



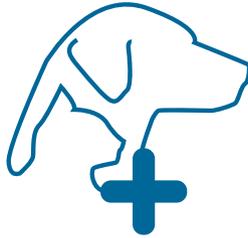
MANUAL DE BOAS PRÁTICAS EM INTERNAMENTO DE CÃES E GATOS

como proceder desde a internação até a alta dos nossos pacientes

*Aline Fantinel Pazzim
Claudia Giordani
Leandro Fadel*

*Daiane da Silveira
Juliane Schultz*





MANUAL DE BOAS PRÁTICAS
EM INTERNAMENTO DE
CÃES E GATOS

como proceder desde a internação até a alta dos nossos pacientes

Fundação Universidade de Caxias do Sul

Presidente:
Dom José Gislon

Universidade de Caxias do Sul

Reitor:
Gelson Leonardo Rech

Vice-Reitor:
Asdrubal Falavigna

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação:
Everaldo Cescon

Pró-Reitora de Graduação:
Terciane Ângela Luchese

*Pró-Reitora de Inovação e
Desenvolvimento Tecnológico:*
Neide Pessin

Chefe de Gabinete:
Givanildo Garlet

Coordenadora da EDUCS:
Simone Côrte Real Barbieri

Conselho Editorial da EDUCS

André Felipe Streck
Alexandre Cortez Fernandes
Cleide Calgaro – Presidente do Conselho
Everaldo Cescon
Flávia Brocchetto Ramos
Francisco Catelli
Guilherme Brambatti Guzzo
Karen Mello Mattos Margutti
Márcio Miranda Alves
Matheus de Mesquita Silveira
Simone Côrte Real Barbieri – Secretária
Suzana Maria de Conto
Terciane Ângela Luchese

Comitê Editorial

Alberto Barausse
Università degli Studi del Molise/Itália

Alejandro González-Varas Ibáñez
Universidad de Zaragoza/Espanha

Alexandra Aragão
Universidade de Coimbra/Portugal

Joaquim Pintassilgo
Universidade de Lisboa/Portugal

Jorge Isaac Torres Manrique
*Escuela Interdisciplinar de Derechos
Fundamentales Praeeminentia Iustitia/
Peru*

Juan Emmerich
*Universidad Nacional de La Plata/
Argentina*

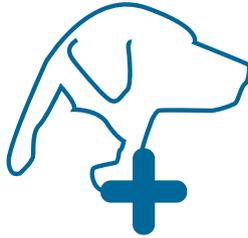
Ludmilson Abritta Mendes
Universidade Federal de Sergipe/Brasil

Margarita Sgró
*Universidad Nacional del Centro/
Argentina*

Nathália Cristine Vieceli
Chalmers University of Technology/Suécia

Tristan McCowan
University of London/Inglaterra





MANUAL DE BOAS PRÁTICAS EM INTERNAMENTO DE CÃES E GATOS

como proceder desde a internação até a alta dos nossos pacientes

*Aline Fantinel Pazzim
Claudia Giordani
Leandro Fadel*

*Daiane da Silveira
Juliane Schultz*

© dos autores
1ª edição: 2023
Preparação de texto: Giovana Letícia Reolon
Revisão: Luíza Moura Linzmaier
Editoração: Ana Carolina Marques Ramos
Capa: Ana Carolina Marques Ramos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
UCS – BICE – Processamento Técnico

P522m Pazzim, Aline Fantinel
Manual de boas práticas em internamento de cães e gatos [recurso eletrônico] : como proceder desde a internação até a alta dos nossos pacientes / Aline Fantinel Pazzim, Claudia Giordani, Leandro Fadel ; coautoria de Daiane da Silveira, Juliane Schultz. – Caxias do Sul, RS : Educs, 2024.

Dados eletrônicos (1 arquivo)

Apresenta bibliografia.
Modo de acesso: World Wide Web
DOI 10.18226/9786558073192
ISBN 978-65-5807-319-2

1. Medicina veterinária de pequenos animais. 2. Hospitalização - Animais domésticos. 3. Animais - Doenças - Tratamento. I. Giordani, Claudia. II. Fadel, Leandro. III. Silveira, Daiane da. IV. Schultz, Juliane. V. Título.

CDU 2. ed.: 619:636.045

Índice para o catálogo sistemático:

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Medicina veterinária de pequenos animais | 619:636.045 |
| 2. Hospitalização - Animais domésticos | 636.045:616-082.4 |
| 3. Animais - Doenças - Tratamento | 619:591.2:636.045 |

Catalogação na fonte elaborada pela bibliotecária
Ana Guimarães Pereira - CRB 10/1460

Direitos reservados a:



EDUCS – Editora da Universidade de Caxias do Sul
Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 – Bairro Petrópolis – CEP 95070-560 –
Caxias do Sul – RS – Brasil
Ou: Caixa Postal 1352 – CEP 95020-972 – Caxias do Sul – RS – Brasil
Telefone/Telefax: (54) 3218 2100 – Ramais: 2197 e 2281 – DDR (54) 3218 2197
Home Page: www.ucs.br – E-mail: educs@ucs.br



Caro colega que está iniciando a leitura deste guia, o manual foi desenvolvido para auxiliar na rotina de internamento de pequenos animais, sendo distribuído de forma facilitada e gratuita à toda comunidade médica veterinária. Por meio deste, poderemos levar a mais clínicas e hospitais informações fundamentais para que se tenha um bom funcionamento do setor, com maior segurança e padronização dos processos, visto que o maior problema que existe dentro dos internamentos é o erro médico ou de enfermagem, que sabidamente é muito relatado na medicina humana.

Ao longo dos meus anos de formada, fui buscando aperfeiçoamento na área de Medicina Intensiva e Interna, minha grande paixão com a qual trabalho diariamente, e depois de seis anos de experiência nesta área e em gestão hospitalar, percebo que os problemas persistem, estando relacionados aos pacientes, à equipe técnica e aos tutores.

Diante disso, este manual tem por objetivo difundir informações atualizadas e facilitar a padronização de protocolos, evitando, assim, erros e garantindo o melhor tratamento e a segurança do paciente.

Mas é importante sempre lembrar que a Medicina Veterinária está em constante evolução e que os médicos veterinários têm o dever de buscar atualização ao longo de suas carreiras, tendo plasticidade de poder receber novas informações, sair da zona de conforto e pôr em prática processos de melhoria como um todo.



SUMÁRIO

CAPÍTULO 1. NECESSIDADES BÁSICAS DO SETOR DE INTERNAMENTO HOSPITALAR / 8

CAPÍTULO 2. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INTERNAÇÃO DOS PACIENTES / 11

2.1 Termo de internação / 11

2.2 Orçamento / 12

CAPÍTULO 3. PACIENTE CHEGOU NO SETOR DE INTERNAMENTO: PRIMEIROS PASSOS / 13

CAPÍTULO 4. PRESCRIÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS / 18

CAPÍTULO 5. PARAMETRIZAÇÃO DO PACIENTE INTERNADO / 22

CAPÍTULO 6. REALIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E CENTRAL / 33

6.1 Punção venosa periférica / 33

6.1.1 Manutenção / 36

6.2 Cateter Venoso Central (CVC) / 36

CAPÍTULO 7. NUTRIÇÃO DO PACIENTE INTERNADO E SONDAS DE ALIMENTAÇÃO / 39

7.1 Sondagem nasogástrica / 40

7.2 Sondagem nasoesofágica / 41

7.3 Sonda esofágica / 42

7.4 Nutrição parenteral / 44

7.5 Nutrição enteral / 44

CAPÍTULO 8. BALANÇO HÍDRICO E FLUIDOTERAPIA EM PACIENTES INTERNADOS / 45

CAPÍTULO 9. ORGANIZAÇÃO, CONFORTO E HIGIENIZAÇÃO DOS LEITOS DE INTERNAÇÃO / 54

9.1 Agentes químicos empregados na higienização / 59

9.1.1 *Detergente amoniacal (amônia quaternária)* / 59

9.1.2 *Álcoois* / 59

9.1.3 *Cloro e compostos clorados* / 60

9.2 Dispositivos de irradiação germicida ultravioleta / 61

CAPÍTULO 10. MANEJO DO GATO HOSPITALIZADO E
REDUÇÃO DO ESTRESSE / 63

CAPÍTULO 11. TROCA DE PLANTÃO/TURNO E USO DE
SBAR PARA COMUNICAÇÃO INTERNA / 67

CAPÍTULO 12. COMUNICAÇÃO COM TUTORES, COLEGAS
QUE ENCAMINHAM AO SEU SERVIÇO DE INTERNAÇÃO E
HORÁRIOS DE VISITAS / 71

12.1 Comunicação com os tutores / 71

12.2 Horário de visita / 72

12.3 Organização durante o horário de visitas / 73

12.4 Comunicação com o médico veterinário que encaminha
o paciente / 74

CAPÍTULO 13. ALTA MÉDICA / 76

CAPÍTULO 14. ÓBITO / 78

CAPÍTULO 15. SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO
MÉDICO / 81

LEITURAS RECOMENDADAS / 85



CAPÍTULO 1. NECESSIDADES BÁSICAS DO SETOR DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

O setor de internação é o local do hospital ou da clínica o qual chamamos de “coração”, ou seja, é onde os pacientes receberão o tratamento adequado para a doença que apresentam com o objetivo de receberem alta médica o mais rápido possível.

Este é um setor que deve ser planejado e organizado, pois na Medicina Veterinária que vivemos atualmente os profissionais e tutores não toleram mais as estruturas básicas utilizadas para animais como antigamente. Então, além de um local adequado para os *pets* ficarem instalados, também é preciso que seja um setor que tenha todos os recursos para as necessidades dos pacientes.

Quando falamos em internação de cães e gatos, a primeira regra é que essas duas espécies precisam estar separadas, pois os felinos são extremamente sensíveis ao estresse causado durante a internação, e isso piora com a presença de cães. De acordo com as boas práticas de biossegurança, os ambientes de um setor de internação de uma clínica ou hospital veterinário de pequenos animais seriam: sala/ala de procedimentos ou enfermagem; internação de cães com doenças infecciosas; internação de cães com doenças não infecciosas; internação de felinos com doenças não infecciosas; e internação para felinos com doenças infecciosas. Separar os animais por tipo de enfermidade é fundamental para evitar infecção hospitalar.

O espaço do alojamento no leito/*box* deve permitir que o animal fique em estação e possa virar-se dentro dele de fora confortável. Principalmente para a espécie canina, o setor deve ter leitos de diferentes dimensões para portes diferentes, especialmente os gigantes.

O setor de internamento também deve ser um local calmo, silencioso, com controle de temperatura ambiente e luminosidade, com luz de baixa intensidade e branco-quente nos leitos e de média intensidade nos corredores. Alguns cuidados adicionais incluem uso de exaustor para renovação do ar dentro do setor, tela milimétrica nas janelas para evitar fugas e quedas, aparelho de monitoramento multiparamétrico e bombas de infusão.

Próximo a cada leito/*box* é necessário que existam saídas de oxigênio para pacientes que precisam de oxigenioterapia, e todas as saídas necessitam de fluxômetros e umidificadores limpos e prontos para serem usados.

Também segundo as normativas que regem esses ambientes, todos devem ser de fácil higienização, para facilitar a desinfecção ambiental e reduzir as chances de uma infecção de origem hospitalar.

Outro detalhe importante é que exista um local adequado para higienização dos pacientes internados, visto que trabalhamos com pacientes que muitas vezes acabam se sujando de urina, fezes ou outras secreções corporais, então, para que seja possível uma adequada higienização, é importante ter um tanque ou pia para banhos dos *pets*, assim como secadores especializados para cães e gatos.

Ainda no setor de internação, devemos lembrar que existem pacientes com risco de parada cardiorrespiratória, então dentro do setor é necessário ter à disposição da equipe um carrinho de emergências para agilizar o atendimento em caso de uma emergência.

De forma geral, o setor deve estar sempre bem organizado, e para isso é necessária a presença de armários organizadores para deixar guardados os colchões, as cobertas, as roupas e todos os utensílios utilizados na rotina de internação.

É importante ressaltar que esse setor precisa estar sempre pronto para atender os internados, então a organização, a higiene e a presença de todos os materiais necessários para os atendimentos são fundamentais, e cada local pode ter o seu setor de internamento, mas sempre seguindo o mínimo que é necessário para dar ao paciente o tratamento que ele precisa. Um internamento bem projetado traz diferenciais marcantes para a excelência do atendimento médico-veterinário, o que possibilita conforto e bem-estar aos animais bem como biossegurança e segurança operacional à equipe hospitalar.



CAPÍTULO 2. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INTERNAÇÃO DOS PACIENTES

Os documentos necessários para que um paciente fique sob a responsabilidade da clínica ou do hospital são de suma importância. Sempre deverão estar devidamente preenchidos e assinados pelo responsável que trouxe o paciente para o atendimento, que deverá ser a mesma pessoa cadastrada no sistema do local.

2.1 TERMO DE INTERNAÇÃO

Esse documento é o contrato de prestação de serviços entre a clínica/o hospital e o tutor, por isso deve ser completo e esclarecer todas as informações pertinentes de forma clara e objetiva. O termo deve ser elaborado de forma apropriada para cada local, podendo ser baseado em modelos disponíveis na internet. Ressalta-se que esse documento, assim como todos os outros utilizados rotineiramente, deve ser revisado por uma equipe jurídica especializada na área de Medicina Veterinária.

Esse termo deve conter:

- a) dados completos do tutor/responsável (nome, CPF, RG, data de nascimento, endereço, contatos de e-mail e telefones);
- b) dados completos do paciente (nome, espécie, gênero, raça, idade, estado reprodutivo e coloração de pelagem);
- c) cláusulas contratuais mínimas, como descrição do(s) serviço(s) que será(ão) realizado(s)/contratado(s), identi-

ificação do responsável pelo pagamento do(s) serviço(s) realizado(s)/contratado(s), além de cláusulas sobre estimativa de valores e autorização de uso de imagem (se for o caso).

D) 2.2 ORÇAMENTO

Todos os custos e procedimentos estimados para o período deverão ser listados em um orçamento, que deverá estar autorizado e pago assim que o paciente der entrada no internamento.

Este também é um documento, com uma cópia sendo entregue ao tutor, para acompanhamento do que está sendo realizado de tratamento e ciência dos custos. Não existe uma forma ideal de cobrança sobre os orçamentos, cada empresa deve fazer da forma mais adequada para a sua administração. Na experiência dos autores, os orçamentos e pagamentos são diários, conforme a evolução do paciente e as necessidades que forem surgindo com o andamento do caso. O tutor deve estar ciente de que podem ocorrer custos adicionais devido a mudanças no tratamento, realização de novos exames e/ou transferência para ala de intensivismo – nesse caso, é importante que exista uma cláusula no contrato de internação/prestação de serviços falando sobre essas possibilidades.

Orientamos que cada clínica ou hospital desenvolva seus termos e contratos de acordo com os modelos disponíveis na Resolução nº 1.321, de 24 de abril de 2020, disponível site do Conselho Federal de Medicina Veterinária (<http://ts.cfmv.gov.br/manual/arquivos/resolucao/1321.pdf>), sempre que possível com orientação de empresa jurídica especializada na área.



CAPÍTULO 3. PACIENTE CHEGOU NO SETOR DE INTERNAMENTO: PRIMEIROS PASSOS

Após todos os documentos preenchidos e devidamente assinados, o(s) animal(is) será(ão) recebido(s) na internação, onde também devem existir processos padronizados a serem seguidos pela equipe para o adequado acolhimento do paciente.

- 1) Todos os pacientes deverão ser obrigatoriamente pesados na admissão da internação, caso isso ainda não tenha sido feito durante o atendimento. Para isso é recomendado que o setor tenha disponíveis ao menos uma balança para cães adultos e duas pediátricas, uma para filhotes caninos e outra exclusiva para gatos. Demais setores, como, por exemplo, o isolamento (internação de doenças infectocontagiosas), deverão ter sua própria balança. A partir do peso do animal serão calculadas todas as medicações prescritas e feito o acompanhamento da evolução do caso, avaliando-se o ganho ou a perda de peso durante a internação.
- 2) Avaliação física completa: todo paciente internado, muitas vezes antes mesmo de receber algum medicamento, deverá ter seu exame físico completo realizado, mesmo que este já tenha sido feito durante a consulta. Nesse exame deve-se avaliar o nível de consciência, a frequência cardíaca (FC) e respiratória (FR), a ausculta cardíaca e pulmonar (ACP), a qualidade de pulso, a hidratação (turgor cutâneo), a coloração de mucosas, o tempo de preenchimento capilar (TPC), a palpação

abdominal, a avaliação de linfonodos periféricos, a avaliação de escalas de dor, a pressão arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD) e média (PAM) – se possível, a temperatura retal (central) e periférica para cálculo de delta T e o borborigmo intestinal por meio de ausculta do abdômen. Após o exame físico, no momento da venóclise, com a coleta de uma pequena quantidade de sangue, é possível realizar a avaliação de glicemia, lactato e hematócrito, esse último em caso de atendimento de emergência em que não seja possível aguardar o resultado de um hemograma completo (Tabela 1).

