisation, makes it impossible to ensure excellence in the provision of veterinary emergency care.

Given this perception of the panorama in Emergency Veterinary Medicine, throughout this Project is developed an Integrated Small Animal Triage System, consisting of a Process of Telephone Triage supported by a computer application, developed in order to produce a valuable resource to the profession, and a process of Physical Triage, with a view to regulating and standardizing this daily practice of any Veterinary Practice.

Regarding Telephone Triage, the proposed model was developed considering the lack of training of some members of the teams of these establishments that perform functions of Customer Service Officers. In view of this, assuming standardization as the maximum of this work, mechanisms were formulated with the objective of minimizing the subjectivity associated with Telephone Triage, one of the biggest obstacles in this area, as well as limiting the period of time necessary for its execution, namely through the development of a computer application designed for this purpose.

On the other hand, with regard to Physical Triage, the developed system is an adaptation of the CTAS, with a view to supplying, also, all practices that have emergency services, having as secondary objective to the main focus improve the quality of services provided and, consequently, increase the income of the VP, verified both from the improvement of quality, as well as better time and resource management.

Keywords: Small Animals, Emergency, Triage, Urgency

Índice

Agradecimentos	III
Resumo	VI
<i>Abstract</i>	VIII
Lista de Tabelas	XIV
Lista de Figuras	XVI
Lista de Fluxogramas	XVII
Lista de Abreviaturas, Siglas, Símbolos e Acrônimos	XVIII
Introdução	17
Triagem na Medicina Veterinária	18
O Paciente de Emergência	23
Papel do Profissional de Triagem	24
Características do Profissional de Triagem	25
Habilidades do Profissional de Triagem	26
Parte 1. Triagem Telefónica	29
1.1 Atendimento Telefónico	30
1.1.1. Conduta Telefónica	30
1.2 Paradigma Atual	33
1.2.1 Questões	33
1.2.2 Motivos	35
1.2.3. Aconselhamento ao tutor	36
1.3 Proposta de Modelo de Triagem Telefónica	39
1.4 Informação Geral	41
1.5 Questionário	44

1.6	Implementação	54
1.7	Resultado	60
1.8	Relatório Final	61
1.9	Programa Informático	68
1.10	Educação do Tutor	70
Parte 2. Adaptação da Escala de Acuidade de Triagem Canadiana (CTAS): Manual de Implementação		
		72
2.1	CTAS (Processo Original)	73
2.1.1.	Código de Cores CTAS	76
2.1.2.	Processo CTAS	77
2.1.2.1.	Chegada do Doente.....	77
2.1.2.2.	“Critical Look”	77
2.1.2.3.	Controlo de Infecções.....	78
2.1.2.4.	Avaliação Subjetiva.....	79
2.1.2.5.	Avaliação Objetiva	79
2.1.2.6.	Seleção do Motivo de Urgência (CEDIS)	79
2.1.2.7.	Atribuição do Nível CTAS.....	80
2.1.2.8.	Doentes na Sala de Espera.....	80
2.1.2.9.	Reavaliação na Sala de Espera	80
2.2	Adaptação da Escala de Acuidade de Triagem Canadiana (CTAS Adaptado)	81
2.3	Processo CTAS Adaptado	82
2.4	<i>Critical First Look</i>	83
2.4.1	Avaliação Primária (ABCD)	83
2.4.1.1	A + B (Vias Aéreas + Respiração)	84
2.4.1.2	C (Cardiovascular).....	87
2.4.1.3	D (Disfunção do SNC)	89

2.4.1.4	U (Urinário)	90
2.4.1.5	E (Exame Físico)	91
2.5	Controlo de Infecções	92
2.6	Avaliação Subjetiva	96
2.7	Avaliação Objetiva	97
2.8	Modificadores de 1ª Ordem	99
2.8.1	“Animal Trauma Triage Scoring System” (ATT)	99
2.8.2	Sinais Vitais – Adaptação da ATT	101
2.8.2.1	Avaliação Respiratória	102
2.8.2.2	Avaliação Cardiovascular.....	102
2.8.2.3	Avaliação Neurológica	103
2.8.3	Temperatura	103
2.8.4	Outros	104
2.8.4.1	Escala de Dor.....	104
2.8.4.2	Hemorragia	106
2.8.4.3	Mecanismo de Lesão	107
2.9	Modificadores de 2ª Ordem	109
2.9.1	Níveis Séricos de Glucose	109
2.9.2	Hematócrito	110
2.9.3	Desidratação	110
2.9.4	Pressão Arterial	111
2.10	Atribuição do Nível CTAS	112
2.11	Documentação	114
2.12	Reavaliação no Internamento	116
	Conclusão	117
	Bibliografia	119

Anexos	126
Anexo A: Relatório Final da Triagem Telefónica (Frente)	127
Anexo B: Relatório Final da Triagem Telefónica (Verso)	128
Anexo C: Manual do Utilizador da Aplicação Web	129
Anexo D: CEDIS Presenting Complaint List	136
Anexo E: <i>Animal Trauma Triage Scoring System (ATT)</i>	140
Anexo F: Escalas de Dor Canina e Felina adaptadas da Universidade do Colorado	141
Anexo G: Ficha do Processo CTAS Adaptado	143

Lista de Tabelas

Tabela nº. 1 – Questões Sugeridas Referentes ao Animal	33
Tabela nº. 2 – Questões Sugeridas Referentes à Chamada Telefónica	33
Tabela nº. 3 – Questões Sugeridas Referentes ao Tutor	33
Tabela nº. 4 – Lista de Questões Sugeridas	34
Tabela nº. 5 – Lista de Motivos de Chamada de Pacientes que Exigem Intervenção Imediata	35
Tabela nº. 6 – Implementação da Triagem Telefónica	55
Tabela nº. 7 – Resultado Final da Triagem Telefónica	60
Tabela nº. 8 – Resultado Final da Triagem Telefónica a Discriminar no Relatório Final	66
Tabela nº. 9 – Níveis CTAS	74
Tabela nº. 10 – Tempos de Reavaliação	80
Tabela nº. 11 – Agentes Patogénicos de Risco Envolvidos em IAAH	92
Tabela nº. 12 – Agentes Patogénicos de Risco com Potencial Zoonótico Envolvidos em IAAH	93
Tabela nº. 13 – CIAMPEDS	96
Tabela nº. 14 – Apresentações de Urgência que Requerem Intervenção Imediata	97
Tabela nº. 15 – Modificadores de 1ª Ordem	98
Tabela nº. 16 – Outros Modificadores	98
Tabela nº. 17 – Avaliação Respiratória	102

Tabela nº. 18 – Avaliação Cardiovascular	102
Tabela nº. 19 – Avaliação Neurológica	103
Tabela nº. 20 – Temperatura	103
Tabela nº. 21 – Adaptação da Escala de Dor Aguda Canina da Universidade do Colorado	104
Tabela nº. 22 – Adaptação da Escala de Dor Aguda Felina da Universidade do Colorado .	105
Tabela nº. 23 – Hemorragia	106
Tabela nº. 24 – Índice de Gravidade Veterinário	107
Tabela nº. 25 – Adaptação do Índice de Gravidade Veterinário	108
Tabela nº. 26 – Níveis Séricos de Glucose	109
Tabela nº. 27 – Hematócrito	110
Tabela nº. 28 – Desidratação	110
Tabela nº. 29 – Pressão Arterial	111
Tabela nº. 30 – Níveis CTAS Adaptado	113
Tabela nº. 31 – Tempos de Reavaliação CTAS no Internamento	116

Lista de Figuras

Figura nº. 1 – Condição Corporal Canina e Felina	41
Figura nº. 2 – Relatório Final da Triagem Telefónica (frente)	61
Figura nº. 3 – Relatório Final da Triagem Telefónica (verso)	67
Figura nº. 4 – Triângulo de Avaliação Pediátrica	78
Figura nº. 5 – Ficha Modelo CTAS Adaptado	115
Figura nº. 6 – Início de Sessão (<i>Login</i>)	130
Figura nº. 7 – Criação de Questionários	131
Figura nº. 8 – Exemplo de Questões de Resposta Aberta	133
Figura nº. 9 – Exemplo de Questões de Escolha Múltipla	134

Lista de Fluxogramas

Fluxograma nº. 1 – Relação entre Questões da Triagem Telefônica	53
Fluxograma nº. 2 – Distribuição de Percentagens da Triagem Telefônica	54
Fluxograma nº. 3 – Algoritmo da Adaptação da CTAS	112

Lista de Abreviaturas, Siglas, Símbolos e Acrônimos

± - com ou sem

↑ - Aumentado(a)

↓ - Diminuído(a)

ABC – do Inglês *Airway, Breathing, Cardiovascular*

ABCD – do Inglês *Airway, Breathing, Cardiovascular, Dysfunction of the CNS*

ACIVM – do Inglês *American College of Veterinary Internal Medicine*

ALS PCS – do Inglês *Advanced Life Support Patient Care Standards*

ATT – do Inglês *Animal Trauma Triage Scoring System*

bpm - batimentos por minuto

C – Caninos

CAEP – do Inglês *Canadian Association of Emergency Physicians*

CAMV – Centro de Atendimento Médico-Veterinário

CEDIS – do Inglês *Canadian Emergency Department Information System*

C_{i.i} – Cotação da Pergunta da Informação Geral

CIAMPEDS – do Inglês *Complaint, Immunization/Isolation, Allergies, Medications, Past History, Events, Diet, Symptoms*

CNS – do Inglês *Central Nervous System*

CPV – Complexos Ventriculares Prematuros

C_{Q,i} – Cotação da Pergunta do Questionário

CTAS – do Inglês *Canadian Triage and Acuity Scale*

ex. – exemplo

F – Felinos

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

FRI – do Inglês *Febrile Respiratory Illness*

IAAH - Infecções Associadas a Ambiente Hospitalar

ID – Identificador da Pergunta

IG – Informação Geral

IGV – Índice de Gravidade Veterinário

ILI – do Inglês *Influenza-Like Illness*

IRIS – do Inglês *International Renal Interest Society*

ISS – do Inglês *Injury Severity Score*

Mm – Membranas mucosas

n.a. – Pergunta Não Avaliada

n.º - número

n.s./n.r. – Não Sabe/Não Responde

NENA – do Inglês *National Emergency Nurses Association*

NTS – do Inglês *National Triage Scale*

OMHLTC – do Inglês *Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*

P_{I,i} – Peso da Pergunta da Informação Geral

P_{Q,i} – Peso da Pergunta do Questionário

Q - Questionário

RAC – Responsável pelo Atendimento ao Cliente

SIRS – Síndrome da Resposta Inflamatória Sistémica

SNC – Sistema Nervoso Central

T^a – Temperatura

TRC – Tempo de Repleção Capilar

VAS – Vias Aéreas Superiores

VS – Versus

Introdução

A palavra “triagem” deriva do verbo francês “*trier*”, com o significado selecionar/classificar, que era originalmente utilizado para descrever a separação de produtos agrícolas (Iserson & Moskop, 2007).

Hoje em dia, o termo “triagem” define a arte e prática da separação e classificação rápida de pacientes, bem como a alocação de tratamento para aqueles em condições mais urgentes (Iserson & Moskop, 2007).

O desenvolvimento do primeiro sistema formal de triagem é atribuído ao Barão Dominique-Jean Larrey, distinguido cirurgião chefe da Guarda Imperial de Napoleão, o qual, em 1814 define que “*Aqueles que estão perigosamente feridos devem receber a primeira atenção, sem considerar classificação ou distinção. Aqueles que estão feridos em grau menor podem esperar até que seus irmãos de armas, que estão gravemente mutilados, tenham sido operados e preparados, caso contrário, o último não sobreviveria muitas horas; raramente, até ao dia seguinte*”. Este sistema consistia em tratar e evacuar aqueles que requeressem atenção médica mais urgente, ao invés de esperar horas, ou até mesmo dias, pelo final da batalha, como seria de esperar em batalhas prévias. Posto isto, Larrey reconhece, pela primeira vez na História, a necessidade de avaliar e categorizar, rapidamente, soldados feridos durante a batalha (Kennedy et al., 1996).

O processo de triagem foi evoluindo ao longo da história militar mundial, tendo sido o seu uso sistemático, unicamente descrito unicamente em 1964, por Weinerman *et al.* (Iserson & Moskop, 2007).

Só após esta data é que começaram a ser desenvolvidos sistemas de triagem para utilização nos departamentos de emergência dos hospitais de Medicina Humana. Entre estes podemos salientar a *Australian Triage Scale*, *Canadian Triage and Acuity Scale*, *Manchester Triage Scale* (em vigor nos serviços de emergência em Portugal) e o *Emergency Severity Index* (Christ et al., 2010).

No que concerne à Medicina Veterinária, embora não totalmente validados em estudos com animais, existem alguns modelos que utilizam mecanismos de triagem, para distinção de animais doentes, tendo em conta a percepção da gravidade da doença que os vitima (Rabelo R., 2013).

Triagem na Medicina Veterinária

Segundo Drobotz *et al.*, o paciente de emergência é definido como aquele que exhibe sinais clínicos que requerem ação médica imediata, de modo a que a sua vida seja preservada (Drobotz et al., 2019).

As situações de emergência médico-veterinária podem abranger um vasto leque de problemas e, embora alguns pacientes exibam sinais vitais moderadamente estáveis, muitos dos casos urgentes requerem tratamento imediato. Nestes casos, é de extrema importância a deteção de condições que coloquem a vida dos pacientes em risco iminente e que os mesmos sejam tratados no menor espaço de tempo possível, visto que animais com sinais vitais instáveis, geralmente, não possuem reservas de compensação suficientes.

O conceito que permite estabelecer a diferenciação entre animais estáveis e em estado crítico denomina-se triagem. Este sistema de priorização de pacientes, na Medicina Veterinária, pode ser posto em prática em três diferentes níveis:

- No decorrer de uma chamada telefónica com o tutor do animal, ao longo da qual, com base na história e sinais clínicos do mesmo, será possível determinar a necessidade do encaminhamento imediato ao serviço de emergência ou a possibilidade de marcação de consulta para um horário de funcionamento normal do Centro de Atendimento Médico-Veterinário (CAMV) (Triagem Telefónica);
- Na sala de espera do CAMV, por forma a decidir se o animal necessita de estabilização sem demora ou se poderá aguardar pela observação, embora por um período limitado de tempo (Triagem na Sala de Espera);
- Durante o exame clínico, de maneira a determinar qual dos problemas coloca a vida do paciente em maior risco, delineando um critério de tratamento (Triagem Física) (Drobotz et al., 2019).

Deste modo, considera-se que a triagem se inicia a partir do primeiro contacto efetuado entre o tutor do animal e o CAMV (Donnelly & Lewis, 2016), sendo que este é, recorrentemente, realizado através do telefone. Neste contexto, o Responsável pelo Atendimento ao Cliente (RAC) do CAMV (sendo este qualquer membro do *staff* de um CAMV que estabeleça a conexão entre o estabelecimento - e devida equipa - e o cliente, através do contacto direto com o último) tem como função determinar a urgência do problema descrito e, fundamentalmente, a necessidade de o animal comparecer no CAMV no menor espaço de tempo possível. Em alguns cenários, será, de imediato, óbvio que a sintomatologia descrita pelo tutor se trata de uma emergência e que o animal deverá ser examinado por um Médico Veterinário rapidamente. Noutros casos, o RAC poderá necessitar de tentar apurar a natureza do problema e aconselhar adequadamente o tutor. Para tal, este deverá ser acalmado, caso oportuno, por forma a ser possível obter um histórico conciso e relevante, tendo sempre prudência na avaliação da perceção do cliente acerca da condição do animal. Em caso de persistência de dúvidas relativas à necessidade de examinar um paciente, será sempre a opção mais segura aconselhar o tutor a comparecer, juntamente com o animal, no CAMV (Aldrige & O'Dwyer, 2013).

Assim sendo, podemos afirmar que os principais objetivos da Triagem Telefónica são determinar a necessidade do paciente ser avaliado e estipular as possíveis ações a serem realizadas pelo tutor por forma a auxiliar o seu animal (Drobatz, 1994), tendo sempre em consideração que, devido ao facto de o RAC estar impossibilitado de confiar no sentidos de tato e visão, deverá ser dotado de conhecimento clínico categórico, excelentes habilidades de perceção auditiva e comunicação, bem como um considerável senso de intuição, de forma a lidar com a situação da melhor maneira (Norkus, 2012).

A organização e a preparação são cruciais na prestação de cuidados de emergência de forma rápida e adequada, independentemente da situação clínica (Drobatz et al., 2019), nunca devendo ser subestimadas. Posto isto, o RAC poderá definir a conduta de resposta ao paciente urgente, através da obtenção do máximo de informação possível antes da comparecência do último no CAMV e, posteriormente, da comunicação de tal informação à equipa médica, que terá a possibilidade de preparar e organizar o equipamento necessário, economizando tempo valioso na chegada do animal (Farry, 2017). A título de exemplo, simples dados como a raça ou o peso do paciente podem permitir que o Médico Veterinário/Enfermeiro Veterinário pré-selecione os tamanhos adequados de açaimes, cateteres intravenosos ou tubos endotraqueais (Ackerman,

2016; Davis, 2012). Para além disto, a informação obtida na Triagem Telefónica pode também ajudar o Médico Veterinário a formular uma conceção de qual poderá ser a natureza subjacente da situação de emergência (Andrew-Jones & Boag, 2007).

Idealmente, em todos os CAMV deve existir um sistema uniforme e todos os funcionários devem seguir a metodologia estipulada (Norkus, 2012; Newfield, 2019). Em concreto, cada RAC deve colocar as mesmas questões iniciais a cada cliente que entre em contacto com o CAMV por via telefónica, para garantir que cada chamada seja conduzida de forma homogénea. Após a reunião das informações iniciais, as perguntas poderão variar de acordo com o motivo da chamada (Norkus, 2012). Para tal, é importante que toda a equipa que integra o CAMV seja instruído quanto ao processo de Triagem Telefónica e seja capaz de identificar situações de emergência usuais que exijam avaliação imediata, para além de saber reconhecer determinadas frases proferidas por tutores que se traduzam em informações alarmantes para a equipa médica (Donnelly & Lewis, 2016), visto que a grande maioria dos tutores não possui conhecimento para avaliar ou descrever com precisão a condição do seu animal de companhia (Drobatz et al., 2019).

Em suma, o processo de Triagem Telefónica deverá ser breve, conciso e uniforme, de forma a não desperdiçar tempo - um recurso de cariz valioso numa situação de emergência - e monopolizar a equipa médica (Newfield, 2019), mantendo sempre em consideração que um tutor pode assumir uma qualquer situação como emergência que um profissional de Medicina Veterinária não considere dessa forma. Sob esta perspetiva, será sempre benéfico considerar o pior dos cenários até que um juízo clínico informado possa ser realizado pessoalmente (Donnelly & Lewis, 2016). Por conseguinte, independentemente da política do CAMV, será sempre a opção mais segura encaminhar o paciente para uma avaliação física presencial com o Médico Veterinário, não obstante do quão insignificante o problema possa parecer (Ackerman, 2016; Norkus, 2012).

Por sua vez, no que diz respeito à denominada Triagem Física, esta é praticada no decorrer do exame inicial do paciente de emergência, no qual é fundamental categorizar vários sinais clínicos para a estabilização do animal (Drobatz et al., 2019).

Aquando da chegada ao CAMV, todos os animais devem ser rapidamente avaliados por um elemento da equipa médico-veterinária, com o objetivo de determinar quais os que requerem

intervenção imediata e quais os que se encontram estáveis o suficiente para, caso necessário, aguardarem por tratamento (King & Boag, 2007; Silverstein & Hopper, 2015).

Para tal, através de comunicação de cariz básico e conciso com o tutor (Artero, 2017), é realizada uma breve anamnese acerca da natureza da queixa primária e da progressão da mesma (Aldrige & O'Dwyer, 2007). A obtenção de um historial detalhado deverá ser adiada até que o paciente se encontre minimamente estabilizado (Artero, 2017).

Logo após a recolha da informação estritamente essencial, os quatro principais sistemas orgânicos (cardiovascular, neurológico, renal e respiratório) devem ser examinados (King & Boag, 2007) através da avaliação da eficácia e esforço respiratórios, sinais de hipoperfusão generalizada, nível de consciência, capacidade de deambulação, entre outros (Artero, 2017), já que uma qualquer disfunção de um dos sistemas mencionados se poderá traduzir num elevado risco para a vida do animal (Aldrige & O'Dwyer, 2013; King & Boag, 2007).

Uma vez concluída a estabilização do paciente, deverá ser efetuada uma avaliação secundária, na qual é efetuada uma reavaliação dos sistemas orgânicos principais (Silverstein & Hopper, 2015), bem como se deve proceder à obtenção de informação adicional através da realização de meios de diagnóstico adequados (Drobatz et al., 2019). Deve ressaltar-se que o objetivo da Triagem Física não é o estabelecimento de um diagnóstico definitivo, mas sim o início do tratamento de condições de elevado risco para a vida do animal (Aldrige & O'Dwyer, 2013).

Por conseguinte, constata-se que a Triagem Física possui duas finalidades essenciais: a avaliação de pacientes que requerem cuidados imediatos e a priorização do atendimento a animais que comparecem no CAMV (Battaglia & Steele, 2016), isto é, pacientes de elevado risco (aqueles cujos distúrbios são identificados no decorrer da avaliação inicial) deverão ser sujeitos a intervenções de estabilização de forma imediata, enquanto animais de mais baixa prioridade receberão tratamento de acordo com a ordem de chegada ao CAMV (Silverstein & Hopper, 2015). Para além disto, a estabilidade da saúde do paciente irá indicar a quantidade de tempo que pode ser dedicada à realização do processo de Triagem Física sem causar possíveis complicações adicionais (Richmond, 2002). Contudo, será sempre melhor presumir que um animal se encontra em estado crítico, do que permitir que o seu estado entre em declínio durante o tempo de espera para a execução da Triagem Física (Norkus, 2012).

Por outro lado, paralelamente ao procedimento da Triagem Física, este é o momento no qual se deve avaliar o bem-estar emocional do tutor do paciente, bem como a sua necessidade de apoio em termos psicológicos (Battaglia & Steele, 2016).

Nestas circunstâncias, é frequente que os tutores se indignem quando um paciente é atendido antes do seu animal de companhia, o que faz com que seja imperativo que os clientes do CAMV sejam informados relativamente ao funcionamento do estabelecimento, de forma a evitar conflitos. Para além disso, deve ser fornecida aos clientes uma estimativa do tempo de espera, bem como uma notificação de qualquer alteração que este intervalo de tempo sofra (por exemplo, aquando da extensão do tempo de espera no caso do surgimento de uma situação de emergência de prioridade mais elevada) (Norkus, 2012).

Resumidamente, a correta priorização de pacientes e distribuição de recursos são alcançadas através da rápida avaliação e classificação dos mesmos (Battaglia & Steele, 2016). Para tal, de forma a maximizar a eficiência do departamento de emergência de um CAMV, é imperativa a vigência de um protocolo adequado que fomente a consistência da prática da metodologia de Triagem (Richmond, 2002).

O Paciente de Emergência

Os pacientes de emergência são únicos:

- A sua chegada é imprevisível;
- Estes pacientes e respetivos tutores geralmente apresentam um elevado grau de ansiedade e angústia por se encontrarem em ambiente desconhecido, em relação ao qual têm pouco/nenhum controlo;
- A chegada de vários pacientes em estado crítico em simultâneo pode tornar-se num desafio para o profissional de triagem, que terá de decidir qual o que será avaliado em primeiro lugar;
- O cuidado prestado é episódico (o profissional de triagem deverá ser capaz de fazer a gestão de incidente agudo sem expectativa de atendimento contínuo);
- Os tutores e os profissionais de triagem podem ser desconhecidos entre si e devem desenvolver um relacionamento dentro de um curto período de tempo;
- Os pacientes chegam ao CAMV com um motivo de urgência relatado pelos seus tutores, não com um diagnóstico, e toda a gama dos seus problemas é desconhecida;
- As condições observadas podem combinar urgências médicas, cirúrgicas ou comportamentais;
- Os pacientes abrangem todas as idades, raças, proveniências e, com o surgimento dos novos animais de companhia, até espécies, exigindo ao profissional de triagem um vasto conhecimento científico que lhe permita estar pronto a prestar cuidados em qualquer situação de emergência;
- Os tutores dos pacientes abrangem todas as idades, culturas e etnias, exigindo que o profissional de triagem tenha conhecimento do impacto desses fatores nas apresentações no departamento de emergência e nas expectativas e possibilidades dos tutores.

Fonte: Adaptado de CAEP, 2012.

Papel do Profissional de Triage

O papel do profissional de triagem tem vários componentes importantes:

- Avaliação de pacientes
 - O profissional de triagem estabelece um relacionamento com o tutor do paciente para recolher as informações necessárias, a fim de tomar uma decisão informada sobre os sinais clínicos e prioridade do mesmo.
- Comunicação com o público
 - O profissional de triagem é geralmente a face pública do departamento de emergência e, muitas vezes, do CAMV inteiro. Este profissional de saúde é, habitualmente, o único indivíduo em contato com os pacientes e respetivos tutores na sala de espera. A sua atitude e comportamento estão sob constante escrutínio e exigem, da parte destes profissionais, grande tato e paciência.
- Comunicação com profissionais de saúde
 - O profissional de triagem colabora com vários membros da equipa médico-veterinária para facilitar o encaminhamento de pacientes para tratamento.
- Atribuição de Recursos
 - Com base na condição de cada paciente e na capacidade do departamento de emergência, o profissional de triagem atribui os pacientes a uma área de tratamento ou a uma área de espera. A triagem requer a coordenação entre o profissional de triagem e a restante equipa de saúde, por forma a fazer uso eficiente dos recursos de tratamento.
- Iniciação de protocolos de tratamento/medidas de primeiros socorros
 - Estabelecimentos individuais podem ter diretrizes médicas/protocolos de tratamento específicas para o profissional de triagem que determinem as ações necessárias para este fornecer alívio de sinais clínicos ou iniciar investigações limitadas.
- Monitorização e Reavaliação
 - É da responsabilidade do profissional de triagem a monitorização e reavaliação dos pacientes da sala de espera para identificar as alterações da condição do paciente.

