

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE VETERINÁRIA
Curso de Medicina Veterinária

Jeaníris Feichas Alves

Triagem em emergência veterinária

Porto Alegre
2013

Jeaníris Feichas Alves

Triagem em emergência veterinária

Trabalho de Conclusão de Curso para a conclusão do curso de Medicina Veterinária da Faculdade de Veterinária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Cláudio Corrêa Natalini, Ph.D.

Porto Alegre

2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Lucas pelo apoio, incentivo e preocupação e à minha irmã Luízia pela “coorientação” e formatação exemplar e pacienciosa, aos meus pais Jean Carlos e Martha Bernadette, aos meus avós Nona, Vovó e Vovô, ao meu irmão Gabriel, Buck, Thor, Beleza, Almanima, Chocolate, Pichorrinha, Ícaro, Rebecca, Agnes Judith e Sarah Mico, Figolino(Figo), Anastácia (Naná), Antônia, Zita, Alice, Pank, Alegria, Felicidade, e a todas as pessoas (da espécie *Homo sapiens* ou não) que de alguma forma contribuíram e me acompanharam até este momento da minha vida.

“A grandeza de uma nação pode ser julgada pelo modo que seus animais são tratados.”

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

A triagem em emergência é um método que possibilita tanto a priorização de pacientes graves, permitindo um melhor cuidado aos mesmos, quanto uma ferramenta para organização de uma emergência, facilitando o fluxo de pacientes. Na medicina veterinária é possível perceber uma deficiência em sistemas de triagem, tanto em propostas quanto na validação, e a pouca atenção que se dá ao assunto nos estabelecimentos veterinários. A triagem geralmente é realizada empiricamente, priorizando apenas risco de vida aparente. Neste trabalho buscou-se ressaltar a importância de um sistema de triagem veterinária, principalmente pelo mercado crescente em serviços veterinários e aumento da população de animais de estimação. Este trabalho constitui-se de uma revisão de literatura com buscas referentes à triagem veterinária e humana nas bases de dados ISI Web of Knowledge, PubMed e SCOPUS que possam servir de incentivo à busca de um sistema de triagem confiável e validado em medicina veterinária. Com a revisão de literatura foi possível encontrar dois trabalhos significativos sobre sistemas de triagem veterinária. Ambos baseados em sistemas de cinco níveis usados em departamentos de triagem humanos. O primeiro referente à criação de uma lista de triagem veterinária (Veterinary Triage List) baseada no sistema Manchester Triage Scale e o segundo sobre a implantação de um sistema de triagem para uso em estabelecimentos veterinários baseado no Emergency Severity Index, mas que ainda não possui validação. Ambos os trabalhos não foram definitivos, mas, a partir deles, é possível perceber a dinâmica no desenvolvimento de um sistema de triagem veterinário, que realmente há uma falta de sistemas de triagem validados e os possíveis benefícios no uso das experiências obtidas em sistemas de triagem para humanos.

Palavras-chave: Sistemas de Triagem. Emergência. Veterinária. Revisão de Literatura.

ABSTRACT

Triage in emergency is a method that allows both the prioritization of critically ill patients, allowing better care of them, and as a tool for organizing an emergency, facilitating the flow of patients. In veterinary medicine it is possible to realize a deficiency in triage systems, both proposals as validation, and little attention given to the subject in veterinary establishments. Triage is usually performed empirically, focusing only apparent life-threatening. In this study we sought to emphasize the importance of veterinary triage, particularly for a growing market of veterinary services and increasing population of pets. This paper presents a review of literature and a research on veterinary and human triage in ISI of Knowledge, PubMed and SCOPUS databases that can serve as an incentive to the search for triage system reliable and valid in veterinary medicine. With the revision of literature was possible to find two significant works on systems veterinary triage. Both systems based on five levels used in human triage departments. The first refers to the creation of a list of veterinary triage (Veterinary Triage List) based in Manchester Triage System Scale and the second on the implementation of a triage system for use in Emergency veterinary facilities based on the Severity Index, that is not yet validated. Both studies were not definitive, but from them, is possible to understand the dynamics on the development of a veterinarian triage system, the lack of validated triage systems and the possible benefits in using the experiences gained in human triage system.

Keywords: Triage system. Emergency. Veterinary. Literature review.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACEP	American College of Emergency Physicians
AMC	Animal Medical Center
ATS	Australian Triage Scale
ATT	Animal Trauma Triage
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CTAS	Canadian Triage and Acuity Scale
ENA	Emergency Nurses Association
ESI	Emergency Severity Index
EUA	Estados Unidos da América
HEFMV	Hospital Escola da Faculdade de Medicina Veterinária
ITS	Ipswich Triage Scale
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MTS	Manchester Triage Scale
NTS	National Triage Scale
SUS	Sistema Único de Saúde
TWT-N	Target Waiting Times-Nurses
TWT-R	Target Waiting Times-
VTL	Veterinary Triage List

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	TRIAGEM EM EMERGÊNCIA.....	10
2.1	HISTÓRIA.....	10
2.2	OBJETIVOS ATUAIS E QUESTÕES ÉTICAS.....	13
3	MÉTODOS DE TRIAGEM	16
3.1	EMERGENCY SEVERITY INDEX	19
3.2	CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE.....	20
3.3	AUSTRALIAN TRIAGE SCALE	21
3.4	MANCHESTER TRIAGE SCALE.....	23
4	TRIAGEM EM VETERINÁRIA.....	25
5	IMPLANTAÇÃO DE SISTEMAS DE TRIAGEM EM EMERGÊNCIA VETERINÁRIA.....	27
5.1	AVALIAÇÃO DE UMA LISTA DE TRIAGEM MODIFICADA DE UM SISTEMA DE TRIAGEM HUMANO DE CINCO NÍVEIS EM 485 CÃES E GATOS.....	27
5.2	IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE TRIAGEM NO HOSPITAL ESCOLAR DA FACULDADE DE MEDICINA VETERINÁRIA	28
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
	REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

Quando a demanda é maior que a quantidade de recursos, é preciso saber que há a necessidade de tomar decisões sobre a ordem de atendimento de ocorrências e até mesmo da possibilidade de atendimento (ISERSON, 2007).

A palavra triagem vem do francês “trier” e significa selecionar, classificar. Este termo começou a ser utilizado para identificar soldados a serem tratados em campos de batalha (ISERSON, 2007). Hoje é um conceito comumente usado por equipes médicas não só na guerra como em departamentos de emergência e situações de desastre (KENEDY, 1996).

Existem muitas aplicabilidades da triagem, desde escolher qual paciente deve ser operado primeiro, qual paciente deve ser atendido com prioridade em uma emergência e até selecionar possíveis sobreviventes em situações de desastre. Todas as triagens lidam com a escassez de recursos e a melhor distribuição dos mesmos para atender com maior eficiência, priorizando um maior número de sobreviventes em menor tempo.

O sistema de triagem ideal é de fácil aplicação e compreensão por parte de seus executores.

Em medicina humana, e em países onde existe a profissão de enfermeiro veterinário, a triagem é uma atividade da enfermagem. No Brasil apesar de estar prevista, desde 2002, pelo Ministério do Trabalho na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (BRASIL, 2002a), a profissão de Auxiliar de Veterinário - que realiza procedimentos de enfermagem veterinária, prepara animais e materiais para procedimentos veterinários (BRASIL, 2002b) - não é uma realidade na maioria dos estabelecimentos de serviços veterinários, portanto, quem realiza a triagem é o próprio médico veterinário auxiliado pela recepção e possíveis estagiários.