Tabela 1: Principais parâmetros clínicos e metabólicos fisiológicos de cães e gatos adultos.

Parâmetro clínico/ metabólico	Cães	Gatos
Coloração de mucosas	normocoradas	normocoradas
Tempo de Preenchimento Capilar (TPC)	1 - 2 segundos	1 - 2 segundos
Batimentos Cardíacos por Minuto (bpm)	60 - 120	120 - 225
Movimentos Respiratórios por Minuto (mpm)	18 a 36	20 a 40
Temperatura Retal	37,5 - 39,6°C	37,8 - 39,6°C
Pressão Arterial Sistólica (PAS)	90-150 mmHg	100 - 150mmHg
Pressão Arterial Diastólica (PAD)	40 -100 mmHg	40 - 100 mmHg
Pressão Arterial Média (PAM)	65 - 120 mmHg	65 - 85 mmHg
Lactato	< 3,2 mmol/L	< 2,5 mmol/L
Glicemia	71 - 115mg/dl	53 - 120mg/dl
Hematócrito	37 - 55%	24 - 45%

Fonte: Adaptado de Duncan e Prasse (1982), Thrall (2007) e Galvão *et al.* (2020).

- 3) Alojamento/classificação do paciente internado: normalmente existem três tipos diferentes de internações, podendo o paciente ser direcionado para a internação simples (enfermaria) – recomendada a separação das espécies em alas diferentes; o isolamento (doenças infectocontagiosas) – recomendada a separação das espécies em alas diferentes; a internação semi-intensiva; e a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

Independentemente do setor, todos os pacientes serão classificados de acordo com o grau de gravidade. As classificações de gravidade na Medicina Veterinária foram adaptadas das escalas humanas, facilmente utilizáveis na rotina de atendimento. Um desses exemplos é a classificação de triagem segundo Rabelo (2005), em que os pacientes são divididos em classes.

- Classe I: recebem atendimento prioritário imediato. São casos de parada cardiorrespiratória (PCR), pacientes inconscientes, em apneia ou que apresentem cianose. Após o atendimento de emergência, necessitarão de cuidados intensivos, portanto deverão ficar em UTI e/ou leito semi-intensivo.
 - Classe II: serão atendidos em no máximo cinco minutos. São casos em que há distrição respiratória, ferimentos com sangramentos importantes, trauma com tórax ou abdômen abertos, fraturas expostas e crises convulsivas. Deverão receber suporte em UTI e/ou leito semi-intensivo.
 - Classe III: são animais com estabilidade cardiorrespiratória, presença de choque oculto e ferimentos aparentes sem comprometimento hemodinâmico. Serão alocados em UTI, leito semi-intensivo ou internação simples, conforme necessidade.
 - Classe IV: nesses casos normalmente os tutores percebem que os pacientes não estão bem, mas não sabem precisar especificamente quais são os sintomas, e poderão já ter presença de compensação periférica. Poderão ficar em leito tipo enfermaria/internação simples.
- 4) A prescrição deverá ser iniciada assim que forem obtidos os dados mínimos da avaliação clínica dos pacientes (após avaliação de seus parâmetros clínicos e associação às informações da queixa/patologia primária para internação) (*ver Capítulo 3*). É importante a avaliação

do paciente de forma diária para estabelecimento do prognóstico, ajuste na prescrição, reclassificação do risco/alertas e atualização dos valores no orçamento. O peso do paciente poderá mudar, e, conseqüentemente, os volumes dos fármacos a serem administrados deverão ser ajustados (principalmente em gatos e cães de pequeno porte, cujas pequenas oscilações de peso refletem em um ajuste de dose importante).

- 5) Muitos pacientes que ficam sob hospitalização fazem uso de medicamentos de forma contínua. No momento da internação, o clínico responsável deve solicitar ao tutor todas as receitas desses medicamentos, para que seja continuado o tratamento, avaliados os ajustes dos fármacos/doses (caso necessário) e não usados princípios ativos que tenham interações com a terapia contínua. Todos os medicamentos deverão ser identificados com nome do paciente e acondicionados em local adequado, lembrando que alguns necessitam de refrigeração. Caso seja necessário interromper o uso de algum medicamento, sempre é importante comunicar o médico veterinário responsável pela prescrição e o tutor, deixando clara a conduta médica adotada naquele momento, facilitando, assim, a comunicação entre equipe, colegas e tutores.
- 6) Recomenda-se que o hospital ou a clínica não fique com pertences dos pacientes, exceto medicamentos de uso contínuo e dieta específica. Essa medida é realizada para evitar problemas no momento da alta pelo extravio dos itens, que devem ser sempre devolvidos ao tutor na admissão do animal, com explicação do porquê de não ser necessária a permanência desses materiais/objetos. Porém, no caso de felinos, a equipe pode ficar com alguma peça de roupa do tutor ou coberta, pois dessa forma é possível reduzir o estresse desses pacientes na inter-

nação. Caixas de transporte de felinos poderão ficar no internamento, devidamente identificadas, para que eles sejam transportados dentro do hospital de forma mais segura e menos estressante.



CAPÍTULO 4. PRESCRIÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS

Todo paciente que estiver dentro do setor de internamento deve ter uma prescrição completa com todas as suas necessidades. Nesse documento é preciso registrar:

- medicamentos (princípio ativo/nome comercial) com sua concentração, dose/volumes, horários e via de administração;
- fluidoterapia com taxa de administração (mL/h ou gotas/min), horário de início e fim, com ou sem adição de medicamento – especificar fármacos, doses e volumes;
- dietas – tipo, forma de administração, horários e peso/volume;
- procedimentos gerais – avaliação de viabilidade/troca de acesso venoso, curativos, troca de decúbito, cuidado de manipulação (ex: dor em cervical, presença de fraturas – com informação de local –, agressividade do animal, entre outros);
- horários de parametrização dos pacientes, exames a serem realizados (com informações de preparo, se necessário, e horário/turno), enfim, tudo o que deverá ser realizado durante o período de internamento.

Existem fichas de prescrições em meios físicos (manual ou impressa) ou eletrônicos. Cada local deve adaptar a ficha à sua rotina clínica, sempre lembrando que esse documento também faz parte do prontuário do paciente e não deverá ter rasuras. Cada paciente deverá ter a sua ficha de prescrição com a devida identificação (dados do tutor e do paciente) e

hipótese diagnóstica, para que não ocorram erros durante o atendimento de enfermagem. Quando houver pacientes com mesmo nome, é preciso sempre repassar isso nas trocas de turno e frisar alguma diferença entre eles (ex: pelagem), para que não ocorra troca inadvertida de prescrição. Sempre antes de iniciar o atendimento dos internados deve-se conferir a ficha e se é o paciente correto – “segurança nunca é demais!”.

O modelo digital, que existe em alguns sistemas operacionais no módulo de internação, facilita a acessibilidade, pois pode ser preenchida pelo médico veterinário que está no consultório e instantaneamente dar acesso à terapia prescrita para a equipe técnica do setor de internação. Nesse mesmo local do sistema serão registradas as administrações de fármacos com seus respectivos horários/turnos.

A prescrição deverá ser conferida e atualizada diariamente, pois o estado clínico dos pacientes é dinâmico e pode mudar em algumas horas, e com essas informações será possível dar prognóstico de evolução, ajustar a prescrição e reclassificar o risco, sendo realizada preferencialmente pelo médico veterinário responsável pelo setor de internação ou pelo médico veterinário clínico responsável pelo paciente.

Todo o corpo clínico deve ter autonomia para ajustar a prescrição do internado em decorrência dos sinais clínicos que ele estiver apresentando, e sempre comunicar os médicos veterinários responsáveis pelo caso. Deve-se levar em consideração que nenhum critério pode ser avaliado de forma isolada, mas em conjunto com todos os dados, para uma tomada de decisão mais segura em relação ao paciente.

Ainda dentro da atualização de prescrição, não se deve esquecer que o peso do paciente poderá mudar, fazendo com que, conseqüentemente, os volumes dos fármacos a serem administrados sejam ajustados.

O médico veterinário precisa lembrar sempre de usar a terapia indicada a cada caso clínico, de forma individualizada,

Figura 3: Modelo de prescrição virtual de fluidoterapia com reposição de eletrólitos para pacientes internados, selecionando/digitando como devem ser realizadas a preparação, a administração, a reposição de eletrólitos (com quantidade a ser adicionada) e a taxa de fluido por peso e tempo de infusão (mL/kg/h).

Prescrição

SPIDER CAT (6203)
 Felina, Macho, SRD, 3 anos e 6 meses, 7,985 kg

Tipo*

Procedimento Medicamento **Fluidoterapia**

Frequência*

Recorrente Apenas 1 vez Quando Necessário

A cada* Por* Iniciar em* Hora*

1 Hora(s) 1 Dia(s) 10/11/2022 07:10

Fluido* Equipos* Unidade* Dose*

RL + Reposição de KCL Macro Gotas ml/kg 2

Via* Velocidade* Suplemento

Intravenosa 16 ml/h KCL 10 ml em fco de 500 ml de RL

Resumo

RL + Reposição de KCL, Macro Gotas, 16 ml/h, 2 ml/kg, via Intravenosa. (Suplemento: KCL 10 ml em fco de 500 ml de RL), a cada 1 hora, por 1 dia, iniciando em 10/11/2022 às 07:10



CAPÍTULO 5. PARAMETRIZAÇÃO DO PACIENTE INTERNADO

O processo para avaliação de parâmetros clínicos e físicos dos pacientes internados é muito importante, devendo ser realizado de forma segura, tranquila e individualizada em cada animal. Hoje, com a facilidade do uso de sistemas de monitorização automatizados, a aferição dos parâmetros clínicos por métodos convencionais deve ser realizada sempre que houver algum parâmetro alterado, para confirmação, pois as máquinas também podem errar, e não se deve instituir um tratamento sem antes fazer a confirmação.

Todo paciente sob regime de internação deverá ser avaliado de forma sistematizada conforme a sua classificação de gravidade, ou seja, quanto mais crítico, mais vezes será reavaliado. Isso tem como objetivo identificar variações que possam levar o paciente a óbito e visar à sua correção antes que ocorra o desfecho negativo, evitando erros e prevenindo problemas com maior exatidão.

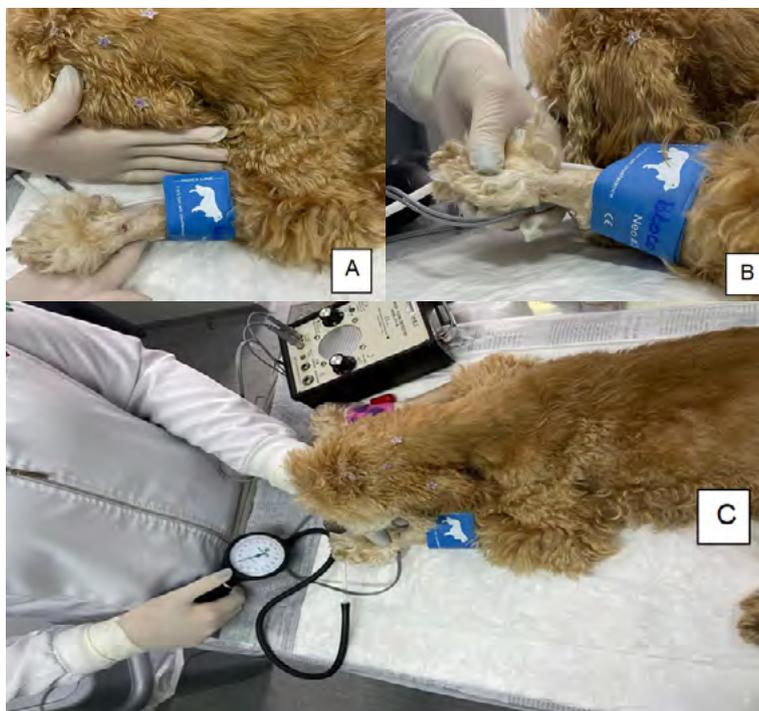
Os principais parâmetros clínicos que devem ser avaliados nos internados são FC, FR, ACP, ausculta abdominal para avaliação de borboríngos intestinais, temperatura periférica e central, nível de consciência, coloração das mucosas, TPC, tempo de preenchimento e esvaziamento jugular, pulso femoral, PAS, PAD, PAM, produção urinária e hidratação. Com a avaliação desses parâmetros clínicos, é possível dar um prognóstico, identificando melhora ou piora no quadro clínico do paciente internado.

- 1) Parâmetros cardiovasculares: a frequência cardíaca e o ritmo devem ser analisados continuamente, com auxílio de estetoscópio e eletrocardiograma. A qualidade e a frequência de pulso também deverão ser avaliadas, preferencialmente na artéria femoral (local de fácil avaliação). A avaliação de pulso pode ser realizada por palpação ou com o Doppler vascular.
- 2) Parâmetros respiratórios: a frequência e o padrão respiratórios devem ser avaliados com cuidado e de forma minuciosa. A auscultação deverá ser realizada, no mínimo, em cinco pontos diferentes de ambos os lados (espaços intercostais 4º, 6º e 8º no terço superior e 4º e 6º no terço médio). Mínimo de dois ciclos por ponto de auscultação.
- 3) Mensuração de pressão arterial não invasiva (PANI): para mensuração da pressão arterial de forma não invasiva existem métodos oscilométricos e por Doppler vascular. Para esse tipo de avaliação será necessário dispor de manguitos (*cuffs*) e medidores oscilométricos portáteis (esfigmomanômetro) e/ou monitores multiparamétricos que utilizam esse método. Os locais de aferição da pressão arterial normalmente são as artérias palmar/plantar do metacarpo e metatarso ou a base da cauda.
 - a) A pressão arterial sistólica poderá ser avaliada com o uso de manguitos, esfigmomanômetro e Doppler vascular. Para que as avaliações sejam confiáveis, deve-se utilizar manguitos com a largura correspondente a 40% da circunferência do membro em que será realizada a mensuração e/ou segundo marcação de cada manguito.
 - b) Para a aferição pelo método oscilométrico com monitor, o médico veterinário vai colocar o manguito de tamanho adequado ao redor do antebraço

ou metatarso, fixar adequadamente e acoplar ao aparelho de pressão oscilométrico, dando início à aferição. O método oscilométrico identifica a PAM, e a partir desse dado o *Software* calcula a PAS e a PAD. É preciso realizar no mínimo três aferições e fazer a média das mensurações.

- c) Para a aferição pelo método de detecção de pulso com Doppler vascular, a aplicação do manguito deverá respeitar as mesmas especificações do método oscilométrico. Mas neste caso será necessário acoplar o manguito a um esfigmomanômetro e detectar o pulso com o auxílio do Doppler vascular. Após a fixação do manguito e acoplado ao esfigmomanômetro, identifica-se o pulso, que normalmente é encontrado na face palmar do metacarpo, com a região tricotomizada. Neste caso, é necessária utilização de gel condutor (transmissão ultrassônica) entre a pele e o transdutor para identificar o pulso. Após a identificação do pulso, inicia-se a insuflação do manguito (de forma tranquila para não assustar o paciente) até que não seja mais possível escutar o som do fluxo arterial, neste momento com cuidado e lentamente, inicia-se a abertura da válvula do esfigmomanômetro para desinflar o manguito e identificar novamente o som do fluxo arterial. Quando o fluxo reaparecer coincidirá com a PAS (Figura 4 – A, B e C).

Figura 4: Correto posicionamento do manguito em região do membro anterior esquerdo de um canino (A); Posicionamento da probe do Doppler vascular sobre artéria radial, para identificação do fluxo sanguíneo (B); Aferição de pressão arterial sistólica pelo método de detecção do pulso utilizando o Doppler vascular (C).



- 4) Avaliação do sistema circulatório periférico: avaliação de coloração de mucosas, TPC, tempo de enchimento e esvaziamento jugular, ΔT_{cp} (Gradiente de temperatura centro-periférico), ausculta abdominal, e produção urinária irão fornecer informações importantes sobre a circulação periférica e sua relação com a linha hemodinâmica central.

a) Tempo de preenchimento capilar (TPC): realizado por meio de uma compressão digital na gengiva

do animal, a pressão realizada interrompe o fluxo capilar e deixa o local pálido. Em animais com desidratação não aparente o retorno da coloração inicial se dá em até 2 segundos pela reperfusão sanguínea. Pacientes com alteração normalmente apresentam TPC de 3 segundos ou mais.

- b) Medida de temperatura periférica: utilizando termômetro infravermelho com dois pontos a laser, deve ser ajustada a emissividade do aparelho em 0,98 e sob graus celsius ($^{\circ}\text{C}$). A distância adequada do termômetro à região aferida, é o ponto em que o laser sobrepõe os dois pontos, ou seja, se une em um único ponto. Para realizar a mensuração, o laser deve ser mantido na região por cerca de 10 segundos. Deverão ser aferidas a temperatura na região interdigital (preferencialmente metatársica), coxim plantar, ponta do nariz, prega axilar e prega inguinal, para identificar se existe heterogeneidade de fluxo periférico (Figura 5).

Figura 5: Aferição de temperatura periférica em coxim plantar do membro pélvico direito de canino utilizando termômetro de laser.