- Participação no fluxo de pacientes
 - O profissional de triagem colabora com a equipa de cuidados primários para coordenar o fluxo de pacientes.
- Documentação
 - O profissional de triagem documenta todas as descobertas relevantes de acordo com os regulamentos do CAMV. Os requisitos de documentação nunca devem atrasar o tratamento em pacientes gravemente doentes ou feridos. Nestas circunstâncias, a documentação é concluída após a assistência adequada ao paciente ter sido assegurada.

Uma atitude profissional positiva é essencial para ser um profissional de triagem eficaz.

Profissionais de triagem bem-sucedidos têm traços pessoais bem desenvolvidos, fortes características cognitivas e uma gama de características comportamentais que os tornam eficientes.

Características do Profissional de Triagem

As características pessoais incluem:

- Flexibilidade;
- Autonomia;
- Boa capacidade de comunicação;
- Assertividade;
- Paciência;
- Compaixão;
- Vontade de ouvir e aprender.

As características cognitivas necessárias aos profissionais de triagem incluem:

- Uma base de conhecimentos diversificada;
- Saber quando não agir;
- Pensamento crítico;
- Capacidade de tomar decisões rapidamente;
- Capacidade de priorizar.

As características comportamentais necessárias incluem:

- Ser defensor do paciente;
- Trabalhar bem sob pressão;
- Ser organizado;
- Improvisar conforme necessário;
- Usar a intuição;
- Exibir confiança no juízo;
- Ser confiável e confiar nos colegas de trabalho.

Habilidades do Profissional de Triagem

Além das características pessoais descritas anteriormente, os profissionais de triagem precisam de ser proficientes num conjunto de habilidades descritas abaixo.

- Habilidades de Relações Públicas
 - A percepção dos tutores dos pacientes a uma visita ao departamento de emergência pode refletir-se sobre o departamento, o CAMV e o sistema de saúde em geral. O profissional de triagem necessita de demonstrar tanto confiança, como profissionalismo e preocupação para com o indivíduo. O relacionamento estabelecido facilitará a troca de informações e ajudará a dissipar os receios dos tutores.

- Habilidades de Entrevista
 - A anamnese de triagem recolhe informações sobre o motivo do tutor do paciente para a visita ao departamento de emergência, história pregressa, alergias, medicamentos, etc. O conhecimento por parte do tutor do paciente acerca da sua história médica é essencial para que o profissional de saúde médico-veterinária possa inferir acerca da gravidade da situação clínica do animal.
 - Alguns pontos a ter em mente ao conduzir a anamnese durante a triagem são:
 - Dar relevância à informação necessária;
 - Incentivar o diálogo através do contato visual e da expressão facial;
 - Identificar com clareza no discurso do tutor as palavras-chave que possam ser determinantes na decisão de triagem;
 - Usar perguntas abertas para obter detalhes sobre os sinais clínicos do paciente;
 - Usar perguntas fechadas para solicitar detalhes;
 - Usar perguntas para esclarecer informações - "Pode explicar o que quer dizer quando diz que o seu animal não se encontra normal?";
 - Resumir e concluir a discussão;
 - Acima de tudo, deve ouvir com empatia:
 - Não julgar;
 - Escutar com atenção o que o tutor pretende transmitir;
 - Usar o silêncio e a reafirmação para esclarecer a mensagem;
 - Ser particularmente sensível à cultura do tutor do animal.
- Habilidades de pensamento crítico
 - O pensamento crítico inclui as atividades de organização e análise de informações, reconhecimento de padrões e recolha de evidências para suportar a conclusão obtida. Os profissionais de triagem devem aplicar o pensamento crítico ao atribuir um nível de triagem apropriado dentro de um breve período de tempo.

- Habilidades de comunicação
 - Uma emergência é qualquer situação que não possa ser resolvida pelo tutor do paciente, porque lhe faltam recursos ou conhecimento para fazê-lo. Uma crise ocorre quando há um desequilíbrio entre a magnitude do problema e os recursos imediatos disponíveis para lidar com o mesmo.
 - Alguns tópicos que devem ser tidos em consideração ao comunicar com tutores que experienciam uma crise são:
 - Manter o autocontrole. Não exibir emoções negativas, independentemente do quão perturbado ou desagradável o tutor possa ser;
 - Ouvir com paciência para permitir que os tutores expliquem a condição/problema do animal e como o mesmo aconteceu. Ter em conta que eles não estão familiarizados com uma situação de emergência, mas o profissional de triagem está;
 - Usar o conhecimento sobre a condição para fornecer confiança aos tutores sobre a gravidade do problema;
 - Demonstrar confiança no desempenho das suas atividades médico-veterinárias;
 - Exibir a sua faceta afetuosa;
 - O comportamento não-verbal (toque, linguagem corporal, contato visual, etc.) é importante na abertura das linhas de comunicação;
 - Uma consciência da diversidade cultural também pode melhorar a recolha de informações.
- Documentação
 - A capacidade de fornecer documentação clara, completa e precisa é uma importante habilidade do profissional de triagem - todas as informações usadas para tomar uma decisão deverão ser documentadas.

Fonte: Adaptado de CAEP, 2012

Parte 1. Triagem

Telefónica

1.1 Atendimento Telefónico

A comunicação com o cliente na prática de emergência, geralmente, tem início numa chamada telefónica levada a cabo por um RAC que, dependendo do seu conhecimento médico, poderá recorrer à equipa médico-veterinária de modo a garantir que os tutores recebem o aconselhamento e as recomendações corretas. Neste contexto, é importante reconhecer que cada telefonema realizado por um potencial cliente cria a primeira impressão do CAMV no mesmo. Assim sendo, é da responsabilidade do RAC ter como propósitos entender a(s) preocupação(ões) do tutor, fornecer assistência e disponibilizar conselhos úteis, à medida que lida com as chamadas telefónicas de forma eficiente (Battaglia & Steele, 2016).

1.1.1. Conduta Telefónica

Número de Toques

Regra geral, uma chamada deve ser atendida após três a quatro toques. Caso o número de toques ultrapasse o estipulado, será sugestivo de que o CAMV não demonstra interesse no contacto com o cliente ou que a carga de trabalho impede o atendimento do telefone. Em ambos os casos, o cliente poderá desistir de entrar em contacto com o CAMV em questão e optar pela concorrência.

Cumprimento

A saudação ao cliente deverá ser estipulada e uniformizada pelo CAMV, sendo que, geralmente, deve ser iniciada com “Bom dia”, “Boa tarde” ou “Boa noite”, consoante a altura do dia da ocorrência, seguido pelo nome do CAMV em causa. Para além disso, é de salientar que questionar o cliente em que é que se pode ser útil é indicativo de boa educação. Note-se que, nalguns CAMV, o RAC é treinado para indicar o seu nome ao longo da saudação inicial.

Clareza na expressão

É importante falar de forma clara e não muito rápida, soar recetivo e evitar o uso de gíria ou calão. O tom de voz é, também, de extrema importância, visto que o cliente não pode recorrer ao contacto visual com o RAC, o que o impede de visualizar a sua linguagem corporal, daí que o conteúdo que é transmitido ao tutor, por vezes, possa ser menos importante do que a forma como é dito. Uma voz que transmita a ideia de desinteresse ou mau-humor pode, facilmente, fazer com que o cliente se sinta indesejado ou, até, incomodado.

Identificação do autor da chamada e do problema

É imperativa a recolha de dados como o nome e endereço do cliente, o nome do animal e a sua sintomatologia, bem como o tratamento/serviço desejado (por exemplo, no caso de marcação de consulta para plano vacinal ou desparasitação), por forma a que o Médico Veterinário possa proceder à preparação necessária para a chegada do animal. O RAC deverá ouvir com atenção e certificar-se de que todos os factos acerca do paciente e do seu tutor foram recolhidos e totalmente compreendidos. Para tal, poderá recorrer à repetição dos dados/sintomas/factos de volta ao autor da chamada, de maneira a garantir que não ocorram mal-entendidos.

O telefone como prioridade

Uma chamada telefónica pode traduzir-se numa situação de emergência, portanto, mesmo no caso de o RAC se encontrar, no momento, a atender um cliente na receção do CAMV, o telefone deverá ser atendido. É de salientar que deverão ser pedidas desculpas à pessoa cujo atendimento foi interrompido, juntamente com uma explicação, se necessário, de que qualquer chamada poderá representar uma situação de vida ou morte.

Horários movimentados

O RAC não deverá soar perturbado em horários de grande movimento, pois o cliente terá percepção do stresse na sua voz, facto que se pode converter em má publicidade para o CAMV, visto que sugere organização insuficiente (Nicholls et al., 2007).

Segundo Ackerman, a maioria das situações pode ser resolvida através do cumprimento dos seguintes pontos:

- Manter a calma;
- Escutar – deixar de lado as suposições e efetivamente ouvir o que o cliente diz;
- Reconhecer – repetir o que se acaba de ouvir, para aumentar a clareza dos dados;
- Redefinir e definir – resumir os factos principais, a despeito da emoção transmitida pelo tutor;
- Dominar – apresentar possíveis soluções e alternativas;
- Terminar – agradecer ao cliente e detalhar a calendarização de qualquer ação adicional.

Resumidamente, é crucial reconhecer que o cliente tem os seus próprios pontos de referência, o seu próprio histórico relativo aos eventos que se desenrolam diante de si, portanto, tornar-se-á muito mais fácil separar a emoção da situação através da cativação e criação de empatia com o tutor. Esta percepção tornar-se-á mais simples através da compreensão de que um cliente “difícil” é simplesmente um cliente frustrado, confuso, preocupado ou distraído. O uso das capacidades e habilidades mencionadas anteriormente como recurso de gestão das comunicações reduzirá bastante a frequência e a frustração causada pelos contactos anteriormente considerados custosos (Ackerman, 2016).

1.2 Paradigma Atual

1.2.1 Questões

A Triagem Telefónica consiste na obtenção de uma anamnese sucinta através dos tutores dos pacientes de emergência. Este tipo de inquérito deve ser focado na reunião de informações importantes que possam definir o tratamento precoce do animal (Andrew-Jones & Boag, 2007). No decorrer deste processo, cada RAC deverá colocar as mesmas questões iniciais a cada tutor, por forma a garantir que cada chamada seja desempenhada de forma sistemática e completa (Newfield, 2019), sendo as mesmas perguntas básicas e diretas (Davis, 2012; Pointer, 2017).

Nas seguintes tabelas é especificada a lista de questões sugeridas pela bibliografia existente para a execução da Triagem Telefónica.

Tabela nº. 1 – Questões Sugeridas Referentes ao Animal

Animal	
Nome	Castração (Sim/Não)
Idade	Peso Aproximado
Espécie	História Médica Progressa
Raça	Medicação Atual
Género	Alergias

Tabela nº. 2 – Questões Sugeridas Referentes à Chamada Telefónica

Chamada Telefónica	
Motivo da Chamada	Localização
Início da Sintomatologia	Tempo Estimado de Chegada
Progressão da Sintomatologia	

Tabela nº. 3 – Questões sugeridas referentes ao tutor

Tutor	
Nome	Contacto Telefónico

Tabela nº. 4 – Lista de Questões Sugeridas

Questionário	
O animal encontra-se alerta/consciente?	Existe suspeita de ingestão de substâncias tóxicas?
O animal responde a estímulos?	O animal tem apetite?
O animal consegue movimentar-se?	O animal vomita/vomitou?
O animal consegue manter-se em estação?	O animal apresenta/apresentou diarreia?
O animal respira?	O animal urina?
Qual o modo de respiração?	Existe evidência de distensão abdominal?
O animal apresenta tosse?	O animal sofreu algum traumatismo?
O animal possui pulso palpável? Se sim, qual a frequência?	Existe alguma hemorragia ativa?
Qual é a cor das membranas mucosas do animal?	Existem fraturas óbvias?
O animal apresenta as extremidades frias ou quentes?	Existem feridas abertas?
Existe alguma alteração no comportamento do animal?	O animal apresenta febre?
O animal está a experienciar ativamente/experienciou uma convulsão?	

Fontes: Aldrige & O'Dwyer, 2013; Andrew-Jones & Boag, 2007; Brown & Drobatz, 2007; Covey, 2018; Davis, 2012; Drobatz K. J., 1994; Drobatz et al., 2019; Faggella, 1994; Ford & Mazzaferro, 2012; Howie, 2016; Newfield, 2019; Norkus, 2012; Pointer, 2017; Richmond, 2002; Rozanski & Rush, 2013

1.2.2 Motivos

Para o exercício da Triagem Telefónica, o RAC deve estar ciente de que existem motivos de chamada que se traduzem em pacientes de emergência que exigem intervenção imediata, sendo, nestes casos, imperativo que os tutores se dirijam com estes animais o mais prontamente possível para o CAMV com o qual entram em contacto (Howie, 2016), para que a avaliação por parte da equipa médico-veterinária seja célere e mais eficiente (Andrew-Jones & Boag, 2007).

Na seguinte tabela é especificada a lista de motivos de chamada sugeridos pela bibliografia existente que, no decorrer do processo de Triagem Telefónica, são representantes de um paciente de emergência que requer cuidados imediatos.

Tabela nº. 5 – Lista de Motivos de Chamada de Pacientes que Exigem Intervenção Imediata

Motivos de Chamada	
Animal não responsivo	Membranas mucosas pálidas
Anomalias neurológicas	Decúbito prolongado
Anomalias oftalmológicas	Deterioração rápida de qualquer condição
Asfixia	Diarreia persistente
Ataxia	Dificuldade/esforço prolongado no parto
Automutilação	Distensão abdominal aguda com ânsia de vômito/vômito não produtivo
Choque elétrico	Distocia
Cianose	Dor moderada a severa
Claudicação sem suporte de peso	Estrangúria
Colapso	Animais exóticos (ainda que com sintomatologia ligeira)
Convulsão (se a duração >5 min)	Neonatos (ainda que com sintomatologia ligeira)
Corrimento vaginal hemorrágico	Paragem cardíaca
Feridas com presença de hemorragia profusa	Paragem respiratória
Feridas de grandes dimensões	Paralisia/paraplegia
Frequência cardíaca diminuída/aumentada	Perda de apetite juntamente com letargia
Hematemese	Perda de consciência
Hematoquesia	Queimaduras
Hemorragia ativa	Respiração agónica
Hipertermia (>39,5°C)	<i>Status epilepticus</i>
Hipotermia (<36,5°C)	Stresse respiratório
Inalação/aspiração de corpo estranho	Tosse severa
Incapacidade de urinar	Traumatismo (confirmado/suspeita) – mesmo que o tutor creia que o animal se encontra bem
Ingestão de substâncias tóxicas	Vômito prolongado
Lesões/abscessos/feridas por mordedura/fraturas	

Fontes: Ackerman, 2016; Aldrige & O'Dwyer, 2013; Andrew-Jones & Boag, 2007; Brown & Drobatz, 2007; Covey, 2018; Davis, 2012; Drobatz et al., 2019; Faggella, 1994; Howie, 2016; Macintire et al., 2006; Rozanski & Rush, 2013

1.2.3. Aconselhamento ao tutor

Com base nas respostas dadas pelos tutores ao longo do processo de Triagem Telefônica, o RAC deve ser capaz de fornecer conselhos pertinentes, no que toca a primeiros socorros, que sejam precisos, simples, fáceis de executar e que não coloquem o animal em perigo, ou, pelo menos, em maior perigo do que aquele em que se encontra (Faggella, 1994). Posto isto, visto que, normalmente, é da vontade dos tutores prestar auxílio ao seu animal numa situação de emergência, tal aconselhamento pode ser oferecido num contexto em que o problema seja facilmente identificável ou num cenário em que as recomendações ajudem o RAC a identificar a situação; no entanto, este membro do *staff* do CAMV deverá ter sempre em consideração que poderá ser arriscado confiar na interpretação do tutor acerca do problema do seu animal de companhia (Brown & Drobotz, 2007).

As recomendações de primeiros socorros a fornecer poderão ser relativas ao transporte do animal para o CAMV, podendo incluir instruções para estancar hemorragias através de pressão ou pensos, imobilização do animal ou até aplicação de açaiques com vista a proteger o tutor e o próprio animal (Norkus, 2012; Pointer, 2017).

No que se refere ao transporte do animal, num cenário de traumatismo, o paciente deverá ser colocado sobre uma placa de contraplacado ou outro tipo de estrutura de suporte (Aldrige & O'Dwyer, 2013; Brown & Drobotz, 2007); no entanto, animais que não caminhem, mas sem evidência de fraturas, poderão ser transportados em macas ou lençóis (Davis, 2012). Ainda assim, qualquer animal, quando transportado, deve ter os seus movimentos limitados ao mínimo, o que contribuirá para evitar que qualquer problema potencialmente menor se converta numa situação grave; para além disto, o transporte de eleição ideal é aquele onde o animal é, confortavelmente, confinado numa transportadora ou caixa (Covey, 2018).

No caso de uma situação de traumatismo, membros fraturados poderão ser estabilizados para proceder ao transporte do animal, envolvendo-os com folhas de jornal ou imobilizando-os com um pedaço de tecido ou um tipo de fita adesiva em volta dos mesmos e de uma placa de cartão ou material rígido que assume a função de tala, garantido sempre que as articulações acima e abaixo da fratura estão incluídas na técnica de imobilização. Visto que as lesões podem não ser fáceis de identificar pelo tutor e que uma imobilização incorreta poderá agravar a lesão

(Rabelo, 2013), em caso de dúvidas, o mais seguro será conter o animal num espaço confinado ou, pelo menos, numa área que limite os seus movimentos.

Os tutores deverão ter sempre em consideração que um animal com dores, traumatizado, com lesão neurológica ou simplesmente assustado deverá ser observado com precaução e, se possível, açaimado, podendo o açaimo ser feito com meias, gravata, cinto, pedaços de tecido ou corda atada em volta do focinho do animal (Covey, 2018); dado que, nestas circunstâncias, até o animal de companhia mais dócil se pode tornar agressivo (Brown & Drobotz, 2007).

Em caso de suspeita de intoxicação, o tutor deverá ser instruído para levar consigo para o CAMV qualquer embalagem ou material ao qual o animal possa ter tido acesso e, se possível, uma amostra do vômito do animal, no caso de ele ter vomitado. Este material deverá ser colocado num saco de plástico transparente ou num recipiente de vidro para potencial avaliação (Macintire et al., 2006).

Aquando da presença de hemorragias, deverá ser utilizado um pedaço de tecido limpo nas feridas sempre que possível, podendo, em alternativa, quando as feridas estão localizadas em extremidades do animal, envolver o membro ou a cauda com a mão proximalmente à lesão, aplicando pressão de forma a controlar a hemorragia (Battaglia & Steele, 2016).

Todavia, o RAC deve ser capaz de reconhecer e distinguir entre situações nas quais condições catastróficas, tais como obstrução das vias aéreas, deverão ser tratadas imediatamente (caso contrário, a morte do animal será iminente num espaço de tempo de segundos), situações que, embora coloquem a vida do paciente em risco, permitem a realização de medidas de estabilização e situações nas quais as medidas de primeiros socorros não podem ser aplicadas devido à natureza da lesão ou à escassez de experiência do tutor. Neste tipo de circunstância, é aconselhável somente dar instruções relativas ao transporte do animal, de modo a que este possa ser avaliado e tratado no menor espaço de tempo possível (Faggella, 1994). Em todo o caso, o aconselhamento ao tutor nunca deverá atrasar ou colocar em causa o tratamento médico-veterinário (Covey, 2018).

Um objetivo adicional do aconselhamento ao longo da Triagem Telefónica prende-se com acalmar o tutor, sendo que, se este se encontrar demasiado perturbado, será aconselhável que se faça acompanhar de um amigo ou parente que possa auxiliar no transporte do animal até ao CAMV (Drobotz, 1994).

Cada CAMV pode ter diferentes políticas acerca do aconselhamento provido ao tutor no processo de Triagem Telefónica, contudo, no geral, todos os tutores devem ser advertidos a encaminhar-se para o estabelecimento com o seu animal de companhia, independentemente do quão insignificante o motivo do contacto possa aparentar ser (Newfield, 2019).

1.3 Proposta de Modelo de Triagem Telefónica

No âmbito deste Trabalho de Projeto, foi desenvolvida uma “Proposta de Modelo de Triagem Telefónica” com vista a regulamentar e uniformizar este processo, tendo em conta a carência de formação de alguns membros das equipas dos CAMV que desempenham funções de RAC.

Perante isto, assumindo a padronização do sistema como a máxima deste trabalho, foram formulados mecanismos com os objetivos de suprimir a subjetividade associada à Triagem Telefónica, um dos maiores obstáculos deste domínio, bem como de limitar o período de tempo necessário para a sua execução.

Desta forma, foi elaborado um inquérito, dividido em duas secções, nomeadamente a “Informação Geral” e o “Questionário”, que permitem a recolha de toda a informação necessária para a preparação eficiente da equipa médico-veterinária aquando da chegada do paciente de emergência ao CAMV.

A “Informação Geral” compreende a averiguação do motivo da chamada, a identificação e caracterização do animal (nome, espécie, género, idade, peso e condição corporal) e a coleta de informações acerca do historial médico do paciente (história pregressa relevante, medicação atual e alergias), bem como a identificação do tutor do animal de companhia (nome, n.º de ficha e contacto telefónico) e dados relativos à sua localização para efeitos de gestão de tempo (localização e tempo estimado de chegada). Para além disto, nesta subdivisão do inquérito, são também fornecidas ao tutor informações relativas ao estabelecimento (contacto telefónico, morada e direções), com vista a facilitar a comunicação entre o cliente e o CAMV, a orientar o mesmo para as instalações corretamente, bem como para solucionar quaisquer eventuais percalços que possam ocorrer ao longo da chamada telefónica.

Por sua vez, o “Questionário” tem como objetivo a investigação detalhada relativa à situação de emergência em causa que incentivou o tutor a entrar em contacto com o CAMV, através de um grupo de questões que abordam os principais sistemas do animal, de modo a que seja possível a organização e preparação da equipa médico-veterinária para a chegada do paciente, tanto no que toca a recursos físicos como, por exemplo, tubos endotraqueais ou

cateteres intravenosos, quer em termos de reflexão referente a diagnósticos diferenciais, nunca subestimando a avaliação física presencial do paciente. Adicionalmente, foram anexados a algumas questões, tópicos de aconselhamento, relativos a manejo e a metodologias de identificação de sinais vitais, que visam a diminuição do tempo estimado de chegada do paciente ao CAMV e o envolvimento do tutor em relação à situação de emergência.

Nos seguintes capítulos, serão detalhadas as subdivisões da Proposta de Modelo de Triagem Telefônica, o algoritmo que permite a sua implementação em contexto real, a metodologia de obtenção de um resultado final que, para efeitos de coadunação com o restante trabalho, será uniformizado com o resultado final obtido no processo de Adaptação da Escala de Acuidade de Triagem Canadiana (CTAS), e a proposta de relatório final a ser facultado à equipa médico-veterinária para cumprir os objetivos indicados previamente.

1.4 Informação Geral

Motivo da Chamada

Animal

Nome

Espécie

Cão

Gato

Outro:

Raça

Género

Macho

Fêmea

Idade

Anos

Peso

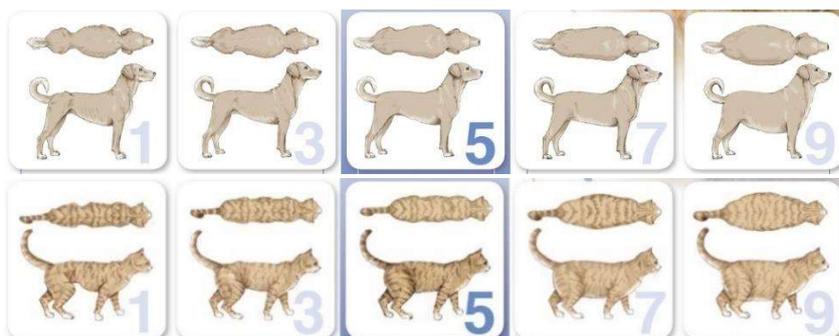
Kg

Condição Corporal

<5

=5

>5



Adaptado de WSAVA Global Nutrition Committee, 2013

Figura n.º 1 –
Condição
Corporal
Canina e Felina

História Progressa Relevante

Sim

Não

Notas:

Medicação Atual

Sim

Não

Notas:

Alergias

Sim

Não

Notas:

Tutor

Nome

Nº. de Ficha (se existente)

Contacto Telefónico

Localização

Tempo estimado de chegada

min

CAMV

Contacto Telefónico*

Morada*

Direções*

* Campos a preencher pelo CAMV para fornecimento ao tutor do paciente de emergência.

1.5 Questionário

1. O animal encontra-se consciente?

SIM

Demonstra consciência sob estímulo

NÃO

Não demonstra consciência sob estímulo

Não sabe responder

Notas:

Aconselhamento:

- Estímulo
 - Produzir um som alto, como bater palmas ou estalar os dedos por forma a verificar se existe reação por parte do animal.
- Golpe de Calor (Colapso)
 - Arrefecer o animal com vaporizações de água ou toalhas molhadas frias, cuvetes frias e humedecer as extremidades do animal;
 - Oferecer água ao animal se ele se encontrar alerta;
 - Manter o animal num ambiente fresco (ar-condicionado do carro ligado);
 - Não secar o animal durante a viagem até ao CAMV.