A situação ideal seria ter equipe e equipamentos disponíveis para todos os atendimentos, mas, como isso nem sempre é possível, acaba ocorrendo a espera para atendimentos de emergência, situação em que um sistema de triagem é importante.

Existem poucos estudos sobre métodos de triagem em atendimentos de emergência veterinária, mas o aumento da demanda em atendimentos de urgência, o aumento da população e cuidado com animais de estimação farão com que a triagem em emergência veterinária se torne mais importante. Devido a este aumento

na demanda de atendimentos, clínicas e hospitais que oferecem serviço de emergência veterinária, a exemplo de serviços humanos de emergência, terão um melhor e mais eficiente fluxo dos pacientes se possuírem um sistema de triagem eficiente.

Foram realizadas pesquisas bibliográficas sobre o tema triagem e triagem em emergência veterinária procurando reunir os artigos sobre triagem veterinária disponíveis nas bases de dados. Esta busca foi realizada nas bases ISI web of Science, PubMed e Scopus.

Pela falta de trabalhos publicados de experiências com implantação em serviços de veterinária e validação dos sistemas de triagem veterinária, serão relatadas experiências em veterinária de dois trabalhos no assunto.

Determinar a importância de um sistema de triagem padronizado em serviços que possuam maior demanda do que recursos e encontrar referências bibliográficas que justifiquem o uso de um sistema de triagem padronizado em emergência veterinária, destacando seus benefícios. Procurar dados sobre como ocorre o serviço de triagem veterinária em emergência no Brasil e no mundo.

Houve tentativa da realização de um questionário entre as clínicas que oferecem o serviço de emergência veterinária em Porto Alegre, mas não foi possível estabelecer uma lista confiável do número de estabelecimentos que oferecem estes serviços.

2 TRIAGEM EM EMERGÊNCIA

Nesta seção abordou-se o histórico da triagem e sistemas de triagem, desde os primórdios no século 18 até os objetivos e questões éticas que os envolvem na atualidade.

2.1 HISTÓRIA

A história da triagem é associada a atividades militares de guerra, tem-se documentação de distribuição sistemática de cuidados com a saúde apenas a partir do século 18 (ISERSON, 2007). Nos exércitos do mundo antigo e medieval não se tem registro de uma atividade organizada para atendimento dos feridos (ISERSON, 2007; KENEDY, 1996), e o socorro prestado geralmente não apresentava resultado favorável uma vez que os feridos eram socorridos por amigos e a maioria morria dos ferimentos (ISERSON, 2007). Existem algumas esculturas de parede que retratam soldados recebendo cuidados médicos durante a Batalha de Tróia, entretanto não existem detalhes sobre essa atividade (KENEDY, 1996), portanto não se sabe se era realizada alguma priorização.

Apesar de os princípios da triagem possivelmente já terem sido utilizados em outras situações de guerra, o Barão Dominique Jean Larrey (1766-1842), chefe cirurgião de Napoleão (Figura 1), é conhecido como o pai da triagem moderna (ISERSON, 2007; KENEDY, 1996), ele desenvolveu um sistema no qual os soldados eram avaliados e categorizados antes mesmo do término das batalhas e os que necessitavam de atenção médica urgente eram tratados e retirados dos campos de batalha (KENEDY, 1996; ISERSON, 2007).

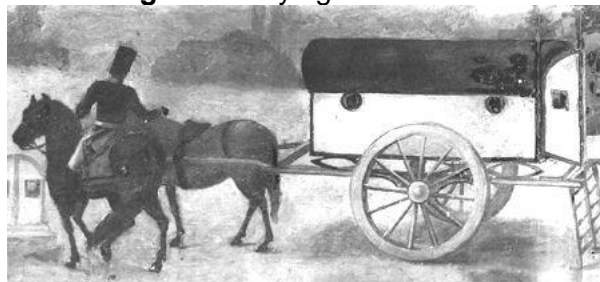
Figura 1 - "Pai da triagem moderna"



Fonte: Nelson, 2011.

Larrey, em suas anotações sobre a Campanha Russa (1812), relatou que os soldados perigosamente feridos deveriam receber atendimento médico imediato, pois se esperassem não iriam sobreviver, enquanto os levemente feridos deveriam esperar (ISERSON, 2007). Antes dessa intervenção de Larry os soldados esperavam para ser socorridos no final das batalhas e eram priorizados os atendimentos para soldados com patentes mais altas (KENEDY, 1996). Larry também foi responsável pela introdução de técnicas de locomoção de pacientes “flying ambulances” (ISERSON, 2007), ilustrada na **Figura 2**.

Figura 2 - Flying ambulances



Fonte: Iserson, 2007, p. 277.

O cirurgião da marinha britânica John Wilson é conhecido como o segundo contribuinte importante para a triagem, ao priorizar o atendimento para pacientes feridos gravemente que possuísem chances de sobrevivência sobre os que se encontravam levemente feridos ou os que independentemente do atendimento provavelmente morreriam (ISERSON, 2007).

Durante a guerra civil americana havia uma preocupação de atendimento durante as batalhas, mas não existia uma forma para diferenciar os que necessitavam de atendimento imediato, os que não iriam sobreviver ou a utilização adequada dos recursos (ISERSON, 2007).

Durante a primeira guerra mundial a triagem era realizada em alguns pontos e destes locais os feridos eram enviados para hospitais apropriados em ambulâncias motorizadas (KENEDY, 1996), entretanto, devido às armas mais letais e com poder de atingir gravemente um maior número de pessoas por vez, fez com que muitas vezes a triagem tivesse que ter um enfoque diferente dos anteriores, se deu atenção aos atendimentos que poderiam ser feitos para pessoas com problemas graves, mas de rápida solução, pois o objetivo foi atender a um maior número de pessoas gravemente feridas em menor tempo, devido à demanda proporcionalmente maior à capacidade dos recursos relativamente aos períodos anteriores (ISERSON, 2007).

Na Segunda Guerra Mundial foi desenvolvida uma estrutura médica hierárquica onde foi feita um triagem em escalas, hospitais móveis foram usados e os médicos iniciavam os tratamentos no campo de batalha. A este método é associado a maior sobrevivência, na Segunda Guerra Mundial, de pacientes com ferimentos abdominais do que qualquer outro fator (KENEDY, 1996).

Na guerra da Coréia e Vietnã, além de melhorias na triagem, iniciou-se o uso de helicópteros para levar os feridos mais rapidamente para fora dos campos de baralha, contribuindo grandemente para a diminuição da taxa de mortalidade: de 4.7% na Segunda Guerra Mundial para 1% na guerra do Vietnã (KENEDY, 1996).

As formas de triagem foram sendo atualizadas com as novas opções de tratamento. Em situações de guerra se tinha duas intenções: fazer o oficial retornar o mais rápido possível para a guerra e o bem estar do soldado ferido (ISERSON, 2006; KENEDY, 1996), o que muitas vezes tornava o objetivo da triagem contraditório.

Hoje em situações de conflito armado se tem o objetivo de tratar primeiro os pacientes severamente feridos e a falta de medicamentos não é mais uma questão de preocupação, tendo capacidade de atendimento médico qualificado a grande número de feridos em pouco tempo, até mesmo nos campos de batalha (ISERSON, 2006).

O uso de triagem militar incentivou o uso de triagem em hospitais civis com o intuito de diminuir a mortalidade. Durante os anos 70 e 80 os departamentos de emergência começaram a desenvolver, implantar e verificar os próprios sistemas de triagem e pesquisar a literatura na área de sistemas de triagem. Ao desenvolver seu próprio guia de triagem os médicos os criaram baseados nas expectativas para aumentar o fluxo de pacientes com menor risco de vida. Foram implantados sistemas de triagem por códigos usando números, cores, balões, alfabeto e fitas para indicar a urgência do atendimento. A estes sistemas foi atribuída uma melhor capacidade de decisão sobre a classificação dos pacientes (FITZGERALD, 2010).