- c) Medida de temperatura central: pode ser realizada com termômetro digital, pela via retal (atentar para que o termômetro encoste de maneira gentil na parede do reto e não fique encoberto pelo bolo fecal), esofágica (quando anestesiado) ou auricular (Figura 6). As temperaturas auriculares são menores que a aferição retal, e isso ocorre porque as diferentes regiões do corpo apresentam temperaturas também diferentes e a membrana timpânica não apresenta a mesma temperatura fisiológica do reto e isso deve-se às características anatomofisiológicas da irrigação da membrana timpânica

Figura 6: Aferição de temperatura central em canino utilizando termômetro digital pela via retal.



- d) Gradiente de temperatura centro-periférica (ΔT_{cp}): é a diferença entre a temperatura corporal central e a temperatura de extremidade, baseia-se justamente no fato de que a vasoconstrição cutânea é um sinal de precoce de hipoperfusão. O valor é obtido por meio da seguinte fórmula (Quadro 1):

Quadro 1: Fórmula para cálculo do delta de temperatura.

$$\Delta T_{cp} = \text{Temperatura central} - \text{temperatura periférica}$$

Os casos em que o ΔT_{cp} for maior que 6°C , na presença de temperatura central dentro da faixa de normalidade, indicam vasoconstrição periférica, que pode ser um sinal de hipoperfusão, ou seja, que o sangue periférico está sendo direcionado para a linha central para tentativa de compensação hemodinâmica. Valores de ΔT_{cp} acima de 10°C são considerados altamente prejudiciais.

- e) Auscultação abdominal: os sons intestinais irão auxiliar na avaliação de presença ou ausência de trânsito intestinal, esse é um importante parâmetro clínico a ser avaliado em pacientes que estão internados, pois muitos fatores além da própria patologia poderão interferir no correto funcionamento gastrointestinal (ex: medicamentos, excesso de repouso/pacientes acamados, tempo de jejum prolongado, cirurgias abdominais, perfusão intestinal diminuída, entre outros). A avaliação deverá ser realizada diariamente para correta identificação de presença ou ausência de borborigmos e de efeito esperado da terapia para hipomotilidade.

- f) Avaliação de débito urinário: a produção de urina depende de vários processos fisiológicos. Para que haja um débito urinário normal, o paciente deve ter adequada perfusão tecidual, equilíbrio hídrico e função renal. O débito urinário pode refletir o volume sanguíneo circulante de um paciente bem como ser um indicador de perfusão tecidual. O débito urinário pode servir de guia para a fluidoterapia na manutenção do balanço de fluidos, a partir do equilíbrio entre a entrada de fluidos e a saída de urina. A avaliação poderá ser realizada com cateterização uretral com sonda de demora (fixada) (Figura 7), sondagem de alívio, avaliação ultrassonográfica (valor estimado por medida da vesícula urinária) e pesagem de tapetes higiênicos (Figura 8). A produção normal de urina está entre 0,5 e 1 mL/Kg/h, podendo ir até 2 mL/Kg/h para animais recebendo fluidoterapia, mas pode ser reduzida em animais desidratados. Uma diminuição no débito urinário é importante, pois é um dos primeiros sinais de falha renal (Quadro 2).

Figura 7: Avaliação de débito urinário por meio de sonda uretral e bolsa coletora em sistema fechado.



Figura 8: Avaliação de débito urinário por meio da pesagem de tapetes higiênicos, que revestem os leitos dos internados: Tapete limpo (A) e tapete com urina (B).



Quadro 2: Valores de referência de débito urinário em cães e gatos.

Anúria: quando o débito urinário do paciente é $< 0,08 \text{ mL/Kg/h}$

Oligúria: quando a produção de urina é $< 0,27 \text{ mL/Kg/h}$

Poliúria: quando a produção de urina é $> 2 \text{ mL/Kg/h}$

Fonte: Adaptado de Mathews (2017).

- g) Hidratação: é importante a avaliação do turgor cutâneo, da umidade das membranas mucosas, da posição do globo ocular na órbita, da frequência cardíaca, da característica do pulso periférico e do tempo de preenchimento capilar, sendo possível, assim, classificar o estado físico do paciente e estimar a porcentagem de desidratação conforme o Quadro 3.

Quadro 3: Avaliação clínica e percentual de desidratação do paciente.

PERCENTUAL DE DESIDRATAÇÃO	SINAIS CLÍNICOS
<5%: MUITO LEVE E DISCRETA	Não detectável Histórico: menor ingestão de água
5-6%: LEVE	Discreta perda do turgor cutâneo ou elasticidade cutânea Histórico: episódios esporádicos de vômito e diarreia
6-8%: MODERADA	Demora evidente o retorno da pele à posição normal Ligeiro prolongamento do TPC Possível retração do globo ocular Possível ressecamento das membranas mucosas Histórico: inapetência, vômito e diarreia moderados
10-12%: GRAVE	Permanência de pele em forma de “tenda” no local do teste Evidente prolongamento do TPC Retração do globo ocular Ressecamento de membranas mucosas Possíveis sinais de choque (taquicardia, extremidades frias, pulso fraco e rápido) Histórico: anorexia, vômito e diarreia. Severos, insuficiência renal crônica
12-15%: CHOQUE	Sinais evidentes de choque Morte eminente Histórico: hemorragias, queimaduras

Fonte: Adaptado de Dibartola e Bateman (2006).

- h) Ao avaliar o turgor cutâneo, os animais obesos podem parecer adequadamente hidratados, apesar de desidratados, em razão do excesso de gordura subcutânea. Ao contrário, os animais emaciados e mais velhos podem parecer mais desidratados do que realmente são devido à de-

ficiência de gordura e elastina subcutânea. Uma falsa impressão de desidratação também pode ser notada quando há respiração ofegante persistente, que pode secar a membrana mucosa bucal.

- i) Esses parâmetros devem ser avaliados periodicamente em animais internados (frequência será definida de acordo com a gravidade), pois irão auxiliar o clínico na escolha correta do tipo de fluido a ser administrado, assim como a velocidade e o tempo de administração. Por meio do acompanhamento das características clínicas e da evolução do paciente é possível saber se o fluido de escolha está desempenhando o efeito desejado ou se será necessário trocá-lo.



CAPÍTULO 6. REALIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E CENTRAL

Os acessos venosos, mesmo que periféricos, podem servir como porta de entrada para infecções locais ou sistêmicas, ainda mais considerando que é um ambiente hospitalar com pacientes debilitados. A flebite (inflamação aguda do vaso sanguíneo) é uma das complicações mais comuns do uso de cateteres venosos periféricos, que, além de causar dor e desconforto no paciente, também pode indicar uma fonte de contaminação que pode levar a quadros graves de infecções sistêmicas. Portanto, é necessário que os devidos cuidados sejam tomados durante a realização e o manuseio diário do acesso.

6.1 PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

Inicialmente deve ser organizado todo o material necessário para a realização do acesso, antes mesmo da contenção do animal.

Separar:

- cateter venoso periférico (CVP) de calibre adequado (Quadro 4) (escolhido conforme o porte do animal e fluxo de fluidoterapia);
- material para adequada fixação, gaze, clorexidina degermante e álcool 70^o para assepsia;
- PRN ou equipo previamente preenchido por fluido ou medicamento que será administrado.

Quadro 4: Calibre e vazão de cateteres venosos periféricos classificados pela cor.

COR	CALIBRE	VAZÃO
Amarelo	24G	17mL/min
Azul	22G	33mL/min
Rosa	20G	55mL/min
Verde	18G	105 mL/min
Cinza	16G	155 mL/min
Laranja	14G	333 mL/min.

Também é importante que o paciente seja contido de forma segura para evitar acidentes. Realizar a tricotomia ampla do membro a ser puncionado e a assepsia da pele com álcool 70° ou clorexidina 2% para evitar contaminações. O acesso ideal deve ser realizado sem puncionar diversas vezes o mesmo local, deve estar bem fixado e sem resíduos de sangue no curativo (Figura 9). A conexão do cateter deve sempre estar livre de esparadrapo para permitir um correto manuseio pela equipe de enfermagem. Após devidamente fixado, sem apertar de forma excessiva a fita colante, para não causar um garrote, reduzir o fluxo sanguíneo e provocar edema e dor local, o CVP deve ser protegido com curativo e devidamente identificado com data, horário e profissional responsável pela realização do procedimento (Figuras 9 e 10).

Figura 9: Exemplos de fixação do CVP. A fita colante deve “abraçar” todo o canhão do cateter a fim de não o deixar com mobilidade, fixando adequadamente e deixando a ponta de conexão livre para acoplar extensores e seringas de medicamentos (A). Também é indicado manter uma gaze entre o cateter e a pele do paciente para proteger e visualizar possíveis desconexões e extravasamento de fluido ou medicamentos pela visualização da gaze úmida (B).

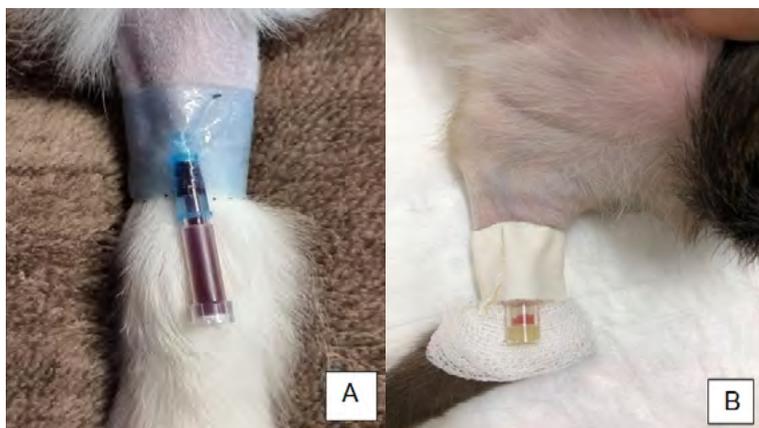
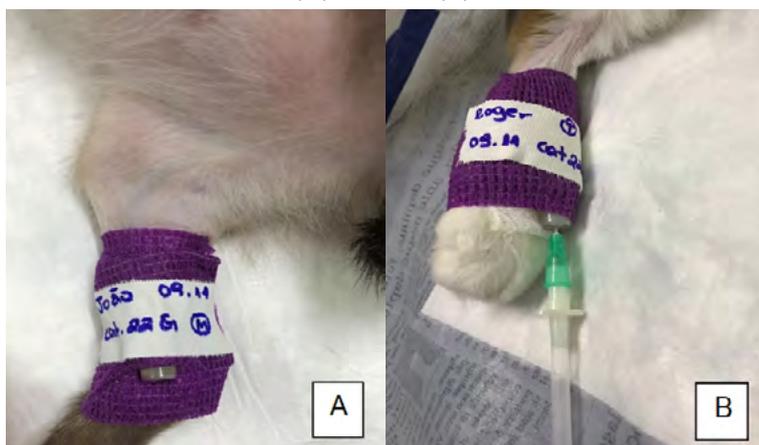


Figura 10: Exemplos de como proteger e identificar o acesso venoso periférico – Bandagem elástica e fita esparadrapo com a identificação de quem fez o acesso, a data e o calibre do cateter utilizado – Membro pélvico em região proximal (A) e distal (B).



6.1.1 MANUTENÇÃO

O CVP deve ser continuamente checado para verificar se permanece posicionado e funcionando corretamente (avaliar indícios de extravasamento, obstrução do fluxo por coágulo e inflamação local como: edema, eritema, aumento de temperatura do membro comparado ao contralateral e dor ao administrar medicamentos).

Antes de administrar medicações intravenosas, é necessário aspirar o cateter com uma seringa preenchida por solução salina para retirar possíveis coágulos e evitar que eles sejam deslocados para a corrente sanguínea. Sempre que necessário, o curativo deve ser substituído para manter o acesso limpo. É obrigatória a conferência da etiqueta de identificação, em todos os turnos, para a necessidade de troca, que deve ser realizada a cada 72 horas ou antes se necessário.

6.2 CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)

Esse tipo de acesso venoso é indicado para pacientes críticos e/ou que permanecerão internados e necessitando de infusões por um período mais longo, possuindo maior durabilidade em relação ao CVP. Entretanto, são necessários maiores cuidados tanto na sua colocação (deve ser realizada em bloco cirúrgico e com punção estéril) quanto na sua manutenção (sempre manuseado com luvas e por equipe devidamente treinada). O CVC deve ser firmemente fixado na pele com pontos de sutura e pontos de segurança de forma que não se desloque facilmente. O CVC pode ser mono-lúmen, duplo-lúmen ou triplo-lúmen. Quando o CVC tem mais de uma via, elas possuem objetivos específicos de uso – por exemplo, em duplo-lúmen a via proximal é utilizada pra sedoanalgesia e/ou vasoativos e a via distal deve ser utilizada para fluidoterapia, mensuração de pressão venosa central e medicações pontuais. A manutenção do CVC deve ser feita por meio de limpeza e troca diária do curativo e administração de solução

heparinizada (solução cloreto de sódio 0,9% com heparina sódica) ou solução de cloreto de sódio 0,9% em ambas as vias a cada seis horas.

Com as vias em que estão sendo realizadas coletas de sangue, existe uma maior chance de obstrução, assim preconiza-se o uso de solução heparinizada, porém deve-se ter atenção aos pacientes que possuem trombocitopenias e dificuldades de coagulação, avaliando os riscos de utilizar a solução heparinizada nesses casos. Já em CVC em que a via está sendo utilizada somente para infusões de forma contínua, esse risco diminui e o *flushing* pode ser realizado com solução salina 0,9% (Figuras 11 e 12).

Figura 11: Fixação com pontos de pele em CVC (setas vermelhas), em um canino.

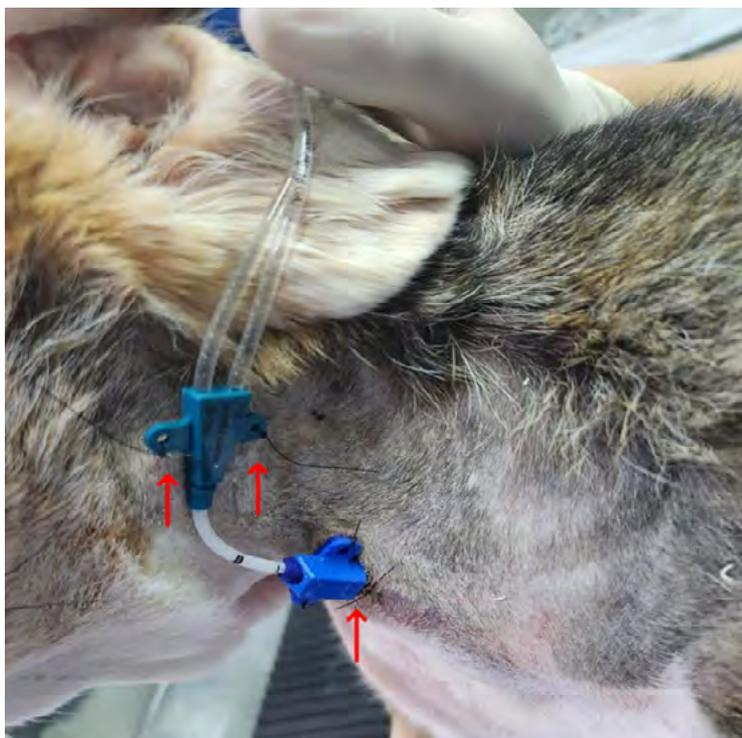


Figura 12: Demonstração das vias de CVC de duplo lúmen – via marrom é a distal e a branca é a proximal.



Fonte: Cateter venoso central ARROW®



CAPÍTULO 7. NUTRIÇÃO DO PACIENTE INTERNADO E SONDAS DE ALIMENTAÇÃO

O suporte nutricional deve ser considerado como parte do tratamento do paciente internado, sendo um dos pilares para uma boa recuperação. A oferta de alimento é iniciada assim que possível, conforme necessidades e restrições de cada caso. A necessidade energética basal (em repouso) (kcal/dia) pode ser estimada por meio da seguinte fórmula (Quadro 5).

Quadro 5: Fórmula de Necessidade Energética Basal (NEB).

$$\text{NEB: } 70 \times \text{peso vivo}^{0,75} = \text{Kcal/dia}$$

Fonte: Vilaverde e Larsen (2022).

Pacientes em anorexia há mais de três dias devem ser alimentados de forma lenta e gradual (exemplo: iniciar com 1/3 da quantidade calculada no primeiro dia e ir aumentando para 2/3 no segundo dia e, finalmente, a quantidade total da necessidade energética no terceiro dia). A alimentação de forma gradual deve ser feita para que não ocorra sobrecarga alimentar e, com isso, o paciente tenha uma piora no quadro clínico.