2. O animal consegue movimentar-se/manter-se em estação?

SIM

NÃO

Notas:

Aconselhamento:

- Transporte
 - Animais de grande porte – manta;
 - Animais de pequeno porte – confinamento em caixa ou transportadora.

3. O animal respira?

SIM

Há menos de 2 minutos

NÃO

Há mais de 2 minutos

Não sabe responder

Notas:

Aconselhamento:

- Verificar a existência de movimentos torácicos.

4. Qual o modo de respiração?

NORMAL

ALTERADO

Notas:

Aconselhamento:

- Dispneia
 - Manter o animal o mais calmo possível;
 - Usar mínima contenção;
 - Remover coleira;
 - Evitar que o animal caminhe, transportando-o até à viatura;
 - Assegurar ambiente fresco (ar condicionado).

5. O animal apresenta tosse?

Há menos de 3 semanas

SIM

Há mais de 3 semanas

Não sabe responder

NÃO

Notas:

6. Existe sinal de função cardíaca?

SIM

Há menos de 4 minutos

NÃO

Há mais de 4 minutos

Notas:

Aconselhamento:

- Choque de ponta
 - Colocar o membro anterior esquerdo mais cranialmente que o direito e colocar a mão na região torácica esquerda, logo acima e caudal ao cotovelo.

7. Qual a cor das membranas mucosas?

NORMAL

ALTERADA

Não sabe responder

Notas:

Aconselhamento:

- Mucosas oculopalpebrais, nasal, bucal, vulvar/prepucial e anal
 - Mucosas oculopalpebrais: utilização dos dedos indicador (conjuntiva palpebral superior) e polegar (conjuntiva palpebral inferior) para afastamento das pálpebras;
 - Mucosa bucal: eversão do lábio superior/inferior.

8. O animal está a experienciar ativamente uma convulsão?

Há menos de 2 minutos

SIM

Há mais de 2 minutos

Não sabe responder

NÃO

Notas:

Aconselhamento:

- Encorajar os tutores a permanecer calmos e a tranquilizar o animal;
- Recomendar, se possível, o afastamento de escadas ou de qualquer objeto que possa causar lesão ao animal;
- Neonatos/jovens – recomendar colocar uma pequena porção de água com açúcar/mel na gengiva do animal para potencial hipoglicemia;
- Diagnóstico conhecido de diabetes e o animal está a passar por uma crise diabética de hipoglicemia:
 - Caso o animal se encontre alerta, oferecer uma refeição;
 - Caso o animal esteja minimamente alerta, colocar uma pequena porção de água com açúcar/mel na gengiva;
- Nada deve ser colocado na boca e nenhuma tentativa de puxar a língua para fora da boca deve ser feita, pois o dono poderá ser mordido;
- Alertar os tutores de possível alteração do estado de consciência do animal após a convulsão;
- Colocar toalhas frias sobre o animal para o transportar;
- Transporte:
 - Animais de grande porte – manta;
 - Animais de pequeno porte – confinamento em caixa ou transportadora.

9. Existe suspeita de ingestão/exposição a alguma substância potencialmente tóxica?

Há menos de 30 minutos

SIM

Há mais de 30 minutos

Não sabe responder

NÃO

Notas:

Aconselhamento:

- Aconselhar os tutores a trazer com eles a embalagem ou etiqueta do agente, algo que liste os constituintes do produto;
- Caso suspeite de ingestão de substância potencialmente tóxica:
 - Determinar se o animal vomitou;
 - Se ocorreu há mais de 30 minutos e o animal encontra-se alerta – indução da emese em casa através da administração oral lenta (por forma a que o animal não se engasgue) de solução saturada de sal ou água oxigenada;
- Caso o veneno seja externo:
 - Banho com sabão neutro e água;
 - Não permitir a realização de “grooming”;
- Lesão ocular:
 - Lavar o olho com água ou com solução salina de lentes de contacto;
 - Cobrir o olho com toalhas/panos limpos e humedecidos com água ou solução salina.

10. O animal come?

SIM

Há menos de 3 dias

NÃO

Há mais de 3 dias

Não sabe responder

Notas:

11. O animal vomita?

Há menos de 1-2 semana(s)

SIM

Há mais de 1-2 semana(s)

Não sabe responder

NÃO

Notas:

12. O animal apresenta diarreia?

- Há menos de 7-14 dias
- SIM Há mais de 7-14 dias
- Não sabe responder
- NÃO

Notas:

13. O animal urina?

- SIM
- Há menos de 24 horas
- NÃO Há mais de 24 horas
- Não sabe responder

Notas:

14. O animal apresenta o abdómen distendido/dor à palpação abdominal?

- SIM
- NÃO

Notas:

Aconselhamento:

- Demonstração de dor:
 - Posturas anormais: arqueamento das costas ou “postura de prece” (elevação dos membros posteriores com flexão dos anteriores);
 - Forte tensão muscular à palpação;
 - Vocalização à palpação (latidos/choros e lamentação);
 - Agressividade (tentativa de morder)/olha/lambe/morde a área de palpação;
 - Automutilação.

15. O animal sofreu algum traumatismo?

SIM

NÃO

Notas:

Aconselhamento:

- Animais com possível lesão da medula espinal (ex: animal paralisado):
 - Manipulação mínima;
 - Transporte em superfície (ex: contraplacado, cartão, tabuleiro, porta, etc.);
 - Contenção com fita-cola, algum outro tipo de fita ou tiras de tecido;
 - Falar calmamente com o animal, para evitar que se contorça;
 - Geralmente, os animais devem ser posicionados em decúbito lateral, a não ser que o animal se queixe nesta posição.

16. O animal apresenta hemorragia ativa?

SIM

NÃO

Notas:

Aconselhamento:

- Cobrir hemorragia com pano ou toalha, aplicando pressão nessa zona;
- Caso a hemorragia esteja localizada num membro, aplicar toalha e elevar o membro;
- NUNCA fazer garrote.

17. O animal apresenta alguma fratura óbvia?

SIM

NÃO

Notas:

Aconselhamento:

- Mover o membro fraturado o mínimo possível;
- Transportar o animal com manipulação mínima para reduzir o movimento e dor no membro fraturado;
- Imobilização:
 - Qualquer objeto rígido [jornal enrolado, taco, tábua de madeira (lisa, para não causar mais lesão), etc] preso com qualquer tipo de fita ou tiras de tecido;
 - As articulações acima ou abaixo da fratura devem ser imobilizadas;
 - Evitar tala se esta estiver a causar mais lesão ou stresse ao animal.

18. O animal apresenta alguma ferida penetrante?

SIM

NÃO

Notas:

Aconselhamento:

- Tórax: colocar o animal em decúbito lateral, com o lado afetado para baixo;
- Cobrir a ferida com toalhas/panos limpos e humedecidos com água ou solução salina;
- Na existência de um corpo estranho, deixar o objeto no lugar e posicionar o animal com o lado onde se encontra o objeto para cima.

19. O animal apresenta algum osso/cavidade/órgão exposto?

SIM

NÃO

Notas:

Aconselhamento:

- Tórax: colocar o animal em decúbito lateral, com o lado afetado para baixo;
- Cobrir a ferida com toalhas/panos limpos e humedecidos com água ou solução salina;
- Na existência de um corpo estranho, deixar o objeto no lugar e posicionar o animal com o lado onde se encontra o objeto para cima.

20. O animal apresenta queimaduras?

SIM

NÃO

Notas:

Aconselhamento:

- Aplicar compressas/toalhas/panos limpos embebidos em água fria sobre a área queimada.

Por forma a cumprir o objetivo de encurtamento do tempo necessário para a realização do inquérito em situação real, põe-se a seguinte relação entre questões:

- No caso de a resposta à questão n.º 1 ser “SIM”, assume-se a opção “SIM” para as questões n.º 3 e 6.
- No caso de a resposta à questão n.º 1 ser “NÃO”, assume-se a opção “NÃO” para as questões n.º 2 e 5.
- No caso de a resposta à questão n.º 3 ser “NÃO”, oculta-se a questão n.º 4 (sem atribuição de cotação) e assume-se a opção “NÃO” para a questão n.º 5.
- No caso de a resposta à questão n.º 18 ser “NÃO”, assume-se a opção “NÃO” para a questão n.º 19.

1.6 Implementação

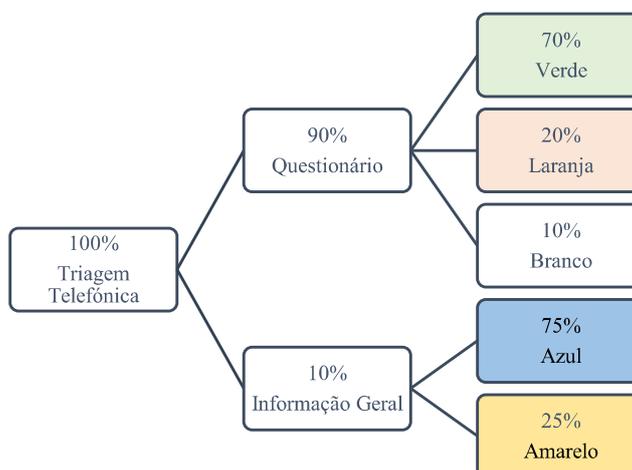
A percentagem total da Triagem Telefónica (100%) divide-se em:

- 10% atribuídos à Informação Geral;
- 90% atribuídos ao Questionário.

Tendo em conta a relevância do conteúdo de determinadas perguntas e/ou respostas, são atribuídas diferentes cotações a alguns grupos de questões, como especificado abaixo, e de acordo com o esquema de cores atribuído às questões no Capítulo anterior.

- Informação Geral (10%)
 - Ao grupo de informações salientadas a azul (Idade, História Progressiva Relevante e Tempo Estimado de Chegada), serão atribuídos 75% da percentagem total da Informação Geral;
 - Ao grupo de informações salientadas a amarelo (Género, Condição Corporal, Medicação Atual e Alergias), serão atribuídos 25% da percentagem total da Informação Geral;
 - As informações não salientadas não têm atribuição de cotação.
- Questionário (90%)
 - Ao grupo de questões realçadas a verde (1, 3, 6 e 8), serão atribuídos 70% da percentagem total do Questionário, por se tratar de questões mais críticas;
 - Ao grupo de questões realçadas a laranja (4, 7, 13 e 16), serão atribuídos 20% da percentagem total do Questionário, por se tratar de situações relativamente críticas;
 - As questões não realçadas terão a menor cotação atribuída (10%), por exclusão de partes.

Fluxograma n.º 2 – Distribuição de Percentagens da Triagem Telefónica



A Tabela que se segue especifica o peso e a cotação atribuídos a cada questão da Triagem Telefónica, tendo em conta a subdivisão do inquérito à qual pertence, bem como ao relevo do seu conteúdo, por forma a explicar o seu método de implementação para aplicação prática.

Tabela nº. 6 – Implementação da Triagem Telefónica - Identificador da Pergunta (ID), Questão e Cotação. As questões da Informação Geral representam 10% do peso total do inquérito, sendo que as questões sombreadas a amarelo têm um peso de 25% e as questões sombreadas a azul um peso de 75%. A secção Questionário tem um peso de 90% do inquérito, em que as questões sombreadas a verde têm um peso de 70%, as questões sombreadas a laranja têm um peso de 20% e as restantes um peso de 10%. A cotação de cada pergunta toma valores entre 0 e 1 pontos ou não avaliadas (n.a.). A indicação n.s./n.r. corresponde às perguntas em que o tutor não sabe/não responde à questão.

INFORMAÇÃO GERAL	Animal	ID	Questão	Cotação	Peso (%)	
		I.1	Nome	n.a.		
		I.2	Motivo da Chama	n.a.		
		I.3	Espécie	Cão	n.a.	
				Gato	n.a.	
				Outro	n.a.	
		I.4	Raça	n.a.		
		I.5	Género	Macho	1	25
				Fêmea	0	25
		I.6	Idade	<2 semanas	1	75
>8 anos	1			75		
Outro	0			75		
I.7	Peso	n.a.				
I.8	Condição Corporal	<5	1	25		
		5	0	25		
		>5	1	25		

QUESTIONÁRIO		I.9	História Progressa Relevante	Sim	1	75	
				Não	0	75	
		I.10	Medicação Atual	Sim	1	25	
				Não	0	25	
		I.11	Alergias	Sim	1	25	
				Não	0	25	
	Tutor	I.12	Nome			n.a.	
		I.13	Número de ficha			n.a.	
		I.14	Contacto Telefónico			n.a.	
		I.15	Localização			n.a.	
		I.16	Tempo de chegada	<10 minutos	0	75	
	>10 minutos			1	75		
		Q.1	O animal encontra-se consciente?	Sim	0	70	
				Não	Demonstra consciência sob estímulo	0.3	70
					Não demonstra consciência sob estímulo	0.5	70
					n.s./n.r.	0.2	70
Q.2		O animal consegue movimentar-se/manter-se em estação?	Sim	0	10		
			Não	1	10		
Q.3		O animal respira?	Sim	0	70		
			Não	<2 min	0.3	70	
				>2 min	0.5	70	
				n.s./n.r.	0.2	70	
Q.4	Qual o modo de respiração?	Normal	0	20			
		Alterado	1	20			
Q.5	O animal apresenta tosse?	Sim	<3 semanas	0.3	10		

			>3 semanas	0.5	10
			n.s./n.r.	0.2	10
		Não		0	10
Q.6	Existe sinal de função cardíaca?	Sim		0	70
		Não	<4 min	0.3	70
			>4 min	0.5	70
			n.s./n.r.	0.2	70
Q.7	Qual a cor das membranas mucosas?	Normal		0	20
		Alterado		0.9	20
		n.s./n.r.		0.1	20
Q.8	O animal está a experienciar ativamente uma convulsão?	Sim	<2 min	0.3	70
			>2 min	0.5	70
			n.s./n.r.	0,2	70
		Não		0	70
Q.9	Existe suspeita de ingestão/exposição a alguma substância potencialmente tóxica?	Sim	<30 min	0.3	10
			>30 min	0.5	10
			n.s./n.r.	0.2	10
		Não		0	10
Q.10	O animal come?	Sim		0	10
		Não	<3 dias	0.3	10
			>3 dias	0.5	10
			n.s./n.r.	0.2	10
Q.11	O animal vomita?	Sim	<1-2 semanas	0.3	10
			>1-2 semanas	0.5	10
			n.s./n.r.	0.2	10
		Não		0	10
Q.12	O animal apresenta diarreia?	Sim	<7-14 dias	0.3	10
			>7-14 dias	0.5	10

		n.s./n.r.	0.2	10	
		Não	0	10	
Q.13	O animal urina?	Sim	0	20	
		Não	<24 horas	0.3	20
			>24 horas	0.5	20
			n.s./n.r.	0.2	20
Q.14	O animal apresenta o abdómen distendido/dor à palpação abdominal?	Sim	1	10	
		Não	0	10	
Q.15	O animal sofreu algum traumatismo?	Sim	1	10	
		Não	0	10	
Q.16	O animal apresenta hemorragia ativa?	Sim	1	20	
		Não	0	20	
Q.17	O animal apresenta alguma fratura óbvia?	Sim	1	10	
		Não	0	10	
Q.18	O animal apresenta alguma ferida penetrante?	Sim	1	10	
		Não	0	10	
Q.19	O animal apresenta algum osso/cavidade /órgão exposto?	Sim	1	10	
		Não	0	10	
Q.20	O animal apresenta queimaduras?	Sim	1	10	
		Não	0	10	

O cálculo de cada uma das partes da Triagem Telefónica foi feito tendo em conta a pontuação de cada uma das respostas e o peso dado a cada questão, seguindo as expressões (1) e (2) para o cálculo da percentagem definida para a Informação Geral e para o Questionário, respetivamente. Sendo $C_{I,i}$ e $P_{I,i}$ a cotação e o peso da questão para a Informação Geral e $C_{Q,i}$ e $P_{Q,i}$ a cotação e o peso de cada pergunta do Questionário:

$$PercentagemIG = \sum_{i=1}^i C_{I,i} \times P_{I,i} \quad (1)$$

$$PercentagemQ = \sum_{i=1}^i C_{Q,i} \times P_{Q,i} \quad (2)$$

Conjugando as duas fórmulas e tendo em conta o peso dado a cada uma das partes do inquérito, a percentagem total é obtida através de uma média pesada – equação (3).

$$Percentagem\ Total = \frac{PercentagemIG \times 0.1 + PercentagemQ \times 0.9}{3.052} \quad (3)$$

1.7 Resultado

Tendo em conta todas as informações explicitadas no capítulo anterior e após a aplicação das fórmulas descritas no mesmo, o resultado da Triagem Telefónica será, enfim, expresso em percentagem, a qual representa a prioridade de triagem do paciente de emergência ao qual for aplicada em situação real.

Para efeitos de uniformização e potencialidade de comparação com o processo de Adaptação da Escala de Acuidade de Triagem Canadiana (CTAS) – Parte 2 do Trabalho de Projeto -, os resultados da Triagem Telefónica traduzir-se-ão numa escala de 5 níveis, sendo o Nível 1, definido como Reanimação, representativo de pacientes em situações mais críticas e o Nível 5, definido como Não Urgente, representativo de pacientes em situações menos críticas.

Inclusivamente, o código de cores definido para a escala de resultados será coadunado com o processo suprarreferido, como demonstrado na tabela que se segue.

Tabela nº. 7 – Resultado Final da Triagem Telefónica

Percentagem	Nível	Avaliação
>80% - 100%	1	Reanimação
>60% - 80%	2	Emergente
>40% - 60%	3	Urgente
>20% - 40%	4	Pouco Urgente
0% - 20%	5	Não Urgente

1.8 Relatório Final

Após o término da execução do processo de Triagem Telefónica, a informação recolhida acerca da situação de emergência deverá ser transmitida pelo RAC à equipa médico-veterinária de serviço, de forma a permitir a sua preparação, quer no que se refere a material necessário, quer em termos psicológicos.

Para tal, foi formulado um “Relatório Final da Triagem Telefónica” que tem como objetivo padronizar a divulgação da informação, bem como facilitar a sua interpretação por parte da equipa médico-veterinária e reduzir o tempo necessário para a sua assimilação (Ver **Anexo A**).

Figura nº. 2 – Relatório Final da Triagem Telefónica (frente)

Data: / /		R.A.C.:
Hora: h min		
Triagem Telefónica		
Tutor		
Nome: _____	Contacto Telef.: _____	
N.º de Ficha ¹ : _____	T.E.C. ² : _____	
Animal		
Nome: _____	Idade: _____	
Especie: _____	Peso: _____	
Raça: _____	Condição Corporal: _____	
Género: _____		
Informação Geral		
História Progressiva:		
Medicação Atual:		
Alergias:		
Questionário		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
Resultado		
Percentagem	Nível	Avaliação
X %	Y

¹Preencher se existente.
²Tempo Estimado de Chegada

Visto que este Relatório Final será elaborado automaticamente, por meio do programa informático desenhado para o efeito (ver Capítulo 1.9), seguem-se as diretrizes estipuladas para o preenchimento dos dados referentes à Informação Geral e ao Questionário (sendo que, nos pontos não mencionados abaixo, a informação é disposta consoante o preenchimento dos campos destinados a tal durante o processo de Triagem Telefónica), por forma a cumprir os objetivos propostos e previamente mencionados.

Informação Geral

- História Pregressa Relevante:
 - Resposta “SIM” – “Existência de História Pregressa Relevante”
 - Notas: _____
 - Resposta “NÃO” – ponto “História Pregressa Relevante” oculto
- Medicação Atual
 - Resposta “SIM” – “Medicação atual”
 - Notas: _____
 - Resposta “NÃO” – ponto “Medicação Atual” oculto
- Alergias
 - Resposta “SIM” – “Existência de alergias”
 - Notas: _____
 - Resposta “NÃO” – ponto “Alergias” oculto

Questionário

1. O animal encontra-se consciente?
 - a. Resposta “SIM” – questão oculta
 - b. Resposta “NÃO” – “Animal inconsciente”
 - i. Demonstra consciência sob estímulo
 - ii. Não demonstra consciência sob estímulo
 - iii. Não sabe responder – ponto oculto
 - c. Notas: _____

2. O animal consegue movimentar-se/manter-se em estação?
 - a. Resposta “SIM” – questão oculta
 - b. Resposta “NÃO” – “Não consegue movimentar-se/manter-se em estação”
 - c. Notas: _____
3. O animal respira?
 - a. Resposta “SIM” – questão oculta
 - b. Resposta “NÃO” – “Não respira”
 - i. Há menos de 2 minutos
 - ii. Há mais de 2 minutos
 - iii. Não sabe responder – ponto oculto
 - c. Notas: _____
4. Qual o modo de respiração?
 - a. Resposta “NORMAL” – questão oculta
 - b. Resposta “ALTERADO” – “Modo de respiração alterado”
 - c. Notas: _____
5. O animal apresenta tosse?
 - a. Resposta “SIM” – “Existência de tosse”
 - i. Há menos de 3 semanas
 - ii. Há mais de 3 semanas
 - iii. Não sabe responder – ponto oculto
 - b. Resposta “NÃO” – questão oculta
 - c. Notas: _____
6. Existe sinal de função cardíaca?
 - a. Resposta “SIM” – questão oculta
 - b. Resposta “NÃO” – “Não existe função cardíaca”
 - i. Há mais de 4 minutos
 - ii. Há menos de 4 minutos
 - iii. Não sabe responder – ocultar subalínea
 - c. Notas: _____
7. Qual a cor das membranas mucosas?
 - a. Resposta “NORMAL” – questão oculta
 - b. Resposta “ALTERADA” – “Coloração anormal das membranas mucosas”
 - c. Não sabe responder – ponto oculto

- d. Notas: _____
8. O animal está a experienciar ativamente uma convulsão?
- Resposta “SIM” – “Existência de convulsão ativa”
 - Há menos de 2 minutos
 - Há mais de 2 minutos
 - Não sabe responder – subalínea oculta
 - Resposta “NÃO” – questão oculta
 - Notas: _____
9. Existe suspeita de ingestão/exposição a alguma substância potencialmente tóxica?
- Resposta “SIM” – “Ingestão/exposição a substancia potencialmente tóxica”
 - Há menos de 30 minutos
 - Há mais de 30 minutos
 - Não sabe responder – ponto oculto
 - Resposta “NÃO” – questão oculta
 - Notas: _____
10. O animal come?
- Resposta “SIM” – questão oculta
 - Resposta “NÃO” – “Não come”
 - Há menos de 3 dias
 - Há mais de 3 dias
 - Não sabe responder – ponto oculto
 - Notas: _____
11. O animal vomita?
- Resposta “SIM” – “Existência de vômito”
 - Há menos de 1-2 semanas
 - Há mais de 1-2 semanas
 - Não sabe responder – ponto oculto
 - Resposta “NÃO” – questão oculta
 - Notas: _____
12. O animal apresenta diarreia?
- Resposta “SIM” – “Existência de diarreia”
 - Há menos de 7-14 dias
 - Há mais de 7-14 dias

- iii. Não sabe responder – ponto oculto
 - b. Resposta “NÃO” – questão oculta
 - c. Notas: _____
13. O animal urina?
- a. Resposta “SIM” – questão oculta
 - b. Resposta “NÃO” – “Não urina”
 - i. Há menos de 24 horas
 - ii. Há mais de 24 horas
 - iii. Não sabe responder – ponto oculto
 - c. Notas: _____
14. O animal apresenta o abdômen distendido/dor à palpação abdominal?
- a. Resposta “SIM” – “Abdômen distendido/Dor à palpação abdominal”
 - b. Resposta “NÃO” – questão oculta
 - c. Notas: _____
15. O animal sofreu algum traumatismo?
- a. Resposta “SIM” – “Ocorrência de traumatismo”
 - b. Resposta “NÃO” – questão oculta
 - c. Notas: _____
16. O animal apresenta hemorragia ativa?
- a. Resposta “SIM” – “Presença de hemorragia ativa”
 - b. Resposta “NÃO” – questão oculta
 - c. Notas: _____
17. O animal apresenta alguma fratura óbvia?
- a. Resposta “SIM” – “Existência de fratura”
 - b. Resposta “NÃO” – questão oculta
 - c. Notas: _____
18. O animal apresenta alguma ferida penetrante?
- a. Resposta “SIM” – “Existência de ferida penetrante”
 - b. Resposta “NÃO” – questão oculta
 - c. Notas: _____
19. O animal apresenta algum osso/cavidade/órgão exposto?
- a. Resposta “SIM” – “Existência de osso/cavidade/órgão exposto”
 - b. Resposta “Não” – questão oculta

c. Notas: _____

20. O animal apresenta queimaduras?

a. Resposta “SIM” – “Existência de queimaduras”

b. Resposta “NÃO” – questão oculta

c. Notas: _____

Na secção referente ao Resultado Final da Triagem Telefónica, será automaticamente inserida a linha da tabela que se segue que corresponda ao resultado obtido no final do processo.

Tabela nº. 8 – Resultado Final da Triagem Telefónica a Discriminar no Relatório Final

Percentagem	Nível	Avaliação
>80% - 100%	1	Reanimação
>60% - 80%	2	Emergente
>40% - 60%	3	Urgente
>20% - 40%	4	Pouco Urgente
0% - 20%	5	Não Urgente

Para além das especificações previamente mencionadas, no verso da folha do Relatório Final estará disposto o Questionário completo da Triagem Telefónica, com a finalidade de permitir à equipa médico-veterinária consultá-lo de uma forma imediata aquando do surgimento de dúvidas durante a interpretação deste documento (Ver **Anexo B**).