No início da triagem ela era realizada por várias pessoas de diferentes cargos, níveis de conhecimento e experiência diferentes (FITZGERALD, 2010; FRY; BURR, 2002), nos anos 70 os EUA definiram enfermeiras para a responsabilidade desta atividade, como consequência da formalização dos sistemas de triagem de emergência demandando um profissional da saúde para executar os procedimentos. A triagem é hoje considerada uma especialidade da enfermagem. Nos anos 80 a

Inglaterra investiu no treinamento de triagem para enfermeiras e no final dos anos 80 a maior parte dos departamentos de emergência britânicos possuíam enfermeiras desempenhando a triagem. Já na Austrália o processo foi mais lento sendo implantado no final dos anos 80 e inicialmente a triagem era realizada por enfermeiras apenas no horário comercial e após esta hora a triagem era realizada por integrantes da igreja. Durante este período não existia um guia nacional sobre triagem e as enfermeiras desempenhavam a triagem pelas regras e expectativas do departamento, tornando uma característica a pouca normatização da prática da triagem. Ocorrendo também uma avaliação das técnicas departamentais de triagem por parte de pesquisas médicas e da enfermagem (FRY; BURR, 2002).

O início dos 3 principais sistemas de triagem de cinco níveis atuais, se deu pela introdução de uma nova técnica de triagem no departamento de emergência do Hospital Ipswich na Austrália, há aproximadamente 20 anos. A Ipswich Triage Scale (ITS) é uma escala de cinco níveis similar à utilizada no Hospital Box Hill também na Austrália, mas esta escala incorporou um teste de urgência para distinguir a categoria de triagem a qual o paciente pertencia. A validação do ITS permitiu sua adoção como teste de triagem nacional National Triage Scale (NTS) e posteriormente como Australian Triage Scale (ATS), por sua vez o ATS foi a base do Manchester Triage Scale na Inglaterra (MTS) e o Canadian Triage and Acuity Scale no Canadá (CTAS) (FITZGERALD, 2010).

2.2 OBJETIVOS ATUAIS E QUESTÕES ÉTICAS

Em medicina humana muitas vezes a questão ética é colocada em pauta com relação à triagem, pois, por exemplo, em momentos de guerra tratar os soldados que podem voltar a lutar pode ser uma opção, ou questões como em casos de superlotação ao fazer a triagem e classificar uma pessoa como não urgente e ela for mandada para casa, e retornar mostrando ser uma pessoa de urgência.

Derlet e Nishio (1990) avaliaram a possibilidade de recusar atendimento após triagem e este trabalho relata que apenas 1% dos pacientes não gostou do que ocorreu na emergência e os que retornaram a emergência dentro de 48 horas nenhum teve deterioração da saúde, entretanto, recusar tratamento em emergência não é uma prática que tem sido incentivada, tanto pela argumentação de que pacientes que não precisam da emergência propriamente dita auxiliam na manutenção do sistema, pois geram um custo baixo como afirma Drummond (1996)

quanto pela proibição no Brasil de se recusar atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002), além dos esforços de melhorar a triagem tanto para salvar mais vidas quanto para melhorar o fluxo de pacientes pela emergência, servindo a um maior número de pessoas em um menor tempo (FITZGERALD, 2010).

No caso de animais ainda se tem que levar em conta o estado do proprietário, sobre a espera (DOBBS, 2010).

Em medicina veterinária, ao se montar um centro de emergência, se tem uma questão diferente da medicina humana, que é a eutanásia. Os centros de emergência podem ou não disponibilizar este serviço e dependendo do caso a eutanásia pode ser emergencial ou não, por exemplo, um animal que chega com uma doença intratável terminal, mas que está estável fisiologicamente, ou um animal que está em sofrimento fisiológico e não possui chances de melhora, ou o proprietário não tem condições de arcar com o tratamento.

A questão da condição financeira do proprietário é algo que também poderia influenciar em uma triagem, mas não deveria, mas como em humanos já foi demonstrado pelo atendimento “vip” demonstrado a alguns pacientes, em animais isto também poderia ocorrer.

Muitas vezes, devido às filas, se escolhe o tratamento de casos com resolução mais rápida para liberação dos recursos (humanos e/ou materiais).

Tradicionalmente o processo de triagem é intuitivo da atividade de enfermagem, enfermeiras sempre reorganizaram as filas para que os inaptos a esperar fossem atendidos antes (FRY; BURR, 2002).

Para satisfazer a demanda da moderna medicina muitos departamentos começaram a introduzir sistemas de triagem mais formais. Métodos de todos os tipos foram usados, desde dois até dez níveis. Ao mesmo tempo, que sistemas formais apareciam o foco no desempenho do departamento de emergência aumentou (FRY; BURR, 2002).

Um sistema de triagem possibilita, além da priorização de atendimentos e melhor fluxo na sala de emergência, a avaliação processos e resultados de todo o sistema, garantindo uma alta qualidade nos atendimentos aliados a uma melhor organização da sala de emergência permitindo uma menor sobrecarga nesse setor (FITZGERALD, 2010).

Triagem é um termo usado para designar prioridade de cuidado. A análise racional para a triagem é o utilitarismo, ou seja, fazer o melhor para um maior número de pessoas. A racionalidade da triagem é compreendida de maneira geral, tanto que as pessoas esperam em salas de emergência para o seu atendimento mesmo estando ansiosas pelo mesmo ou mesmo em casos de racionamento de suprimentos em tempos de crise (HARTMAN, 2003).

Para a triagem são estimadas as probabilidades de benefícios e vantagens de uma ação. Entretanto em casos mais complexos, que necessitam de maior atenção, a triagem pode não ser eficiente (HARTMAN, 2003).

Questões relacionadas à triagem são alguns dos casos mais complexos e ainda sem solução em direito e ética biomédica. Pois muitas vezes a triagem pode significar vida ou morte, principalmente em situações de desastre ou guerra. Quem faz a triagem e como ela é realizada é de extrema importância em questões éticas, pois influenciam na vida humana. Portanto, uma forma adequada de triagem é de extrema importância (HARTMAN, 2003).

No Brasil a profissão de enfermeiro veterinário não existe, existe a de auxiliar de veterinária, em nível de ensino médio, que faria o papel do enfermeiro, entretanto, esta não é uma profissão regulamentada e possui cursos muitas vezes não inscritos no Ministério da Educação e Cultura (MEC) ou com carga horária adequada pela legislação (SILVA, 2012). Sendo contraditória a atuação destes profissionais no país, ficando a triagem a cargo dos veterinários, estagiários de medicina veterinária e recepcionistas, sendo a triagem veterinária não muito definida, muitas vezes priorizando apenas o risco de vida iminente, que é avaliado de forma empírica.

3 MÉTODOS DE TRIAGEM

Triagem é um antigo conceito e descreve um sistema de estratificação de pacientes de acordo com a necessidade de tratamento médico quando recursos são insuficientes para tratar a todos (FITZGERALD, 2010). Muitas situações de emergência podem ser facilmente reconhecidas, mas segundo estudos de Wuerz *et al.* (1998) indica que a realização de triagem sem regras de guia podem levar a inconsistências na triagem, tanto interna quanto comparada com outros estabelecimentos.

Estes problemas levaram ao desenvolvimento de sistemas de triagem combinados com programas de treinamento de pessoal para usar estes sistemas de triagem (FITZGERALD, 2010).