Comumente pode-se optar pela sondagem (nasogástrica ou esofágica) como aliada no processo de retorno à alimentação espontânea. Ambos os tipos de sondagem permitem que

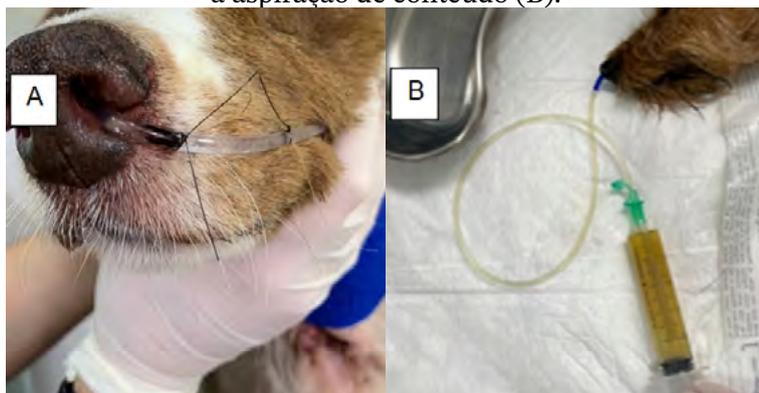
o paciente se alimente e beba água normalmente, cada uma com suas vantagens e desvantagens.

7.1 SONDAGEM NASOGÁSTRICA

É o método de escolha para cães ou gatos que necessitem de suporte nutricional por poucos dias, sendo um procedimento relativamente simples, que pode ser rapidamente executado sem a necessidade de sedação. Antes de realizar a sondagem é recomendado instilar algumas gotas de colírio anestésico na narina do paciente e aguardar alguns minutos, além de lubrificar a sonda com gel à base de lidocaína para facilitar o deslizamento dela.

Para cães a sonda nasogástrica deve ser medida externamente do nariz até a última costela (para que esteja posicionada dentro do estômago), sempre realizando uma marcação com caneta permanente na altura previamente medida (Figura 13-A). A sonda deve ser inserida na narina, em direção caudoventral. Caso apresente resistência, pode-se elevar as narinas para facilitar a passagem ou até mesmo introduzir um mandril no interior da sonda flexível (neste caso, a introdução da sonda deve ser feita com maior cuidado e de forma gentil). Para confirmação da correta localização, pode ser aspirada a sonda para verificar o retorno de conteúdo estomacal (Figura 13-B) ou também ser realizada uma radiografia torácica simples para visualizá-la. A fixação pode ser realizada com pontos isolados com fio Nylon, iniciando na lateral da narina em direção ao pescoço onde realiza-se uma atadura (Figura 13-A). O paciente deve ser mantido de colar elisabetano para não retirar a sonda.

Figura 13: Demonstração da marcação com caneta permanente, da sonda nasogástrica/nasoesofágica (A). Confirmação do posicionamento dentro do estômago, devido a aspiração de conteúdo (B).



Esse tipo de sonda é de uso exclusivamente hospitalar, pois exige constante revisão antes da administração do alimento, pela facilidade de ser retirada ou deslocada pelo próprio paciente. Além disso, como possui um pequeno calibre é mais suscetível a entupimentos, permitindo apenas o uso de dietas líquidas. E após cada alimentação deve ser lavada com aproximadamente 5 mL de água morna para que não permaneça com resíduos dentro da sonda.

7.2 SONDAGEM NASOESOFÁGICA

Como os gatos são mais suscetíveis a ficarem nauseados, esse tipo de sondagem é mais indicado. Nesse caso, ela deve ser posicionada no terço final do esôfago ao invés do estômago, realizando a mensuração externa do nariz até o 7º espaço intercostal, fazendo a demarcação com uma caneta. A metodologia de introdução e fixação é a mesma que a da sonda nasogástrica. A desvantagem do posicionamento dessa sonda em comparação com a nasogástrica é a inviabilidade de realizar o esvaziamento e/ou a lavagem gástrica. Esse tipo de sonda é de uso exclusivamente hospitalar, pois exige que ela

seja constantemente revisada antes do uso, pois pode ser facilmente retirada ou deslocada pelo paciente. Como também possui um pequeno calibre, necessita dos mesmos cuidados da sonda nasogástrica (Figura 14).

Figura 14: Canino com sonda nasogástrica para alimentação – seta vermelha demonstrando a marcação com caneta permanente feita durante a mensuração prévia à introdução e imediatamente a saída da narina, onde também é vista a fixação com ponto isolado simples com fio Nylon.



7.3 SONDA ESOFÁGICA

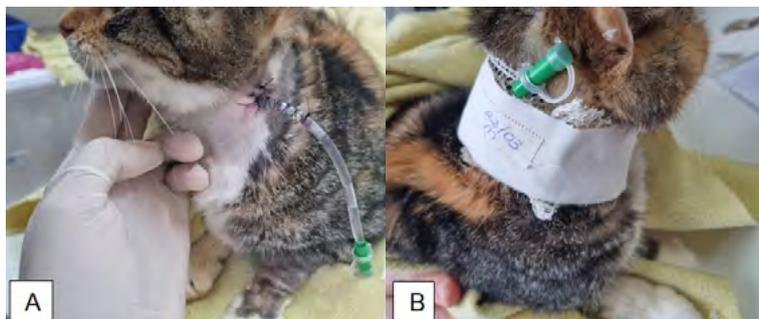
É indicada para pacientes que necessitarão de suporte para alimentação por um período mais longo (mais de cinco dias), como possui um calibre maior, permite que sejam administradas dietas com consistência pastosa e em maior quantidade. Possui manuseio mais simples e permite que o paciente seja liberado para casa e que o manejo alimentar seja realizado pelo próprio tutor. No entanto, exige anestesia

geral para sua colocação, pois é um método mais invasivo, necessitando de uma pequena incisão na região cervical (esofagostomia), em que a sonda é introduzida e fixada na pele com fio Nylon e ponto isolado simples. O orifício de entrada da sonda fica constantemente protegido com curativo, que deve ser limpo e substituído diariamente. Quando o manejo de curativos e limpeza é realizado corretamente, a sonda pode permanecer viável por semanas, até meses, e tem uma boa aceitação por parte do paciente.

Após a colocação da sonda, é recomendada a realização de radiografia simples para verificar o seu correto posicionamento, devendo estar no sétimo espaço intercostal. A dieta oferecida pela sonda esofágica deve ser dividida em várias porções ao longo do dia, podendo ser a própria ração seca, umedecida em água e triturada no liquidificador até aquisição da consistência pastosa. Essa sonda também precisa ser higienizada com água após cada uso, no mínimo 5 mL, para que não ocorra entupimento com restos de alimento.

A higienização dos pontos de fixação da sonda deverá ser realizada diariamente com solução fisiológica e proteger a região de inserção da sonda (pescoço) com gaze e atadura, sendo o curativo realizado de uma a duas vezes ao dia (Figura 15).

Figura 15: Imagem de sonda esofágica (A) protegida com curativo (B) em felino.



7.4 NUTRIÇÃO PARENTERAL

A nutrição parenteral consiste na administração intravenosa de aminoácidos, lipídeos, vitaminas e minerais para suprir as exigências do paciente. Ela só deve ser utilizada na impossibilidade de alimentação por via enteral, como, por exemplo, pacientes comatosos ou inconscientes. Sempre que possível, deve-se fazer avaliação com nutricionista, principalmente nessa modalidade, pois requer uma individualização do paciente.

7.5 NUTRIÇÃO ENTERAL

Todo o paciente internado que receber suporte nutricional, seja de forma espontânea, facilitada, por sondas de alimentação ou por via parenteral, deverá ser avaliado individualmente quanto a sua necessidade de reposição calórica, tipo de alimentação (atenção deve ser dada aos pacientes alérgicos e tipo de alimento em relação à patologia apresentada) e repouso do trato gastrointestinal. Não se deve alimentar os pacientes durante a noite (madrugada), para que estes possam descansar de forma completa, evitando excesso de manipulação e visando à manutenção do organismo funcionando de maneira mais fisiológica possível.



CAPÍTULO 8. BALANÇO HÍDRICO E FLUIDOTERAPIA EM PACIENTES INTERNADOS

O balanço hídrico (BH) é a mensuração e o registro total de líquidos administrados/ingeridos e eliminados pelo paciente em um período de 24 horas, com objetivo de avaliar o equilíbrio hídrico e detectar possíveis alterações. Conforme a necessidade do paciente, deve-se obter dados para calcular a reposição hídrica e eletrolítica a ser administrada em 24 horas, estando toda a equipe (enfermeiros e médicos veterinários) envolvida.

É indicado que seja realizado em pacientes críticos, com nutrição enteral e parenteral, em pós-operatório de cirurgias de grande porte, portadores de enfermidade cardíaca, edema, drenos e ascite, com restrição hídrica ou hiper-hidratação, queimaduras extensas, com débito urinário diminuído, distúrbios hidroeletrólíticos e instabilidade hemodinâmica.

Deve-se anotar os dados obtidos em formulário de evolução e anexar ao prontuário. Para avaliação do BH, devem ser registrados os seguintes itens no formulário de Controle Hídrico (CH).

- a) Se possível, pesar diariamente o paciente e registrar no relatório de enfermagem.
- b) Medir os líquidos a serem administrados via oral (VO) ou por sonda (dieta líquida, água para lavar a sonda e medicamentos) antes e após oferecê-los ou administrá-los ao paciente.

- c) Medir e anotar os volumes de líquidos administrados por via parenteral (intravenoso – IV, intramuscular – IM e/ou subcutâneo – SC) no formulário de CH.
- d) Anotar de duas em duas horas os volumes de fluidoterapia, hemocomponentes e medicações contínuas.
- e) Anotar o horário da administração dos medicamentos e os volumes totais das medicações administradas (somando o volume do fármaco em si + diluição + soro para lavar o equipo). Ex: será administrado ao paciente 0,5 mL de Midazolam pela via IV, esse fármaco deve ser diluído em pelo menos 3 mL de solução fisiológica (SF), então o volume total que foi administrado de medicamento mais a diluição é de 3,5 mL, e esse é o valor que deverá estar anotado na planilha como volume total.
- f) Medir e anotar no formulário de CH os líquidos administrados em irrigações (ex: diálise peritoneal).
- g) Medir o volume de cada micção em frasco graduado. Se o paciente estiver com sistema coletor de diurese, anotar os volumes ao final de cada turno ou sempre que for esvaziado. Se não estiver sondado, é possível realizar a pesagem de tapetes higiênicos (atenção para ver se o tapete não dobou ou se o paciente urinou fora dele, pois nesse caso a avaliação estará prejudicada) que devem ser usados no leito do paciente para estimar a quantidade de urina, em que 1 g equivale a 1 mL.
- h) Medir e anotar o volume de vômitos e fezes líquidas medidas na linha correspondente do formulário de CH. Caso não seja possível medir, o valor poderá ser estimado. Em alguns casos é possível quantificar as diarreias utilizando um sistema com sonda de Foley introduzida no reto do paciente e acoplada a uma bolsa coletora de urina (Figura 16).

- i) Medir e anotar volume drenado de curativos ou sangramentos (pesagem diferencial).
- j) Calcular o balanço hídrico parcial a cada seis horas.
- k) Ter um horário fixo de cálculo de BH total (em 24 horas) (ex: todos os dias às oito horas), e anotar no formulário de controle hídrico e na evolução de enfermagem.

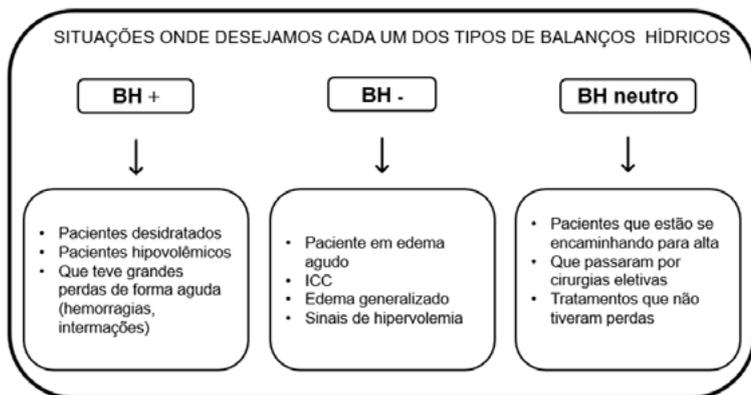
Figura 16: Forma de quantificar as diarreias utilizando um sistema com sonda de Foley colocada no reto de um canino acoplada a uma bolsa coletora de urina, também se observa que o paciente tem outra bolsa acoplada a uma sonda uretral para avaliação de débito urinário. Ambas as bolsas devem estar devidamente identificadas.



Após a avaliação de todos os dados e a quantificação dos volumes que foram administrados e saíram do paciente, tem-se um valor e assim é possível saber o BH. O resultado pode ser de balanço hídrico positivo (+) (entrou mais líquido do que saiu), negativo (-) (saiu mais líquido do que entrou) ou neutro (entrou e saiu o mesmo volume em líquidos), sendo as situações desejáveis conforme o quadro do animal (Quadro 6). Com essa avaliação será ainda mais fidedigna a reposição de fluidos nos pacientes internados, por isso é preciso ter especial

atenção ao BH, principalmente em cães e gatos considerados graves.

Quadro 6: Situações em que se deseja um balanço hídrico positivo, negativo ou neutro na rotina clínica.



Na desidratação, inicialmente o organismo perde líquido extracelular para tentar recuperar o equilíbrio, e posteriormente o líquido intracelular se desloca para o espaço extracelular, levando à hipovolemia. A fluidoterapia é indicada para correção de desidratação, desequilíbrios eletrolíticos, tratamento do choque e melhora da perfusão e da função celular quando indicada. Essa terapia é importante para muitas condições médico-veterinárias, sendo que sua realização dependerá de avaliação do histórico do paciente, queixa principal, achados dos exame físico e complementares, com reavaliação diária desde o primeiro dia de internação (Tabela 2).

Tabela 2. Parâmetros de avaliação em pacientes que estão recebendo fluidoterapia.

Parâmetros de avaliação e monitoramento em pacientes que recebem fluidoterapia	
Frequência e qualidade de pulso	Hematócrito
Tempo de enchimento capilar (TPC)	Proteínas totais
Coloração de mucosas	Lactato sérico
Frequência e esforço respiratório	Densidade urinária
Sons pulmonares	Ureia e creatinina sanguíneas
Turgor cutâneo	Eletrólitos
Débito urinário	Pressão arterial
Nível de consciência	Hemogasometria venosa ou arterial
Temperatura das extremidades	Saturação de O ₂

A seleção do fluido é ditada pela necessidade do paciente, incluindo volume, velocidade e composição do fluido. A terapia deverá ser individualizada, adaptada a cada paciente e constantemente reavaliada/reformulada de acordo com as mudanças de estado clínico. As necessidades podem variar de acordo com a existência de condições agudas ou crônicas, enfermidades do paciente (ex: anormalidades ácido-base, oncolíticas e eletrolíticas) e comorbidades.

Os fluidos cristaloides como o Ringer Lactato (RL) e a Solução Fisiológica (NaCl a 0,9%) são os mais utilizados na rotina e possuem em sua base água solutos permeáveis aos capilares sanguíneos. O Ringer Lactato é o tipo de fluido mais indicado na maioria dos casos, por ter sua composição mais próxima à composição dos líquidos extracelulares. O NaCl 0,9% possui altos níveis de sódio e cloro em sua composição, podendo causar desequilíbrios eletrolíticos e ácido-base, somente tendo indicação para uso em fluidoterapia nos casos de hiponatremia, hipocloremia e trauma cranioencefálico.

Pacientes hospitalizados normalmente recebem fluidos pela via intravenosa. A via subcutânea não é indicada para reposição e sim para evitar perdas (ex: uso em animais com doença renal crônica). Todos os pacientes devem ser avaliados quanto a três tipos de distúrbios: alteração de volume (ex:

desidratação, perda de sangue), alteração no conteúdo (ex: hipercalemia) e alterações na distribuição (ex: derrame pleural) (Quadro 7).

Quadro 7: Alguns exemplos de distúrbios que alteram volume, conteúdo e distribuição de fluidos.

Distúrbios que causam alterações no volume de fluido	Distúrbios causadores de alterações no conteúdo do fluido	Distúrbios causadores de mudança na distribuição de fluidos
<ul style="list-style-type: none"> - Desidratação por qualquer causa - Doença cardíaca - Perda de sangue 	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Doença renal - Obstrução urinária 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualquer doença que cause edema pulmonar ou periférico - Qualquer doença que cause derrame pleural ou abdominal

Avaliação inicial do paciente inclui o nível de hidratação (*Ver Tabela 1, Capítulo 4*), perfusão tecidual e volume/perda de líquidos, em seguida desenvolve-se um plano de tratamento e escolha da via apropriada de administração de fluidos (em pacientes internados por cateter venoso periférico ou central) (*Ver Capítulo 5*), para administração de forma mais efetiva.

Na fluidoterapia do paciente enfermo, primeiro deve-se determinar a taxa e o volume iniciais, com base na necessidade de reidratação de corpo inteiro ou expansão do volume do espaço vascular, e em seguida o tipo de fluido com base nas necessidades de substituição e manutenção.

Fluidos para manutenção serão administrados a um paciente doente, iniciando com a taxa de manutenção (quantidade de fluido estimada para manter o equilíbrio hídrico normal). A fluidoterapia de manutenção é indicada para pacientes que não estão comendo ou bebendo adequadamente, mas não apresentam depleção de volume, hipotensão ou perdas contínuas (ex: vômitos, diarreias ou perdas por feridas de grandes extensões).