Figura nº. 3 – Relatório Final da Triage Telefónica (verso)

Questionário	
1. O animal encontra-se consciente?	
i. SIM	
ii. NÃO	
i. Demonstra consciência sob estímulo	
ii. Não demonstra consciência sob estímulo	
iii. Não sabe responder	
2. O animal consegue movimentar-se/manter-se em estação?	
i. SIM	
ii. NÃO	
3. O animal respira?	
i. SIM	
ii. NÃO	
i. Há menos de 2 minutos	
ii. Há mais de 2 minutos	
iii. Não sabe responder	
4. Qual o modo de respiração?	
i. NORMAL	
ii. ALTERADO	
5. O animal apresenta tosse?	
i. SIM	
i. Há menos de 3 semanas	
ii. Há mais de 3 semanas	
iii. Não sabe responder	
ii. NÃO	
6. Existe sinal de função cardíaca?	
i. SIM	
ii. NÃO	
i. Há menos de 4 minutos	
ii. Há mais de 4 minutos	
iii. Não sabe responder	
7. Qual a cor das membranas mucosas?	
i. NORMAL	
ii. ALTERADA	
8. O animal está a experienciar ativamente uma convulsão?	
i. SIM	
i. Há menos de 2 minutos	
ii. Há mais de 2 minutos	
iii. Não sabe responder	
ii. NÃO	
9. Existe suspeita de ingestão/exposição a alguma substância potencialmente tóxica?	
i. SIM	
i. Há menos de 30 minutos	
ii. Há mais de 30 minutos	
iii. Não sabe responder	
ii. NÃO	
10. O animal come?	
i. SIM	
ii. NÃO	
i. Há menos de 3 dias	
ii. Há mais de 3 dias	
iii. Não sabe responder	
11. O animal vomita?	
i. SIM	
i. Há menos de 1-2 semana(s)	
ii. Há mais de 1-2 semana(s)	
iii. Não sabe responder	
ii. NÃO	
12. O animal apresenta diarreia?	
i. SIM	
i. Há menos de 7-14 dias	
ii. Há mais de 7-14 dias	
iii. Não sabe responder	
ii. NÃO	
13. O animal urina?	
i. SIM	
ii. NÃO	
i. Há menos de 24 horas	
ii. Há mais de 24 horas	
iii. Não sabe responder	
14. O animal apresenta o abdómen distendido/dor à palpação abdominal?	
i. SIM	
ii. NÃO	
15. O animal sofreu algum traumatismo?	
i. SIM	
ii. NÃO	
16. O animal apresenta hemorragia ativa?	
i. SIM	
ii. NÃO	
17. O animal apresenta alguma fratura óbvia?	
i. SIM	
ii. NÃO	
18. O animal apresenta alguma ferida penetrante?	
i. SIM	
ii. NÃO	
19. O animal apresenta algum osso/cavidade /órgão exposto?	
i. SIM	
ii. NÃO	
20. O animal apresenta queimaduras?	
i. SIM	
ii. NÃO	

1.9 Programa Informático

A dinâmica do método de Triagem Telefónica proposto ao longo deste trabalho encontra-se suportada numa aplicação *web* desenvolvida em colaboração com a empresa 4ALL Software®, que tem como objetivo exemplificar a sua aplicação em situações reais de forma concreta perante a ótica do leitor.

Por conseguinte, a aplicação *web* foi concebida de forma a preencher os seguintes requisitos funcionais:

- Adequação – capacidade de implementar o conjunto de funções e tarefas pretendidas;
- “*Accuracy*” – fornecimento de resultados da percentagem final com um elevado grau de precisão;
- Portabilidade e interoperabilidade – possibilidade de implementação em qualquer sistema operativo e/ou integração em sistemas previamente existentes;
 - Instalação não necessária – carregamento efetuado diretamente a partir do *browser*;
- Segurança no acesso – acesso realizado através de *login/logout*;
- Conformidade – encontra-se de acordo com as diretivas previstas para a sua funcionalidade;
- Desempenho – capacidade de manter um nível de desempenho necessário para o exercício da função prevista;
- Recuperabilidade – em caso de falha, qualquer inquérito que tenha sido previamente iniciado pode ser recuperado a partir do ponto em que se encontrava, bem como ser retomado;
- Usabilidade – pode ser facilmente compreendido e operado por qualquer utilizador;
- Eficiência – apresenta resultado de forma rápida, tendo em conta os recursos disponíveis (máquina, humano, etc.).

Para além disso, a aplicação *web* cumpre, também, as seguintes premissas:

- As perguntas encontram-se organizadas hierarquicamente;
- O cálculo do valor de cada questão é efetuado de forma automática;
- Em caso de o inquérito não ser concluído, o resultado é dado de forma correspondente às respostas já preenchidas.

O Manual de Utilização da aplicação web pode ser consultado no **Anexo C**.

1.10 Educação do Tutor

A Triagem Telefónica é uma metodologia eficiente que viabiliza a organização e preparação das equipas médicas para o surgimento de situações emergentes, quer em Medicina Veterinária, quer em Medicina Humana, na qual o RAC é responsável por recolher o máximo de informação possível acerca da natureza da emergência, por forma a permitir que as mesmas equipas sejam capazes de lidar com estes casos de forma eficaz.

Em parte, este recurso encontra-se dependente da capacidade dos tutores de animais de companhia em reconhecer uma situação de emergência, bem como de identificar o momento mais apropriado para entrar em contacto com o CAMV (Williams et al., 2017).

Em 2017, Williams *et al.* realizaram um estudo retrospectivo a partir do registo de chamadas (n=1000) de um CAMV com serviço de emergência localizado nas Midlands Ocidentais, um condado britânico, após se depararem com a inexistência de dados referentes à prática médico-veterinária de emergência quanto ao reconhecimento de situações urgentes pelos tutores, ao invés da percentagem conhecida (7%) de chamadas telefónicas recebidas em Medicina Humana relativas a situações não urgentes, número este que sugere a escassez de educação respeitante a este tópico pela população no geral.

Ao longo deste trabalho foram enumerados os motivos das chamadas telefónicas recebidas e, posteriormente, através de uma análise temática de identificação de todos os pretextos que levaram os tutores a entrar em contacto com o CAMV, tais motivos foram subdivididos em 8 categorias conforme a literatura veterinária, que se converteram nos resultados indicados:

1. Dispneia e asfixia – 4%;
2. Hemorragias e feridas abertas – 14%;
3. Intoxicação – 5%;
4. Choque sistémico, colapso e distocia – 10%;
5. Convulsões – 4%;
6. Traumatismo contuso, fraturas, queimaduras e luxações – 4%;
7. Lesões oculares – 4%;
8. Situações não emergentes.

Para além disto, foram também enumeradas as espécies de animais de companhia identificadas no registo de chamadas, sendo 67% referentes a cães, 27% a gatos e 3% a coelhos.

Perante isto, os investigadores concluíram que 45% dos motivos de chamadas de urgência se enquadravam numa das 8 categorias definidas pelos mesmos, o que faz com que o restante da percentagem (55%) seja atribuído a motivos não emergentes. Entre os 55%, foi, também, verificado que, entre as espécies identificadas, os tutores de cães foram os que mais vezes entraram em contacto com o CAMV devido a situações não consideradas urgentes (67% da totalidade de chamadas efetuadas por tutores de cães), seguidos pelos tutores de gatos (56% da totalidade de chamadas efetuadas por tutores de gatos), e por fim os tutores de coelhos (49% da totalidade de chamadas efetuadas por tutores de coelhos).

Por conseguinte, conclui-se neste trabalho que a grande percentagem (49% a 67%) de tutores de animais de companhia não são capazes de reconhecer com precisão situações de emergência nos seus animais, sendo este número muito elevado comparativamente ao verificado na Medicina Humana. Este cenário apurado por Williams *et al.* leva os autores à conclusão de que a educação dos tutores relativamente às condições clínicas e médicas que requerem tratamento de emergência é veemente recomendada para, entre outros motivos, diminuir o número de chamadas sem fundamento de cariz emergente (Williams et al., 2017).

Já Faggella, em 1994, evidenciou a tese previamente descrita, defendendo que todos os tutores de animais de companhia deverão estar preparados para lidar com episódios de natureza urgente, antes dos mesmos sucederem. Como tal, é recomendado que, como parte da rotina de comunicação entre o cliente e o CAMV, os tutores deverão estar informados acerca do horário de funcionamento do estabelecimento, bem como da existência/inexistência de serviço de emergência fora dos referidos horários (e da extensão de tais serviços) e do número de contacto disponível. Para além disto, os Médicos Veterinários poderão beneficiar os tutores e respetivos animais de companhia através da oferta de *workshops* ou instruções acerca de primeiros socorros e reanimação cardiopulmonar, assim como da elucidação das predisposições raciais para determinadas raças de animais, designadamente para os seus animais de companhia (ex.: afeções das vias aéreas superiores em Bulldogs e dilatação gástrica em Dogues Alemães, entre outras).

Resumidamente, numa abordagem pragmática, é fundamental ter em consideração que a preparação dos tutores para situações de emergência é insuficiente e que, geralmente, perante as mesmas, a primeira opção será entrar em contacto com o CAMV por via telefónica. Por conseguinte, a equipa de emergência deverá reger-se pela máxima de que a gestão pré-hospitalar pode determinar o resultado final de uma situação de emergência (Faggella, 1994).

Parte 2. Adaptação da
Escala de Acuidade de
Triagem Canadiana
(CTAS): Manual de
Implementação

2.1 CTAS (Processo Original)

Este Capítulo tem por objetivo detalhar a metodologia da Escala de Acuidade de Triagem Canadiana na Medicina Humana, a qual servirá de matriz ao processo de triagem CTAS adaptado desenvolvido ao longo deste trabalho.

A acuidade na triagem define-se como a percepção da prioridade clínica de um paciente e tem que ver com a urgência do encaminhamento do mesmo para a instituição de tratamento de urgência.

Sendo uma escala de 5 níveis, que se destaca de outros modelos de triagem existentes (nomeadamente, de 3 níveis) pela sua estreita correlação com a utilização de recursos, taxas de admissão de doentes nos Departamentos de Emergência, duração do tratamento de emergência, frequência da transferência de doentes para unidades de cuidados intensivos e mortalidade hospitalar, esta escala foi selecionada para a adaptação devido à proximidade da sua organização com a abordagem aos pacientes de emergência realizada na Medicina Veterinária. O seu processo de avaliação de doentes correlaciona parâmetros anamnésicos com sinais clínicos e sinais vitais, não só determinando a prioridade de tratamento na chegada do paciente ao Departamento de Emergência, mas também ao longo do seu período de espera, estipulando *timings* específicos para a reavaliação (Christ et al., 2010).

Para além disso, esta é uma escala que apresenta um elevado grau de validade e fiabilidade ($k=0,68$ a $0,89$), comprovados ao longo de 8 estudos realizados em pacientes de emergência ($n=50$ a 32261) (Christ et al., 2010).

Posto isto, seguidamente serão discriminadas todas as etapas que compõem a aplicação da Escala de Acuidade de Triagem Canadiana nos Departamentos de Emergência de Medicina Humana.

Em 1995, a Associação Canadiana de Médicos de Emergência (CAEP) propôs a utilização de uma escala de triagem única de 5 níveis em todos os Departamentos de Emergência do Canadá. Esta escala foi baseada na Escala Nacional de Triagem (NTS),

implementada na Austrália em 1994. No fim da década de 90 (Christ et al., 2010), foi aprovada a Escala de Acuidade de Triagem Canadiana (CTAS), em conjunto entre o CAEP e a *National Emergency Nurses Affiliation* (NENA) (Beveridge et al., 1999).

A CTAS é, portanto, baseada numa escala de 5 níveis, sendo que o Nível 1 (Reanimação) representa os pacientes mais críticos e o Nível 5 (Não Urgente) representa os pacientes menos críticos. A determinação de um Nível CTAS é realizada através do estabelecimento de uma relação entre o motivo de urgência apresentado pelo paciente e as suas potenciais causas, conforme definido pelos sinais clínicos. Para além disso, outros fatores, denominados Modificadores, incrementam a determinação de um nível de prioridade.

Cada nível CTAS é baseado na necessidade de intervenções médicas que o paciente possa vir a experienciar e na dinâmica das mesmas para prevenir ou mitigar qualquer ameaça à vida ou a membros do paciente.

Em seguida, serão definidos cada um dos 5 níveis CTAS utilizados na Medicina Humana, bem como os tipos de pacientes que se enquadram em cada um deles.

Tabela nº. 9 – Níveis CTAS

Nível 1	Reanimação
Nível 2	Emergente
Nível 3	Urgente
Nível 4	Pouco Urgente
Nível 5	Não Urgente

Fonte: Adaptado de CAEP, 2013

Nível 1 (Reanimação)

“Condições consideradas como ameaças à vida ou a membros ou com risco iminente de deterioração, que exijam intervenções agressivas imediatas. O seu tratamento é, geralmente, iniciado no ambiente pré-hospitalar e são necessários esforços agressivos ou de reanimação imediatamente após a chegada ao Departamento de Emergência. Inclui todas as paragens cardiorrespiratórias, incluindo as fases pré ou pós-paragem, qualquer paciente que precise de suporte das vias aéreas e ventilação ou suporte circulatório. Essencialmente, estes pacientes apresentam um problema relacionado com os ABCs, exigindo intervenção imediata ou tratamento contínuo.” (Ministry of Health and Long-Term Care: Emergency Health Services Branch)

Nível 2 (Emergente)

“Condições que são uma ameaça potencial à vida, membro ou função e que requerem intervenções médicas rápidas e o uso de atos médicos específicos relativamente à situação médica clínica em causa. Estes pacientes apresentam doenças ou lesões graves e têm potencial para uma deterioração rápida e que pode exigir a instalação de procedimentos de reanimação. Estes precisam de tratamento imediato para estabilizar problemas em desenvolvimento e tratar condições agudas. A estes pacientes foram, muitas vezes, aplicados atos controlados no local da ocorrência (ou seja, Diretivas Médicas ALS PCS), mas requerem intervenção e tratamento rápidos adicionais.” (Ministry of Health and Long-Term Care: Emergency Health Services Branch)

Nível 3 (Urgente)

“Condições que, potencialmente, poderão progredir para um problema grave que requer intervenções de emergência. Pode estar associado a um desconforto significativo ou afetar a capacidade funcional no trabalho ou em atividades da vida diária. Estes pacientes apresentam sinais vitais normais, mas o problema apresentado sugere um processo agudo mais grave. Estes geralmente apresentam dor aguda moderada (escala de dor 4-7/10) e é nesta categoria de pacientes que as escalas de dor são usadas com maior

frequência na atribuição da prioridade.” (Ministry of Health and Long-Term Care: Emergency Health Services Branch).

Nível 4 (Pouco urgente)

“Condições relacionadas com a idade, sofrimento, potencial de deterioração ou complicações do paciente que beneficiarão da intervenção ou avaliação. Estes pacientes, normalmente, apresentam sinais vitais estáveis e níveis mais baixos nas escalas de dor. A gravidade potencial do problema com base na queixa principal não é tão aguda quanto nos níveis que representam maior prioridade. A necessidade de intervenção aguda não é tão grande e os pacientes podem não exigir o uso de diretrizes médicas. Muitos pacientes com doença crónica sem exacerbação aguda significativa da sua condição podem enquadrar-se nesta categoria.” (Ministry of Health and Long-Term Care: Emergency Health Services Branch)

Nível 5 (Não Urgente)

“Condições que podem ser agudas, mas não urgentes, bem como condições que podem fazer parte de um problema crónico com ou sem evidência de deterioração. A avaliação ou intervenções para algumas destas doenças ou lesões podem ser adiadas e o uso potencial de diretrizes médicas é limitado. Estas são verdadeiramente queixas menores que não representam nenhum risco imediato para o paciente. O grau de dor é limitado nestes pacientes.” (Ministry of Health and Long-Term Care: Emergency Health Services Branch)

2.1.1. Código de Cores CTAS

Além de uma escala numérica, a CTAS apresenta uma cor definida para cada nível de prioridade, como forma de a equipa médica identificar mais rapidamente o nível atribuído a cada paciente de forma visual. É de notar que o código de cores em nada interfere na aplicação da CTAS, representando unicamente um meio de identificação visual da priorização de tratamento e avaliação (ver **Tabela nº. 9**).

2.1.2. Processo CTAS

O processo de triagem CTAS segue uma ordem definida de etapas:

1. Chegada do doente e "*Critical First Look*";
2. Controlo de doenças infecciosas;
3. Anamnese e avaliação do paciente para determinar o motivo da urgência (queixa) e o nível de prioridade da triagem. Isto envolve uma avaliação subjetiva e objetiva, além da aplicação de modificadores apropriados;
4. Estabelecimento da decisão de triagem e atribuição de um nível de prioridade;
5. Atribuição do paciente a uma área de tratamento ou sala de espera com base na prioridade e disponibilidade de recursos;
6. Início do alívio dos sinais clínicos ou outras diretrizes médicas para pacientes designados para a sala de espera, quando apropriado;
7. Reavaliação dos doentes da sala de espera conforme as diretrizes da CTAS, sempre que possível.

2.1.2.1. Chegada do Doente

Visto que, na Medicina Humana, os pacientes chegam, frequentemente, por meio de ambulâncias aos Departamentos de Emergência, nesta etapa, o profissional de triagem deverá atentar ao relatório pré-hospitalar e ter em consideração todas as informações da equipa pré-hospitalar; no entanto, este deve avaliar pessoalmente o paciente para fazer uma avaliação independente da sua condição e nível de prioridade.

2.1.2.2. “Critical Look”

Quando o paciente chega ao departamento de emergência, o profissional de triagem deve realizar o *Critical Look*, que se baseia na aplicação da verificação rápida "ABCD" ou do triângulo de avaliação pediátrica:

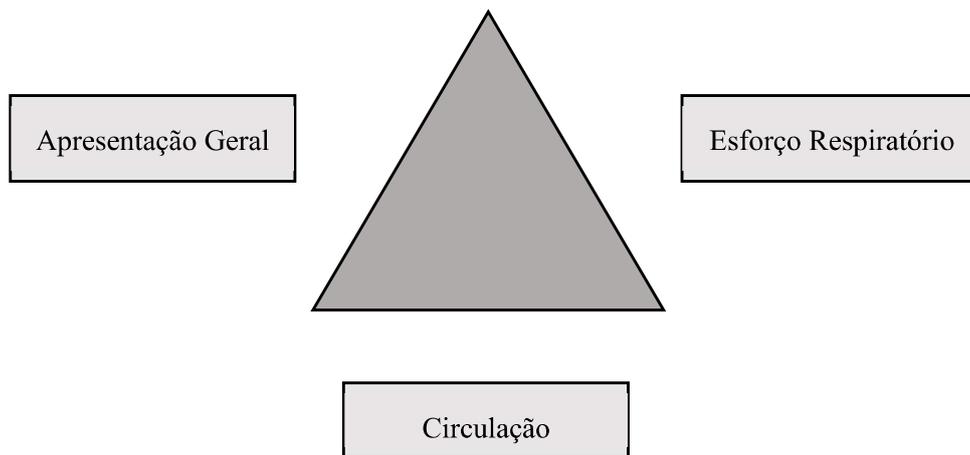
A – *Airway* - Vias aéreas

B – *Breathing* - Respiração

C – *Circulation* - Circulação

D – *Disability* - Incapacidade (neurológica)

Figura nº. 4 – Triângulo de Avaliação Pediátrica



O *Critical Look* deverá ter a duração de três a cinco segundos.

Se, nesta etapa, o profissional de triagem identificar uma necessidade imediata de intervenção, deverá direcionar o paciente para a área de tratamento apropriada e documentar o *Critical Look* e outras informações relevantes. Nunca deverá adiar o início do tratamento crítico necessário.

2.1.2.3. Controlo de Infecções

Na Medicina Humana, muitos hospitais canadenses determinaram que todos os pacientes devem ser rastreados para doenças respiratórias febris (FRI) e doenças do tipo influenza (ILI). Isto pode ser realizado por meio de investigação verbal (o método preferencial) ou pelo relato do paciente. Se for compatível, deverão ser implementadas medidas de proteção, usando as informações mais recentes disponíveis em boletins de saúde pública, avisos do OMHLTC, *Health Canada*, Centro de Controlo de Doenças, Organização Mundial de Saúde, etc.

Dependendo da prioridade do paciente, a pré-avaliação para o Controlo de Infecções pode ser realizada em simultâneo com o *Critical Look* e a transferência para uma área de tratamento.

2.1.2.4. Avaliação Subjetiva

A avaliação subjetiva é o relato do paciente sobre os seus sinais clínicos, lesão ou doença. Ao obter essa avaliação, é importante estabelecer um relacionamento com o paciente, explorar o histórico da queixa apresentada e esclarecer a linguagem e as descrições usadas pelo paciente.

2.1.2.5. Avaliação Objetiva

A avaliação objetiva ajuda a determinar o nível de prioridade do paciente, recorrendo a indicadores observáveis, como feridas, erupções cutâneas, hemorragias, tosse, etc., além de verificar e registar sinais vitais, gravidade da dor, mecanismo de lesão e outros modificadores, como a determinação dos níveis séricos de glucose.

A avaliação detalhada da "cabeça aos pés" é feita mais tarde por um profissional de saúde na privacidade da área de tratamento.

2.1.2.6. Seleção do Motivo de Urgência (CEDIS)

Em última análise, o motivo da urgência é designado pelo profissional de triagem (embora muitas vezes corresponda à queixa do paciente). Quando existem várias queixas ou são observadas queixas conflituosas, o motivo de urgência resultará na pontuação CTAS mais alta e apropriada.

Os motivos de urgência estão detalhados numa lista designada *CEDIS Complaint List*, elaborada em 2008, que os organiza por categoria, por forma a facilitar a escolha e a designação do motivo de urgência mais adequado a cada paciente (ver **Anexo D**).

2.1.2.7. Atribuição do Nível CTAS

Com base no *Critical Look* e nas avaliações subjetiva e objetiva, o profissional de triagem atribui um nível de prioridade que dá resposta à seguinte questão:

"Qual é a prioridade do paciente?".

Os níveis de CTAS posicionam os pacientes em categorias com base na prioridade.

2.1.2.8. Doentes na Sala de Espera

O profissional de triagem deverá comunicar os próximos passos ao paciente e seus acompanhantes e aconselhar cada paciente/acompanhante a notificá-lo se a condição do paciente se alterar.

2.1.2.9. Reavaliação na Sala de Espera

Todos os pacientes em espera devem ser reavaliados dentro dos seguintes prazos:

Tabela nº. 10 – Tempos de Reavaliação

Nível 1	assistência médica contínua
Nível 2	a cada 15 minutos
Nível 3	a cada 30 minutos
Nível 4	a cada 60 minutos
Nível 5	a cada 120 minutos

Fonte: Adaptado de CAEP, 2013

A extensão da reavaliação depende da queixa apresentada, do nível inicial de triagem e de quaisquer alterações identificadas pelo paciente. O profissional de triagem deve documentar os achados da reavaliação e quaisquer alterações no nível de prioridade paciente; no entanto, o nível inicial nunca é alterado.

Fonte: Adaptado de CAEP, 2012.

2.2 Adaptação da Escala de Acuidade de Triagem Canadiana (CTAS Adaptado)

Este trabalho tem como objetivo a formulação de um sistema de triagem adaptado de um sistema de triagem de Medicina Humana, nomeadamente da Escala de Acuidade de Triagem Canadiana, que possa suprir todos os estabelecimentos prestadores de serviços Médico-Veterinários, que proporcionem serviço de urgências à população. Como objetivos secundários ao foco principal pretende-se, portanto, melhorar o desempenho das equipas médico-veterinárias em situações de stresse, aumentar a qualidade de serviços prestados e, conseqüentemente, aumentar o rendimento dos CAMV, verificado tanto a partir da melhoria de qualidade, como a partir de uma melhor gestão de tempo e de recursos.

Nos seguintes capítulos, o Processo CTAS Adaptado será explicado e detalhado por forma a ser possível implementá-lo em qualquer CAMV com prestação de serviços de urgências.

2.3 Processo CTAS Adaptado

O Processo CTAS Adaptado segue a seguinte ordem de etapas:

1. *Critical First Look*;
2. Controlo de Infeções;
3. Avaliação Subjetiva;
4. Avaliação Objetiva:
 - a. Modificadores de Primeira Ordem:
 - i. Sinais Vitais
 - 1) Avaliação Respiratória;
 - 2) Avaliação Cardiovascular;
 - 3) Avaliação Neurológica;
 - ii. Temperatura;
 - iii. Outros:
 - 1) Escala de Dor;
 - 2) Hemorragia;
 - 3) Mecanismo de Lesão;
 - b. Modificadores de Segunda Ordem:
 - i. Níveis Séricos de Glucose;
 - ii. Hematócrito;
 - iii. Desidratação;
 - iv. Pressão Arterial;
5. Atribuição do Nível CTAS;
6. Documentação;
7. Reavaliação no Internamento.

2.4 **Critical First Look**

À chegada ao CAMV, cada animal deverá ser avaliado rapidamente por um membro da equipa médico-veterinária para determinar se o mesmo requer tratamento imediato ou se este se encontra estável o suficiente para aguardar, caso necessário. Durante o *Critical Look*, é obtido um breve historial acerca da natureza da queixa primária e da sua progressão temporal (King & Boag, 2007).

O Médico Veterinário deve seguir uma abordagem sistemática da triagem para que nenhuma etapa seja negligenciada, ou seja, de modo a que nenhum sistema corporal seja avaliado sem atender às necessidades do sistema anterior, e para garantir a eficiência do processo (Rozanski & Rush, 2013; Artero, 2017).