Sistemas de cinco níveis são melhores do que os sistemas de outros níveis para o cuidado da saúde na Europa (MACKWAY-JONES, 2005¹ *apud* RUYS, 2012).

Como citado na história da triagem, os métodos mais usados são: ESI, CTAS, MTS e ATS, uma lista comparativa dos mesmos é apresentada na Tabela 1.

¹ MACKWAY-JONES, K; MARSDEN, J; WINDLE. J. **Emergency Triage, Manchester Triage Group**. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 2006.

Tabela 1 – Características dos quatro principais sistemas de triagem de cinco níveis

Parâmetro	Australasian Triage Scale (National Triage Scale)	Manchester Triage Scale	Canadian Triage and Acuity Scale	Emergency Severity Index
Tempo para atendimento inicial	10 min	n. e.	n. e.	n.e.
Tempo para atendimento médico	Imediato	Imediato	Imediato	Imediato
	10 min	10 min	15 min	10 min
	30 min	60 min	30 min	10 min
	60 min	120 min	60 min	n. a.
	120 min	240 min	120 min	n. a.
Indicadores de desempenho	I: 97,5%;	n. e.	I: 98%;	n. e.
	II: 95%;		II: 95%;	
	III: 90%;		III: 90%;	
	IV: 90%;		IV: 85%;	
	V: 85% ^C		V: 80%	
Re-triagem	n. e.	De acordo da necessidade	I: continua; II: 15 min; III: 30 min; IV: 60 min; V: 120 min	De acordo com a necessidade
Escala da dor	Escala de 4 pontos	Escala de três; considerado fator essencial na triagem	Escala de 10 pontos	Escala visual analógica (10 pontos) se escore >7/10, considerar ESI nível 2
Casos Pediátricos	n. e., mas reconhecida a sua importância	Considerado	Versão especial do CTAS usado para crianças	Levar em consideração para sinais vitais, para diferenciar entre ESI 2 e ESI 3, febre em crianças <24 meses
Lista de diagnóstico ou sintomas chave	Sim	52 sintomas chave	Sim	Não é usado explicitamente
Taxas de admissão esperadas	De relatórios atualizados	n. e.	Sim	Dados disponíveis
Materiais para implantação/treinamento	Limitado	Sim	Sim	Sim

n.e., não especificado; I a V: níveis de prioridade na triagem. Em alguns instrumentos não existe tempo limite para o primeiro contato com o médico após chegada na emergência. No ATS e no CTAS a adesão destes limites de tempo é utilizado como indicador do desempenho da emergência. Por exemplo, no ATS nos níveis de triagem I e II pelo menos 97,5% e pelo menos 95% dos pacientes respectivamente devem ser atendidos por um médico no tempo limite. Estes dados são publicados nos relatórios de desempenho dos serviços de emergência na Austrália (ATS) e no Canadá (CTAS).

Fonte: Adaptado de Breton, 2012.

Estes métodos são de cinco níveis e se demonstram superiores aos de três ou quatro níveis (**Erro! Autoreferência de indicador não válida.**), e estão em crescimento de uso nos Estados Unidos da América (EUA), representados principalmente pelo o ESI e pelo CTAS os quais possuem validade e confiabilidade estabelecidas (GILBOY, 2011) e foram recomendados pelos Emergency Nurses Association (ENA) e American College of Emergency Physicians (ACEP) em 2005 (FERNANDES, 2005² *apud* GILBOY, 2011), na Europa o mais utilizado é o MTS e na Austrália o ATS.

Tabela 2 - Sistemas de triagem por nível

3 Níveis	Tempo de espera	Exemplos de condições
Ressuscitação	Imediato	Infarto
Emergência	10–45 minutos	Fratura
Urgência	30 minutos–2 horas	Abscesso
4 Níveis	Tempo de espera	Exemplos de condições
Ressuscitação	Imediato	Convulsões ativas
Emergência	5–15 minutos	Corte sério
Urgência	15–45 minutos	Ferimento nos olhos
Não urgente	1–2 horas	Constipação
5 Níveis	Tempo de espera	Exemplos de condições
Ressuscitação	Imediato	Estresse respiratório grave
Emergência	5–15 minutos	Obstrução urinária
Urgência	15–45 minutos	Vômito/diarreia sem sangue
Semi-urgente	1–2 horas	Ferimento leve
Rotina	4 horas	Remoção de sutura

Fonte: Adaptado de Breton, 2012.

Confiabilidade é a consistência ou a concordância ao ser usado um sistema de classificação. Dois tipos de confiabilidade podem ser verificados nas classificações de triagem: uma confiança entre avaliadores, que seria se duas enfermeiras diferentes classificam um mesmo paciente na mesma categoria e a confiança de um mesmo avaliador, se uma mesma enfermeira iria avaliar um paciente com o mesmo problema no mesmo nível ao longo do tempo. Validade é a acurácia de um sistema de classificação e avalia o quão bem o sistema classifica o que tem que ser classificado. No caso de níveis de risco a validade é verificada se um paciente classificado como não urgente realmente condiz com a necessidade do problema do paciente. Para a verificação da validade da triagem são usadas medidas como taxa de admissão, utilização de recursos e mortalidade após seis meses. Se muitos pacientes são classificados como de baixo risco no hospital o sistema de triagem

² FERNANDES, C. *et al.*, E. Five level triage: A report from the ACEP/ENA Five Level Triage Task Force. **Journal of Emergency Nursing**, Saint Louis, v. 31, n. 1, p. 39-50, 2005.

não é válido, da mesma forma se muitos pacientes forem classificados como de alto risco. Se muitos pacientes de alto risco obtiverem alta o sistema de triagem também não é válido.

3.1 EMERGENCY SEVERITY INDEX

É um sistema de triagem que teve sua primeira versão desenvolvida em 1999 nos EUA e possui validação em vários hospitais tanto nos EUA quanto no Canadá nos EUA é o teste de triagem mais utilizado (em 2009: 57% dos hospitais (MCHUGH; TANABE, 2011³ *apud* GILBOY, 2011)).

O ESI apesar de ser um método de cinco níveis difere dos outros tanto na base conceitual quanto na aplicação prática. A base dos sistemas de triagem da Austrália, Canadá e Inglaterra é o tempo que o paciente pode esperar para ser, tendo claras definições sobre o tempo que o médico pode levar para avaliar um paciente. O ESI não define tempos esperados para a avaliação do clínico. O ESI também é o único que na triagem deve-se prever o uso de recursos além da verificação de emergência em caso de pacientes menos agudos (GILBOY, 2011).

O ESI não apenas identifica quanto tempo este paciente pode esperar para ser atendido como o que este paciente necessita para estar restabelecido (WUERZ, 2001).

Neste sistema, rapidamente pacientes são selecionados para serem atendidos antes a partir de seus sinais vitais, possível dano imediato a vida ou órgãos ou em casos de apresentações de alto risco. Pacientes que são identificados como baixo nível de risco são considerados estáveis e vão ser classificados de acordo com a quantidade de recursos estimados, pelo enfermeiro da triagem, serem necessários. Os níveis de recursos necessários podem ser nenhum, um, dois ou mais, entretanto, o enfermeiro da triagem nunca estima acima de dois recursos (GILBOY, 2011).

Entre as características favoráveis do ESI estão a simplicidade de uso, baixo nível de subjetividade na decisão, e maior acurácia relacionado a outros métodos de triagem (SINGER *et al.*, 2012⁴ *apud* GILBOY, 2011), além da rápida identificação

³ MCHUGH, M; TANABE, P. The Emergency Severity Index is the most commonly used triage system in the U.S. In: SOCIETY OF ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE ANNUAL MEETING. **Proceedings...** Boston, 2011.