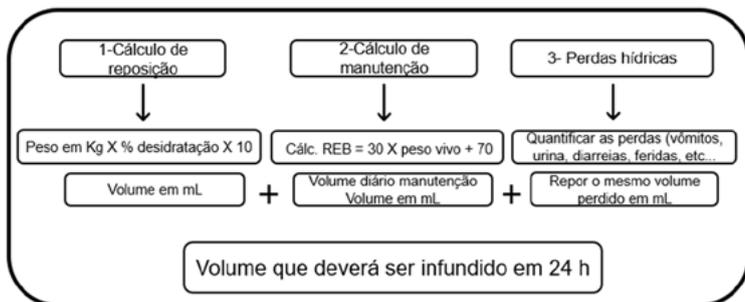
Os fluidos de reposição (ex: RL) destinam-se a substituir os fluidos corporais e eletrólitos perdidos. Cristaloides de reposição poliônicos isotônicos, como RL, podem ser usados

como fluidos de reposição ou de manutenção. O uso de soluções de reposição para fluidoterapia de manutenção de curto prazo normalmente não alteram o equilíbrio eletrolítico, entretanto desequilíbrios podem ocorrer em doentes renais ou pacientes que recebem administração prolongada de soluções de reposição para manutenção. Se estiver usando uma solução cristalóide de reposição para terapia de manutenção, o responsável deve monitorar os eletrólitos séricos periodicamente (ex: a cada 24 horas).

Existem vários protocolos para calcular o valor de manutenção e reposição de fluidos em pacientes internados, mas em qualquer um deles a avaliação do paciente deve ser realizada para que os cálculos sejam os mais adequados possíveis. Na rotina clínica, uma das formas mais utilizadas para reposição é calcular, sobre o valor estimado de desidratação *versus* peso corporal (em Kg), a manutenção (fórmula do requerimento energético basal de Kcal/dia) e as perdas que podem ser quantificadas por meio de balanço hídrico.

Já em pacientes em que a hidratação está mais difícil de ser corrigida ou há persistência de hipoperfusão é possível corrigir a desidratação, as perdas por vômitos e diarreias (volumes que foram perdidos devem ser quantificados no balanço hídrico) e mais a manutenção. Esses são métodos que demonstram eficiência e rapidez na rotina de internamento e podem ser alterados conforme a evolução clínica do paciente (Quadro 8).

Quadro 8: Cálculo para reposição e manutenção de fluidoterapia em pacientes de difícil controle de hidratação e/ou que apresentem persistência de hipoperfusão.



Exemplo de cálculo de fluidoterapia em paciente internado:

Canino com 7 kg, apresentando desidratação avaliada em 7%, com perdas quantificadas em balanço hídrico de 24 horas de 168 mL.

- 1) Cálculo de reposição: $7 \times 7\% \times 10 = 490$ mL.
- 2) Cálculo REB: $30 \times 7 + 70 = 280$ mL.
- 3) Reposição perdas: 168 mL.
- 4) Volume a ser infundido em 24 horas: 938 mL.

Para que seja administrado da forma mais precisa possível, o ideal é que, sempre que disponível, o paciente receba a fluidoterapia em bombas de infusão, para fluxo contínuo controlado em volume determinado, sem interrupções. Com o auxílio desses aparelhos é possível também quantificar o volume que foi infundido em 24 horas ou menos, auxiliando o serviço de enfermagem com o balanço hídrico dos internados.

Em casos de indisponibilidade de bombas de infusão, pode-se utilizar contador de gotas automatizado ou contar as gotas no equipo macro e microgotas, auxiliando na adequada quantificação de volume que será administrado. No equipo macrogotas em 20 gotas se administra 1 mL de fluido, en-

quanto no microgotas esse volume corresponde a 60 gotas. A partir disso, utiliza-se a regra de três para calcular o número de gotas necessárias para administrar o volume desejado.

Os equips bureta macrogotas ou microgotas são alternativas para controlar o volume de fluido administrado a pacientes, principalmente em neonatos e felinos.

A fluidoterapia é parte fundamental no tratamento de pacientes, principalmente nos casos graves, e o objetivo de repor volume para maximizar a perfusão e aumentar assim a sobrevida só poderá ser alcançado se forem conhecidos os potenciais de troca entre compartimentos de água, noções básicas de hemodinâmica e tipos de fluidos que poderão ser utilizados para cada patologia. Deve-se ter em mente que a fluidoterapia deve ser respeitada como medicamento e usada da forma mais adequada possível, sempre avaliando a sua necessidade, volume, reajustes e suspensão em casos de boa evolução clínica do paciente. E sempre o tratamento utilizando reposição de fluidos deve ser individualizado a cada paciente e suas comorbidades.



CAPÍTULO 9. ORGANIZAÇÃO, CONFORTO E HIGIENIZAÇÃO DOS LEITOS DE INTERNAÇÃO

Este capítulo trata de um importante marco na Medicina Veterinária, o conforto fornecido ao paciente internado. Antigamente, mas não muito tempo atrás, os animais internados ficavam em leitos frios, muitas vezes revestidos apenas com jornal, e com higienização inadequada. Prezar pelo bem-estar e conforto dos pacientes deve ser uma das principais metas de toda instituição de saúde. Com um atendimento completo e que satisfaz as expectativas dos clientes, o estabelecimento será respeitado e se tornará uma referência de qualidade na área médica.

A palavra *humanização* significa oferecer um tratamento mais humano, respeitar sempre a dignidade do cliente e lembrar que, antes de tudo, ele é uma pessoa e que a relação estabelecida vai muito além da geração de lucros. Hoje em dia essa humanização está presente na Medicina Veterinária, pois os tutores tratam seus animais como filhos e por isso existe a necessidade de um tratamento mais humanizado, principalmente quando estes estiverem sob a nossa responsabilidade dentro do serviço hospitalar. Um ambiente agradável, compatível com as necessidades e os desejos do paciente, é fundamental para garantir o conforto deste. Para isso, tanto os quesitos estéticos como funcionais devem ser priorizados. Ambientes claros, iluminados e limpos transmitem uma sensação de tranquilidade e contribuem para a organização e o bom andamento do trabalho.

Com a evolução da Medicina Veterinária e o surgimento de grandes centros clínicos hospitalares, aumentou a necessidade de investir em conforto ao paciente internado, pois em muitos casos a sua permanência será de muitos dias. Além disso, atualmente os tutores também são muito mais exigentes quanto ao ambiente hospitalar em que levam seus animais, caracterizando uma evolução/um aprimoramento do serviço de hotelaria dentro das internações, levando, assim, mais conforto, higiene e segurança aos cães e gatos internados.

O leito do paciente deve possuir o tamanho adequado ao porte de cada animal, contendo um espaço para descanso, com vasilhas de água e alimento, e um com preparo adequado para ele realizar funções fisiológicas de eliminação (urina e fezes).

A preparação do leito deve iniciar pela colocação de um material isolante térmico e antiderrapante entre o piso e o paciente – os materiais emborrachados funcionam bem para este fim. Após, pode ser forrado com cobertores e/ou tapetes higiênicos absorventes, dependendo da necessidade. Pacientes que ficarão deitados por longos períodos devem ter uma cama preparada com mais cuidado, com colchonetes e cobertores fofos para evitar escaras de decúbito. No caso dos gatos, a vasilha sanitária é obrigatória e, sempre que possível, deve-se também proporcionar uma área reservada (de fuga) no leito (Figura 17), em que o paciente possa se esconder quando sentir necessidade. O leito deve ser feito de materiais que permitam sua fácil higienização, com superfície lisa e livre de ranhuras e frestas, evitando, assim, o acúmulo de sujidades. A abertura da baia/gaiola/box tem que permitir uma boa visualização do paciente e facilitar a limpeza, e a presença de iluminação individual em cada recinto facilita o manejo do paciente.

Figura 17: Leito para felino preparado: caixa sanitária o mais longe possível da alimentação, *box* revestido com tapete higiênico, lâmpada para iluminação individual e caixa como esconderijo.



A identificação do leito deve conter o máximo de informações possíveis sobre o paciente, como nome, idade, peso, temperamento, nome do tutor, motivo da internação e escala de gravidade. Também deve conter observações importantes sobre a condição atual do paciente, doenças crônicas e cuidados de interesse da enfermagem. Para isso, podem ser utilizadas etiquetas/*tags* fixadas na porta do leito ou até mesmo adesivos com sinalização por cores (Figura 18) – ex: “cardiopata”, “paciente renal”, “manipulação cuidadosa” (no caso de fraturas ou lesões graves), “diabético”, “pode convulsionar”...

Figura 18: Exemplo de leito para canino forrado com cobertor e tapete higiênico, devidamente identificado quanto aos dados do paciente e com adesivos de sinalização quanto à gravidade dele.



Nas internações, os pacientes serão classificados por etiquetas adesivas ou placas de identificação com cores e símbolos/siglas conforme a gravidade, necessidade de monitoramento ou afecção presente conforme demonstra o Quadro 3. Existem cores utilizadas quanto à gravidade do paciente que são padrões, como vermelho, laranja, amarelo, verde, azul

e preto, e as demais cores/símbolos podem ser adaptadas a cada instituição, devendo a equipe receber treinamento para associação/reconhecimento das etiquetas (Quadro 9).

Quadro 9: Exemplos de etiquetas adesivas ou placas de identificação com cores e símbolos/siglas conforme a gravidade.

Cor de etiqueta	Alerta/risco	Local de alojamento
Vermelho/Preto	Crítico – monitoramento constante	UTI
Laranja/Amarelo	Semicrítico – exame clínico completo a cada 4-6 horas	Semi-intensiva
Verde	Estável – exame clínico completo a cada 12 horas. Paciente de alta médica	Internação comum
Branco com NPO	Alerta de nada por via oral	Todos
Marrom com ONR	Alerta de ordem de não reanimar	Todos
Amarelo com ponto de exclamação	Qualquer alerta que seja importante referente ao paciente. Ex: Medicamento de uso contínuo, algum pertence, manejo especial.	Todos

O ambiente da internação deve ser climatizado, prestando sempre pela temperatura de conforto térmico dos pacientes. A iluminação e o respeito aos ciclos de luz/noite também devem ser respeitados, sendo muito importante manter períodos de luz baixa ou apagada à noite, assim os pacientes podem dormir, permitindo uma melhor recuperação.

A higienização do internamento e dos leitos deve ser realizada diariamente ou ao longo do dia, quantas vezes forem necessárias, sendo consideradas áreas críticas de assistência

direta ao paciente, exigindo rigorosa desinfecção. Deve-se sempre retirar o paciente para higienizar corretamente todas as superfícies do leito (piso, paredes, teto e aberturas), prezando por desinfetantes com menor resíduo de odores/perfumes, para não sensibilizar o animal.

9.1 AGENTES QUÍMICOS EMPREGADOS NA HIGIENIZAÇÃO

Para desinfecção de bancadas, móveis e equipamentos com superfícies metálicas é adequada a fricção com álcool etílico a 70% com tempo de exposição de 10 minutos. A operação deve ser repetida até completar o tempo de ação. Friccionar, deixar secar e repetir três vezes a aplicação, até completar o tempo de ação de 10 minutos. Para as superfícies de contato clínico que não possam ser descontaminadas facilmente, indica-se o revestimento com materiais descartáveis.

9.1.1 DETERGENTE AMONÍACAL (AMÔNIA QUATERNÁRIA)

Produto destinado à limpeza pesada de superfícies fixas (pisos e paredes) de fácil diluição e não corrosivo. Estes produtos são bactericidas fortes, mas também tem ação sobre fungos, amebas e vírus. Em geral tem baixa ação contra microbactérias, vírus não envelopados e esporos. Como desvantagem podem ser inativados em presença de matéria orgânica, por sabões e tensoativos aniônicos, por isso antes do seu uso deve ser realizada efetiva remoção da matéria orgânica e enxágue adequado para não ocorrer sua inativação.

9.1.2 ÁLCOOIS

Agem desnaturando proteínas e solubilizando lipídeos de membrana, determinando uma desinfecção de nível intermediário ou baixo. São utilizados como desinfetantes de superfícies e de alguns materiais, tem ação bactericida, virucida, fungicida e tuberculicida, porém não agem contra esporos.

O álcool etílico 70% é o antisséptico mais empregado com amplo espectro de ação, sendo de fácil aplicação.

Deve-se sempre ter disponível a forma líquida para higienização de bancadas, e em gel para higienização das mãos entre a manipulação de diferentes pacientes.

9.1.3 CLORO E COMPOSTOS CLORADOS

Possui ação oxidante inativando os grupos -SH e -NH₂ dos aminoácidos (proteínas) e os grupos NH₂ de ácidos nucleicos. O hipoclorito de sódio (princípio ativo da água sanitária) é a forma mais efetiva de cloro, a qual possibilita rápida difusão por meio da membrana celular, atuando sobre bactérias (microbactericida e bactericida), vírus, fungos e esporos, sendo um germicida de alto nível, indicado principalmente para a limpeza de sanitários. Segundo Martins, Maia e Dantas (2016), o hipoclorito de sódio 1% é indicado para desinfecção de alto, médio e baixo nível, conforme concentração e tempo de contato com as superfícies, podendo também ser utilizado para descontaminação (remoção da matéria orgânica com auxílio de uma solução desinfetante).

É preciso realizar de maneira rotineira a monitorização da higienização hospitalar, principalmente em ambientes críticos como o internamento, assim como monitorar a eficácia da higienização pela contagem de unidades formadoras de colônias (UFC), inspeção visual e utilização de marcador fluorescente. A bioluminescência usa luz para mensurar a matéria orgânica, então poderá ser empregada como um indicador de higiene. Ressalta-se, ainda, que na manipulação entre cada paciente o enfermeiro ou médico veterinário deverá higienizar corretamente as mãos, lavando-as com água e sabão neutro e finalizando com álcool 70%, e sempre que for ter contato com material biológico também usar luvas. Esse é um método simples e fácil que evita zoonoses e infecções intra-hospitalares.

9.2 DISPOSITIVOS DE IRRADIAÇÃO GERMICIDA ULTRAVIOLETA

Os dispositivos de irradiação ultravioleta para esterilização de ambientes hospitalares funcionam emitindo luz UV. O mecanismo de inativação dos patógenos se deve à capacidade de destruir o material genético presente no núcleo das células. O dano genético acontece por meio da formação de dímeros entre as moléculas de nucleotídeos de pirimidina nas fitas de DNA/RNA.

Embora a radiação UV consiga inativar todos os microrganismos e vírus, sua eficácia varia conforme o patógeno, pois requer diferentes doses de irradiação. Vale ressaltar que a luz UV, para ter melhor efeito de penetração, precisa ser aplicada em ambientes previamente limpos, pois seu efeito pode ser reduzido na presença de matéria orgânica.

Para atingir uma desinfecção eficaz e segura, os principais aspectos que devem ser considerados é o comprimento de onda, a dose de UV e o fator de inativação de patógenos.

A preocupação relacionada à segurança das pessoas envolvidas com sua aplicação é que os raios UV podem desencadear doenças de pele em humanos e nos animais, como “queimaduras solares”, câncer de pele, fotoceratite e até danos na retina.

Os sistemas de desinfecção UV são fáceis de usar e têm tempos de ciclo curtos que variam de acordo com a marca de cada fabricante, não precisando de vedação dos ambientes. Uma das suas principais limitações é que para espaços grandes deverá ter seu uso ajustado, pois a intensidade da luz se dissipa conforme o objeto se distancia da fonte de luz.

Essa forma de desinfecção teve seu uso amplamente disseminado após a pandemia de Coronavírus, pois se tornou uma forma eficiente e rápida de desinfecção em ambientes hospitalares. Por conta da sua facilidade de uso e eficiência

também deve ser considerada uma das formas de desinfecção em ambientes veterinários.



CAPÍTULO 10. MANEJO DO GATO HOSPITALIZADO E REDUÇÃO DO ESTRESSE

A espécie felina possui particularidades quando comparada aos cães. Atualmente existem padrões e guias para um melhor manejo dos gatos durante a hospitalização, sendo referenciais extremamente importantes, pois a maioria dos gatos nesses ambientes requer muitos dias de internação. Além disso, o histórico médico desses gatos é essencial, pois, dependendo do manejo em internações passadas, esse paciente poderá ter comportamentos e emoções positivas ou negativas. O bem-estar do gato deverá ser prioridade dentro do ambiente hospitalar, pois com isso é possível reduzir os gatilhos e as emoções protetoras, diminuindo os níveis de excitação emocional. Isso garantirá que o gato consiga lidar com o ambiente, melhorando e acelerando seu processo de recuperação.

Todos os manejos dos gatos internados deverão seguir padrões de horários, evitando ao máximo manipulações excessivas e combinando as administrações de medicações e parametrização. As administrações de medicações por via oral poderão ser realizadas juntas dentro de uma cápsula de gelatina, desde que não haja interação medicamentosa entre os fármacos. O período noturno de sono do gato deverá ser respeitado para permitir descanso adequado e manutenção dos ritmos circadianos, os quais são considerados vitais para a recuperação. Nesses horários a enfermaria deverá reduzir o

número de manipulações. Além disso, é importante minimizar o número de pessoas envolvidas no manejo dos animais.