Desta forma, a avaliação primária deverá ser rápida, com a duração máxima de apenas alguns minutos e avaliar o ABCD do paciente, de forma sequencial e registada por escrito, devendo concentrar-se na identificação dos tratamentos mais adequados para a estabilização do paciente (Artero, 2017).

2.4.1 **Avaliação Primária (ABCD)**

A avaliação primária amplifica as informações obtidas durante a averiguação do motivo de urgência. O objetivo da avaliação inicial é, portanto, determinar a estabilidade do paciente e identificar e tratar quaisquer condições de risco de vida imediato (King & Boag, 2007). De notar que, durante o *Critical Look*, a anamnese deverá ser breve, de modo a agilizar o processo de avaliação do paciente, sendo somente necessário questionar o tutor acerca da identificação do paciente (nome, idade, género, raça e se este é castrado ou inteiro), duração da queixa em questão, história de vacinação e medicação atual (Aldrige & O'Dwyer, 2013).

O ABCD da Medicina Veterinária de Emergência surge, então, como uma abordagem sistemática ao *Critical Look*, que se traduz por:

A – *Airway*, ou seja, Vias Aéreas;

B – *Breathing*, ou seja, Respiração;

C – *Cardiovascular*, ou seja, Cardiovascular;

D – *Disfunction or Disability of the CNS*, ou seja, Disfunção ou Incapacidade do Sistema Nervoso Central (Davis, 2012).

A disfunção em qualquer um destes sistemas pode revelar-se uma ameaça à vida e deve ser tratada o mais rapidamente possível, sendo os animais, para isso, encaminhados imediatamente para a área de tratamento para posterior avaliação mais aprofundada e tratamento (King & Boag, 2007).

Esta abordagem inicial deverá ser realizada de acordo com a disposição do animal, pois será este quem determinará a posição na qual será avaliado. Caso o animal esteja consciente, este define a posição de contenção. Por outro lado, se o paciente apresentar déficit de consciência, a posição-padrão de contenção e abordagem é o decúbito lateral direito (exceto na presença de lesão torácica grave que exija a avaliação em decúbito contralateral) (Rabelo, 2013).

2.4.1.1 A + B (Vias Aéreas + Respiração)

A avaliação do Sistema Respiratório é realizada através de observação, auscultação e palpação, e visa aferir a postura do animal, a integridade das vias aéreas, a frequência, ritmo e esforço respiratórios, a presença/ausência de sons respiratórios, a cor das membranas mucosas, a integridade da parede torácica e a sua expansão, por forma a garantir a rápida correção de anomalias (Aldrige & O'Dwyer, 2013; Davis, 2012; King & Boag, 2007; Rozanski & Rush, 2013).

2.4.1.1.1 Observação

O paciente deve ser observado de perto antes de passar à auscultação. Geralmente, apenas a observação é suficiente para determinar se existe um problema respiratório e ditar se o animal deve ser encaminhado para a área de tratamento para iniciar a estabilização. A observação do animal deve-se concentrar em:

- **Frequência respiratória:** aquando da presença de taquipneia (aumento da frequência respiratória), o foco deve passar para o esforço respiratório; caso este não esteja aumentado, a taquipneia pode ser devida a medo, stresse, pirexia ou dor;
- **Esforço respiratório (posição ortopneica):** animais em esforço respiratório geralmente alteram a sua postura para auxiliar a manutenção de uma ventilação adequada; neste caso, o animal apresenta-se com as narinas dilatadas, pescoço estendido e cotovelos abduzidos; muitas vezes também se verificam movimentos exagerados da parede torácica e esforço abdominal, podendo existir movimento paradoxal da parede abdominal;
- **Padrão respiratório:** no ciclo respiratório normal, o tempo necessário para ocorrer a inspiração é semelhante, em duração, ao da expiração; quando ocorrem alterações desta proporção, é possível suspeitar qual a localização da patologia a nível do trato respiratório;
- **Movimento simétrico da parede torácica:** fraturas de costelas e *flail chest* podem causar movimentos assimétricos da parede torácica (Aldrige & O'Dwyer, 2013).

2.4.1.1.2 Auscultação

Ouvir a respiração do paciente antes de auscultar pode revelar a presença de ruídos respiratórios anormais, como estertor ou estridor. Estertor refere-se ao ruído do tipo “ronco”, geralmente causado pela vibração de tecidos moles em excesso na orofaringe. Embora isso seja considerado normal em algumas raças de cães, noutros pacientes pode indicar sinal de inflamação. Por outro lado, o estridor é um som agudo do tipo “assobio”, normalmente associado à passagem rápida do ar através de uma estrutura estreita. A auscultação associada a um padrão respiratório é vital na localização da causa da dispneia,

pois, frequentemente, os animais dispneicos possuem pouca, ou até nenhuma reserva fisiológica.

Nesta fase da avaliação, deve ser, ainda, auscultada a parede torácica, comparando áreas idênticas de ambos os lados do tórax e comparando, da mesma forma, os campos pulmonares ventrais com os dorsais. Esta comparação permite que eventuais alterações sejam mais facilmente detetadas.

Para além disto, os sons respiratórios podem ser reduzidos ou ausentes quando estamos perante a existência de doença pleural (pneumotórax, derrame pleural, rutura do diafragma) ou, ainda, aumentados, quando existe doença das vias aéreas. A presença de sibilos sugere estreitamento das vias aéreas e crepitações sugerem a presença de líquido alveolar (Aldrige & O'Dwyer, 2013).

2.4.1.1.3 Palpação

A palpação da parede torácica pode ser útil na deteção de traumatismo ou de enfisema subcutâneo. O enfisema subcutâneo traduz-se numa acumulação de ar subcutâneo e pode estar associado a defeitos na parede torácica ou traumatismo traqueal. O tratamento definitivo para a causa de comprometimento respiratório deve ser instituído o mais rapidamente possível (Aldrige & O'Dwyer, 2013).

Quaisquer emergências que envolvam o Sistema Respiratório exigem avaliação rápida, contenção cautelosa e medidas imediatas para iniciar a estabilização (Aldrige & O'Dwyer, 2013). A avaliação deste sistema tem como foco determinar a presença ou ausência de hipoxemia ou hipoventilação. Hipoxemia prolongada e fornecimento insuficiente de oxigénio nos tecidos podem resultar em síndrome de disfunção multiorgânica e, portanto, devem ser tratados imediatamente (Silverstein & Hopper, 2015).

Em suma, segundo Davis (2012) e Ford & Mazzaferro (2012), o profissional de triagem deve ter em conta as seguintes questões:

- O paciente está a respirar?
- A frequência e o padrão respiratórios estão fora de parâmetros normais?
- O paciente apresenta dificuldades respiratórias?
- Os sons respiratórios são audíveis?
- Existem ruídos respiratórios anormais?
- O animal encontra-se em posição ortopneica?
- Existe algum ferimento facial que esteja a comprometer as vias aéreas?
- Existe algum ferimento por mordedura que tenha perfurado a laringe ou a traqueia?
- Está presente enfisema subcutâneo?
- Qual é a cor das membranas mucosas?
- O stresse respiratório aumenta quando a posição do paciente é alterada?
- Há evidência de perfuração torácica ou *flail chest*?

2.4.1.2 C (Cardiovascular)

A avaliação do Sistema Cardiovascular tem como objetivo a identificação de má perfusão tecidual, que resulta em diminuição do fornecimento de oxigénio aos tecidos. Se a perfusão inadequada não for reconhecida e tratada rapidamente, pode ocorrer hipoxia tecidual crítica, desencadeando uma cascata de eventos que resulta em choque hipovolémico, o qual poderá, por sua vez, levar a morte celular que culmina em disfunção de múltiplos órgãos e morte (Silverstein & Hopper, 2015).

Muitos dos sinais clínicos sugestivos de diminuição do débito cardíaco são resultado de um reflexo simpático compensatório, que auxilia na manutenção da pressão arterial. Os sinais clínicos sugestivos de diminuição do débito cardíaco são: taquipneia, taquicardia (ou bradicardia em gatos), membranas mucosas pálidas ou acinzentadas, tempo de repleção capilar prolongado, qualidade de pulso diminuída, extremidades frias e diminuição do estado de consciência (Davis, 2012; Silverstein & Hopper, 2015).

As condições que podem resultar em má perfusão tecidual incluem a redução do volume circulante (hipovolemia) como resultado de perda de sangue ou outros fluídos, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca, traumatismo e estados vasodilatadores, como sepsis ou síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) (Aldrige & O'Dwyer, 2013; Davis, 2012; Silverstein & Hopper, 2015).

É importante que o Médico Veterinário que realiza a avaliação primária tenha em consideração que animais em estádios iniciais de choque compensatório podem apresentar apenas leves alterações nos parâmetros cardiovasculares. Pode não ser até aos estádios finais do choque (ou choque descompensado) que ocorram alterações marcadas nesses mesmos parâmetros (Silverstein & Hopper, 2015).

Não existe um método direto para medir a quantidade de oxigênio fornecida aos tecidos: a avaliação do Sistema Cardiovascular concentra-se em indicadores de desempenho cardiovasculares ou parâmetros de perfusão (Aldrige & O'Dwyer, 2013):

- Cor das membranas mucosas
 - Tempo de repleção capilar (TRC)
 - Frequência e sons cardíacos
 - Qualidade e ritmo de pulso
 - Temperatura das extremidades
 - Nível de consciência
- (Aldrige & O'Dwyer, 2013; Artero, 2017; Davis, 2012; King & Boag, 2007; Silverstein & Hopper, 2015).

Em suma, segundo Davis (2012), o profissional de triagem deve ter em conta as seguintes questões:

- O estado de consciência do animal é normal?
- Há evidência de hemorragia?
- Existe edema das extremidades ou evidência de fratura?
- As membranas mucosas apresentam coloração anormal?
- O tempo de repleção capilar encontra-se alterado?
- A frequência cardíaca encontra-se fora de parâmetros normais?
- As extremidades apresentam-se frias?

2.4.1.3 D (Disfunção do SNC)

Disfunção ou incapacidade são termos que se referem ao estado neurológico do paciente, o qual pode ser brevemente avaliado através de observação e palpação (Davis, 2012).

Na avaliação primária, o exame neurológico superficial deve ser iniciado assim que o paciente for abordado: observar a postura, nível de consciência e interação/resposta ao ambiente, avaliar capacidade de deambulação, reflexo pupilar à luz e resposta à dor (superficial e profunda) e, ainda, verificar a presença/ausência de lesão cerebral ou da medula espinhal (Aldrige & O'Dwyer, 2013; Artero, 2017; Davis, 2012; King & Boag, 2007; Silverstein & Hopper, 2015).

As alterações neurológicas que requerem tratamento imediato são alterações severas no estado de consciência do animal, tais como estupor, coma, hiperexcitabilidade, delírio e convulsões (King & Boag, 2007), bem como paralisia aguda grave com perda de nociceção (Silverstein & Hopper, 2015).

As convulsões devem ser tratadas imediatamente, visto que a atividade convulsiva prolongada pode resultar em hipertermia, edema cerebral e lesão cerebral irreversível, independentemente da causa subjacente das convulsões (Silverstein & Hopper, 2015).

Por outro lado, estando perante um animal com estado mental severamente alterado, a suspeita deverá focar-se no aumento da pressão intracraniana (por exemplo, secundária a lesão cerebral traumática ou doença intracraniana), já que elevações prolongadas desta podem progredir, levando a isquemia cerebral e a herniação cerebral através do forâmen magno (Silverstein & Hopper, 2015).

Para além disto, qualquer paciente que se apresente em decúbito lateral, que adote uma postura anormal ou que não apresente capacidade de deambulação ou de realizar movimentos voluntários deve ser considerado como suspeita de lesão traumática da coluna vertebral e deve, portanto, ser imobilizado e estabilizado até prova em contrário (Davis, 2012).

Em suma, segundo Creedon e Davis (2012), o profissional de triagem deve ter em conta as seguintes questões:

- O paciente encontra-se alerta e responsivo ou deprimido, estuporoso ou comatoso?
- As pupilas estão dilatadas/contraídas, de tamanho igual, responsivas à luz?
- Qual é a postura apresentada pelo animal?
- Existe alteração do padrão respiratório?
- O animal responde a estímulos dolorosos?
- Existe atividade convulsiva aparente?

2.4.1.4 U (Urinário)

Alguns autores consideram, ainda, como parte da avaliação primária, a inspeção do Sistema Urinário, visto que lesões renais agudas ou obstrução urinária podem levar a acidose metabólica, hipercalemia, arritmias cardíacas e morte (Silverstein & Hopper, 2015).

A avaliação deste sistema deve incluir a determinação da capacidade de o paciente urinar e a palpação da bexiga (King & Boag, 2007).

Este acréscimo à avaliação primária é tido em consideração já que aproximadamente 9% das emergências de felinos em CAMV se devem a obstrução uretral o que faz com que em qualquer gato que apresente alterações comportamentais se deva palpar a bexiga para despiste de obstrução (Rozanski & Rush, 2013; Silverstein & Hopper, 2015).

2.4.1.5 E (Exame Físico)

Davis (2012) adiciona a letra E ao acrónimo, designando-a “um exame rápido de corpo inteiro”. O objetivo deste é determinar e resolver qualquer problema adicional.

Posto isto, o profissional de triagem deve ter em consideração a seguinte lista de questões:

- Existem lacerações, feridas ou punções?
- Existem hematomas? Qual a sua evolução?
- Existem fraturas?
- O abdómen encontra-se dorido ou distendido?
- Existem sinais de debilidade ou outros sinais clínicos de doença? (Davis, 2012)

Para além disto, se um tutor se apresentar com preocupação extrema, mesmo no caso de o animal se apresentar fisiologicamente estável, este último deverá ser encaminhado para a área de tratamento para observação (King & Boag, 2007).

2.5 Controlo de Infeções

O controlo de infeções é o termo que mais adequadamente define o objetivo de prevenir/limitar a introdução e/ou disseminação de agentes patogénicos entre um grupo de pacientes e prestadores de cuidados na Medicina Veterinária de Animais de Companhia (Stull & Weese, 2015).

Os agentes patogénicos envolvidos em Infeções Associadas a Ambientes Hospitalares (IAAH), também denominadas infeções nosocomiais, por norma, possuem uma ou mais das seguintes características: oportunismo em animais de companhia e/ou em seres humanos, estabilidade ambiental e resistência a diversos fármacos. Visto que muitos destes agentes patogénicos podem ser detetados em animais saudáveis, é de salientar a incapacidade da prevenção da introdução e/ou disseminação de todos os microrganismos nos CAMV. Para além disto, dada a estreita interação entre a equipa médico-veterinária e os pacientes, bem como as práticas de higiene das mãos destes profissionais, muitas vezes insuficientes, os agentes comensais humanos com potencial zoonótico são, também, representados nas IAAH na literatura (Stull & Weese, 2015).

Tabela nº. 11 – Agentes Patogénicos de Risco Envolvidos em IAAH

Adenovírus
<i>Bordetella bronchiseptica</i>
Calicivírus
<i>Chlamydophila spp.</i>
Vírus da Esgana Canina
Herpesvírus
Influenzavírus
<i>Microsporium canis</i>
Parainfluenzavírus
Parvovírus
Coronavírus respiratório
Organismos multirresistentes
• <i>Acinetobacter spp.</i>
• <i>Escherichia coli</i>
• <i>Enterococcus spp.</i>
• <i>Staphylococcus spp.</i>
• <i>Pseudomonas spp.</i>

Fonte: Stull & Weese, 2015

Tabela nº. 12 – Agentes Patogénicos de Risco com Potencial Zoonótico Envolvidos em IAAH

<i>Bartonella</i> spp.
<i>Campylobacter jejuni</i>
<i>C. canimorsus</i>
<i>Cryptosporidium</i> spp.
Dermatófitos (<i>Microsporum canis</i> , <i>Trocophyton mentagrophytes</i>)
<i>Giardia duodenalis</i>
<i>Salmonela</i> spp.
<i>Pasteurella multocida</i>
<i>Toxoplasma gondii</i>

Fonte: Stull & Stevenson, 2015

O paciente de um CAMV é, frequentemente, a fonte de introdução de um agente patogénico no estabelecimento, desta forma, a sua indevida identificação, maneoio ou tratamento poderá resultar na contaminação do ambiente hospitalar, o que, por sua vez, poderá levar ao surgimento de infeções nosocomiais, seja através de transmissão direta da doença entre pacientes, seja através da infeção do *staff*, no caso de agentes zoonóticos (Caveney et al., 2012). Posto isto, é necessário ter em atenção que animais aparentemente saudáveis podem afetar o controlo de infeções de diversas formas:

- Podem apresentar infeções subclínicas ou atuar como portadores de agentes infecciosos;
- Podem atuar como fomites para agentes infecciosos ambientais;
- Podem disseminar agentes infecciosos dentro do CAMV conforme são transportados pelas instalações;
- Podem adquirir uma infeção no CAMV (IAAH) durante a hospitalização (Stull & Weese, 2015).

Perante isto, qualquer funcionário do CAMV deverá ser instruído para a identificação de pacientes com possíveis doenças infecciosas, podendo até, no caso de esta identificação ocorrer durante a Triagem Telefónica, aconselhar os tutores acerca das precauções a ser tomadas antes de se apresentar com o animal no CAMV. Por conseguinte, as seguintes situações devem ser abordadas de forma específica:

- Feridas abertas: os tutores deverão ser orientados para a realização de pensos, se possível, antes de se encaminhar para o CAMV; na impossibilidade da colocação de penso, deverão ser tomadas providências para proteger a ferida ou, à chegada do animal ao CAMV, dispor de um meio de transporte para o interior do estabelecimento, de forma a minimizar a contaminação do ambiente;
- Tosse: os pacientes com historial de tosse de origem desconhecida deverão ser isolados de outros animais, não devendo entrar na sala de espera do CAMV e, assim que possível, ser encaminhados para uma área de isolamento; neste caso, para além do risco de contaminação ambiental e do contacto direto entre pacientes, existe também um risco acrescido devido ao potencial zoonótico de muitos agentes patogénicos das vias respiratórias superiores (ex: *Bordetella bronchiseptica*);
- Diarreia: qualquer paciente que apresente diarreia como sinal clínico deverá ser considerado como portador de doença infecciosa gastrointestinal até prova em contrário, visto que a remoção de muitos dos agentes patogénicos gastrointestinais do ambiente é difícil, para além de poderem ser altamente contagiosos;
- Doença neurológica: a lista de patologias que causam sinais neurológicos é potencialmente infinita e a variedade de sinais clínicos associados às espécies de Lyssavírus, que podem variar desde a ataxia à agressão, requer especial atenção no controlo de infeções devido ao potencial de transmissão para outros pacientes, bem como a seres humanos (Caveney et al., 2012).

Por fim, embora a prevenção das IAAH seja o objetivo do controlo de infeções, dada a natureza do atendimento ao paciente, a adaptação dos microrganismos e a complexidade de muitos agentes patogénicos, é inevitável o surgimento das infeções nosocomiais. Assim sendo, a execução e colocação em prática de métodos de controlo de infeções é fundamental para minimizar o risco de IAAH. De uma forma generalizada, estes protocolos podem ser divididos nas seguintes categorias:

- Higiene das mãos e utilização de equipamentos de proteção individual (EPI descartáveis e uniformes) de forma reduzir a contaminação de funcionários, pacientes e meio ambiente;
- Limpeza e desinfeção de superfícies ambientais e equipamentos;

- Gestão da distribuição de pacientes (por exemplo, categorização em função do risco, isolamento de pacientes de risco elevado ou interrupção de tratamentos de maior risco, quando indicado);
- Vigilância (através da identificação de pacientes infetados ou colonizados, monitorização de surgimento de IAAH e reconhecimento de fatores de origem/risco);
- Administração de agentes antimicrobianos (prudência na sua prática, com especial atenção ao surgimento de resistências a antibióticos);
- Educação e preparação de clientes e funcionários do CAMV (Stull & Weese, 2015).

2.6 Avaliação Subjetiva

A avaliação subjetiva é a obtenção de informações através do tutor do animal sobre os seus sinais clínicos, lesão ou doença. Ao obter esta informação, é importante estabelecer um relacionamento com o tutor do paciente. O profissional de triagem deverá explorar a história da queixa apresentada e esclarecer sempre a linguagem e as descrições usadas pelo tutor do paciente (por exemplo, "Quanto vômito é muito vômito?") (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013).

A obtenção do histórico médico concentra-se nas informações pertinentes à queixa apresentada e, se necessário, esta deve ser ajustada, dependendo da lista de problemas. As informações gerais a serem obtidas através do tutor de qualquer paciente de emergência incluem: identificação do paciente, problema primário/sinais clínicos do animal, início dos sinais clínicos, progressão dos mesmos, tratamento antes da apresentação CAMV e distúrbios pré-existentes (Sigrist, 2019).

Sendo este o primeiro contacto verbal prolongado entre o profissional de triagem e o tutor do animal, este deve ser breve e conciso, podendo ser agilizado pelo acrónimo CIAMPEDS, adaptado da escala CTAS Pediátrica, com a finalidade de sistematizar e sintetizar a avaliação subjetiva ((CAEP), 2012; Rabelo, 2013).

Tabela nº. 13 - CIAMPEDS

C	<i>Complaint</i>	Queixa	Identifique a queixa principal através de duas palavras descritivas.
I	<i>Immunization/Isolation</i>	Imunização	Verifique as imunizações <i>standard</i> e avalie se o isolamento é necessário.
A	<i>Allergies</i>	Alergias	Verifique a existência de alergias.
M	<i>Medications</i>	Medicações	Listar todos os medicamentos/vitaminas/tratamentos homeopáticos.
P	<i>Past History</i>	História Progressa	Solicite informações acerca da genealogia do animal, se possível. Obtenha a percepção do tutor sobre a história progressa do animal, a condição atual e o porquê de se dirigir com o animal ao Departamento de Emergência hoje.
E	<i>Events</i>	Eventos	Determine os eventos que envolvem a doença ou lesão. Pergunte ao tutor o que aconteceu.
D	<i>Diet</i>	Dieta	Quando e o que é que o animal comeu por último? Última micção/evacuação, se possível.
S	<i>Symptoms</i>	Sinais clínicos	Observe os sinais clínicos associados à doença/lesão.

Fonte: Adaptado de *Paediatric Subjective Assessment* (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013)

2.7 Avaliação Objetiva

A avaliação objetiva, tal como no processo CTAS original, ajuda a determinar o nível de prioridade do paciente, recorrendo a indicadores observáveis, como feridas, erupções cutâneas, hemorragias, etc., além de verificar e registar sinais vitais, gravidade da dor, mecanismo de lesão e outros modificadores, como glucose sanguínea (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013).

O reconhecimento da queixa apresentada, juntamente com as informações obtidas com o *Critical Look*, além de informações adicionais recolhidas através dos tutores, permite que o profissional de triagem selecione um (s) modificador (es) relevante (s), para atribuir o nível CTAS mais apropriado (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013).

Em alguns casos, a queixa apresentada e o nível CTAS podem ser determinados rapidamente após o *Critical First Look*. Isso é comum em pacientes de elevada prioridade (Nível CTAS 1, Reanimação e Nível CTAS 2, Emergente) que chegam ao CAMV com apresentações de doenças ou lesões graves e com risco de vida (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013). Segundo Creedon & Davis (2012), King & Boag (2007) e Macintire *et al.* (2006), as apresentações de urgência que requerem intervenção imediata, ou seja, que se traduzem em avaliações de prioridade de Níveis CTAS 1 e 2, são as seguintes:

Tabela nº. 14 – Apresentações de Urgência que Requerem Intervenção Imediata

Cardiovascular	Respiratório	Neurológico	Urinário	Outros
<ul style="list-style-type: none"> Paragem cardíaca (pulso e batimentos cardíacos ausentes) Membranas mucosas pálidas TRC>2" Pulso fraco, débil (<i>thready</i>) ou ausente Hemorragia ativa Membranas mucosas congestionadas, TRC<1", pulso acelerado (<i>bounding</i>) Taquicardia (cão>180bpm, gato>250bpm) Bradycardia (cão<60bpm, gato<150bpm) Défices de pulso, arritmias Colapso Sinais de choque hipovolemico 	<ul style="list-style-type: none"> Respiração célere e superficial Obstrução VAS Respiração ofegante, arfar, de boca aberta Cianose Creptações e sibilos pulmonares à auscultação Traumatismo torácico: costelas fraturadas, feridas torácicas penetrantes, "<i>flail chest</i>" Stresse/Paragem respiratória 	<ul style="list-style-type: none"> Convulsões (ou histórico de convulsões) Estupor Coma Traumatismo craniano História de ingestão de toxinas Paraparésia/paraplegia aguda Nível de consciência severamente alterado 	<ul style="list-style-type: none"> Incapacidade de urinar História de ingestão de etilenoglicol Bexiga aumentada e dolorosa à palpação Bexiga não palpável pós-traumatismo 	<ul style="list-style-type: none"> Hipertermia (>40,5°C), golpe de calor Distócia Mordedura de cobra Envenenamento Diarreia/Vômito profusos Queimaduras Fraturas Lesões relacionadas com veículos Quedas de alturas elevadas Deiscência de feridas cirúrgicas abdominais Queimaduras por frio (<i>frostbite</i>) Afogamento Inalação de fumo Eletrocussão Prolapso de órgãos Distensão gástrica Emergências oculares: glaucoma, proptose ocular, etc. Ingestão/exposição tóxica recente de tóxicos

Na maioria dos casos, são necessárias mais informações para determinar o nível CTAS. A informação recolhida na Avaliação Objetiva é sistematicamente organizada em Modificadores de 1ª e 2ª Ordem (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013).