⁴ SINGER, Rachel Friedman *et al.* The use of and satisfaction with the Emergency Severity Index. **Journal of Emergency Nursing**, Saint Louis, v. 38, n. 2, p. 120-126, 2012.

dos pacientes que necessitam de atenção imediata. O foco da triagem com o ESI é rapidamente separar os pacientes de forma a distribuir da melhor forma entre os recursos disponíveis. O ESI é uma ferramenta que permite uma rápida separação em 5 grupos com diferentes necessidades clínicas em associação com necessidades operacionais diferentes. Facilita também a comunicação sobre o estado do paciente, além de permitir avaliar quais pacientes podem ser encaminhados para a outras áreas do hospital sem risco a saúde (GILBOY, 2011).

3.2 CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE

O CTAS é baseado no ATS e foi desenvolvido nos anos 90 por médicos da emergência em New Brunswick, Canadá. Desde 1997 os parâmetros do CTAS tem sido compulsoriamente documentado pelo Canadian Institute of Health Information. Como no ATS o tempo de chegada até a avaliação de um médico é anotado. No CTAS uma lista extensa de apresentações clínicas e sintomas é usada para determinar o nível da triagem. Estes incluem anamnese associada com alto risco, por exemplo, intoxicação com sinais clínicos, parâmetros vitais, e sintomas como diminuição da respiração e dor abdominal. A triagem deve ser repetida após um tempo definido ou quando há uma mudança nos sintomas do paciente.

Existe um instrumento modificado para avaliação pediátrica no CTAS. A descrição e modificações de CTAS podem ser encontradas neste site: www.caep.ca. Em zonas rurais do Canadá a triagem muitas vezes é realizada exclusivamente por enfermeiras especialmente treinadas para saber quando um paciente necessita ser transferido para outro local para tratamento (CHRIST, 2010).

Neste sistema são atribuídos tempos máximos de espera sob o risco de deterioração do estado físico do paciente, na Tabela 3 vemos os níveis deste sistemas o tempo de espera e possíveis acometimentos.

Tabela 3 - Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) level

	Condição	Tempo para ser atendido por médico
1. Ressuscitação	Risco a vida ou membro (ou risco iminente de deterioração) requerendo intervenção imediata	Imediato
2. Emergência	Risco potencial a vida, membro, órgão ou função requerendo intervenção médica rápida ou delegação de funções	Atendimento ≤ 15 min
3. Urgente	Pode possivelmente evoluir para um problema sério que requeira intervenção de emergência. Pode estar associado com desconforto significativo afetando atividades de trabalho ou diárias.	≤ 30 min
4. Menos urgente/ Semi urgente/	Relacionada a idade do paciente, aflição ou potencial deterioração ou complicação que pode ser beneficiada com atendimento entre 1 e 2 horas	≤ 1 h
5. Não urgente	Pode ser agudo, mas não é urgente que podem ser consequência de uma situação crônica com ou sem evidência de deterioração. Alguns casos podem ser remanejados para outras áreas do hospital ou mesmo outros estabelecimento de saúde.	≤ 2 h

Fonte: Adaptado de Lee, 2011.

A principal diferença entre o CTAS e o ATS e o MTS é o tempo máximo de espera (Tabela 4). Atualmente o CTAS é usado principalmente no Canadá e EUA (GILBOY, 2011).

Tabela 4 - Sistemas de triagem de cinco níveis

Sistema	País	Níveis	Tempo de espera
Australian Triage Scale (ATS)	Australia Nova Zelândia	1 – Ressuscitação	Nível 1 – 0 min
		2 - Emergência	Nível 2 – 10 min
		3 - Urgente	Nível 3 – 30 min
		4 – Semi-urgente	Nível 4 – 60 min
		5 – Não urgente	Nível 5 – 120 min
Manchester	Inglaterra Escócia	1 – Imediato (vermelho)	Nível 1 – 0 min
		2 – Muito urgente (laranja)	Nível 2 – 10 min
		3 – Urgente (amarelo)	Nível 3 – 60 min
		4 – Padrão (verde)	Nível 4 – 120 min
		5 – Não urgente (azul)	Nível 5 – 240 min
Canadian and Acuity Scale (CTAS)	Canada	1 – Ressuscitação	Nível 1 – 0 min
		2 – Emergência	Nível 2 – 15 min
		3 – Urgente	Nível 3 – 30 min
		4 – Menos urgente	Nível 4 – 60 min
		5 – Não urgente	Nível 5 – 120 min

Fonte: Adaptado de Acharya, 2011.

3.3 AUSTRALIAN TRIAGE SCALE

O ATS tem sido empregado em todos os departamentos de emergência da Austrália desde 1994. Cada nível de prioridade possui um tempo limite como demonstrado na tabela. Os dados são coletados e são disponibilizados na internet,

existem dados sobre a validade e a confiança do ATS, entretanto não foram feitos estudos prospectivos sobre a confiança do ATS (CHRIST, 2010).

Na Austrália o desenvolvimento de um sistema de triagem formal iniciou com a observação de comportamento de enfermeiras, que possuíam historicamente uma atitude de separar os pacientes que não poderiam esperar serem atendidos primeiramente. Apesar de haver uma grande variação nos sistemas de triagem pela observação das enfermeiras foi possível identificar várias ações similares e distintas no encaminhamento dos pacientes. Estas ações foram determinadas pela urgência do paciente e incluíram:

- a) chamar imediatamente atendimento médico e iniciar ressuscitação;
- b) encaminhar o paciente para o próximo médico livre;
- c) colocar a ficha do paciente na frente da lista de espera;
- d) colocar a ficha do paciente na ordem da fila de espera;
- e) sugerir ao paciente que procure um médico em outro lugar ou outra hora.

A partir destas averiguações se determinava o tempo que deveria ocorrer o atendimento, e permitiu a criação do ITS que era baseado na escala de categoria de 5 níveis do hospital Box Hill em Victoria, Austrália, entretanto o ITS incluía uma descrição geral da urgência do paciente identificada pela enfermeira (Quadro 1).

Quadro 1- Escala de Triagem Ipswich: teste de urgência

O paciente, em circunstâncias normais, deve ser visto por um médico dentro de:
1. segundos
2. minutos
3. 1 hora
4. horas
5. dias

Fonte: Adaptado de Fitzgerald, 2010.

Para avaliação do ITS foram comparadas as fichas dos pacientes com a alocação dos pacientes feita na triagem pelas enfermeiras de diferentes instituições e experiência. Ao mesmo tempo se fez uma detalhada análise da escala durante 12 meses no Hospital Ipswich. Após vários testes e repetibilidade este método de triagem teve leve modificação para uma aceitação da sociedade (em termos de tempo de espera) e passou a ser o teste de triagem padrão na Austrália o ATS. (FITZGERALD, 2010)

O ATS primeiramente teve como base o IST que se transformou em NTS, diferindo do NTS em nível da nomenclatura das várias categorias de escala (MONASH..., 2008⁵ *apud* ESTEVES, 2010).

Este método se encontra implementado na Austrália, Nova Zelândia, além de Reino Unido, Canadá e Bélgica, (Jelink, 2001⁶ *apud* ESTEVES, 2010) além de em muitos estados dos EUA (CRONIN, 2003⁷ *apud* ESTEVES, 2010).