A internação ideal para os felinos é um local exclusivo para a espécie, o uso de feromônios pode aumentar a sensação de bem-estar, longe de ruídos, em uma área silenciosa, com um local para realização de procedimentos e administração de medicações. Os animais não devem estar alojados em gaiolas que fiquem de frente para outros gatos, assim como não devem ser realizados procedimentos de eutanásia, cuidados de enfermagem, coletas ou qualquer manipulação com outros pacientes observando, pois isso gera e aumenta o estresse.

O manuseio dos gatos deverá ser da forma mais amistosa possível, e no exame clínico o local doloroso deverá ser avaliado como última etapa. As punções e coletas de amostras biológicas deverão ser realizadas com cobertores ou toalhas, com a menor contenção possível do gato. A técnica da toalha, enrolando o gato ou cobrindo a cabeça, pode proporcionar conforto e reduzir o estresse, também sendo um método seguro para a venoclise ou a venopunção.

Todos os gatos internados deverão ser avaliados com escalas de analgesia para a espécie, principalmente em quadros de dor aguda ou crônica, pois a maioria desses pacientes está acima de 10 anos de idade, e conseqüentemente possui algum grau de doença articular degenerativa. As escalas disponíveis de gatos para dor aguda são: Escala de Caretas Felinas (*Feline Grimace Scale*), Escala de Glasgow Felina, Escala Multidimensional da Avaliação da Dor UNESP – Botucatu. Já a escala para dor crônica é o Índice de Dor Musculoesquelética Felina (painfreecats.org).

A nutrição de gatos internados deverá ser realizada por meio do histórico de alimentos e petiscos da rotina do seu consumo, sendo que o estresse pode ser um fator para a redução da alimentação no ambiente de internação. Os gatos precisam de uma avaliação nutricional de forma rotineira

com registro da alimentação voluntária em conjunto com a NEB, em que o manejo da dor e o controle de náuseas irão encorajar o paciente a se alimentar espontaneamente, porém alguns precisarão de sondas ou estimulantes de apetite. A intervenção de alimentação assistida deverá ser realizada em gatos que não estão consumindo o NEB há três dias ou mais, sendo que a alimentação com seringa não é indicada pela possibilidade de aspiração, aversão alimentar e estresse no procedimento.

A parametrização dos gatos deverá ser realizada de preferência por apenas um enfermeiro, com a menor contenção possível. A temperatura poderá ser aferida duas vezes ao dia, caso esteja estável, em região auricular (preferencialmente) ou retal, e a ausculta cardiorrespiratória deverá ser avaliada sempre em primeiro lugar durante o exame clínico. Para a aferição de pressão arterial (PA), a tricotomia do local pode ser evitada utilizando um algodão com álcool 70º para umedecer a região ou aplicação de gel condutor, sendo recomendado, no método de aferição com o Doppler vascular, o acoplamento de fones de ouvido, tudo com o objetivo de redução de ruídos que gerem estresse ao animal. O momento dessa aferição deve ser levado em consideração, não devendo ser realizada logo após manipulação ou cateterização, pois os níveis de estresse repercutem no resultado, podendo demonstrar uma pressão arterial superestimada. Também não se deve estender o membro do gato para essa avaliação, pois alguns podem apresentar dor articular, repercutindo no bem-estar animal e na oscilação da PA.

Os gatos que apresentarem comportamento protetor podem ser um desafio na internação, pois apresentam emoções de medo, ansiedade, dor e frustração, estados emocionais que levam a excitação e busca por controle da situação. Esses comportamentos podem ser causados por experiências de vida ou atendimentos veterinários anteriores. As emoções

protetoras podem levar a comportamento de repulsa, como sibilar, arranhar, esfregar ou morder. Contudo, esses comportamentos podem ser apresentados por gatos com dor, tornando a avaliação desse parâmetro essencial na internação. A sedação de gatos protetores para procedimentos pode ser necessária, reduzindo o estresse e aumentando a segurança da equipe. Nessas situações deverá ser avaliada a combinação de fármacos mais seguros, sedativos e analgésicos, minimizando os efeitos adversos e o volume de injeção.

O manejo da espécie felina se difere muito do manejo dos caninos, então de forma alguma o seu manejo deverá ser como se fossem “cães pequenos”. Por isso o manejo diferenciado, assim como o local adequado, será primordial para que seja possível tornar a experiência de internação o menos traumática possível e reestabelecer a saúde dos pacientes felinos.



CAPÍTULO 11. TROCA DE PLANTÃO/TURNO E USO DE SBAR PARA COMUNICAÇÃO INTERNA

A comunicação efetiva e o trabalho realizado por uma equipe multiprofissional são considerados fatores determinantes na qualidade e na segurança dos cuidados com os pacientes. As falhas de comunicação entre os profissionais são consideradas fatores que servem como estopim para a ocorrência de eventos adversos e, por consequência, a redução na qualidade do cuidado. Sabe-se que os profissionais possuem dificuldade de manter um nível de comunicação que favoreça o trabalho em equipe e a continuidade do cuidado.

A passagem de plantão é um momento importante dentro da rotina de internamento, feita pelos profissionais ao final da jornada de trabalho para aqueles que iniciam um novo turno e caracterizada pelo relato das ocorrências e da assistência prestada aos pacientes hospitalizados. Para que seja possível garantir uma passagem de plantão efetiva, é importante que sejam implementados protocolos padronizados, permitindo a redução de eventos adversos relacionados à falta de comunicação.

Em 2009 foram instituídas seis metas internacionais de segurança na Medicina Humana – identificação correta do paciente, comunicação clara e efetiva, segurança da administração de medicamentos, maior segurança em cirurgias e diminuição dos riscos de infecção e de queda do paciente – que facilmente podem ser utilizadas na rotina de internação na Medicina Veterinária. Então, saber reconhecer a comuni-

cação como elemento essencial do serviço de enfermagem é crucial para o desenvolvimento de um serviço de qualidade e segurança, atendendo às necessidades do paciente e auxiliando a equipe na organização de suas demandas.

Na literatura existe um consenso de que há vários métodos que podem ser utilizados na passagem de plantão; ainda que a comunicação verbal realizada face a face seja a mais comum, estudos comprovam a ineficiência dessa técnica quando utilizada de forma exclusiva. Dessa forma, pensando em redesenhar o cenário atual de comunicação, e com objetivo de prover um sistema isento de erros, atrasos, desperdício e custo sustentável, o *Institute for Healthcare Improvement*, em 2007, desenvolveu uma técnica de comunicação denominada SBAR. Essa metodologia compreende um processo sistematizado de informações que são repassadas de forma clara e objetiva ao receptor, sendo composta por quatro critérios – Situação (S), Breve histórico (B), Avaliação (A) e Recomendação (R) –, possibilitando a continuidade de informações relevantes entre os plantões, como demonstra a Figura 19, com um exemplo na Medicina Veterinária.

Figura 19: Modelo de SBAR utilizado na Medicina Veterinária para passagem de informações de pacientes internados realizado em prontuário eletrônico da internação.

Relatório médico-Manhã		
Paciente: _____	espécie: _____	Tutor: _____
Registrado por: _____, em data ____/____/____ às horário ____:____		
SBAR		
S: GASTROENTERITE HEMORRÁGICA/ PACIENTE ESTÁVEL/ PREOCUPAÇÃO MODERADA		
B: Paciente comeu churrasco no final de semana, e desde ontem (colocar data) esta apresentando vômitos e diarreia com sangue, também não se alimentou nas ultimas 24 horas, esta urinando normalmente.		
Paciente já é DRC e faz acompanhamento com nefrologista, porém faz bastante tempo que não faz consulta de acompanhamento com o especialista.		
Utiliza medicamentos manipulados para cardiopatia (pimobendam e furosemida) que estão identificados.		
A: Durante o turno paciente oscilou em momentos de agitação e outros mais tranquilos, urinou no passeio, não defecou, não comeu espontaneamente, foi alimentado via sonda nasogástrica, fornecido alimento comercial hipercalórico, parâmetros clínicos dentro da normalidade, exceto PAS 160 mmHg (agitado no momento).		
R: Próximo turno coletar hemogasometrias venosa, hemograma, creatinina e ureia.		

Para implementação dessa ferramenta, deve ser realizado treinamento com toda a equipe do setor de internamento, bem como a inter-relação com a segurança do paciente. O uso do SBAR, em cada troca de equipe, resulta na continuidade ao tratamento/da monitorização de cada paciente, sem perder informações importantes do trabalho da equipe anterior, otimizando o atendimento.

A construção de um instrumento de passagem de plantão é colocada por inúmeros estudos como essencial na rotina de trabalho de uma instituição, considerando que roteiros estruturados, como o SBAR, são capazes de melhorar a percepção dos membros da equipe e geram a colaboração necessária para a execução desse processo. Além disso, a elaboração de itens que compõem o instrumento deve estar de acordo com a realidade do local para a adesão de todos os profissionais.

Atualmente, sabe-se que a passagem de plantão é uma atividade intrínseca à rotina de trabalho do médico veterinários e da equipe de enfermagem, podendo sofrer interferências externas de diversos fatores, como interesse da equipe, chamadas telefônicas, entrada e saída de funcionários, impontualidade para iniciar as atividades do plantão e interrupção de outros profissionais, que podem minimizar o êxito da passagem de plantão e, por isso, devem ser reduzidos ao máximo, para que esse momento de troca de informações seja o mais eficiente possível. Lembrando que cada SBAR deve estar devidamente identificado quanto a data, horário e profissional responsável e registrado no prontuário de internação do paciente para consultas futuras de informações.

Além do uso de SBAR, também é possível utilizar *checklist* para organizar o que deve ser realizado no paciente naquele turno (ex: coleta de sangue para exame de hemograma, coleta de urina para exame comum de urina para laboratório “X”, ultrassonografia de controle pós-operatório,

alimentação pastosa às 00:00 horas, horário de alta, receitas, entre outros), e quando o procedimento for feito pode-se fazer uma marcação como concluído (*check*) no item, facilitando a rotina e evitando esquecimentos e repetições errôneas de procedimento.

É necessário a reserva de no mínimo 30 minutos para a troca de plantão em cada turno, e nesse momento deve-se minimizar as interferências que podem ocorrer, deixando todos os outros setores avisados que nesse momento haverá indisponibilidade dos profissionais, para que não haja desvio do foco desse trâmite. Com todos esses processos e uso de SBAR, pode-se ter muito mais eficácia e segurança na troca de informações sobre os pacientes que estão internados, melhorando, assim, o fluxo e o trabalho da equipe médica-veterinária e de enfermagem hospitalar.



CAPÍTULO 12. COMUNICAÇÃO COM TUTORES, COLEGAS QUE ENCAMINHAM AO SEU SERVIÇO DE INTERNAÇÃO E HORÁRIOS DE VISITAS

12.1 COMUNICAÇÃO COM OS TUTORES

Como já falado anteriormente, a comunicação é um ponto crítico dentro de um serviço de internamento e deve ser constantemente trabalhada para que seja melhorada, tornando a rotina hospitalar fluida dentro dos setores. A grande maioria dos tutores que trazem seus animais para atendimento e possível internação está sob estresse e, conseqüentemente, uma grande expectativa de que tudo será resolvido pelo médico veterinário, mesmo em casos mais complexos e/ou em que já não exista possibilidade de cura.

Essa expectativa já deve ser trabalhada desde o início de internação, sempre deixando-se claro ao tutor o quadro do paciente, o prognóstico e o tempo médio para evolução, para que ocorra alinhamento entre informações e condutas médicas, gerando menos expectativas ao cliente. Pois, toda vez que forem geradas muitas expectativas, com garantias que por muitas vezes não há controle, se o resultado for negativo ou não esperado, o tutor ficará insatisfeito, gerando conflitos e estresse entre equipe e clientes. Lembrando sempre que a Medicina Veterinária é uma profissão de meio e não de finalidade, então não é possível garantir nada em relação ao resultado.

12.2 HORÁRIO DE VISITA

Todos os centros que dispõem de internação precisam ter, no mínimo, um horário que seja disponibilizado às famílias para visitação de seus animais, deixando claro o período estabelecido em cláusula de contrato, se possível. Nesse momento, médicos veterinários responsáveis pelo paciente ou setor deverão passar atualizações quanto a evolução do paciente, exames e prognóstico bem como solicitação de novas diárias (se houver necessidade de mais exames ou continuidade do tratamento hospitalar). Esse será um momento em que os profissionais devem despende um tempo para sanar dúvidas de seus clientes, sempre de forma clara, para entendimento da evolução do caso, além de resolver conflitos que possam ocorrer entre a família e o serviço hospitalar.

Ouvir seu cliente e se fazer ser ouvido é uma forma de resolver conflitos, sempre de forma mais educada possível. Ainda, se possível, esses locais deverão ter mais de um horário de visitas disponível, ou um momento em que visitas “fora de hora” possam ser encaixadas, sem atrapalhar a rotina, pois alguns tutores acabam não conseguindo se liberar de suas rotinas em determinados horários. Esses horários devem ser ajustados para momentos em que não haja muitas administrações de medicamentos e manejos de enfermagem nos internados, evitando-se que os encaixes de visitas atrapalhem a rotina terapêutica.

Com a informatização, nos centros de internação, a comunicação fica mais rápida, sendo possível o envio de boletins médicos para tutores e equipe técnica, em cada troca de turno, ao menos duas vezes ao dia (manhã e início da noite). Essa comunicação poderá ser realizada por e-mail ou aplicativos de mensagens instantâneas. Os boletins devem conter informações de como o paciente passou o turno, evolução clínica e informações básicas, como se comeu (espontaneamente, alimentação facilitada ou por sonda), urinou ou defecou e se está

confortável e com dor controlada. Nesses boletins que serão enviados aos tutores também poderá ser solicitado algo como algum tipo de alimento que o paciente gostaria de comer, novo exame complementar e/ou novas diárias. Em novas solicitações, sempre deverá ser enviado o orçamento para que o tutor autorize, podendo também a autorização assinada ser entregue via e-mail ou como documento físico assim que o cliente for até o hospital, para posterior cobrança. Se possível, os orçamentos devem ter duas vias assinadas, uma que fica no hospital ou clínica e outra com o cliente, para que ele tenha controle do que está sendo feito e cobrado.

Toda vez que o médico veterinário achar necessário, principalmente em casos mais críticos, deverá solicitar a presença dos tutores no hospital, para que possam ver seus animais e alinhar as expectativas sobre a evolução do caso. Normalmente, com uma comunicação clara e respeitosa de ambas as partes, mantém-se uma expectativa realista sobre cada caso e assim tenta-se diminuir problemas com os clientes. E, caso eles aconteçam, sempre é bom chamar o cliente para uma conversa, ou até mesmo fazer um ligação telefônica (em casos de impossibilidade de deslocamento até o serviço veterinário) para resolução de possíveis conflitos.

12.3 ORGANIZAÇÃO DURANTE O HORÁRIO DE VISITAS

O setor deverá estar totalmente limpo e organizado para receber os tutores. Caso houver alguma sala especial para visitação, ela deverá estar sempre pronta, sendo higienizada a cada troca de paciente/visitante.

Lembre-se de que o momento de visitas será feliz para o seu paciente, então, se possível, no caso de pacientes da espécie canina, pode ser realizado passeio com seus tutores em algum local específico. Para animais que estão muito ansiosos ou com problemas respiratórios, cuja presença de seus tutores

pode gerar mais ansiedade e agravar o quadro clínico, o momento das visitas deve ser ponderado visando à estabilidade do paciente.

12.4 COMUNICAÇÃO COM O MÉDICO VETERINÁRIO QUE ENCAMINHA O PACIENTE

Outro ponto crítico a ser trabalhado é a maneira de interagir com os colegas que encaminham um paciente até o serviço de internação. Na grande maioria dos casos o colega gostaria de estar a par e até participar das condutas que o paciente receberá a partir do momento em que estará internado. Um primeiro passo para que isso ocorra sem problemas é manter o colega informado por meio dos boletins diários, semelhantes ao que será enviado aos tutores, para que assim ele fique a par do que está acontecendo com seu paciente. Para que haja um bom relacionamento com os colegas que encaminham os pacientes, deve-se alinhar as expectativas com eles, para evitar conflitos dentro da profissão, e deixar claro que na internação o paciente estará sob a responsabilidade daquele serviço médico, sendo as decisões tomadas de acordo com o que a equipe julgar necessário e adequado, e muitas vezes o médico veterinário que encaminhou o animal pode não ser consultado, para evitar atrasos no transcorrer do tratamento, sendo o profissional avisado assim que possível.

Além disso, sempre, antes de qualquer comunicação com o médico veterinário que encaminhou o paciente, o tutor precisa autorizar a transmissão de informações, pois muitas vezes o tutor não quer que esse contato seja realizado por algum tipo de insatisfação que tenha ocorrido. Caso ocorra negativa do cliente, assim que o colega entrar em contato será avisado que o cliente não autorizou a transmissão de informações sobre o paciente, sempre da forma mais clara e gentil possível, mas respeitando a decisão tomada. Tanto a

autorização quanto a negação de transmissão de informações deverão ser previamente assinadas pelo tutor, e isso pode estar dentro do termo de internação do paciente com uma cláusula.