Os modificadores fornecem informações adicionais de prioridade à queixa apresentada e ajudam a atribuir o nível CTAS apropriado (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013).

Os **Modificadores de Primeira Ordem** são amplamente aplicáveis à maioria das queixas apresentadas e são priorizados da seguinte forma:

- Modificadores de sinais vitais suportados pelo *Critical Look*, quando apropriado;

Tabela nº. 15 – Modificadores de 1ª Ordem

<i>Airway</i>	Estado Respiratório
<i>Breathing</i>	
<i>Cardiovascular/Circulation</i>	Estado Cardiovascular
<i>Disability of the CNS</i>	Estado Neurológico
	Temperatura

Fonte: Adaptado de CAEP, 2013

- Outros modificadores são, então, considerados e aplicados conforme indicado.

Tabela nº. 16 – Outros Modificadores

Escala de Dor
Hemorragia
Mecanismo de Lesão

Fonte: Adaptado de CAEP, 2013

Os **Modificadores de Segunda Ordem** são específicos para um número limitado de queixas e geralmente são aplicados após a determinação do motivo de urgência, e depois de garantir que os Modificadores de Primeira Ordem ainda não tenham atribuído ao paciente o nível de prioridade mais elevado possível (tipo 1). Para algumas queixas, os Modificadores de Segunda Ordem são o principal fator de prioridade do motivo da urgência, pois os Modificadores de Primeira Ordem não são aplicáveis (tipo 2) (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013).

2.8 Modificadores de 1ª Ordem

Os Modificadores de Primeira Ordem incluem modificadores de sinais vitais (Avaliação Respiratória, Avaliação Cardiovascular, Avaliação Neurológica e Temperatura), bem como outros modificadores, incluindo gravidade da dor, distúrbio hemorrágico e mecanismo de lesão. Os modificadores de sinais vitais refletem melhor a impressão do profissional de triagem obtida durante o *Critical First Look* e devem ser considerados e aplicados primeiro para auxiliar na determinação da prioridade do paciente (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013).

2.8.1 “Animal Trauma Triage Scoring System” (ATT)

Rockar e os seus colaboradores, em 1994, na Universidade da Pensilvânia, desenvolveram o primeiro sistema de pontuação de triagem veterinária (Reineke, 2015), com o objetivo de ser utilizado em animais sujeitos a traumatismo agudo, o qual denominaram *Animal Trauma Triage Scoring System* (ATT) (Rabelo & Forgione, 2013; Rockar et al., 1994). Este sistema de triagem tem como objetivo avaliar a capacidade de predição para a sobrevivência do paciente nos 7 dias que sucedem a apresentação inicial do animal no serviço de urgência (Rockar et al., 1994).

A escala em questão promove a estratificação dos animais traumatizados com base na gravidade das lesões e foi desenvolvida através de diretrizes relacionadas com triagem em casos de traumatismo, publicadas na literatura de Medicina Veterinária e em recomendações formuladas em consenso entre equipas clínicas experientes de departamentos de urgências (Rockar et al., 1994).

Durante o seu estudo, Rockar e os seus colaboradores (1994) utilizaram somente pacientes admitidos por traumatismo agudo (um estudo retrospectivo com uma amostra de 101 animais, dos quais 76 cães e 25 gatos, e um estudo prospetivo com uma amostra de 88 animais, dos quais 62 cães e 26 gatos), o que confere grande fiabilidade ao estudo, por incidir numa população muito uniforme (Rockar et al., 1994).

O *Animal Trauma Triage Scoring System* utiliza 6 categorias com base nos sinais clínicos encontrados durante o exame físico:

- Perfusão;
- Cardíaco;
- Respiratório;
- Olhos/Musculatura/Tegumento;
- Ortopédico;
- Neurológico.

Cada uma das categorias anteriormente referidas é pontuada de 0 a 3, em que 0 indica “lesão ligeira” ou “ausência de lesão” e 3 indica “lesão severa” (Reineke, 2015; Rockar et al., 1994). A triagem dos pacientes é feita através do somatório das 6 categorias, fazendo com que a pontuação final do sistema varie entre 0 e 18 pontos, sendo 0 a menor e 18 a maior gravidade da situação em que o paciente se encontra (Rabelo & Forgione, 2013; Rockar et al., 1994). No caso de, ao exame físico, serem encontrados critérios que sejam referentes a mais de um grau, estabelece-se a seleção do grau mais elevado da categoria (Rockar et al., 1994) (Ver **Anexo E**).

Assim sendo, conclui-se que, de acordo com este sistema, animais com pontuações elevadas requerem prioridade de tratamento em comparação com animais com pontuações baixas (Reineke, 2015).

A conclusão do estudo de Rockar e colaboradores (1994) determina, por fim, que cada aumento de um ponto no sistema ATT resulta na diminuição de 2,3-2,6 vezes a probabilidade de sobrevivência de um animal, o que faz desta escala de triagem uma ferramenta útil para a predição de sobrevivência de um paciente a um acidente traumático e pode servir como protótipo para sistemas de classificação de gravidade para animais sujeitos a traumatismos (Rockar et al., 1994).

2.8.2 Sinais Vitais – Adaptação da ATT

Por forma a ser possível utilizar o *Animal Trauma Triage Scoring System* na Adaptação da Escala de Acuidade de Triagem Veterinária, foram efetuadas algumas alterações na mesma, que serão descritas abaixo.

No que toca ao sistema de pontuação do ATT, visto que o CTAS se baseia de uma escala numerada de 1 a 5, sendo o nível 1 referente a “Reanimação” e o nível 5 a “Não Urgente”, procedeu-se à alteração dos graus do ATT, o que faz com que o grau 0 corresponda ao nível CTAS 5, e assim sucessivamente até ao grau 3 que corresponderá ao nível CTAS 2. Posto isto, acrescentou-se ao ATT o nível CTAS 1, “Reanimação”, que corresponderá a qualquer animal que se apresente em paragem cardiorrespiratória e/ou em coma, ou seja, quando se verifica a ausência de sinais vitais. Desta forma, a escala ATT adaptada passa de ser um sistema baseado no somatório de pontuações de diferentes categorias, para ser um sistema de categorização por níveis de gravidade, tal como a escala CTAS.

Para além disto, no processo de adaptação do sistema ATT, desconsideraram-se as categorias “Olhos/Musculatura/Tegumento” e “Ortopédico”, já que os Modificadores de Primeira Ordem da Escala CTAS mantêm uma estreita correlação com a avaliação realizada no *Critical First Look*, que se baseia no acrónimo ABCD explicado previamente neste trabalho, o que faz com que somente as categorias “Respiratório”, “Cardíaco”, “Perfusão” e “Neurológico” se relacionem, respetivamente, com os passos da abordagem primária ao paciente A (*Airway*), B (*Breathing*), C (*Cardiovascular*) e D (*Disfunction of the CNS*).

2.8.2.1 Avaliação Respiratória

Tabela nº. 17 – Avaliação Respiratória

Respiratório	Grau
<ul style="list-style-type: none"> • Padrão regular sem estridor • Sem componente abdominal 	5
<ul style="list-style-type: none"> • FR ligeiramente ↑ • Esforço ± alguma componente abdominal • Sons das vias aéreas superiores moderadamente ↑ 	4
<ul style="list-style-type: none"> • Esforço respiratório moderadamente ↑ com componente abdominal • Abdução dos cotovelos • Sons das vias aéreas superiores moderadamente ↑ 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Esforço respiratório marcado • Respiração ofegante, agónica ou totalmente irregular • Vias aéreas praticamente ou totalmente obstruídas 	2

Fonte: Adaptado de Rockar et al., 1994

2.8.2.2 Avaliação Cardiovascular

Tabela nº. 18 - Avaliação Cardiovascular

Cardíaco	Perfusão	Grau
<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo sinusal • FC (C): 60-140bpm • FC (F): 120-200bpm 	<ul style="list-style-type: none"> • Mm rosadas e húmidas • TRC =2s • T^a retal ≥37,8°C • Pulso femoral forte 	5
<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo sinusal ou CPV's <20/min • FC (C): 140-180bpm • FC (F): 200-260bpm 	<ul style="list-style-type: none"> • Mm hiperémicas ou rosa-pálidas e viscosas • TRC 0-2s • T^a retal ≥37,8°C • Pulso femoral ainda palpável 	4
<ul style="list-style-type: none"> • Arritmia consistente • FC (C): 180bpm • FC (F): 260bpm 	<ul style="list-style-type: none"> • Mm pálidas e viscosas • TRC 2-3s • T^a retal <37,8°C • Pulso pouco palpável e fraco 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Arritmia errática • FC (C): ≤60bpm • FC (F): ≤120bpm 	<ul style="list-style-type: none"> • Mm acinzentadas, azuis ou brancas • TRC =3s • T^a retal <37,8°C • Pulso femoral não palpável 	2

Fonte: Adaptado de Rockar et al. , 1994

2.8.2.3 Avaliação Neurológica

Tabela nº. 19 – Avaliação Neurológica

Neurológico	Grau
<ul style="list-style-type: none">• <u>Central</u>: consciente, alerta a ligeiramente parado e com interesse no meio envolvente• <u>Periférico</u>: reflexos espinhais normais, movimento intencional e nociceção total	5
<ul style="list-style-type: none">• <u>Central</u>: consciente, mas parado, depressivo e sem interesse no meio envolvente• <u>Periférico</u>: reflexos espinhais anormais com movimento intencional e nociceção total	4
<ul style="list-style-type: none">• <u>Central</u>: inconsciente, mas responde a estímulos dolorosos• <u>Periférico</u>: movimento intencional ausente com nociceção intacta em 2 ou mais membros ou movimentação ausente em 1 membro<ul style="list-style-type: none">• Tônus anal e/ou da cauda ↓	3
<ul style="list-style-type: none">• <u>Central</u>: não responsivo a qualquer estímulo; convulsões refratárias• <u>Periférico</u>: nociceção ausente em 2 ou mais membros; nociceção ausente da cauda ou da região perianal	2

Fonte: Adaptado de Rockar et al., 1994

2.8.3 Temperatura

Este modificador foi baseado na avaliação da hipotermia por Aldrige e O'Dwyer (2013), bem como na avaliação da hipertermia por Macintire, Drobatz, Haskins e Saxon (2006), à qual são atribuídos os níveis CTAS correspondentes à amplitude de alteração da temperatura retal do animal.

Tabela nº. 20 - Temperatura

Hipotermia	Hipertermia	Prioridade	Nível CTAS
32,2°C-37,5°C	37,5°C-40°C	Ligeiro	4
27,8°C-32,2°C	40°C-42°C	Moderado	3
<27,8°C	>42°C	Grave	2

Fonte: Adaptado de Aldrige & O'Dwyer, 2013 e Macintire et al., 2006

2.8.4 Outros

2.8.4.1 Escala de Dor

O modificador Dor será avaliado com base na Escala de Dor Aguda Felina e Canina adaptada da Universidade do Colorado (ver **Anexo F**), a qual combina aspetos de uma escala de classificação numérica com uma observação comportamental complexa. Esta escala demonstra ser capaz de incrementar o nível de reconhecimento das alterações comportamentais associadas à dor (Mathews et al., 2020).

Tabela nº. 21 – Adaptação da Escala de Dor Aguda Canina da Universidade do Colorado

Comportamento	Resposta à palpação	Tensão corporal	Nível CTAS
<ul style="list-style-type: none"> Confortável, em descanso <ul style="list-style-type: none"> Alegre, contente Não se incomoda com a área afetada Interessado no meio envolvente 	<ul style="list-style-type: none"> Sem evidência de dor à palpação da área afetada ou outra parte do corpo 	Mínima	5
<ul style="list-style-type: none"> Contente, ligeiramente irrequieto Distrai-se com o meio envolvente 	<ul style="list-style-type: none"> Reage à palpação (ex: olha para cima, chora, ...) 	Ligeira	4
<ul style="list-style-type: none"> Desconfortável em descanso Pode ganir, chorar, lamber ou morder a área afetada quando sozinho Expressão facial com olhos caídos, sobrancelhas arqueadas (incomodado) Relutante em mover-se quando chamado; pouco interesse em interagir com o meio envolvente 	<ul style="list-style-type: none"> Recua, gane, chora, protege a zona afetada 	Ligeira a Moderada	3
<ul style="list-style-type: none"> Agitado, vocaliza (gane, chora, ...), lambe, morde a área afetada quando sozinho Protege a área afetada, alterando a posição do corpo 	<ul style="list-style-type: none"> Subtil se demasiado doloroso para se mover ou estoico (olha na direção da área afetada) Dramático (gane, chora, afasta-se) 	Moderada	2
<ul style="list-style-type: none"> Vocaliza constantemente quando sozinho Pode morder a área afetada, mas recusa-se a mover-se Pouco responsivo ao meio, dificilmente se abstrai da dor 	<ul style="list-style-type: none"> Reage intensamente a palpação não dolorosa Pode reagir agressivamente 	Moderada a Severa	1

Fonte: Adaptado de Hellyer et al., 2006

Para este estudo, ambas as escalas, felina e canina, sofreram alterações por forma a se coadunarem com o CTAS, o que fez com que, ao invés de a sua categorização ser feita de 0 a 4, passará a ser de 1 a 5, o que faz com que a mesma seja, também, invertida. Assim, um animal com a menor severidade de dor será incluído no nível CTAS 5 (na escala de dor original seria correspondente à pontuação 0), enquanto o que apresenta maior grau de dor se incluirá no nível CTAS 1 (na escala de dor original seria correspondente à pontuação 4).

Tabela nº. 22 - Adaptação da Escala de Dor Aguda Felina da Universidade do Colorado

Comportamento	Resposta à palpação	Tensão corporal	Nível CTAS
<ul style="list-style-type: none"> • Confortável, em descanso • Contente e calmo sozinho • Interessado ou curioso acerca do meio envolvente 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem evidência de dor à palpação da área afetada ou outra parte do corpo 	Mínima	5
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais geralmente subtis e difíceis de detetar no CAMV, mas fáceis de detetar em casa pelo tutor (alheio ao ambiente e mudança de hábitos) • No CAMV, pode estar contente ou ligeiramente inquieto • Menos interessado no ambiente, mas ainda se mostra atento ao que acontece à sua volta 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ou não à palpação da área afetada 	Ligeira	4
<ul style="list-style-type: none"> • Menos responsivo, quer ficar sozinho • Quietos, perda de brilho nos olhos <ul style="list-style-type: none"> • Fica todo encolhido, olhos parcialmente fechados • Pêlo mal cuidado, pode lambar muito a área afetada • Diminuição do apetite, falta de interesse pela comida 	<ul style="list-style-type: none"> • Responde agressivamente à aproximação ou tenta fugir quando a área afetada é palpada • Tolerância atencional, pode até gostar de ser acariciado se a área afetada for evitada 	Ligeira a Moderada	3
<ul style="list-style-type: none"> • Ronrona constantemente, mia ou vocaliza sozinho • Pode morder a área afetada • Relutante em mover-se sozinho 	<ul style="list-style-type: none"> • Ronrona ou vocaliza à palpação de zonas não afetadas • Reage agressivamente à palpação, rejeita o contacto 	Moderada	2
<ul style="list-style-type: none"> • Prostrado • Potencialmente não responsivo ao ambiente, com dificuldade para se abstrair da dor • Recetivo a cuidados (mesmo gatos selvagens serão mais tolerantes ao contacto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode não responder à palpação • Postura rígida para evitar movimento doloroso 	Moderada a Severa	1

Fonte: Adaptado de Hellyer et al., 2006

2.8.4.2 Hemorragia

Pacientes com distúrbios hemorrágicos que apresentem hemorragias severas e moderadas necessitam de reposição rápida de fatores de coagulação. Isto inclui pacientes com distúrbios hemorrágicos congênitos e deficiências significativas de fatores que geralmente requerem reposição rápida dos mesmos (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013).

Esta categoria também inclui pacientes que tomam anticoagulantes ou sofrem de doença hepática grave com tempos prolongados de Protrombina ou Tromboplastina Parcial Ativada, que também correm risco de hemorragia massiva e podem exigir intervenção rápida, sendo que a reposição de fatores de coagulação precede qualquer outra investigação (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013).

Exemplos de hemorragias severas/ Graves VS moderadas/mínimas estão explícitas na tabela abaixo.

Tabela nº. 23 - Hemorragia

Hemorragia	Prioridade	Nível CTAS
Nariz (epistáxis)	Moderadas/Mínimas	3
Boca (inclusive gengivas)		
Articulações (hemartroses)		
Menorragia		
Abrasões e lacerações superficiais		
Cabeça (intracraniana) e pescoço	Severas/ Graves	2
Tórax, abdómen, pélvis, coluna vertebral		
Hemorragia vaginal massiva		
Fraturas e luxações		
Lacerações profundas		
Qualquer hemorragia descontrolada		

Fonte: Adaptado de CAEP, 2013

2.8.4.3 Mecanismo de Lesão

O modificador Mecanismo de Lesão tem como objetivo avaliar e documentar a gravidade de qualquer lesão de origem traumática (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013).

Para tal, será utilizado o Índice de Gravidade Veterinário, uma adaptação do ISS (*Injury Severity Score*), utilizado em Medicina Humana e criado por Forgione e Mele em 2005. Este índice agrupa os graus de lesão em cinco regiões anatômicas:

- Cabeça e pescoço;
- Abdómen;
- Tecidos moles;
- Tórax;
- Pélvis (Rabelo & Forgione, Índices Prognósticos em Urgências, 2013).

Para cada região anatômica, as respectivas lesões podem ser classificadas segundo a sua gravidade, conforme descrito na seguinte tabela (Rabelo & Forgione, 2013).

Tabela nº. 24 – Índice de Gravidade Veterinário

Gravidade da lesão	Pontuação
Lesão mínima	1
Lesão moderada	2
Lesão grave, sem risco de morte	3
Lesão grave, com risco de morte	4
Lesão crítica, com sobrevida pouco provável	5

Fonte: Adaptado de Rabelo & Forgione, 2013

A pontuação do IGV de um animal é obtida através da soma dos quadrados dos graus de lesão das três regiões anatômicas mais gravemente traumatizadas. Assim, a pontuação máxima possível de alcançar neste índice será de 75 pontos (Rabelo & Forgione, 2013).

Para a sua utilização no processo CTAS adaptado, iremos categorizar as pontuações possíveis com o objetivo destas corresponderem aos níveis CTAS definidos, para além de inverter a sua categorização, passando o nível 5 a corresponder à prioridade mais baixa e o nível 1 à prioridade mais elevada.

Tabela nº. 25 – Adaptação do Índice de Gravidade Veterinário

Gravidade da lesão	Pontuação	Nível CTAS
Lesão mínima	0-15	5
Lesão moderada	16-30	4
Lesão grave, sem risco de morte	31-45	3
Lesão grave, com risco de morte	46-60	2
Lesão crítica, com sobrevida pouco provável	61-75	1

Fonte: Adaptado de Rabelo & Forgione, 2013

2.9 Modificadores de 2ª Ordem

Os Modificadores de Segunda Ordem são específicos para um número limitado de reclamações e:

- Podem ser necessários para complementar os Modificadores de Primeira Ordem para garantir que o paciente receba uma pontuação de prioridade apropriada (Tipo 1)
OU
- Pode ser um requisito absoluto para atribuir uma pontuação de triagem a pacientes com determinadas queixas em que os Modificadores de Primeira Ordem são irrelevantes ou totalmente inadequados para atribuir o nível de prioridade (Tipo 2).

2.9.1 Níveis Séricos de Glucose

Este modificador baseia-se na avaliação do nível de glucose sanguínea definida pelo Dr. Geraldo Poli (2018), à qual são atribuídos os níveis CTAS correspondentes à gravidade dos sinais clínicos. Para tal, é, também, tida em conta a tabela de avaliação definida no processo CTAS original (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013).

Tabela nº. 26 – Níveis Séricos de Glucose

Nível de Glucose Sanguínea	Medição de Glucose Sanguínea	Sinais Clínicos	Nível CTAS
Hiperglicemia	>14 mmol/L	Nenhum	3
		<ul style="list-style-type: none"> • Polidipsia • Poliúria • Depressão • Perda de peso • Obesidade • Polifagia 	2
Hipoglicemia	< 3 mmol/L	Nenhum	3
		<ul style="list-style-type: none"> • Tremores • Astenia • Ataxia • Colapso/Animal inconsciente • Cegueira • Convulsões 	2

Fonte: Adaptado de Poli, 2018

2.9.2 Hematócrito

Este modificador baseia-se na avaliação do Hematócrito definida pelo Dr. Geraldo Poli (2018), ao qual são atribuídos os níveis CTAS correspondentes, consoante o estado de gravidade deste parâmetro.

Tabela nº. 27 - Hematócrito

Cão	Gato	Prioridade	Nível CTAS
30-35%	20-25%	Ligeiro	3
20-30%	20-15%	Moderado	2
<20%	<15%	Severo	1

Fonte: Adaptado de Poli, 2018

2.9.3 Desidratação

Este modificador baseia-se na avaliação do estado de hidratação definido por Silverstein e Hart (2019), ao qual são atribuídos os níveis CTAS correspondentes, consoante gravidade da desidratação (Silverstein & Hart, 2019).

Tabela nº. 28 - Desidratação

Sinais Clínicos	Estado	Nível CTAS
Nenhum	Mínimo (<5%)	5
Turgor cutâneo (elasticidade da prega de pele) diminuído, membranas mucosas secas, olhos podem estar encovados	Ligeiro (5-7%)	4
Diminuição progressiva do turgor cutâneo, membranas mucosas secas, TRC ligeiramente aumentado	Moderado (8-10%)	3
Prega de pele mantém-se, TRC prolongado, membranas mucosas secas, poderá evidenciar sinais de choque	Grave	2
Todos os sinais clínicos suprarreferidos, sinais característicos de choque, risco de morte	Severo (12-15%)	1

Fonte: Adaptado de Poli, 2018

2.9.4 Pressão Arterial

Este modificador baseia-se nas *guidelines* propostas pelo *American College of Veterinary Internal Medicine* para a categorização da pressão arterial de acordo com o risco de lesão orgânica em cães e gatos (Coleman, 2019).

Tabela nº. 29 – Pressão Arterial

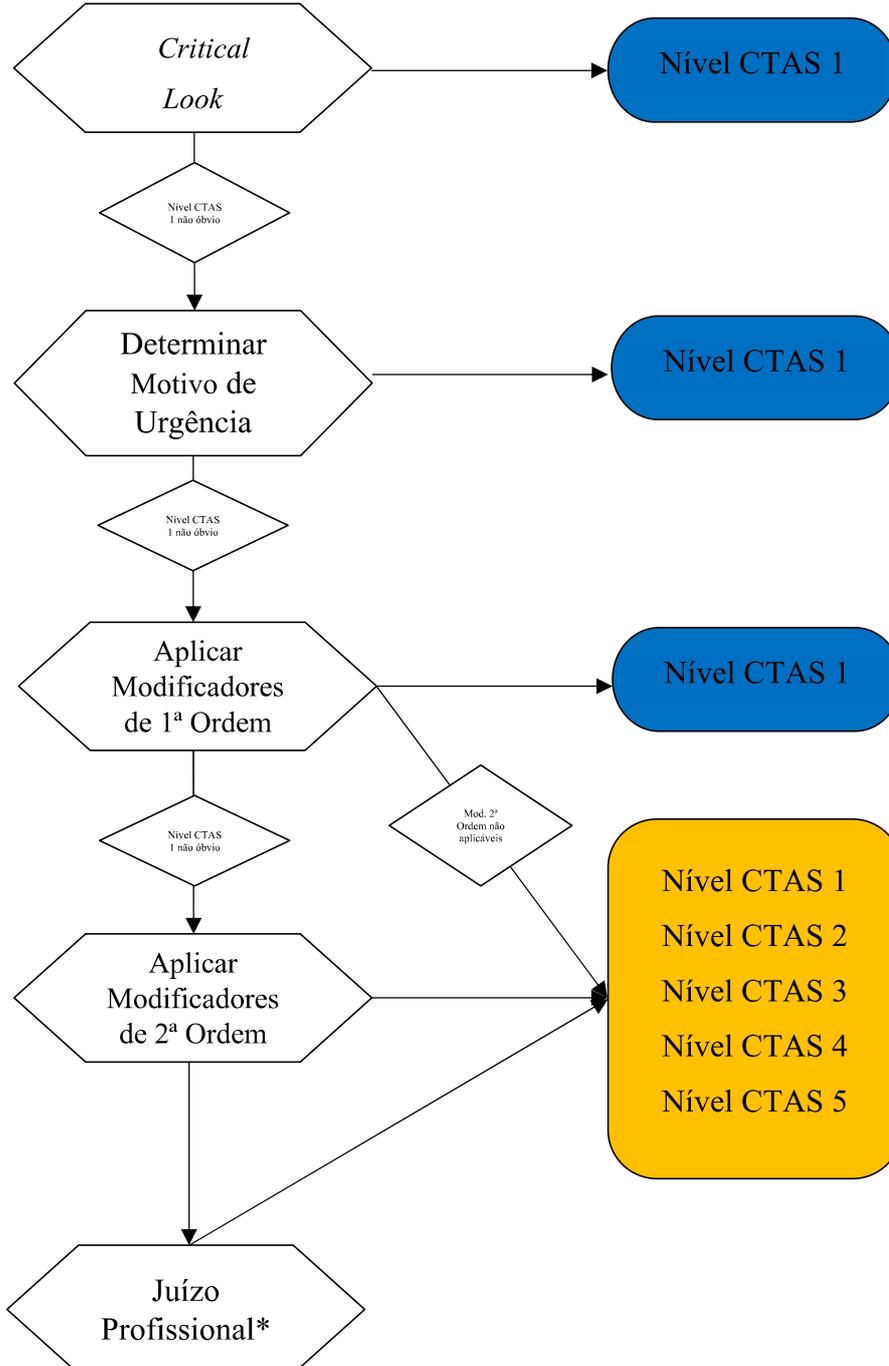
Categoria ACIVM	Categoria IRIS	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	Risco de lesão orgânica	Nível CTAS
I	Normotenso	<140	Mínimo	4
II	Pré-hipertenso	140-159	Ligeiro	3
III	Hipertenso	160-179	Moderado	2
IV	Severamente hipertenso	≥180	Elevado	1

Fonte: Adaptado de Coleman, 2019

2.10 Atribuição do Nível CTAS

Em suma, a decisão de triagem que se traduz na atribuição de um nível de prioridade CTAS aos pacientes é baseada nas seguintes etapas:

Fluxograma nº. 3 – Algoritmo da Adaptação da CTAS



Fonte: Adaptado de Ministry of Health and Long-Term Care: Emergency Health Services Branch

*Os pacientes podem ser categorizados num nível CTAS mais elevado nos casos em que a avaliação do profissional de triagem indica que o paciente apresenta maior risco (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013).