A triagem é feita por enfermeiros com experiência e treino na área e cada categoria de triagem é atribuída de acordo com a queixa do doente e o seu aspecto geral, bem como o seu estado mental. A execução de um exame físico mais rigoroso só é realizada caso seja necessária e/ou se o tempo o permitir. O ATS tem ainda a vantagem de permitir a análise de vários fatores que indicam o desempenho do serviço de urgência em termos de triagem (AUSTRALASIAN..., 2005⁸ *apud* ESTEVES, 2010).

3.4 MANCHESTER TRIAGE SCALE

Este sistema é baseado no NTS e usa cinco categorias de triagem: Vermelho (imediato), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (padrão), azul (não urgente) e cada categoria possui um máximo de tempo de espera alvo (**Figura 3**). Enfermeiras rapidamente examinam e questionam o paciente ao chegar após determinam a categoria da triagem (RUYS *et al.*, 2012).

Figura 3 - Sistema de triagem de cinco níveis por cores

Cor	Categoria	Tempo de espera
Vermelho	Imediato	0 min
Laranja	Muito urgente	15 min
Amarelo	Urgente	30-60 min
Verde	Padrão	120 min
Azul	Não urgente	240 min

Fonte: Adaptado de Ruys, 2012.

⁵ MONASH INSTITUTE OF HEALTH SERVICES RESEARCH. **Consistency of triage in Victoria's emergency departments**. Clayton: MIHSR, 2001.

⁶ Jelink, George A. Towards an International Triage Scale. **European Journal of Emergency Medicine**, London, v.8, n.1, p.1-2, 2001.

⁷ Cronin, J.G. The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in Republic of Ireland. **Accident and Emergency Nursing**, Oxford, v.11, n.2, p.121-125, 2003.

⁸ AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. **Guidelines for the Implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments**. West: ACEM, 2005. Disponível em: <http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/G24_Implementation__ATS.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

É utilizado principalmente na Europa em países como Inglaterra, e Irlanda, sendo também utilizado em Portugal (LIPLEY, 2002⁹ *apud* ESTEVES, 2010) e na Alemanha com algumas modificações (CHRIST *et al.*, 2010) e foi estabelecido no estado de Minas Gerais nos serviços do SUS (COUTINHO, 2012).

O MTS foi desenvolvido para ser usado com auxílio de computador sendo inclusive o uso sem o software é comprometedor ao sistema (LIPLEY, 2002⁸ *apud* ESTEVES, 2010).

O MTS segue uma abordagem específica alocando os pacientes em um dos 52 fluxogramas de acordo com as principais queixas. Questões chave são definidas em cada um desses diagramas como risco de vida, dor ou estado de consciência, sendo realizadas primeiro perguntas que classificaram o paciente como sendo acometido de problema de maior gravidade. Quando chega um novo paciente a enfermeira da triagem insere as queixas do paciente em um algoritmo e então determina a prioridade de tratamento de acordo com regras fixas que levam em consideração sinais vitais. Os estudos realizados tem indicado uma confiança relativa para esta ferramenta (CHRIST *et al.*, 2010; ESTEVES, 2010).

O método possui consistência que permite, que mesmo que o fluxograma escolhido não seja o mais correto o resultado final em termos de prioridade, e, conseqüentemente tempo para atendimento é o mesmo (ESTEVES, 2010).

⁹ Liplely, N. Demanding times. **Emergency nurse**, London, v.10, n.7, p.5, 2002.

4 TRIAGEM EM VETERINÁRIA

São poucos os estudos sobre triagem em emergência veterinária, existem trabalhos sobre como classificar animais internados e sobre o que avaliar nos mesmos para classificar a necessidade ou não de serem mantidos internados, mas sobre a triagem inicial pouco não se tem trabalhos realizados.

Enquanto ainda não existe um sistema de triagem em medicina veterinária a maioria dos sistemas de triagem em humanos podem ser aplicados. Na maioria dos departamentos de emergência humanos nos EUA um sistema de triagem é usado para determinar qual paciente pode esperar para ser atendido sem lhe causar risco de vida e qual paciente necessita de atendimento imediato (HANSEN, 2005¹⁰ *apud* BRETON, 2012).

Em hospitais humanos existe um consenso de que os melhores sistemas são os de quatro ou cinco níveis, havendo uma maior tendência para os de cinco níveis (BRETON, 2012; GILBOY, 2011). Não importa o tipo de sistema de triagem ele deve ser organizado e todos da clínica devem saber usá-lo.

Em 1994 foi criado o Animal Trauma Triage (ATT) que é um sistema de triagem para animais que sofreram traumas, este sistema auxilia na classificação e probabilidade de um animal sobreviver após um incidente traumático. Este sistema usa seis diferentes categorias, a exemplo deste sistema existem trabalhos que avaliam e sugerem sistemas de triagem em situações de desastre.

Existem alguns trabalhos como os de Low e Houchen (2011a; 2011b), Battaglia (2008) e Breton (2012) que ensinam técnicas para enfermeiros veterinários e recepcionistas técnicas de triagem, entretanto, nenhum deles apresenta validação dos sistemas.

Não existem sistemas de triagem veterinária validados no mundo levando a crer a que forma utilizada de triagem ainda é empírica (RUYS *et al.*, 2012).

De qualquer forma em serviços de triagem todos os envolvidos devem saber realizar e a importância da manutenção do sistema (BATTAGLIA, 2008).

A triagem em situações normais de clínicas veterinárias no Brasil muitas vezes é desnecessária pelo número de pacientes que chegam para ser atendidos em emergência, mas esta situação tende a mudar com a maior especialização dos

¹⁰ Hansen, B. Triage and Primary Survey: Where Are Your Priorities? In: Annual Atlantic Coast Veterinary Conference, 18., 2005, Atlantic City. **Proceedings...** Atlantic City, 2005.

atendimentos veterinários, com melhor qualidade nos atendimentos e maior preocupação dos proprietários com os animais.

Uma abordagem intuitiva não apenas envolve riscos de passar por cima de sinais menos óbvios de estado grave além de não dar instruções sobre como classificar o restante dos pacientes que apesar de não correrem risco de vida necessitem de atendimento urgente. A introdução de um sistema de triagem padrão em medicina veterinária pode potencializar a acurácia na triagem. Adicionalmente este dará aos veterinários a vantagem de uma terminologia padrão e vai habilitá-los a estabelecer exercícios de garantia de qualidade ou auditorias e estudos comparativos (RUYS *et al.*, 2012).

No Brasil sistemas de triagem em medicina veterinária não estão disponíveis, além de o próprio atendimento de emergência em veterinária não estar bem estabelecido, não existindo fiscalização sobre o local de atendimento possuir ou não capacidade, tanto de recursos materiais quanto humanos, para o atendimento de emergência.

5 IMPLANTAÇÃO DE SISTEMAS DE TRIAGEM EM EMERGÊNCIA VETERINÁRIA

Pela pesquisa da autora dois trabalhos sobre implantação de sistema de triagem e averiguação do sistema com relação ao uso de triagem intuitiva foram realizados, um em um hospital veterinário em Portugal e outro em uma clínica particular na Holanda. No trabalho de Ruys *et al.* (2012) foi realizada uma lista de triagem baseada no MTS e no trabalho de conclusão de curso de Portugal se buscou implantar um sistema baseado no ESI, adaptado por Battaglia (2008).

5.1 AVALIAÇÃO DE UMA LISTA DE TRIAGEM MODIFICADA DE UM SISTEMA DE TRIAGEM HUMANO DE CINCO NÍVEIS EM 485 CÃES E GATOS

No estudo de Ruys *et al.* (2012) o objetivo foi compor uma lista de triagem veterinária (Veterinary Triage List - VTL) e determinar quando a aplicação desta lista resulta em uma categorização mais acurada de pacientes de emergência do que uma triagem intuitiva.