CAPÍTULO 13. ALTA MÉDICA

A alta é o momento mais esperado pelo tutor e, portanto, cheio de expectativas, sendo um ponto crítico da internação em relação ao relacionamento com o cliente. Sempre que possível, as altas devem ser agendadas com o médico veterinário responsável e programadas para horários em que a equipe esteja mais disponível para atender o tutor, tirar dúvidas e preparar o paciente.

Nesse momento, todos os pertences do paciente devem ser separados e organizados (guias, brinquedos, caminhas, cobertores, entre outros), bem como suas medicações de uso contínuo que possam estar de posse da internação. Medicações que necessitem de conservação na geladeira devem ser entregues devidamente acondicionadas em caixa térmica com gelo. O paciente deve ser parametrizado e avaliado, devidamente higienizado, escovado e seco, sempre checando-se boca, ouvidos e períneo à procura de sujidades. O acesso venoso deve ser removido e o curativo realizado, sendo orientada a retirada no domicílio. Para os felinos, só devem sair do ambiente da internação em sua caixa de transporte. Um *checklist* de alta médica pode ser implementado para que todos os processos sejam cumpridos de forma padronizada e nenhum pertence fique esquecido (Figura 20).

Figura 20: Modelo de *checklist* de alta médica.

<u>CHECK LIST ALTA</u>	
Paciente:	_____ Tutor:_____
Receita de alta pronta no sistema ()	
Receita Impressa ()	
Pertences/ medicamentos do paciente separados ()	
Paciente sem sondas e acessos venosos ()	
Curativos limpos ()	
Paciente com colar elisabetano e/ou roupa cirúrgica ()	
Paciente limpo/ higienizado ()	
Horário de alta agendado ()	____:____

Por fim, deve-se evitar explicar as receitas, esclarecer dúvidas e fazer recomendações na presença do paciente, pois o tutor tende a não se concentrar na conversa e direcionar a atenção apenas para o seu animal.



CAPÍTULO 14. ÓBITO

Quando um paciente vai a óbito, não é somente a família dos animais que perde, os médicos veterinários também. Eles estudam para salvar vidas, e o fim delas também sempre deixa os profissionais abalados, por mais que, devido à rotina intensa, às vezes acabem não demonstrando seu sofrimento. O momento de comunicação do óbito sempre será difícil, não é fácil avisar uma família que seu animal morreu, mas deverá ser feito assim que cessarem as manobras de ressuscitação, ou seja, assim que for constatado o óbito.

Quando o paciente já é paliativo, normalmente a morte do paciente vem como o fim do seu sofrimento e, em alguns casos, chega a ser até acalentadora, pois os tutores entendem e aceitam melhor a partida do animal. Já a grande maioria dos casos de pacientes que morrem nos serviços hospitalares ocorre de forma inesperada, sendo de muita dor, e às vezes de culpa também, porque os tutores acham que demoraram para trazer o animal para atendimento ou que ocorreu pelo trauma resultante de acidentes domésticos.

Alguns serviços veterinários chamam os tutores presencialmente para fazer esse comunicado, porém, dependendo dos horários e/ou da distância, os responsáveis podem não conseguir vir, chegando muito tempo depois, e isso pode gerar ansiedade ao cliente ou atrapalhar o processo de conservação do corpo, principalmente em casos em que for indicada necropsia. Mediante isso, uma alternativa é avisar os tutores sempre que ocorrer piora do quadro clínico e, se possível, chamar a família até o hospital para ver o paciente antes do óbito, e, quando ocorrer, avisar assim que possível. Geralmente

os tutores já avisados do óbito vão ao hospital para se despedir do animal, decidir o destino do corpo, ter uma conversa com o médico veterinário responsável e fazer os acertos financeiros.

Para a despedida, sempre que possível, é recomendado deixar o corpo do animal em um local mais reservado à família. Se possível, manter os olhos e boca do paciente fechados e corpo limpo (retirando secreções, diarreia, urina e líquidos provenientes das vias respiratórias) e retirar todos os acessos, sondas e tubos, pois essa será a última imagem que o tutor levará do seu animal, e existe o dever de fazer que seja o menos desagradável possível.

O profissional responsável deve passar todas as informações aos tutores sobre os procedimentos que eles tiverem dúvidas, para assim definir o destino do corpo, com certeza e tranquilidade. Em todo o país existem serviços especializados de cremação, com diversas opções, como cremação simples (cremação em conjunto com outros animais, sem retorno das cinzas) e individual com reserva de cinzas, e existem locais onde é possível realizar um funeral com posterior cremação. Também uma possibilidade bastante rotineira é os tutores levarem o corpo para sepultar em algum local especial para a família. Sempre que o tutor optar por levar o corpo, este deverá ser devidamente acondicionado para o transporte, sendo realizadas as orientações adicionais quando o animal morrer de alguma doença infectocontagiosa ou zoonose, casos em que é preciso ressaltar e insistir na importância da cremação, para evitar possíveis contaminações.

Se for optado pela realização da necropsia, o corpo deverá ser refrigerado o mais rápido possível, para reduzir a autólise, e enviado ao laboratório. O ideal é que seja somente refrigerado, já que o congelamento pode alterar alguns tecidos, atrapalhando a avaliação e muitas vezes impedindo o diagnóstico definitivo da causa do óbito.

Após a decisão, independentemente de qual for, o tutor deverá assinar um termo em que é selecionado o destino do corpo e declarado que foram esclarecidas as dúvidas e ele está de acordo com a opção de destino (Figura 21).

Figura 21: Modelo de termo de destinação do corpo do paciente em razão do óbito.

Termo de Destino do Corpo do Paciente	
Animal: 6203 -	Peso: 7,985 kg em 04/11/2022
Espécie: Felina	Sexo: Macho
Raça: SRD	Idade: 3 anos, 6 meses, 11 dias
Pelagem: Preta	Chip: -
Responsável: 718 -	CPF: _____
Endereço: _____	
<p>Em razão do óbito do paciente acima identificado, AUTORIZO a condução do corpinho deste para:</p> <p><input type="checkbox"/> Cremação Coletiva, no valor de R\$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cremação Individual com Reserva de Cinzas no valor de R\$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Necropsia a ser encaminhada para Laboratório Externo no valor de R\$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Retirada do por mim.</p> <p>DECLARO estar ciente que na escolha da CREMAÇÃO não será possível encaminhar o paciente para realização de procedimentos investigativos (NECROPSIA).</p> <p style="text-align: center;">Porto Alegre, 10/11/2022</p> <p style="text-align: center;">_____ #Assinatura do responsável CPF:xxxxxxxxxxxx</p>	

É importante lembrar que esse é um momento difícil tanto para a família quanto para a equipe, sendo preciso tentar amenizar um pouco a dor dos tutores, mas inevitavelmente eles passarão pelo seu momento de luto, e cada pessoa passa por isso de maneira diferente. Então, quanto mais for possível amenizar o peso desse momento, melhor será a finalização do ciclo desse paciente e de sua família dentro do serviço hospitalar.



CAPÍTULO 15. SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO

O prontuário é um documento que reúne todo o histórico de um paciente dentro de um serviço de saúde e deve incluir tudo o que foi realizado, como os procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, os exames, o histórico de toda a internação e todos os documentos pertinentes ao seu atendimento. Na Medicina Veterinária ainda ocorrem falhas no preenchimento, na elaboração de prontuários e na entrega desse documento.

O uso do prontuário e a sua relação com o Código de Defesa do Consumidor torna evidente o quanto ele pode auxiliar o médico veterinário em sua rotina, inclusive no caso de defesa judicial.

O prontuário médico do paciente deve conter toda a evolução do atendimento clínico, desde as primeiras queixas que direcionaram a procura pelo atendimento até os exames complementares, os procedimentos ambulatoriais, cirúrgicos e anestésicos solicitados/realizados e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido pelo tutor. Tudo o que for relacionado ao paciente deve ser registrado no prontuário, o que constituirá uma garantia para o médico veterinário em termos de finalidades legais na justiça.

Muitos clientes entram em contato com os profissionais por meio de aplicativos de mensagens instantâneas e ligações telefônicas, com dúvidas sobre a saúde do seu animal. Esses dados também devem ser transcritos no prontuário do paciente. Casos em que em algum momento o tutor foi mais ríspido,

faltou com a educação ou pareceu não entender a evolução do quadro também devem ser registrados no prontuário. No entanto, nunca se deve colocar termos pejorativos para referenciar-se aos tutores, optando-se por ter bastante cautela em transcrever o que ocorreu para o prontuário, para que seja claro, com informações verídicas e confiáveis.

O médico veterinário não tem na sua base de formação conhecimento suficiente para entender a real importância de um preenchimento adequado do prontuário médico. Muitas vezes essa compreensão ocorre na prática da profissão, como, por exemplo, em processos judiciais, e aí pode ser tarde demais, por já haver informações perdidas.

O prontuário pode ser realizado de duas formas: manuscrito ou de forma digital/prontuário eletrônico.

- **Prontuário manuscrito:** ainda bastante utilizado, nele todos os dados do paciente serão escritos à mão com caligrafia legível. Deve ser escrito à caneta, não sendo permitido o uso de corretor nem qualquer sinal de rasura. O seu uso é restrito a informações sobre o paciente. Deve conter número dos registros e assinaturas dos profissionais que o preencheram.
- **Prontuário eletrônico:** maior agilidade ao acesso dos dados clínicos sobre o paciente, propiciando economia de espaço e facilidade para a realização de impressões e a atualização de informações. Também possibilita a integração de outros recursos, como digitalização de documentos, resultado de exames e material iconográfico, com finalidade de documentar lesões ou outros achados clínicos.

A responsabilidade da elaboração do prontuário é do médico veterinário, conforme versa o artigo 8º do Código de Ética de Medicina Veterinária, Resolução CFMV nº 1.138/2016, em que é vedado ao médico veterinário: “Deixar

de elaborar prontuário e relatório médico-veterinário para casos individuais e de rebanho, respectivamente”.

O Código de Ética Médica Veterinária, Resolução CFMV nº 1071/2015, informa que o prontuário do paciente pertence ao cliente e que, caso ele o solicite, o médico veterinário deverá imediatamente fornecer uma cópia ou um relatório fiel que contenha todos os dados do prontuário.

No artigo 1º consta que “as informações contidas no histórico do prontuário devem expressar todos os procedimentos realizados no paciente”.

Conforme artigo 6º, a solicitação expressa de cópia de prontuário clínico, realizada pelo responsável do animal ou por representante legal, deve ser atendida de imediato e devidamente registrada no serviço veterinário.

Conforme artigo 8º, item 9, o médico veterinário não deve deixar de fornecer ao cliente, quando solicitado, laudo médico-veterinário, relatório, prontuário, atestado, certificado e resultados de exames complementares nem deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão.

O prontuário médico-veterinário é um documento sigiloso que contém informações dos pacientes e dados cadastrais dos clientes, devendo ser utilizado somente para o exercício da profissão, preservando-se o sigilo profissional. Sendo assim, baseado no artigo 11 do Código de Ética, item 4, o médico veterinário não deverá facilitar manuseio e conhecimento de prontuários, relatórios e demais documentos sujeitos ao segredo profissional.

O prontuário deve ser arquivado pelo estabelecimento de saúde por um período mínimo de cinco anos, contados a partir do último atendimento realizado no animal, mesmo em caso de óbito. Em casos de morte, o atestado de óbito deve ser entregue ao tutor do paciente, devendo uma via ser anexada ao prontuário.

Em casos de atendimento emergencial que configure risco iminente de morte, os procedimentos podem ser realizados independentemente do prévio consentimento do cliente. Ratifica-se, ainda, que para a retirada de um paciente de serviços veterinários sem alta médica o tutor do animal deverá assinar o Termo de Livre Esclarecimento, e no caso de recusa deve ser solicitada a assinatura de duas testemunhas e registrada no prontuário, ficando o médico veterinário desobrigado a prescrever qualquer tipo de ação terapêutica nesses casos.

O prontuário médico-veterinário é o principal documento comprobatório de condutas e procedimentos efetuados no atendimento clínico.

Atendendo a esses quesitos, o médico veterinário estará apto para atender demandas jurídicas que possam surgir, sendo o preenchimento adequado do prontuário uma condição indispensável para a avaliação clínica e a evolução do paciente, o que demonstra o respeito e a responsabilidade do profissional perante o paciente, o tutor e a classe médica-veterinária.



LEITURAS RECOMENDADAS

ACIERNO, M. J. *et al.* ACVIM consensus statement: Guidelines for the identification, evaluation, and management of systemic hypertension in dogs and cats. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 32, n. 6, p. 1803-1822, nov. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/journal>. Acesso em: 20 dez. 2022.

ACVIM consensus statement: support for rational administration of gastrointestinal protectants to dogs and cats. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 32, n. 6, p. 1823-1840, nov. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jvim.15331>. Acesso em: 20 dez. 2022.

ALLENSPACH, K. *et al.* Chronic enteropathies in dogs: evaluation of risk factors for negative outcome. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 21, n. 4, p.700-708, ago. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17708389/>. Acesso em: 20 dez. 2022.

ALMEIDA, E. C. P.; MARCON, F. M. **Novo código de medicina veterinária: ética comentários sob a ótica pericial**. 1.ed., Salvador, 2017.

ALVARENGA, M. O. P. *et al.* COVID-19 outbreak: Should dental and medical practices consider uv-c technology to enhance disinfection on surfaces? – A systematic review. **Journal of Photochemistry and Photobiology**, [s. l.], v. 9, p. 100096, mar. 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666469021000816>. Acesso em: 05 mar. 2023.

ATKINS, C. *et al.* Guidelines for the diagnosis and treatment of canine chronic valvular heart disease. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 23, n. 6, p.1142-1150, dez. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19780929/>. Acesso em: 20 dez. 2022.

BEHREND, E. *et al.* 2018 AAHA Diabetes Management Guidelines for Dogs and Cats. **Journal of the American Animal Hospital Association**, [s. l.], v. 54, n. 1, p. 1-21, fev. 2018. Disponível em: <https://www.aaha.org/publications/journal-of-the-american-animal-hospital-associationja-aha>. Acesso em: 02 jan. 2022.

BHARDWAJ, S. K. *et al.* UVC-based photoinactivation as an efficient tool to control the transmission of coronaviruses. **The Science of the Total Environment**, [s. l.], v. 792, p. 148548, out. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8238411/>. Acesso em: 05 mar. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Resolução nº 670, de 10 de agosto de 2000. **Conceitua e estabelece condições para o funcionamento de estabelecimentos médicos veterinários, e dá outras providências.** Diário Oficial da União: Brasília/DF, 20 mar. 2001. Disponível em: <http://portal.cfmv.gov.br/lei/index/id/337>. Acesso em 07 ago. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Resolução CFMV nº 1.071, de 17 de novembro de 2014. **Dispõe sobre normatização de documentos emitidos pelos serviços veterinários de clínica e cirurgia destinados aos animais de companhia, com relação a declarações, atestados, autorizações e/ ou solicitações dos responsáveis pelos animais submetidos a procedimentos.** Diário Oficial. Brasília, 02 fev. 2015. Disponível em: <https://www.crmvrs.gov.br/transparencia/PDFs/legislacao/R1071.pdf>. Acesso em: 10 nov.2022.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Resolução CFMV nº 1.138. **Código de Ética Médico-veterinário.** Diário Oficial. Brasília, 16 dez. 2016. Disponível em: https://www.crmvsp.gov.br/arquivo_legislacao/Codigo_de_eticaMV.pdf&ved=2ahUKEwiBhPpt3rffwAhU7H7kGHVA7B3YQFjAAegQIAxAC&usq=AOvVaw2xZZbsa3ViP93uQoIK9ZPR&cshid=1620396457473. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Resolução CFMV nº 1236. **Define e caracteriza crueldade, abuso e maus-tratos contra animais vertebrados, dispõe sobre a conduta de médicos-veterinários e zootecnistas e dá outras providências.** Diário Oficial. Brasília, 26 out. 2018. Disponível em: <http://www3.cfmv.gov.br/portal/public/lei/download-arquivo/id/1297>. Acesso em: 12 nov. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Resolução CFMV nº 1321. **Institui normas sobre os documentos no âmbito da clínica médico-veterinária e dá outras providências.** Diário Oficial. Brasília, 24 abr. 2020. Disponível em: <http://www3.cfmv.gov.br/portal/public/lei/download-arquivo/id/1498>. Acesso em: 12 nov. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.638: criação da Comissão de Revisão de Prontuários, de 10 de julho de 2002. **Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.** Diário Oficial. Brasília, 10 jul. 2002; seção 1, p.184-5. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=LegislacaoBusca¬a=32>. Acesso em: 07 ago. 2022.

BRASIL. Conselho Regional de Medicina Veterinária de São Paulo. **Manual de responsabilidade técnica e legislação.** 3. ed, p.198-207, 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina Veterinária. **Manual de Legislação do Sistema CFMV/CRMVs.** Resolução nº 1.321. BRASIL, 2020. Disponível em: <http://ts.cfmv.gov.br/manual/arquivos/resolucao/1321.pdf>. Acesso em 06 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. **Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.** Diário Oficial da União: Brasília/DF, 7 jan. 1997. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/127123/lei-9431-97>. Acesso em: 07 ago. 2022.