Para determinar o nível de prioridade mais adequado ao paciente em avaliação, o profissional de triagem deverá escolher o nível CTAS mais elevado de entre todos os modificadores aplicáveis (Ministry of Health and Long-Term Care: Emergency Health Services Branch).

Tabela n.º. 30 – Níveis CTAS Adaptado

Nível 1	Reanimação
Nível 2	Emergente
Nível 3	Urgente
Nível 4	Pouco Urgente
Nível 5	Não Urgente

Fonte: Adaptado de CAEP, 2013

2.11 Documentação

O Profissional de Triage deverá documentar a seguinte informação:

- N.º de Ficha;
- Data;
- Nome do Médico Veterinário;
- Identificação do Animal:
 - Nome;
 - Espécie;
 - Raça;
 - Género;
 - Idade;
 - Peso;
- Motivo da Urgência;
- História Progressiva Relevante (incluir história de medicação atual, conhecimento de alergias, imunizações ou qualquer aspeto relevante da história progressiva do animal);
- Modificadores de 1ª Ordem:
 - Sinais Vitais:
 - Avaliação Respiratória;
 - Avaliação Cardiovascular;
 - Avaliação Neurológica;
 - Temperatura;
 - Outros:
 - Escala de Dor;
 - Hemorragia;
 - Mecanismo de Lesão;
- Modificadores de 2ª Ordem:
 - Níveis Séricos de Glucose;
 - Hematócrito;
 - Desidratação;
 - Pressão Arterial;

- Nível CTAS de Chegada;
- Nível CTAS de Internamento;
- Considerações (qualquer adição ao estado do animal; no caso de o nível CTAS sofrer alterações entre a chegada do animal e o seu internamento, especificar Modificadores que foram alterados).

De forma a uniformizar a documentação da informação descrita, foi elaborada uma ficha modelo a ser preenchida pelo Médico Veterinário no decorrer do processo de triagem, de acordo com os resultados aferidos (Ver **Anexo G**).

Figura nº. 5 – Ficha Modelo CTAS Adaptado

Nº. de Ficha: _____	Data: __/__/____
M.V.: _____	
Triagem – Adaptação CTAS	
Identificação do Animal	
Nome: _____	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Espécie: Cão <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/>	Idade: _____
Raça: _____	Peso: _____ Kg
Motivo da Urgência: _____	
História Progressa Relevante: _____	
Modificadores de 1ª Ordem	
Sinais Vitais	Nível CTAS
Avaliação Respiratória	1 2 3 4 5
Avaliação Cardiovascular	1 2 3 4 5
Avaliação Neurológica	1 2 3 4 5
Temperatura	1 2 3 4 5
Outros	Nível CTAS
Escala de Dor	1 2 3 4 5
Hemorragia	1 2 3 4 5
Mecanismo de Lesão	1 2 3 4 5
Modificadores de 2ª Ordem	
	Nível CTAS
Níveis Séricos de Glucose	1 2 3 4 5
Hematócrito	1 2 3 4 5
Desidratação	1 2 3 4 5
Pressão Arterial	1 2 3 4 5
Nível CTAS de chegada:	1 2 3 4 5
Nível CTAS de internamento:	1 2 3 4 5
Considerações: _____	
<small>Incluir história de medicação atual, conhecimento de alergias, imunizações ou qualquer aspeto relevante da história progressa do animal :No caso de o nível CTAS sofrer alterações entre a chegada do animal e o seu internamento, especificar modificadores que foram</small>	

2.12 Reavaliação no Internamento

A última adaptação ao Processo CTAS Original tem que ver com a Reavaliação na Sala de Espera. No “Processo Adaptado”, esta reavaliação será efetuada no Internamento do CAMV, e os tempos estipulados para reavaliação dos pacientes serão determinados consoante as diretrizes de cada CAMV.

Põe-se o seguinte exemplo, que serve como modelo de tempos de Reavaliação no Internamento num CAMV em que as *guidelines* internas estipulem que um exame físico normal seja realizado a cada 4h:

Tabela n.º. 31 – Tempos de Reavaliação CTAS no Internamento

Nível 1	Assistência médica contínua
Nível 2	A cada 30 minutos
Nível 3	A cada 60 minutos
Nível 4	A cada 120 minutos
Nível 5	A cada 240 minutos

Fonte: Adaptado de CAEP, 2013

A extensão da reavaliação depende da queixa apresentada, do nível inicial de triagem e de quaisquer alterações identificadas pelo tutor do paciente (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013).

É essencial documentar os achados da reavaliação e quaisquer alterações na sua pontuação de prioridade (o que pode exigir que aumente prioridade do animal), mas nunca alterar nenhuma pontuação inicial de triagem (Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), 2013).

Conclusão

Segundo Moskop e Iserson (2007), a Triagem sustenta-se em quatro valores essenciais: Vida, Saúde, Uso eficiente de recursos e Equidade/Justiça.

- Vida
 - A triagem procura preservar e proteger vidas em risco/perigo;
- Saúde
 - Apesar de priorizar pacientes em condições de elevado risco, garante o tratamento de qualquer condição clínica, desde a mais à menos urgente;
- Uso eficiente de recursos
 - A triagem é uma resposta à escassez de recursos de cuidados de saúde em determinados contextos, durante os quais os prestadores de cuidados de saúde procuram, normalmente, utilizar os recursos disponíveis para alcançar o melhor resultado global;
- Equidade/justiça
 - “Decisões ou ações podem ser descritas como “justas” em dois sentidos diferentes: procedimental e substantivamente. Processualmente, uma ação é justa se estiver de acordo com as regras que regem a prática em questão. Como as decisões de triagem são feitas de acordo com as regras estabelecidas, permitem julgamentos sobre a justiça processual, ou seja, se as regras do sistema foram seguidas. A confiança nas regras de decisão distingue a triagem da injustiça das decisões tomadas arbitrariamente ou com base no preconceito pessoal. Em sentido substantivo, uma ação é justa se estiver de acordo com um padrão aceito ou princípio de justiça. Como os sistemas de triagem distribuem recursos médicos escassos entre os pacientes que deles necessitam, normalmente apelam a um ou mais princípios de justiça distributiva” (Moskop & Iserson, 2007).

À face do exposto, entende-se que a Triagem respeita o princípio do utilitarismo, teoria ética estruturada pelos filósofos britânicos Jeremy Bentham e John Stuart Mill, que defende que “as ações devem ser julgadas pelas suas consequências”, independentemente de estas serem boas ou más, e que “as ações são certas ou boas na medida em que

produzem o maior benefício entre todos os indivíduos afetados” (Moskop & Iserson, 2007).

Aquando da aplicação desta teoria à Triagem, os utilitaristas defendem que os sistemas de triagem visam a utilização dos recursos disponíveis para alcançar os benefícios de saúde da sobrevivência, restauração ou preservação de função e/ou alívio de sofrimento (Moskop & Iserson, 2007).

É com base nos fundamentos teóricos previamente descritos e na percepção do paradigma atual da Medicina Veterinária e das profissões por esta geradas que surge o desígnio da concepção do presente Trabalho de Projeto.

A conciliação entre o interesse suscitado pela área de Emergência e Cuidados Críticos na Clínica de Animais de Companhia e a consciência da escassez de *guidelines* na Medicina Veterinária em geral, principalmente quando comparada à Medicina Humana, incitaram-me a desenvolver os dois processos de Triagem que descrevo ao longo deste trabalho, que mutuamente se complementam, com o objetivo de solucionar aquilo que entendo que seja um problema substancializado numa lacuna na nossa metodologia de trabalho, enquanto equipes médico-veterinárias.

Perante isto, a formulação de ambos os sistemas de triagem passíveis de ser adequados a todos os departamentos de emergência médico-veterinários tem como finalidades supremas a consumação das principais vantagens da triagem, sendo estas a otimização temporal, a redução de custos, a boa utilização e gestão de recursos, bem como a garantia de eficiência no tratamento dos pacientes, e a garantia de excelência na prestação de serviços médico-veterinários de emergência transversal a toda a profissão, através da sistematização de dois processos que, até ao presente momento, são desempenhados de acordo com o juízo individual de cada profissional.

Bibliografia

Ackerman, N. (2016). *Aspinall's Complete Textbook of Veterinary Nursing* (3^a ed.). Elsevier.

Aldrige, P., & O'Dwyer, L. (2013). *Practical Emergency and Critical Care Veterinary Nursing*. Wiley-Blackwell.

Andrew-Jones, B., & Boag, A. (2007). Triage and emergency nursing. Em E. Mullineaux, & M. Jones, *BSAVA Manual of Practical Veterinary Nursing* (pp. 105-126). BSAVA.

Artero, C. T. (2017). *Small animal emergency care: Quick reference guide*. Servet.

Ash, K., Hayes, G. M., Goggs, R., & Sumner, J. P. (2018). 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. *Journal of Veterinary Emergency and Critical Care*, 1-9.

Battaglia, A. (2008). Proposal for an emergency receiving and triage system. *Veterinary Technician*, 29.

Battaglia, A. M., & Steele, A. M. (2016). *Small Animal Emergency and Critical Care for Veterinary Technicians*. Elsevier.

Beveridge, R., Ducharme, J., Janes, L., Beaulieu, S., & Walter, S. (1999). Reliability of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: Interrater Agreement. *Annals of Emergency Medicine*, 155-159.

Bongard, F. S., Sue, D. Y., & Vintch, J. R. (2008). *Current Diagnosis & Treatment Critical Care*. McGraw-Hill Companies.

Bracken, J. E. (1998). Triage. In L. Newberry, *Sheehy's Emergency Nursing Principles and Practice* (pp. 105-111). St. Louis: Mosby.

- Brown, A. J., & Drobatz, K. J. (2007). Triage of the emergency patient. Em L. King, & A. Boag, *BSAVA Manual of Canine and Feline Emergency and Critical Care* (2^a ed., pp. 1-7). BSAVA.
- Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP). (2013). *The Canadian Triage and Acuity Scale: Combined Adult/Paediatric Educational Program-Participant's Manual*.
- Caveney, L., Jones, B., & Ellis, K. (2012). *Veterinary Infection Prevention and Control*. Wiley-Blackwell.
- Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). Modern Triage in the Emergency Department. *Deutsches Arzteblatt International*, 892-898.
- Coleman, A. E. (2019). Systemic Arterial Hypertension. Em K. J. Drobatz, K. Hopper, E. Rozanski, & D. C. Silverstein, *Textbook of Small Animal Emergency Medicine* (Vol. 1, pp. 397-403). Wiley-Blackwell.
- Côté, E. (2015). *Clinical Veterinary Advisor, Dogs and Cats*. Elsevier.
- Couto, P. M. (2018). *Triagem Veterinária de Animais de Companhia em Horário de Urgência no Hospital Veterinário do Porto entre Janeiro de 2012 e Fevereiro de 2016*. UTAD.
- Covey, E. (Junho de 2018). How To Triage. *The Veterinary Nurse*, 9(7), pp. 262-268.
- Creedon, J. M., & Davis, H. (2012). *Advanced Monitoring and Procedures for Small Animal Emergency and Critical Care*. Wiley-Blackwell.
- Davis, H. (2012). Triage. Em J. M. Creedon, *Advanced Monitoring and Procedures for Small Animal Emergency and Critical Care* (pp. 5-10). Wiley-Blackwell.
- Donnelly, E., & Lewis, D. (Novembro de 2016). Triage of the veterinary patient. *In Practice*, 6-11.
- Drobatz, K. J. (Novembro de 1994). Clinical Approach To Toxicities. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, 24(6), 1123-1138.

- Drobatz, K. J., Hopper, K., Rozanski, E., & Silvertstein, D. C. (2019). *Textbook of Small Animal Emergency Medicine*. Wiley Blackwell.
- Ettinger, S. J., Feldman, E. C., & Côté, E. (2017). *Textbook of Veterinary Internal Medicine*. Elsevier.
- Faggella, A. M. (Novembro de 1994). First Aid, Transport, And Triage. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, 24(6), 997-1014.
- Farry, T. (2017). Perform telephone triage. *BSAVA Congress Proceedings 2017* (pp. 288-288). BSAVA.
- Feitosa, F. L. (2004). *Semiologia Veterinária: A Arte do Diagnóstico*. ROCA.
- Ford, R. B., & Mazzaferro, E. M. (2012). *Kirk and Bistner's Handbook of Veterinary Procedures and Emergency Treatment*. Elsevier.
- Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D., & Rosenau, A. M. (2012). *Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care*. AHRQ Publication.
- Hackett, T. B., & Mazzaferro, E. M. (2012). *Veterinary Emergency and Critical Care Procedures*. Wiley-Blackwell.
- Hellyer, P. W., Uhrig, S. R., & Robinson, N. G. (2006). Canine Acute Pain Scale. Colorado State University.
- Hellyer, P. W., Uhrig, S. R., & Robinson, N. G. (2006). Feline Acute Pain Scale. Colorado State University.
- Howie, K. (2016). Nursing the critical care patient – part 1: triage. *EJCAP Online*, 26(3), pp. 51-55.
- Iseron, K. V., & Moskop, J. C. (2007). Triage in Medicine, Part i: Concept, History and Types. *Annals of Emergency Medicine*, 275-281.
- Jasani, S. (2011). *Saunders Solutions in Veterinary Practice*. Elsevier.

- Kennedy, K., Aghababian, R. V., Gans, L., & Lewis, C. P. (1996). Triage: Techniques and Application in Decisionmaking. *Annals of Emergency Medicine*, 136-144.
- King, L., & Boag, A. (2007). *BSAVA Manual of Canine and Feline Emergency and Critical Care*. British Small Animal Veterinary Association.
- Kirby, R., & Linklater, A. (2017). *Monitoring and Intervention for the Critically Ill Small Animal: The Rule of 20*. Wiley-Blackwell.
- Kirby, R., Rudloff, E., & Linklater, A. K. (2015). *Small Animal Emergency and Critical Care Medicine*. CRC Press.
- Macintire, D. K., Drobotz, K. J., Haskins, S. C., & Saxon, W. D. (2006). *Manual of Small Animal Emergency and Critical Care Medicine*. Blackwell Publishing.
- Manchester Triage Group. (2014). *Emergency Triage*. Wiley-Blackwell.
- Manchester Triage Group. (2016). *Emergency Triage: Telephone triage and advice*. Wiley-Blackwell.
- Mathews, K. A. (2017). *Veterinary Emergency + Critical Care Manual (3^a ed.)*. Lifelearn Animal Health.
- Mathews, K., Kronen, P. W., Lascelles, D., Nolan, A., Robertson, S., Steagal, P. V., . . . Yamashita, K. (2020). Diretivas para o Reconhecimento, Avaliação e Tratamento da Dor. WSAVA Global Veterinary Community.
- Mazzaferro, E. M. (2010). *Blackwell's Five Minute Veterinary Consult: Small Animal Emergency and Critical Care*. Wiley-Blackwell.
- McCarthy, D., Bacek, L., Kim, K., Miller, G., Gaillard, P., & Kuo, K. (13 de Fevereiro de 2018). Use of the Animal Trauma Triage Score, RibScore, Modified RibScore and Other Clinical Factors for Prognostication in Canine Rib Fractures. *Veterinary and Comparative Orthopaedics and Traumatology*.
- McMichael, M. (2008). *Handbook of Canine and Feline Emergency Protocols*. Wiley-Blackwell.

- Ministry of Health and Long-Term Care: Emergency Health Services Branch. (s.d.). Prehospital Canadian Triage & Acuity Scale: Prehospital CTAS Paramedic Guide. *Versão 2.0*. Ontario.
- Moskop, J. C., & Iserson, K. V. (2007). Triage in Medicine, Part II: Underlying Values and Principles. *Annals of Emergency Medicine*, 282-287.
- Newfield, A. L. (2019). Triage and Initial Assessment of the Emergency Patient. Em C. L. Norkus, *Veterinary Technician's Manual for Small Animal Emergency and Critical Care* (2^a ed., pp. 1-16). John Wiley & Sons, Inc.
- Nicholls, L., Shilcock, M., Heath, S., & Scott-Park, F. (2007). Client communication and advice. Em E. Mullineaux, & M. Jones, *BSAVA Manual of Practical Veterinary Nursing* (pp. 10-52). BSAVA.
- Norkus, C. (2012). *Veterinary Technician's Manual for Small Animal Emergency and Critical Care*. Wiley-Blackwell.
- Pointer, S. (2017). Emergency and critical care: top tips for your survival! *Veterinary Nursing Journal*, 165-168.
- Poli, G. (2018). *miniVET guide Companion Animal Medicine: Portable and Concise VET Guide*. IN HOUSE Publishing.
- Rabelo, R. (2013). *Emergências de Pequenos Animais: Condutas Clínicas e Cirúrgicas no Paciente Grave*. Elsevier.
- Rabelo, R. C., & Forgione, U. E. (2013). Índices Prognósticos em Urgências. Em R. C. Rabelo, *Emergências de Pequenos Animais: Condutas Clínicas e Cirúrgicas no Paciente Grave* (pp. 8-24). Brasil: Elsevier.
- Reineke, E. L. (2015). Evaluation and Triage of the Critically Ill Patient. Em D. C. Silverstein, *Small Animal Critical Care Medicine* (2^a ed., pp. 1-5). Missouri, EUA: Elsevier.

- Reiniger, R. P. (9 de Fevereiro de 2020). *Neonatologia - Pediatria e Geriatria*. Obtido de <https://pt.slideshare.net/ReginaReiniger/aula-2-neonatologia-pediatria-e-geriatria-51176860>
- Richmond, M. (2002). Animal 'ER': Nursing the Emergency Patient. *Veterinary Nursing Journal*, 209-211.
- Rockar, R. A., Drobatz, K. S., & Shofer, F. S. (1994). Development of a Scoring System for the Veterinary Trauma Patient. *The Journal of Veterinary Emergency and Critical Care*, 77-83.
- Royal Canin. (2008). *Selected Topics in Canine and Feline Emergency Medicine*. Aniwa S.A.S.
- Rozanski, E. A., & Rush, J. E. (2013). *Small Animal Emergency and Critical Care Medicine: A Color Handbook*. Manson Publishing.
- Ruys, E. A., & Rush, J. E. (2007). *A Color Handbook of Small Animal Emergency and Critical Care Medicine*. Manson Publishing.
- Sigrist, N. (2019). Triage. Em K. J. Drobatz, K. Hopper, E. Rozanski, & D. C. Silverstein, *Textbook of Small Animal Emergency Medicine* (Vol. 1, pp. 6-10). Wiley-Blackwell.
- Silverstein, D. C., & Hart, S. (2019). Crystalloid Fluid Therapy. Em K. J. Drobatz, K. Hopper, E. Rozanski, & D. C. Silverstein, *Textbook of Small Animal Emergency Medicine* (Vol. 1, pp. 1091-1096). Wiley-Blackwell.
- Silverstein, D. C., & Hopper, K. (2015). *Small Animal Critical Care Medicine*. Elsevier.
- Stull, J. W., & Stevenson, K. B. (3 de 2015). Zoonotic Disease Risks for Immunocompromised and Other High-risk Clients and Staff: Promoting Safe Pet Ownership and Contact. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, 45(2). Elsevier Inc.

- Stull, J. W., & Weese, J. S. (3 de 2015). Hospital-Associated Infections in Small Animal Practice. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, 45(2). Elsevier Inc.
- Thomas, E. (2017). Easing the emergency burden: ethical dilemmas faced by the out-of-hours vet. *Veterinary Record*, 86-87.
- Warren, D. W., Jarvis, A., LeBlanc, L., Gravel, J., & NWG. (2008). Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS). *CAEP Update*, 224-232.
- Weinerman, E. R., Ratner, R. S., Robbins, A., & al., e. (1966). Yale studies in ambulatory care V: determinants of use of hospital emergency services. *Am J Public Health*, 1037-1056.
- Williams, J. M., Jones, D., & Thornton, C. (2017). Owner's perception of veterinary medical emergencies. *Veterinary Record*, 90.
- Wingfield, W. E. (2001). *Veterinary Emergency Medicine Secrets*. Hanley & Belfus.
- WSAVA Global Nutrition Committee. (2013). Body Condition Score.

Anexos

Anexo A: Relatório Final da Triagem Telefónica (Frente)

Data: __/__/__

R.A.C.: _____

Hora: __ h __ min

Triagem Telefónica

Tutor

Nome: _____

Contacto Telef.: _____

Nº. de Ficha¹: _____

T.E.C.²: _____

Animal

Nome: _____

Idade: _____

Espécie: _____

Peso: _____

Raça: _____

Condição Corporal: _____

Género: _____

Informação Geral

História Progressiva: ~~~~~

Medicação Atual: ~~~~~

Alergias: ~~~~~

Questionário

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

Resultado

<u>Percentagem</u>	<u>Nível</u>	<u>Avaliação</u>
X %	Y	~~~~~

¹Preencher se existente.

² Tempo Estimado de Chegada

Anexo B: Relatório Final da Triage Telefónica (Verso)

Questionário

1. O animal encontra-se consciente?
 - i. **SIM**
 - ii. **NÃO**
 - i. Demonstra consciência sob estímulo
 - ii. Não demonstra consciência sob estímulo
 - iii. Não sabe responder
2. O animal consegue movimentar-se/manter-se em estação?
 - i. **SIM**
 - ii. **NÃO**
3. O animal respira?
 - i. **SIM**
 - ii. **NÃO**
 - i. Há menos de 2 minutos
 - ii. Há mais de 2 minutos
 - iii. Não sabe responder
4. Qual o modo de respiração?
 - i. **NORMAL**
 - ii. **ALTERADO**
5. O animal apresenta fosse?
 - i. **SIM**
 - i. Há menos de 3 semanas
 - ii. Há mais de 3 semanas
 - iii. Não sabe responder
 - ii. **NÃO**
6. Existe sinal de função cardíaca?
 - i. **SIM**
 - ii. **NÃO**
 - i. Há menos de 4 minutos
 - ii. Há mais de 4 minutos
 - iii. Não sabe responder
7. Qual a cor das membranas mucosas?
 - i. **NORMAL**
 - ii. **ALTERADA**
8. O animal está a experienciar ativamente uma convulsão?
 - i. **SIM**
 - i. Há menos de 2 minutos
 - ii. Há mais de 2 minutos
 - iii. Não sabe responder
 - ii. **NÃO**
9. Existe suspeita de ingestão/exposição a alguma substância potencialmente tóxica?
 - i. **SIM**
 - i. Há menos de 30 minutos
 - ii. Há mais de 30 minutos
 - iii. Não sabe responder
 - ii. **NÃO**
10. O animal come?
 - i. **SIM**
 - ii. **NÃO**
 - i. Há menos de 3 dias
 - ii. Há mais de 3 dias
 - iii. Não sabe responder
11. O animal vomita?
 - i. **SIM**
 - i. Há menos de 1-2 semana(s)
 - ii. Há mais de 1-2 semana(s)
 - iii. Não sabe responder
 - ii. **NÃO**
12. O animal apresenta diarreia?
 - i. **SIM**
 - i. Há menos de 7-14 dias
 - ii. Há mais de 7-14 dias
 - iii. Não sabe responder
 - ii. **NÃO**
13. O animal urina?
 - i. **SIM**
 - ii. **NÃO**
 - i. Há menos de 24 horas
 - ii. Há mais de 24 horas
 - iii. Não sabe responder
14. O animal apresenta o abdómen distendido/dor à palpação abdominal?
 - i. **SIM**
 - ii. **NÃO**
15. O animal sofreu algum traumatismo?
 - i. **SIM**
 - ii. **NÃO**
16. O animal apresenta hemorragia ativa?
 - i. **SIM**
 - ii. **NÃO**
17. O animal apresenta alguma fratura óbvia?
 - i. **SIM**
 - ii. **NÃO**
18. O animal apresenta alguma ferida penetrante?
 - i. **SIM**
 - ii. **NÃO**
19. O animal apresenta algum osso/cavidade /órgão exposto?
 - i. **SIM**
 - ii. **NÃO**
20. O animal apresenta queimaduras?
 - i. **SIM**
 - ii. **NÃO**

Anexo C: Manual do Utilizador da Aplicação Web

Este documento tem como objetivo fornecer as diretrizes para a utilização da aplicação *web* criada para a colocação em prática da metodologia da Triagem Telefónica.

A aplicação destina-se a ser utilizada por RAC, contendo, ainda, uma funcionalidade avançada para Diretores Clínicos de CAMV, a qual permite a criação de novos questionários seguindo o modelo proposto.

Em seguida, será descrita a explicação dos passos básicos da utilização da aplicação *web*.

Introdução

A aplicação encontra-se hospedada num servidor *web* externo e pode ser acedida pelo utilizador através do *browser* (*Google Chrome, Internet Explorer, Safari e Firefox*) no endereço fornecido para o efeito. O acesso ao programa pode ser feito por dois tipos de utilizadores, o Diretor Clínico do CAMV e o RAC. O Diretor Clínico conta com funcionalidades acrescidas de gestão da aplicação, entre as quais a criação de novos inquéritos, definição de credenciais de *login* para novos utilizadores RAC e acesso a todas as bases de dados da aplicação.

Por sua vez, os utilizadores do tipo RAC podem apenas aceder a níveis básicos do *software* – preenchimento de inquéritos e resultados dos mesmos.

Aquando da disponibilização do pacote de *software* da Triagem Telefónica são definidas e disponibilizadas as credenciais de acesso.

1. Credenciais de acesso

As credenciais de acesso ao pacote de software da Triagem Telefónica são compostas por *UserName* e *Password*. Estas devem ser definidas aquando da aquisição da aplicação *web*.

2. Início de Sessão - *Login*

Na página inicial da aplicação, o utilizador deve efetuar o *login*, utilizando as credenciais (*UserName* e *Password*) previamente definidas para o efeito.

O tipo de utilizador é, aqui, reconhecido automaticamente pelo programa, disponibilizando as funcionalidades correspondentes ao tipo de utilizador registado.

Figura n.º 6 - Início de Sessão (*Login*)



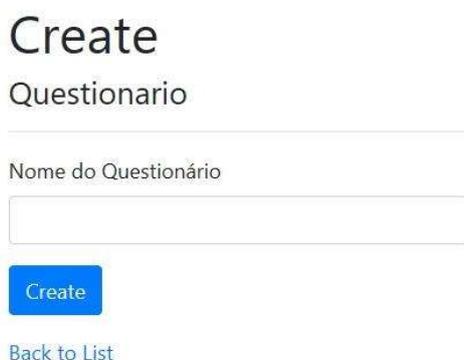
The image shows a web login interface. At the top, the word "Login" is displayed in a large, bold, black font. Below it, the word "Utilizador" is written in a smaller, regular black font. There are two input fields: the first is labeled "UserName" and the second is labeled "Password". Both fields are empty and have a light gray border. Below the "Password" field is a blue button with the word "Login" written in white text.

3. Criar Questionários

A criação de questionários encontra-se apenas disponível para utilizadores do tipo Diretor Clínico de CAMV e permite a criação de novos inquéritos ou a modificação de inquéritos previamente existentes.

O utilizador deve definir um nome para o novo questionário e, de seguida, deve escolher se pretende criar um grupo de questões ou uma questão.

Figura n.º 7 - Criação de Questionários



Create
Questionario

Nome do Questionário

Create

[Back to List](#)

a. Criar Grupo

O utilizador deve escolher entre os grupos previamente existentes:

- Informação Geral
- Motivo de Chamada
- Animal
- CAMV
- Questionário

O utilizador pode, ainda, adicionar novos grupos, preenchendo o campo “Descrição” com a designação do novo grupo.

b. Criar Questão

Aquando da criação de uma nova questão, o utilizador deve indicar a que grupo esta deverá pertencer (seleccionando-o na lista) e deve preencher os restantes campos – “Informação”, “QuesCorID”, “Pergunta”, “TipoPergunta” e “QuesOrdem”.

4. Gerir Utilizadores

A funcionalidade de gestão de utilizadores é uma ferramenta avançada, apenas disponível para utilizadores do tipo Diretor Clínico de CAMV, que permite aceder à lista de utilizadores do programa, bem como adicionar novos utilizadores.

Para adicionar um novo utilizador, o usuário deverá clicar com o rato na opção “Adicionar Utilizador” e preencher os campos com as informações do mesmo.

A consulta da lista de utilizadores permite, ainda, consultar a sua informação (carregando no separador “*Details*”) e alterar a sua informação/acesso (carregando no separador “*Edit*”).

5. Consultar Triagens

A funcionalidade de consulta de triagens permite ao utilizador aceder a todos os inquéritos realizados na aplicação.

Tendo em vista a facilidade de acesso, o utilizador poderá utilizar a funcionalidade de filtragem de inquéritos. Para tal, deve seleccionar se a pesquisa será efetuada por “Animal”, “Tutor” ou “Resultado” e escrever a informação no campo indicado para o efeito.

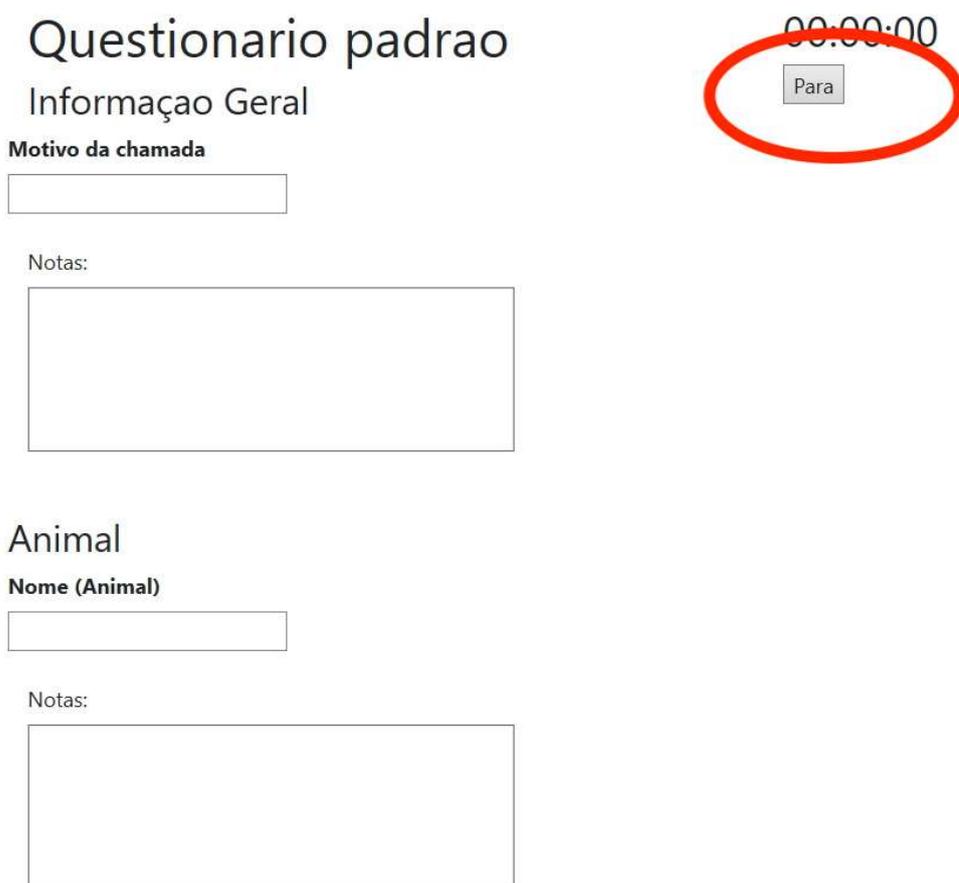
Ao visualizar a lista de inquéritos, são fornecidas informações como a data da chamada, o tempo de duração da mesma, o nome do tutor e do respetivo animal, entre outros.

Para consulta do relatório correspondente a cada processo de Triagem Telefónica, o utilizador deve clicar em “Gerar Relatório”.

Para apagar de forma definitiva o questionário da base de dados, o utilizador deve clicar em “Delete”.

6. Iniciar Questionário

Figura n.º 8 - Exemplo de questões de resposta aberta



The image shows a web interface for a questionnaire. At the top left, the title "Questionario padrao" is displayed in a large font, followed by "Informação Geral" in a smaller font. To the right of the title, a timer shows "00:00:00". Below the title, there is a section labeled "Motivo da chamada" with a text input field. Underneath, the label "Notas:" is followed by a larger text area for notes. A second section titled "Animal" contains a label "Nome (Animal)" with another text input field, and below it, another "Notas:" label with a text area. In the top right corner, a button labeled "Para" is circled in red.

Figura n.º 9 - Exemplo de questões de escolha múltipla

O animal apresenta diarreia?

- NÃO
- SIM
- Há menos de 7-14 dias
- Há mais de 7-14 dias
- Não sabe responder

Notas:

O animal urina?

- SIM
- NÃO
- Há menos de 24 horas
- Há mais de 24 horas
- Não sabe responder

Notas:

Next

Para dar início a um questionário, o utilizador deve começar por seleccionar qual o tipo de questionário que pretende preencher.

Em seguida, o programa inicia o relógio que se encontra no centro da página, dando início ao processo de Triagem Telefónica, onde surgem as primeiras questões do mesmo. O utilizador deve responder de forma clara às perguntas, escrevendo as respostas nas caixas de texto indicadas para o efeito ou seleccionando a opção adequada entre as opções disponibilizadas, quando se tratar de uma questão de escolha múltipla. Em todas

as perguntas o utilizador pode, ainda, adicionar notas que considere relevantes nas caixas de texto indicadas para o efeito e intituladas de “Notas:”.

Após o preenchimento das questões que aparecem no ecrã, o utilizador deve clicar no botão “*Next*”, que o irá encaminhar para um novo grupo de questões.

Na última fase do questionário, este deve ser submetido, carregando no botão “*Submit*”, que se encontra no canto inferior esquerdo da página.

O inquérito pode ser interrompido em qualquer momento do seu preenchimento através do botão “*Para*”, que se encontra abaixo do cronómetro.

Anexo D: CEDIS Presenting Complaint List

CARDIOVASCULAR (CVS)

Bilateral leg swelling / edema
Cardiac arrest (non-traumatic)
Cardiac arrest (traumatic)
Chest pain (cardiac features)
Chest pain (non-cardiac features)
Cool pulseless limb
Edema, generalized
General weakness
Hypertension
Palpitations / irregular heart beat
Syncope / pre-syncope
Unilateral reddened hot limb

ENT – EARS (EENT)

Discharge, ear
Earache
Ear injury
Foreign body, ear
Loss of hearing
Tinnitus

ENT – MOUTH, THROAT, NECK (EENT)

Dental / Gum problem
Difficulty swallowing / dysphagia
Facial pain (non-traumatic / non-dental)
Facial trauma
Neck swelling / pain
Neck trauma
Sore throat

ENT – NOSE (EENT)

Epistaxis
Foreign body, nose
Nasal congestion / hay fever
Nasal trauma
URTI complaints

ENVIRONMENTAL (ENV)

Chemical exposure
Electrical injury
Frostbite / cold injury
Hypothermia
Noxious inhalation
Near drowning

GASTROINTESTINAL (GI)

Abdominal mass / distention

Abdominal pain

Anal / rectal trauma

Anorexia

Blood in stool / melena

Constipation

Diarrhoea

Feeding difficulties in the new-born

Foreign body in rectum

Groin pain / mass

Hiccoughs

Jaundice

Neonatal jaundice

Oral / oesophageal foreign body

Rectal / perineal pain

Vomiting and / or nausea

Vomiting blood

GENITOURINARY (GU)

Flank pain

Genital discharge / lesion

Genital trauma

Haematuria

Oliguria

Penile swelling

Polyuria

Scrotal pain and / or swelling

Urinary retention

UTI complaints

MENTAL HEALTH (MH)

Anxiety / situational crisis

Bizarre behaviour

Concern for the patient's welfare

Depression / suicidal / deliberate self-harm

Hallucinations / delusions

Insomnia

Paediatric disruptive behaviour

Social problem

Violent / homicidal behaviour

NEUROLOGIC (CNS)

Altered level of consciousness

Confusion

Extremity weakness / symptoms of CVA

Floppy child

Gait disturbance / ataxia

Head injury

Headache

Seizure

Sensory loss / paraesthesia

Tremor

Vertigo

OB – GYN (OB – GYN)

Foreign body, vagina

Labial swelling

Menstrual problems

Pregnancy issue < 20 weeks

Pregnancy issue > 20 weeks

Sexual assault

Vaginal bleeding

Vaginal discharge

Vaginal pain / itch

OPHTHALMOLOGY (OPHTH)

Chemical exposure, eye

Diplopia

Eye pain

Eye trauma

Foreign body, eye

Red eye / discharge

Periorbital swelling

Photophobia

Re-check eye

Visual disturbance

ORTHOPEDIC (ORTHO)

Amputation

Back pain

Cast check

Joint(s) swelling

Lower extremity injury

Lower extremity pain

Paediatric gait disorder / painful walk

Traumatic back / spine injury

Upper extremity injury

Upper extremity pain

RESPIRATORY (RESP)

Allergic reaction

Apnoeic spells in infants

Cough / congestion

Haemoptysis

Hyperventilation

Respiratory arrest

Respiratory foreign body

Shortness of breath

Stridor

Wheezing – no other complaints

SKIN (SKIN)

Abrasion

Bite

Blood and body fluid exposure

Burn

Cyanosis

Foreign body, skin

Laceration / puncture

Localized swelling / redness

Lumps, bumps, calluses

Other skin conditions

Pruritis

Rash

Redness / tenderness, breast

Removal staples / stitches

Rule out infestation

Spontaneous bruising

Sting

Wound neck

SUBSTANCE MISUSE (SUBST)

Overdose ingestion

Substance misuse / intoxication

Substance withdrawal

TRAUMA (T)

Isolated abdominal trauma – blunt

Isolated abdominal trauma – penetrating

Isolated chest trauma – blunt

Isolated chest trauma – penetrating

Major trauma – blunt

Major trauma – penetrating

GENERAL & MINOR (GEN)

Abnormal lab values

Congenital problems in children

Direct referral for consultation

Dressing change

Exposure to communicable disease

Fever

Hyperglycaemia

Hypoglycaemia

Imaging tests

Inconsolable crying in infants

Medical device problem

Minor complaints NOS

Newly born

Pallor / anaemia

Postoperative complications

Prescription / Medical request

Ring removal

Anexo E: Animal Trauma Triage System (ATT)

Gr au	Perfusão	Cardíaco	Respiratório	Olhos/ Musculatura/ Tegumento	Ortopédico	Neurológico
0	<ul style="list-style-type: none"> Mm rosadas e húmidas TRC = 2s Tª retal $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ Pulso femoral forte 	<ul style="list-style-type: none"> Ritmo sinusal FC (C): 60-140bpm FC (F): 120-200bpm 	<ul style="list-style-type: none"> Padão regular sem estridor Sem componente abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> Abrãso ou laceração: sem espessura ou espessura parcial Olhos: captação de fluoresceína negativa 	<ul style="list-style-type: none"> Apoio em 3-4 membros Não se palpa fraturas ou luxações 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Central</u>: consciente, alerta a ligeiramente parado e com interesse no meio envolvente <u>Periférico</u>: reflexos espinais normais, movimento intencional e nociceção total
1	<ul style="list-style-type: none"> Mm hiperémicas ou rosa-pálidas e viscosas TRC 0-2s □ Tª retal $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ Pulso femoral ainda palpável 	<ul style="list-style-type: none"> Ritmo sinusal ou CPV's $< 20/\text{min}$ FC (C): 140-180bpm FC (F): 200-260bpm 	<ul style="list-style-type: none"> FR ligeiramente ↑ Esforço ± alguma componente abdominal Sons das vias aéreas superiores moderadamente ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> Abrãso ou laceração: espessura total e sem envolvimento de tecido profundo Olho: laceração ou ulceração corneal e sem perfuração 	<ul style="list-style-type: none"> Fratura apendicular ou de costelas ou mandibular fechada Luxação única Fratura pélvica com articulação sacroiliaca, ílio e acetábulo intactos unilateralmente Fraturas abertas/fechadas simples de membros ou abaixo dos carpos/tarsos 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Central</u>: consciente, mas parado, depressivo e sem interesse no meio envolvente <u>Periférico</u>: reflexos espinais anormais com movimento intencional e nociceção total Fraturas tarsos
2	<ul style="list-style-type: none"> Mm pálidas e viscosas TRC 2-3s Tª retal $< 37,8^{\circ}\text{C}$ Pulso pouco palpável e fraco 	<ul style="list-style-type: none"> Arritmia consistente FC (C): 180bpm FC (F): 260bpm 	<ul style="list-style-type: none"> Esforço respiratório moderadamente ↑ com componente abdominal Abdução dos cotovelos Sons das vias aéreas superiores moderadamente ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> Abrãso ou laceração: espessura total, com envolvimento de tecido profundo, mas sem lesão arterial, muscular ou de nervos Olho: perfuração corneal e perfuração ou protrusão do globo ocular 	<ul style="list-style-type: none"> Condições múltiplas de grau 1 (ver acima) Fratura aberta e única de osso longo acima dos carpos/tarsos com osso cortical preservado Fratura de crânio não envolvendo a mandíbula 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Central</u>: inconsciente mas responde a estímulos dolorosos <u>Periférico</u>: movimento intencional ausente com nociceção intacta em 2 ou mais membros ou movimentação ausente em 1 membro Tonus anal e/ou da cauda ↓
3	<ul style="list-style-type: none"> Mm acinzentadas, azuis ou brancas TRC = 3s Tª retal $< 37,8^{\circ}\text{C}$ Pulso femoral não palpável 	<ul style="list-style-type: none"> Arritmia errática FC (C): $\leq 60\text{bpm}$ FC (F): $\leq 120\text{bpm}$ 	<ul style="list-style-type: none"> Esforço respiratório marcado Respiração ofegante, agónica ou totalmente irregular Vias aéreas praticamente ou totalmente fechadas 	<ul style="list-style-type: none"> Ferida penetrante na cavidade torácica ou abdominal Abrãso ou laceração: espessura total e envolvimento de tecido profundo Lesão arterial, muscular ou de nervos 	<ul style="list-style-type: none"> Fratura/luxação de corpos vertebrais, exceto coccigeos Fraturas abertas e múltiplas de ossos longos acima dos carpos/tarsos Fraturas abertas e únicas de ossos longos acima dos carpos/tarsos com perda de osso cortical 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Central</u>: não responsivo a qualquer estímulo; convulsões refratárias <u>Periférico</u>: nociceção ausente em 2 ou mais membros; nociceção ausente da cauda ou perianal

Legenda: Mm- Membranas mucosas CPV - Complexos Ventriculares Prematuros; C- Caninos; F- Felinos; min.- minutos; bpm- batimentos por min.; s- segundos; FC- Frequência cardíaca; FR- Frequência respiratória; ↑- aumentado(a); ↓- diminuído; ±- com ou sem. Fonte: Adaptado de Rockar et al., 1994.

Anexo F: Escalas de Dor Canina e Felina adaptadas da Universidade do Colorado

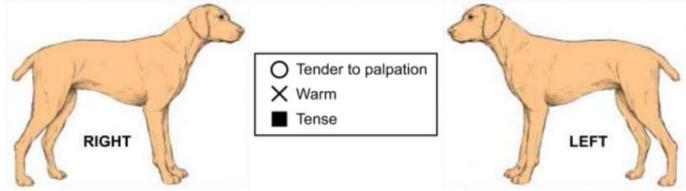


Date _____

Time _____

Colorado State University
Veterinary Medical Center
Canine Acute Pain Scale

	Rescore when awake			
Pain Score	Example	Psychological & Behavioral	Response to Palpation	Body Tension
0		<input type="checkbox"/> Comfortable when resting <input type="checkbox"/> Happy, content <input type="checkbox"/> Not bothering wound or surgery site <input type="checkbox"/> Interested in or curious about surroundings	<input type="checkbox"/> Nontender to palpation of wound or surgery site, or to palpation elsewhere	Minimal
1		<input type="checkbox"/> Content to slightly unsettled or restless <input type="checkbox"/> Distracted easily by surroundings	<input type="checkbox"/> Reacts to palpation of wound, surgery site, or other body part by looking around, finching, or whimpering	Mild
2		<input type="checkbox"/> Looks uncomfortable when resting <input type="checkbox"/> May whimper or cry and may lick or rub wound or surgery site when unattended <input type="checkbox"/> Droopy ears, worried facial expression (arched eye brows, darting eyes) <input type="checkbox"/> Reluctant to respond when beckoned <input type="checkbox"/> Not eager to interact with people or surroundings but will look around to see what is going on	<input type="checkbox"/> Flinches, whimpers cries, or guards/pulls away	Mild to Moderate Reassess analgesic plan
3		<input type="checkbox"/> Unsettled, crying, groaning, biting or chewing wound when unattended <input type="checkbox"/> Guards or protects wound or surgery site by altering weight distribution (i.e., limping, shifting body position) <input type="checkbox"/> May be unwilling to move all or part of body	<input type="checkbox"/> May be subtle (shifting eyes or increased respiratory rate) if dog is too painful to move or is stoic <input type="checkbox"/> May be dramatic , such as a sharp cry, growl, bite or bite threat, and/or pulling away	Moderate Reassess analgesic plan
4		<input type="checkbox"/> Constantly groaning or screaming when unattended <input type="checkbox"/> May bite or chew at wound, but unlikely to move <input type="checkbox"/> Potentially unresponsive to surroundings <input type="checkbox"/> Difficult to distract from pain	<input type="checkbox"/> Cries at non-painful palpation (may be experiencing allodynia, wind-up, or fearful that pain could be made worse) <input type="checkbox"/> May react aggressively to palpation	Moderate to Severe May be rigid to avoid painful movement Reassess analgesic plan

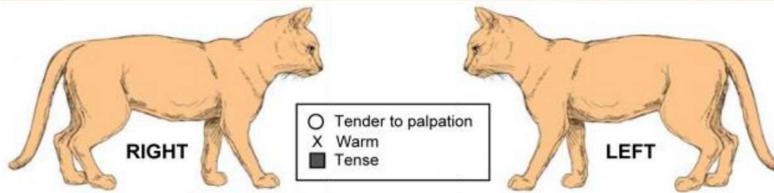


Comments _____

**Colorado State University
Veterinary Medical Center
Feline Acute Pain Scale**



Pain Score	Example	Psychological & Behavioral	Response to Palpation	Body Tension
No Score		<input type="checkbox"/> Animal is sleeping and cannot be evaluated		
0		<input type="checkbox"/> Content and quiet when unattended <input type="checkbox"/> Comfortable when resting <input type="checkbox"/> Interested in or curious about surroundings	<input type="checkbox"/> Not bothered by palpation of wound or surgery site, or to palpation elsewhere	Minimal
1		<input type="checkbox"/> Signs are often subtle and not easily detected in the hospital setting; more likely to be detected by the owner(s) at home <input type="checkbox"/> Earliest signs at home may be <u>withdrawal from surroundings or change in normal routine</u> <input type="checkbox"/> In the hospital, may be content or slightly unsettled <input type="checkbox"/> Less interested in surroundings but will look around to see what is going on	<input type="checkbox"/> May or may not react to palpation of wound or surgery site	Mild
2		<input type="checkbox"/> Decreased responsiveness, seeks solitude <input type="checkbox"/> Quiet, loss of brightness in eyes <input type="checkbox"/> Lays curled up or sits tucked up (all four feet under body, shoulders hunched, head held slightly lower than shoulders, tail curled tightly around body) with eyes partially or mostly closed <input type="checkbox"/> Hair coat appears rough or fluffed up <input type="checkbox"/> May intensively groom an area that is painful or irritating <input type="checkbox"/> Decreased appetite, not interested in food	<input type="checkbox"/> Responds aggressively or tries to escape if painful area is palpated or approached <input type="checkbox"/> Tolerates attention, may even perk up when petted as long as painful area is avoided	Mild to Moderate Reassess analgesic plan
3		<input type="checkbox"/> Constantly yowling, growling, or hissing when unattended <input type="checkbox"/> May bite or chew at wound, but unlikely to move if left alone	<input type="checkbox"/> Growls or hisses at non-painful palpation (may be experiencing allodynia, wind-up, or fearful that pain could be made worse) <input type="checkbox"/> Reacts aggressively to palpation, adamantly pulls away to avoid any contact	Moderate Reassess analgesic plan
4		<input type="checkbox"/> Prostrate <input type="checkbox"/> Potentially unresponsive to or unaware of surroundings, difficult to distract from pain <input type="checkbox"/> Receptive to care (even mean or wild cats will be more tolerant of contact)	<input type="checkbox"/> May not respond to palpation <input type="checkbox"/> May be rigid to avoid painful movement	Moderate to Severe May be rigid to avoid painful movement Reassess analgesic plan



Comments _____

Fonte: Hellyer et al., 2006

Anexo G: Ficha do Processo CTAS Adaptado

Nº. de Ficha: _____

Data: ____ / ____ / ____

M.V.: _____

Triagem – Adaptação CTAS

Identificação do Animal

Nome: _____

Género: M F

Espécie: Cão Gato

Idade: _____

Raça: _____

Peso: _____ Kg

Motivo da Urgência: _____

História Progressa Relevante: _____

Modificadores de 1ª Ordem

Sinais Vitais	Nível CTAS				
Avaliação Respiratória	1	2	3	4	5
Avaliação Cardiovascular	1	2	3	4	5
Avaliação Neurológica	1	2	3	4	5
Temperatura	1	2	3	4	5

Outros	Nível CTAS				
Escala de Dor	1	2	3	4	5
Hemorragia	1	2	3	4	5
Mecanismo de Lesão	1	2	3	4	5

Modificadores de 2ª Ordem

	Nível CTAS				
Níveis Séricos de Glucose	1	2	3	4	5
Hematócrito	1	2	3	4	5
Desidratação	1	2	3	4	5
Pressão Arterial	1	2	3	4	5

Nível CTAS de chegada: 1 2 3 4 5

Nível CTAS de internamento: 1 2 3 4 5

Considerações: _____

¹Incluir história de medicação atual, conhecimento de alergias, imunizações ou qualquer aspeto relevante da história progressa do animal

²No caso de o nível CTAS sofrer alterações entre a chegada do animal e o seu internamento, especificar modificadores que foram