A VTL foi elaborada baseada no MTS, utilizando discriminantes, em comum com medicina veterinária e dados de arquivo de atendimentos, o estudo foi realizado na clínica de emergência Animal Medical Center (AMC). O grupo estudado foram cães e gatos que foram atendidos na clínica como caso de emergência nos meses de junho, julho e agosto de 2008.

Para comparação dos métodos de triagem o tempo de espera foi observado no caso da triagem intuitiva estimado por enfermeiras (Target Waiting Times-Nurses - TWT-N) e o tempo de espera estimado pela VTL (TWT-VTL) e ambos foram comparados com o teste considerado como padrão ouro, que foi uma reavaliação dos casos um ano após o experimento.

Para a elaboração da VTL foram feitas várias adaptações com relação ao MTS para corresponder as necessidades de animais, pois nem sempre o mesmo diagnóstico tem o mesmo desfecho nas diferentes espécies e muitas vezes possuem particularidades inclusive pelo tempo de um proprietário perceber o problema, um exemplo é a obstrução da uretra, que em gatos muitas vezes é notada pelo proprietário muito tempo depois, quando o caso já está mais grave.

Foram avaliados 485 animais, sendo destes 185 cães e 300 gatos, os cães com uma média de idade de 5 anos (entre 7 semanas e 19 anos) e 6 anos em gatos (entre 3 semanas e 24 anos).

A VTL teve sessenta e oito discriminantes separados em 8 categorias: respiratório, circulatório, trauma, gastrointestinal, obstetrícia, urogenital e generalizado.

Os resultados foram uma maior correlação entre o TWT-VTL com o TWT-R do que com o TWT-N.

Apesar do resultado favorável a VTL em relação à triagem empírica, esta lista ainda não serve como ferramenta de triagem, sendo apenas um estudo inicial para a formulação de um método a ser seguido em casos de avaliação de sistemas usados.

5.2 IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE TRIAGEM NO HOSPITAL ESCOLAR DA FACULDADE DE MEDICINA VETERINÁRIA

Neste segundo estudo, realizado por Esteves, 2010, houve a tentativa de implantação de um sistema de triagem em um Hospital Escola da Faculdade de Medicina Veterinária (HEFMV) da Universidade Técnica de Lisboa. O sistema de triagem implantado segue a orientação do texto de Battaglia (2008) que indica uma forma de se fazer triagem veterinária baseada do ESI estabelecendo além de um sistema que avalia o estado físico uma avaliação do estado psicológico do proprietário.

Neste sistema de triagem proposto por Battaglia, diferente do ESI existe tempos alvo de atendimento com exceção do nível cinco que é recomendado o atendimento em outro local que não seja de emergência (Tabela 5).

Tabela 5 - Proposta de Escala de Triagem Veterinária

Número categoria	Caracterização categoria	Tempo alvo de atendimento
1	Ressuscitação	Imediato
2	Tratamento de emergência	2 a 5 minutos
3	Tratamento de urgência	2 horas
4	Tratamento não urgente	2 ou mais horas
5	Tratamento de rotina	Não aplicável em muitos hospitais de emergência

Fonte: Adaptado de Battaglia, 2008.

Esteves (2010) avalia a necessidade de um sistema de triagem na troca de u sistema que é por ordem de chegada com algumas exceções de algum animal ser priorizado. Como a principal finalidade do hospital veterinário não é o atendimento de emergência a escala de categorias foi modificada (Tabela 6).

Tabela 6 - Escala de Triagem do HEFMV,2010

	Nível	Cor	Sintomas	Conduta
1	Ressuscitação	Vermelha	estado comatoso ou em paragem cardíaca e/ou respiratória.	São necessários esforços de reanimação imediatos.
2	Emergência	Laranja	comprometimento cardiovascular, dispneia grave, hipoglicémia, em convulsões, trauma, intoxicações ou dilatação/torção gástrica.	Deve ser feita uma breve história e tratar o paciente dentro de 2 a 5 minutos.
3	Urgência	Amarela	desconforto moderado e com sinais clínicos que incomodam o proprietário. O exame físico pode ou não estar normal (mas sem risco de vida). Também os pacientes com pequenas feridas abertas, prostração, lesão de um membro ou almofadinha plantar, problemas digestivos moderados e as eutanásias se encaixam nesta categoria.	Tempo alvo de atendimento até 1 hora.
4	Não urgente	Verde	não estão em risco de vida, mas com alterações comportamentais, do apetite ou com sinais clínicos que possam estar relacionados com uma doença crónica.	Tempo alvo de atendimento até 2 horas
5	Tratamento de rotina	Azul	sem alterações do exame físico. Consultas de rotina, vacinação, consultas de seguimento, análises sanguíneas e/ou de outro tipo	Tempo alvo de atendimento até 3 horas.

Fonte: Adaptado de Esteves, 2010.

Foram realizados dois experimentos o primeiro sobre a triagem normal, que foi realizado entre os dias 15 e 30 de abril de 2010 no qual foram anotados os tempos de espera dos animais e preenchida uma ficha para a avaliação do nível de urgência, que teve 79 questionários respondidos e válidos para o estudo e o outro experimento que foi a triagem em si que durou do dia 17 a 20 de agosto de 2010 e resultou em 68 questionários.

Neste hospital uma questão avaliada foi similar a de humanos com o alto fluxo de pacientes e a pouca quantidade de recurso disponível, sendo benéfico não apenas para priorizar o atendimento de pacientes como também diminuir o tempo de espera.

O estudo não trouxe dados conclusivos devido à diferença de períodos em que foram realizados os experimentos a não adesão a resposta dos questionários no

primeiro estudo, sendo que o segundo foi realizado pela própria autora, e ao curto período de teste do sistema.

Com este método se conseguiu uma diminuição no tempo de espera para atendimentos prioritários com relação ao primeiro estudo, entretanto, não se conseguiu manter atingir os tempos mínimos esperados estabelecidos na Tabela 6.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Métodos de triagem em emergência veterinária ainda não são muito estudados, entretanto isso não faz perder a importância dos mesmos. Pois em situações de escassez de recursos com relação a demanda a triagem auxilia, a exemplo de vários estudos em emergências para humanos, tanto numa resposta a situações de risco mais criteriosa quanto no fluxo de pacientes com situações menos urgentes, que implicam em espera dos proprietários e até mesmo em aflição para o animal em uma sala de espera.

Se existem conflitos éticos em medicina humana com relação à triagem, em relação à medicina veterinária este é um campo muito menos elucidado, pois até mesmo o direito dos animais por si só é contestado, entretanto, é de comum acordo que deve ser evitado sofrimento desnecessário, e uma triagem eficiente pode oferecer uma redução no tempo de sofrimento e até mesmo de morte.

A emergência pode ter vários níveis, cabe ao serviço de emergência estabelecer os tipos de atividade que prestará, se fará ou não vacinações e atendimentos de emergência por comodidade ou eutanásia. E qual a capacidade de atendimento que o serviço de emergência tem em termos tecnológicos (DOBBS, 2010).

Muitas conclusões já obtidas para humanos podem ser pensadas para animais, mas estas têm de ser adaptadas e validadas. Pela semelhança entre pets e crianças, pois ambos têm menor capacidade de expressar o que sentem, pode-se ter uma visão ou procurar formas de perceber o estado de ambos de forma similar.

No Brasil os sistemas de triagem para humanos estão sendo recentemente implantados com maior afinco, a partir de 2002. Possivelmente o avanço em sistemas de triagem validados deve ser mais rápido em veterinária, mas sistemas validados ainda não estão disponíveis.

Outra questão é a ausência do profissional responsável pela realização da triagem, o técnico em veterinária, na maioria das clínicas brasileiras além do não treinamento adequado destes profissionais.

Um sistema de triagem veterinária é uma necessidade ainda não observada pela maior parte das clínicas, possivelmente com o aumento da demanda e maior especialização dos serviços de emergência esta necessidade se torne mais evidente.

Os estudos realizados, separadamente, por Ruys *et al.* (2012) e Esteves (2010) são uma amostra da de um novo olhar sobre a importância de sistemas de triagem em estabelecimentos veterinários, que a exemplo de departamentos de emergência humanos, devem aos poucos se conscientizar dos benefícios que um sistema de triagem pode trazer ao estabelecimento demonstrando uma maior preocupação com a saúde dos animais e até mesmo um diferencial com relação a estabelecimentos que não prestam este serviço (DOBBS, 2010).

Qualquer sistema humano que seja utilizado pra veterinária deve ser adaptado e deve ter, a exemplo de humanos, validação e verificação da confiabilidade. Para que isto ocorra devem ser feitos registros cuidadosos dos atendimentos, para que esta ferramenta sirva também como uma avaliação da emergência como um todo.

Há a necessidade de muitos estudos para a proposta de sistema de triagem seja criada e ofereça vantagens sobre a triagem empírica, além de uma melhoria nos atendimentos de emergência do Brasil como um todo para que o sistema de triagem seja correspondido com atendimento de emergência qualificado.

REFERÊNCIAS

- AACHARYA, Ramesh; GASTMANS, Chris; DENIER, Yvonne. Emergency department triage: an ethical analysis. **BMC Emergency Medicine**, London, v.11, p.16, 2011. DOI:10.1186/1471-227X-11-16
- BATTAGLIA, Andrea. Proposal for an Emergency Receiving and Triage System. **Veterinary Technician**, Charter Township of Clinton, v.29, n.5, 2008. Disponível em: <<http://www.vetlearn.com/veterinary-technician/proposal-for-an-emergency-receiving-and-triage-system>>. Acesso em: 30 jun. 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 2048**. Regulamenta o atendimento das urgências e emergências. Brasília, 2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. 5193 :: Trabalhadores de serviços veterinários, de higiene e estética de animais domésticos. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília, 2002b. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/ResultadoFamiliaHistoricoOcupacoes.jsf>>. Acesso em: 20 jul. 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília, 2002a. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/saibaMais.jsf>>. Acesso em: 20 jul. 2013.
- BRETON, Amy N. Triage and initial assessment of the emergency patient. In: NORKUS, Christopher L. (Org.) *Veterinary technician's manual for small animal emergency and critical care*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.
- CHRIST, Michael *et al.* Modern Triage in the Emergency Department. **Deutsches Ärzteblatt International**, Cologne, v. 107, n. 50, p. 892–898, 2010.
- COUTINHO, Ana Augusta Pires; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira ; MOTA, Joaquim Antônio César. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 188-198, 2012.
- DERLET, R. W. ; NISHIO, D. A. Refusing care to patients who present to an emergency department. **Annals of Emergency Medicine**, Saint Louis, v.19, n.3, p.262-267, 1990.
- DOBBS, Katherine Back to Basics: Implementing a Triage Protocol. **Veterinary Technician**, Charter Township of Clinton, v.27, n.3, 2006. Disponível em: <<http://www.vetlearn.com/veterinary-technician/back-to-basics-implementing-a-triage-protocol>>. Acesso em: 20 jun. 2013.
- DRUMMOND, Alan. Urgency in the emergency. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v.155, n.8, p.1038, 1996.
- ESTEVES, Ana Luísa Roque de Andrade. **Implementação de um sistema de triagem no hospital escolar da faculdade de medicina veterinária**. 2010. 66f.

Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Veterinária) - Faculdade de Medicina Veterinária. Universidade técnica de Lisboa. Lisboa, 2010.

FITZGERALD, Gerard *et al.* Emergency department triage revisited. **Emergency Medicine Journal**, London, v.27,n.2, p.86-92, 2010. Doi:10.1136/emj.2009.077081

FRY, Margaret; BURR, Gayle. Review of the Triage Literature: Past, Present, Future? **Australian Emergency Nursing Journal**, Burwood, v. 5, n.24, p. 33-38, 2002.

GILBOY, Nicki *et al.* **Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care**. 4th ed. Rockville: AHRQ, 2011.

GUNNING, M. E. **A triage system for dogs and cats: is it significantly better than common sense?** 2008. 40 f. Tese (Doutorado em Pequenos Animais) - Utrecht University. Utrecht, 2009.

HARTMAN, Rhonda Gay. Tripartite triage concerns: Issues for law and ethics. **Crit Care Med**, v. 31, n. 5, S358-S361, 2003. (Suppl.)

ISERSON, Kenneth V.; MOSKOP, John C. Triage in Medicine, part I: concept, history, and types. **Annals of Emergency Medicine**, Saint Louis, v. 49, n. 3, p. 275-281, 2007.

ISERSON, Kenneth V.; MOSKOP, John C. Triage in Medicine, part II: underlying values and principles. **Annals of Emergency Medicine**, Saint Louis, v. 49, n. 3, p. 282-287, 2007

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

KING, L. G. ; BOAG, A. **BSAVA manual of canine and feline emergency and critical care**. 2nd ed. New York: Wiley, 2007.

LEE, Ju Young. The validity of the Canadian Triage and Acuity Scale in predicting resource utilization and the need for immediate life-saving interventions in elderly emergency department patients. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, London, v. 19, p.68, 2011. DOI: 10.1186/1757-7241-19-68

LIMA, Fabiana Xavier Correia; BELDERRAIN, Mischel Carmen Neyra. Propostas de melhorias de atendimento num Pronto Socorro utilizando Teoria de Filas e Teoria de Restrições. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E PÓS-GRADUAÇÃO DO INSTITUTO TECNOLÓGICO DE AERONÁUTICA, 13., 2007, São José dos Campos. **Anais...** São José dos Campos: ITA, 2007.

LOW, Rochelle; HOUCHEN, Heidi. The art of Triage for Veterinary Receptionists. Portland: VCA NWVS, 2011a

LOW, Rochelle; HOUCHEN, Heidi. The art of Triage for Veterinary Technicians. Portland: VCA NWVS, 2011b

NELSON, Christine. What Do a Napoleonic Diary and its Cover Reveal about the Author? In: **The Morgan Library and Museum**. New York, 2011. Disponível em: <<http://blog.themorgan.org/what-do-a-napoleonic-diary-and-its-cover-reveal-about-the-author-.aspx>> Acesso em: 25 jul. 2013.

RUYS, Laura J. *et al.* Evaluation of a veterinary triage list modified from a human five-point triage system in 485 dogs and cats. **Journal of Veterinary Emergency and Critical Care**, San Antonio, v. 22, n. 3, p. 303-312, 2012. doi: 10.1111/j.1476-4431.2012.00736.x

SILVA, Nivaldo da. Palavra do presidente. **CRMV/MG**. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<http://www.crmvmg.org.br/novoportal/Conteudo/detalheConteudo.aspx?id=170>>. Acesso em: 15 jun. 2013

WUERZ, Richard. Emergency Severity Index Triage Category Is Associated with Six-month Survival. **Academic Emergency Medicine**, Hoboken, v.8, n.1, p. 61-64, 2001.

WUERZ, Richard; FERNANDES, Christopher M B ; ALARCON, Joe. Inconsistency of Emergency Department Triage. **Annals of Emergency Medicine**, Saint Louis, v. 32, n. 4, p. 431-435, 1998.