BRONDANI, J. T. *et al.* Validation of the English version of the UNESP-Botucatu multidimensional composite pain scale for assessing postoperative pain in cats, **BMC veterinary research**, [s. l.], v. 9, p. 143, 2013.

BRUNETTO, M. A. *et al.* Effects of nutritional support n hospital outcome in dogs and cats. **Journal of Veterinary Emergency and Critical Care**, San Antonio, Tex. v. 20, n. 2, p. 224-231, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20487250/>. Acesso em: 02 jan. 2023.

CECCONI, M. *et al.* Consensus on circulatory Shock and hemodynamic monitoring. Task face of the European Society of Intensive Care Medicine. **Intensive Care Medicine.** [s. l.], v. 40, n. 12, p. 1795-1815, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25392034/>. Acesso em 03 jan. 2023.

CIANCIARULLO, T. I. *et al.* Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências, **Revista brasileira de enfermagem**, São Paulo: Ícone, v. 59, n. 5, p. 675-679, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZSFn7Yhx8XNG5Wtvs3G66zF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 04 dez. 2023.

CRIDGE, H. *et al.* Evaluation of SNAP cPL, spec cPL, VetScan cPL rapid test, and precision PSL assays for the diagnosis of clinical pancreatitis in dogs. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 32, n. 2, p. 658-664, fev. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29424454/>. Acesso em: 03 out. 2022.

DAY, M. J. *et al.* Vaccination Guidelines Group (VGG) of the World Small Animal Veterinary Association (WSAVA). **Journal of Small Animal**, [s. l.], v. 57, p. 1-45, jan. 2016. Disponível em: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/toc/10.1111/\(ISSN\)1748-5827.WSAVA-Guidelines](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/toc/10.1111/(ISSN)1748-5827.WSAVA-Guidelines). Acesso em: 03 jan. 2023.

DEFRANCESCO, T. C. Management of cardiac emergencies in small animals. **Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice**, [s. l.], v. 43, n. 4, p. 817-842, 2013. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23747262/>. Acesso em: 04 jan. 2023.

DELAFORCADE, A.; BACEK, L.; BOYD, C. Update of the Consensus on the Rational Use of Antithrombotics and Thrombolytics in Veterinary Critical Care (CURATIVE) Domain 1 – Defining populations at risk. **Journal of Veterinary Emergency and Critical Care**, San Antonio, Tex., v. 32, n. 3, p. 289-314, 2022. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/vec.13204>. Acesso em: 05 jun. 2022.

DIBARTOLA, S. P.; BATEMAN, S. Introdução à fluidoterapia. *In*: DIBARTOLA, S.P. **Distúrbios hídricos eletrolíticos e ácido-básicos em pequenos animais**. 3.ed. São Paulo: Saunders Elsevier, 2006. p 309 – 328.

DICKINSON, P. J. *et al.* Antiviral Treatment Using the Adenosine Nucleoside Analogue GS-441524 in Cats with Clinically Diagnosed Neurological Feline Infectious Peritonitis. **Journal of Veterinary Internal Medicine**. [s. l.], v. 34, n. 4, p. 1587-1593, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32441826/>. Acesso em: 03 jan. 2023.

EVANGELISTA, M. C. *et al.* Expressões faciais de dor em gatos: desenvolvimento e validação de uma escala de caretas felinas. **Scientific Reports**, [s. l.], v. 9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-55693-8>. Acessado em: 05 fev. 2023

FELIPE, T. R. L.; SPIRI, W. C. Construção de um instrumento de passagem de plantão. **Revista Enfermagem em Foco**, [s. l.] v. 10, n. 6, p. 6-82, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2451/553>. Acesso em nov. 2022.

FERREIRA, A. M. *et al.* Avaliação da desinfecção de superfícies hospitalares por diferentes métodos de monitoramento. **Revista**

Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 466-474, jun. 2015.

FLETCHER, D. J.; BOLLER, M. Updates in Small Animal Cardiopulmonary Resuscitation. **Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice**, [s. l.], v. 43, n. 4, p. 971-987, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23747269/>. Acesso em 03 jan. 2023.

FLETCHER, D. J. *et al.* RECOVER evidence and knowledge gap analysis on veterinary CPR. Part 7: Clinical guidelines. **Journal of Veterinary Emergency and Critical Care**, San Antonio, Tex., v. 21, n. 1, p. 102-131, jun. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22676281/>. Acesso em: 30 junho 2022.

FORMAN, M. A. *et al.* ACVIM consensus statement on pancreatitis in cats. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 35, n. 2, p. 703-723, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jvim.16053>. Acesso em: 03 jan. 2023.

GARDEN, O. A. *et al.* ACVIM consensus statement on the diagnosis of immune-mediated hemolytic anemia in dogs and cats. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 313-334, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30806491/>. Acesso em: 03 jan. 2023.

GILOR, C. *et al.* What's in a name? Classification of diabetes mellitus in veterinary medicine and why it matters. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 927-940, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27461721/>. Acesso em: 03 jan. 2023.

GOLD, A. J.; LANGLOIS, D. K.; REFSAL, K. R. Evaluation of basal serum or plasma cortisol concentrations for the diagnosis of hypoadrenocorticism in dogs. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 30, n. 6, p. 1798-1805, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5115184/>. Acesso em: 03 jan. 2023.

GOODWIN, L. V. *et al.* Hypercoagulability in dogs with protein-losing enteropathy. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 273-277, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21314726/>. Acesso em: 03 jan. 2023.

GREENES, D. S.; FLEISCHER, G. R. When body temperature changes, does rectal temperature lag?. **Journal of Pediatric**, [s. l.], v. 144, n. 6, p. 824-826, 2004. Disponível em: <https://www.jpeds.com/issues>. Acesso em: 05 out. 2022.

HAMMERSCHMIDT, J. O prontuário médico-veterinário: requisitos e importância. *In*: TOSTES, R. A; REIS, S. T; CASTILHO, V. V. **Tratado de Medicina Veterinária Legal**. 1. ed. Curitiba: MedVep, 2017. p. 120-126.

HAMMES, K.; KOOK, P. H. Effects of medical history and clinical factors on serum lipase activity and ultrasonographic evidence of pancreatitis: Analysis of 234 dogs. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 36, n. 3, p. 935-946, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35438226/>. Acesso em: 03 jan. 2023.

HARDEFELDT, L. Y. *et al.* Barriers to and enablers of implementing antimicrobial stewardship programs in veterinary practices. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 32, n. 3, p. 1092-1099, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29573053/>. Acesso em: 03 jan. 2023.

HAYES, G. *et al.* The acute patient physiologic and laboratory evaluation (APPLE) score: a severity of illness stratification system for hospitalized dogs. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 24, n. 5, p. 1034-1047, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20629945/>. Acesso em: 03 jan. 2023.

HEALTH QUALITY ONTARIO. Portable Ultraviolet Light Surface-Disinfecting Devices for Prevention of Hospital-Acquired Infections: A Health Technology Assessment. **Ontario health technology assessment series**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1-73, fev. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29487629/>. Acesso em: 5 mar. 2023.

HOLAHAN, M. *et al.* Intermittent and continuous enteral nutrition in critically ill dogs: a prospective randomized trial. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, v. 24, n. 3, p. 520-526, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20337910/>. Acesso em: 03 jan. 2023.

HOLLY, C.; POLETICK, E. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, n. 17, p. 238-2395, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23786673/>. Acesso em: 04 jun. 2022.

IRIS. **IRIS staging of CKD** (modified 2017). 2017. Disponível em: <http://www.iris-kidney.com/guidelines/staginghtml>. Acesso em: 09 set. 2022.

KOENIG, A. Endocrine emergencies in dogs and cats. **Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice**, [s. l.], v. 43,

n. 4, p. 869-897, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23747264/>. Acesso em 05 jan. 2023

KUNKLE, G. A.; NICKLIN, C. F.; SULLIVAN-TAMBOE, D. L. Comparison of body temperature in cats using veterinary infrared thermometer and a digital rectal thermometer. **Journal of American Animal Hospital Association**, [s. l.], v. 40, p. 42-46, 2004. Disponível em: <https://www.aaha.org/publications/journal-of-the-american-animal-hospital-association-jaaha>. Acesso em: 02 jan. 2023.

LITTMAN, M. P. *et al.* ACVIM consensus update on Lyme borreliosis in dogs and cats. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 32, p. 887-903, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jvim.15085>. Acesso em 05 jan. 2023.

LUIS FUENTES, V. *et al.* ACVIM consensus statement guidelines for the classification, diagnosis, and management of cardiomyopathies in cats. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 1067-1077, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jvim.15745>. Acesso em: 03 jan. 2023.

LULICH, J. P. *et al.* ACVIM small animal consensus recommendations on the treatment and prevention of Uroliths in dogs and cats. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 30, n. 5, p. 1564-1574, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jvim.14559>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MARSH-NG, M. L.; BURNEY, D. P.; GARCIA, J. Surveillance of infections associated with intravenous catheters in dogs and cats in an intensive care unit. **Journal of American Animal Hospital Association**, [s. l.], v. 43, n. 1, p. 13-20, 2007. Disponível em: <https://www.aaha.org/publications/journal-of-the-american-animal-hospital-association-jaaha>. Acesso em: 02 jan. 2023.

MEROLA, I.; MILLS, D. S. Systematic review of the behavioural assessment of pain in cats. **Journal of Feline Medicine and Surgery**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 60-76, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25972247/>. Acesso em: 09 jan. 2023.

MOISÉS, L. *et al.* Ethical conflict and moral distress in veterinary practice: a survey of North American veterinarians. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 32, n. 6, p. 2115-2122, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jvim.15315>. Acesso em: 02 jan. 2023.

NASCIMENTO, J. S. G. *et al.* Passagem de plantão como ferramenta de gestão para segurança do paciente. **Revista de**

Enfermagem UFSM, v. 8, n. 2, p. 544-559, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/download/29412/pdf>. Acesso em: 27 nov.2022.

OLIVEIRA, S. K. P.; GUEDES, M. V. C.; LIMA, F.E.T. Balanço hídrico na prática clínica de enfermagem em unidade coronariana. **Revista Rene**, v. 11, n. 2, 14 de abril de 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/380/pd>. Acesso em 23 out.2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Communication during Patient Hand-overs**. Patient Safety Solutions. [Internet], v. 1, n. 3, p. 1-4, 2007. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-healthservices-\(ihs\)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patienthandovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_4&ua=1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-healthservices-(ihs)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patienthandovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_4&ua=1). Acesso em: 20 nov. de 2022.

PANTALEON, L. Why measuring outcomes is important in health care. **Journal of Veterinary Internal Medicine**. [s. l.], v. 33, n. 2, p. 356-362, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6430924/>. Acesso em: 03 jan. 2023.

PAYNE, J.R. *et al.* Prognostic indicators in cats with hypertrophic cardiomyopathy. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 27, n. 6, p. 1427-1436, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jvim.12215>. Acesso em: 03 jan. 2023.

PODELL, M. *et al.* ACVIM small animal consensus statement on seizure management in dogs. **Journal of Veterinary Internal Medicine**. [s. l.], v. 30, n. 2, p. 477-490, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jvim.13841>. Acesso em: 03 jan. 2023.

REINERO, C. *et al.* ACVIM consensus statement guidelines for the diagnosis, classification, treatment, and monitoring of pulmonary hypertension in dogs. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 34, n. 2, p. 549-573, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jvim.15725>. Acesso em: 03 jan. 2023.

RODAN, I. *et al.* AAFF/ISFM Cat Friendly Veterinary Interaction Guidelines: Approach and Handling Techniques. **Journal of Feline Medicine and Surgery**, [s. l.], v. 24, n. 11, p. 1093-1132, 2022. Disponível em: <https://www.animalshealth.es/fileuploads/user/PDF/2022/10/guia-interaccion-veterinaria-amigable-gatos-tecnicas-enfoque-manejo.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SILVA, A.P.T. **Prontuário Médico-veterinário**. In: CONCEIÇÃO, C.D.C. Perícia Cível para Médicos veterinários. 1. ed., Rio de Janeiro: L.F. Livros, 2015. p. 78-83.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [online], v. 37, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yNdd5xLtCkKd8kw4J37Z3vN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 nov. 2022.

SPARKES, A. H. *et al.* I. S. F. M. Consensus Guidelines on the Diagnosis and Management of Feline Chronic Kidney Disease. **Journal of Feline Medicine and Surgery**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 219-239, 2016. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1098612X16631234?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%200pubmed. Acesso em: 09 jan.de 2023.

STEAGALL, P. V. M.; MONTEIRO-STEAGALL, B. P.; TAYLOR, P. M. A review of the studies using buprenorphine in cats. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 762-770, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jvim.12346>. Acesso em: 07 jan. 2023.

SWANN, J. W. *et al.* ACVIM consensus statement on the treatment of immune-mediated hemolytic anemia in dogs. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 33, n. 3, p. 1141-1172, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jvim.15463>. Acesso em: 04 jan. 2023.

SYKES, J. E. *et al.* ACVIM small animal consensus statement on leptospirosis: diagnosis, epidemiology, treatment, and prevention. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 1-13, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3040842/>. Acesso em: 04 jan. 2023.

TAYLOR, S. *et al.* 2022 ISFM Consensus Guidelines on Management of the Inappetent Hospitalized Cat. **Journal of feline medicine and surgery**, [s. l.], v. 24, n. 7, p. 614-640, 2022.

VILLAVERDE, C; LARSEN, JA. Nutritional assessment. In: Silverstein, DC; Hopper, K. **Small Animal Critical Care Medicine**. 3. ed. p. 729-734. 2022.

WARDROP, K. *et al.* Update on canine and feline blood donor screening for blood-borne pathogens. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 15-35, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jvim.13823>. Acesso em: 04 jan. 2023.

WEBSTER, C. RL. *et al.* ACVIM consensus statement on the diagnosis and treatment of chronic hepatitis in dogs. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 33, n. 3, p. 1173-1200, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jvim.15467>. Acesso em: 09 jan. 2023.

WEESE, J. S. *et al.* ACVIM consensus statement on therapeutic antimicrobial use in animals and antimicrobial resistance. **Journal of Veterinary Internal Medicine**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 487-498, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jvim.12562>. Acesso em: 03 jan. 2023.

WSAVA Nutritional Assessment Guidelines Task Force Members. WSAVA nutritional assessment guidelines. **Journal of Feline Medicine and Surgery**, [s. l.], v. 13, n. 7, p. 516-525, 2011. Disponível em: <https://wsava.org/wp-content/uploads/2020/01/WSAVA-Nutrition-Assessment-Guidelines-2011-JSAP.pdf>. Acesso em: 09 jan. de 2023.

VARNEY, S. M. *et al.* Comparison of oral, tympanic, and rectal temperature measurement in the elderly. **Journal of Emergency Medicine**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 153-157, 2002.



A Universidade de Caxias do Sul é uma Instituição Comunitária de Educação Superior (ICES), com atuação direta na região nordeste do estado do Rio Grande do Sul. Tem como mantenedora a Fundação Universidade de Caxias do Sul, entidade jurídica de Direito Privado. É afiliada ao Consórcio das Universidades Comunitárias Gaúchas - COMUNG; à Associação Brasileira das Universidades Comunitárias - ABRUC; ao Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras - CRUB; e ao Fórum das Instituições de Ensino Superior Gaúchas.

Criada em 1967, a UCS é a mais antiga Instituição de Ensino Superior da região e foi construída pelo esforço coletivo da comunidade.

Uma história de tradição

Em meio século de atividades, a UCS marcou a vida de mais de 120 mil pessoas, que contribuem com o seu conhecimento para o progresso da região e do país.

A universidade de hoje

A atuação da Universidade na atualidade também pode ser traduzida em números que ratificam uma trajetória comprometida com o desenvolvimento social.

Localizada na região nordeste do Rio Grande do Sul, a Universidade de Caxias do Sul faz parte da vida de uma região com mais de 1,2 milhão de pessoas.

Com ênfase no ensino de graduação e pós-graduação, a UCS responde pela formação de milhares de profissionais, que têm a possibilidade de aperfeiçoar sua formação nos programas de Pós-Graduação, Especializações, MBAs, Mestrados e Doutorados. Comprometida com excelência acadêmica, a UCS é uma instituição sintonizada com o seu tempo e projetada para além dele.

Como agente de promoção do desenvolvimento a UCS procura fomentar a cultura da inovação científica e tecnológica e do empreendedorismo, articulando as ações entre a academia e a sociedade.

A Editora da Universidade de Caxias do Sul

O papel da EDUCS, por tratar-se de uma editora acadêmica, é o compromisso com a produção e a difusão do conhecimento oriundo da pesquisa, do ensino e da extensão. Nos mais de 1.500 títulos publicados é possível verificar a qualidade do conhecimento produzido e sua relevância para o desenvolvimento regional.



Conheça as possibilidades de formação e aperfeiçoamento vinculadas às áreas de conhecimento desta publicação acessando o QR Code:

