

AVALIAÇÃO DO RISCO ANESTÉSICO EM MEDICINA VETERINÁRIA: CONSIDERAÇÕES PRÁTICAS E LIMITAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO ASA *PHYSICAL STATUS*

Anesthetic risk assessment in Veterinary Medicine: practical considerations and limitations of the ASA Physical Status classification

Marcos Rodrigo Fonseca de Araújo*¹ , Ana Luisa Gonçalves Latavanha Chisté² 

***Autor Correspondente:** Marcos Rodrigo Fonseca de Araújo. Faculdade de Medicina Veterinária, Universidade de Brasília (UNB), Brasília, DF, Brasil. CEP: 70910-900.
E-mail: marcosaraujo.bio@gmail.com

Como citar: ARAÚJO, M. R. F. de; CHISTÉ, A. L. G. L. Avaliação do risco anestésico em Medicina Veterinária: considerações práticas e limitações da classificação ASA *Physical Status*. **Revista de Educação Continuada em Medicina Veterinária e Zootecnia do CRMV-SP**, São Paulo, v. 24, e38923, 2026. DOI: <https://doi.org/10.36440/recmvz.v24.38923>.

Cite as: ARAÚJO, M. R. F. de; CHISTÉ, A. L. G. L. Anesthetic risk assessment in Veterinary Medicine: practical considerations and limitations of the ASA Physical Status classification. **Journal of Continuing Education in Veterinary Medicine and Animal Science of CRMV-SP**, São Paulo, v. 24, e38923, 2026. DOI: <https://doi.org/10.36440/recmvz.v24.38923>.

Artigo submetido ao sistema de similaridade



Resumo

A avaliação pré-anestésica é essencial para a segurança do paciente na Medicina Veterinária. A classificação *American Society of Anesthesiologists Physical Status* (ASA PS) é a principal ferramenta de estratificação de risco anestésico. Ela varia de ASA PS I (animal hígido) a ASA PS V (animal moribundo) e auxilia no planejamento da anestesia. Estudos confirmam seu valor prognóstico: pacientes com ASA PS $\geq$ III apresentam risco bem maior de complicações e morte no perioperatório. No entanto, o sistema tem limitações: é subjetivo e não considera o tipo de procedimento cirúrgico. Por isso, defende-se uma avaliação pré-anestésica integrada. Mesmo com essas falhas, a ASA PS continua indispensável para o planejamento anestésico e para melhorar os desfechos clínicos. Este artigo é uma revisão narrativa da literatura. Seu objetivo é analisar criticamente a aplicação, as limitações e as atualizações da ASA PS na avaliação do risco anestésico.

- 1 Discente em Medicina Veterinária, Universidade de Brasília (UNB), Faculdade de Agronomia e Medicina Veterinária, Brasília, DF, Brasil.
- 2 Médica-veterinária, residente do Programa de Anatomia Patológica, Universidade de Brasília (UNB), Faculdade de Agronomia e Medicina Veterinária, Brasília, DF, Brasil.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Palavras-chave: Estratificação de risco; mortalidade perioperatória; planejamento anestésico; segurança anestésica.

Abstract

Pre-anesthetic evaluation is essential for the safety of veterinary patients. The American Society of Anesthesiologists Physical Status (ASA PS) classification is the main tool for anesthetic risk stratification. It ranges from ASA PS I (healthy animal) to ASA PS V (moribund animal). This classification supports anesthetic planning by guiding clinical decision-making. Studies confirm its prognostic value: patients with ASA PS $\geq$ III have a significantly higher risk of complications and perioperative mortality. However, the system has limitations, including subjectivity and the lack of consideration of the type of surgical procedure. Therefore, an integrated approach to pre-anesthetic assessment is recommended. Despite these limitations, the ASA PS remains an essential tool for anesthetic planning and improving clinical outcomes. This study is a narrative review that aims to critically analyze the application, limitations, and updates of the ASA PS in anesthetic risk assessment.

Keywords: Risk stratification; perioperative mortality; anesthetic planning; anesthetic safety.

Introdução

A avaliação de risco anestésico é uma etapa essencial no planejamento anestésico em Medicina Veterinária, sendo empregada a classificação do estado físico do animal conforme o padrão da *American Society of Anesthesiologists Physical Status* (ASA PS), o sistema mais amplamente empregado para esse fim. Originalmente desenvolvida para pacientes humanos, a classificação ASA PS tem sido amplamente adaptada e utilizada na prática veterinária. Ela categoriza o paciente em cinco níveis de acordo com seu estado físico: ASA PS I (animal hígido, sem doença sistêmica), ASA PS II (doença sistêmica leve, sem limitação funcional significativa), ASA PS III (doença sistêmica moderada a grave, com limitação funcional), ASA PS IV (doença sistêmica grave que representa ameaça constante à vida) e ASA PS V (paciente moribundo, sem expectativa de sobrevivência sem a realização do procedimento) (ASA committee of oversight: economics, 2026). Essa classificação é uma ferramenta eficiente na avaliação do prognóstico de risco e mortalidade perioperatória (Portier; Ida, 2018; Redondo *et al.*, 2024), especialmente em pequenos animais.

Revisões sistemáticas e estudos clínicos relatam que pacientes com ASA PS $\geq$ III apresentam riscos significativamente maiores de complicações e mortalidade durante e após procedimentos anestésicos, quando comparados a pacientes com ASA PS $<$ III, tanto em cães, gatos e outras espécies domésticas (Portier; Ida, 2018; Redondo *et al.*, 2024). Esse maior risco deve-se à menor reserva fisiológica desses pacientes, que os torna mais suscetíveis a eventos como hipotensão refratária, hipoxemia grave, arritmias malignas, instabilidade hemodinâmica e falência de órgãos (renal, hepática ou respiratória) no perioperatório. A presença de doenças sistêmicas descompensadas ou limitação funcional prévia dificulta a resposta ao estresse anestésico-cirúrgico, aumentando a probabilidade de óbito nas primeiras 72 horas (Brodbelt *et al.*, 2008; Portier; Ida, 2018; Redondo *et al.*, 2024; Rodrigues *et al.*, 2018).

Embora a classificação seja relativamente simples e, por vezes, subjetiva na atribuição das categorias, a utilidade prática baseia-se em sua capacidade de identificar pacientes com maior probabilidade de eventos anestésicos adversos (Portier; Ida, 2018; Rodrigues *et al.*, 2018). Sua aplicabilidade clínica é reconhecida na rotina diária de anestesia veterinária, constituindo um importante componente de decisão clínica e de comunicação (Portier; Ida, 2018; Redondo *et al.*, 2024). No entanto, apesar de sua ampla utilização, a aplicação

prática da ASA PS na rotina veterinária enfrenta problemas como subjetividade, ausência de variáveis relacionadas ao procedimento e dificuldades de padronização entre espécies e faixas etárias, lacunas que podem levar a interpretações equivocadas do risco anestésico. Diante disso, o presente artigo tem como objetivo analisar criticamente a aplicação, as limitações e as atualizações da classificação ASA PS na avaliação do risco anestésico em pequenos animais.

Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura sobre a aplicação da classificação ASA PS na avaliação do risco anestésico em pequenos animais. Foram analisados artigos científicos indexados, com foco em sua aplicabilidade clínica, limitações e atualizações. Ao longo do texto, os autores adotam uma abordagem crítica, discutindo o valor prognóstico da ferramenta, mas também suas fragilidades, como a subjetividade e a ausência de variáveis cirúrgicas.

Classificação e categorias da ASA PS

A classificação ASA PS foi desenvolvida originalmente para uso humano, com o objetivo de categorizar o estado físico do paciente antes do procedimento anestésico. Posteriormente, foi amplamente incorporada à Medicina Veterinária, tornando-se uma ferramenta de estratificação de risco anestésico em diferentes espécies, especialmente em pequenos animais.

As classificações variam de ASA PS I – animal hígido, até ASA PS V – paciente moribundo, sem expectativa de sobrevivência sem realização do procedimento (Tabela 1) (ASA committee of oversight: economics, 2026; McMillan; Brearley, 2013). O sufixo E (emergência) pode ser acrescentado a qualquer categoria ASA PS (I a V) para indicar que o procedimento é realizado com caráter de urgência (ASA committee of oversight: economics, 2026; McMillan; Brearley, 2013). Na Medicina Veterinária, a classificação ASA PS foi incorporada para auxiliar no planejamento anestésico.

Tabela 1 – Classificação do estado físico ASA *Physical Status*

ASA PS I	Paciente clinicamente saudável, sem doença sistêmica identificável.
ASA PS II	Paciente com doença sistêmica leve, sem limitação funcional significativa.
ASA PS III	Paciente com doença sistêmica moderada a grave, com limitação funcional.
ASA PS IV	Paciente com doença sistêmica grave que representa ameaça constante à vida.
ASA PS V	Paciente moribundo, sem expectativa de sobrevivência sem realização do procedimento.
E - Emergência	

† Fonte: adaptado de *American Society of Anesthesiologists* (ASA committee of oversight: economics, 2026).

Aplicação clínica da classificação ASA PS em Medicina Veterinária

Na prática da clínica veterinária, a classificação ASA PS é utilizada durante a avaliação pré-anestésica em conjunto com exames complementares, permitindo uma análise individualizada da condição física do paciente, considerando fatores como idade, condição clínica, tipo de procedimento e recursos disponíveis (Tabela 2) (ASA committee of oversight: economics, 2026; Monteiro *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2017; 2018). A classificação auxilia na escolha do protocolo anestésico, na definição do nível de monitorização e na comunicação do risco com a equipe e os responsáveis.

No entanto, os autores chamam a atenção para o fato de que a mesma categoria ASA PS pode englobar riscos muito diferentes, dependendo da doença de base. Um cão jovem com otite externa controlada (ASA PS II) apresenta risco anestésico baixo, compatível com protocolos convencionais e monitorização básica. Situação bem distinta ocorre em um cão assintomático com doença mixomatosa da valva mitral (MMVD) em estágio B2, também classificado como ASA PS II. Embora a categoria seja a mesma, o risco anestésico não é equivalente. Conforme discutido por Levinzon *et al.* (2026), a subjetividade da classificação ASA PS limita sua acurácia na estratificação de risco em cães com MMVD. Cães em estágio B2 apresentam remodelamento cardíaco e risco aumentado de eventos adversos nas primeiras 24 horas pós-anestésicas, ainda que sejam classificados na mesma categoria de um animal saudável. Além disso, existe considerável heterogeneidade dentro do próprio estágio B2, uma vez que cães que mal atingem os critérios para o estágio possuem risco distinto daqueles com sobrecarga cardíaca mais avançada (Levinzon *et al.*, 2026).

Um único escore ASA PS, portanto, pode falhar em refletir com precisão o verdadeiro perfil de risco cardiovascular, o que corrobora a visão crítica dos autores de que a classificação não deve ser utilizada isoladamente, mas sim integrada a exames complementares e a uma avaliação clínica aprofundada.

A doença cardíaca, mesmo leve, compromete a capacidade de ajuste do débito cardíaco diante da vasodilatação induzida por anestésicos, da depressão miocárdica e das variações de pré-carga e pós-carga. Além disso, o estresse anestésico-cirúrgico pode precipitar arritmias ou insuficiência cardíaca congestiva. Estudos mostram que pacientes com cardiopatia (ASA PS II ou III) apresentam incidência até três vezes maior de eventos adversos perioperatórios quando comparados a hígidos de mesma categoria (Portier; Ida, 2018; Redondo *et al.*, 2024). Diante disso, os cuidados anestésicos para o cardiopata ASA PS II devem incluir: escolha de fármacos com menor depressão cardiovascular (como propofol em doses reduzidas, opioides ou etomidato), redução ou eliminação do uso de agentes inalatórios potentes, monitorização avançada (ECG contínuo, pressão arterial invasiva, se disponível, capnografia), fluidoterapia criteriosa para evitar sobrecarga volêmica e disponibilidade de fármacos antiarrítmicos e vasopressores.

Os autores defendem que a simples classificação ASA PS II, sem a devida consideração da doença de base (como a cardiopatia), pode levar a interpretações equivocadas do risco e a protocolos anestésicos inadequados. Por isso, a ASA PS não deve ser usada isoladamente; ela precisa ser integrada a uma avaliação clínica abrangente e, quando disponível, a uma avaliação cardiológica detalhada (ecocardiograma, biomarcadores), além de um plano anestésico individualizado. Além da estratificação de risco com ASA PS, protocolos anestésicos atuais recomendam monitorização contínua e criteriosa do paciente em todas

as fases da anestesia, conforme as diretrizes do *American College of Veterinary Anesthesia and Analgesia* (ACVAA) para pequenos animais (Bailey *et al.*, 2025).

Tabela 2 – Proposta orientativa de exames complementares pré-anestésicos de acordo com o estado físico do paciente

ASA PS	Até 6 meses	6 meses a 6 anos	Acima de 6 anos
ASA PS I–II	Hematócrito, proteína total, glicemia.	Hematócrito, proteína total, avaliação da função renal.	Hematócrito, proteína total, função renal, ECG e urinálise.
ASA PS III	Hematócrito, proteína total, glicemia, função renal, gasometria e urinálise.	Hemograma, ECG, glicemia, funções renal e hepática, gasometria e urinálise.	Hemograma, ECG, glicemia, funções renal e hepática, eletrólitos, gasometria e urinálise.
ASA PS IV–V	Hemograma, ECG, glicemia, funções renal e hepática, eletrólitos, gasometria e urinálise.	Hemograma, ECG, glicemia, funções renal e hepática, eletrólitos, gasometria e urinálise.	Hemograma, ECG, glicemia, funções renal e hepática, eletrólitos, gasometria e urinálise.
Emergência (E)	VG, proteína total e urinálise*.	VG, proteína total e urinálise*.	VG, proteína total e urinálise*.
ECG = eletrocardiograma; VG = Volume globular. *Em procedimentos emergenciais, exames adicionais podem ser solicitados conforme a duração da cirurgia, idade do paciente e disponibilidade de recursos.			

Fonte: elaborado pelos autores, com base em ASA committee of oversight: economics (2026); Monteiro *et al.* (2023); Rodrigues *et al.* (2017; 2018).

Nota: trata-se de uma proposta orientativa, devendo ser adaptada à realidade clínica e ao julgamento profissional.

Evidências científicas associadas à classificação ASA PS

Estudos retrospectivos e prospectivos indicam que a elevação da classificação ASA PS está diretamente relacionada à maior incidência de complicações anestésicas, incluindo hipotensão, hipoxemia, arritmias e instabilidade hemodinâmica, além do aumento da mortalidade anestésica (Brodbelt *et al.*, 2008; Portier; Ida, 2018). De modo geral, pacientes classificados como ASA PS $\geq$ III apresentam risco significativamente superior de complicações e mortalidade perioperatória quando comparados àqueles com ASA PS $<$ III (Portier; Ida, 2018; Rodrigues *et al.*, 2018). Esse maior risco decorre do fato de que esses pacientes já possuem doenças sistêmicas moderadas a graves (ex.: insuficiência renal crônica descompensada, cardiopatia com sinais clínicos, hepatopatia, *diabetes mellitus* instável), que reduzem a reserva fisiológica e a capacidade de resposta ao estresse anestésico-cirúrgico. Especificamente, a menor reserva cardiovascular, respiratória, renal e hepática torna esses indivíduos mais suscetíveis a hipotensão refratária, hipoxemia, arritmias, falência de órgãos e dificuldade de metabolização e excreção de fármacos anestésicos, elevando a probabilidade de óbito nas primeiras 72 horas (Brodbelt *et al.*, 2008; Portier; Ida, 2018; Rodrigues *et al.*, 2018). Associação semelhante entre categorias

ASA PS mais elevadas e maior mortalidade ou complicações perioperatórias foi descrita tanto em estudos com cães quanto em felinos, reforçando a aplicabilidade do sistema em diferentes espécies (Rezende *et al.*, 2021; Rodrigues *et al.*, 2018).

Os achados confirmam o valor prognóstico da ASA PS, especialmente por refletir, de forma indireta, a reserva fisiológica do paciente. No entanto, os autores alertam que esse valor prognóstico não deve ser confundido com precisão absoluta. A subjetividade e a ausência de variáveis cirúrgicas, já discutidas neste artigo, podem levar a interpretações equivocadas. Esse cuidado é essencial para que a ASA PS continue sendo um parâmetro útil, mas não único, na estratificação de risco.

A classificação ASA PS apresenta limitações importantes, especialmente relacionadas à interpretação do avaliador, uma vez que a classificação depende da avaliação clínica do anestesiológista, o que pode resultar em variabilidade interobservador (Portier; Ida, 2018). Outra importante limitação é o fato de a classificação considerar, exclusivamente, o estado físico do paciente, sem contemplar diretamente o tipo de procedimento cirúrgico, a técnica anestésica ou a duração da anestesia, fatores que influenciam diretamente o risco anestésico. Por exemplo, um paciente ASA PS III (com doença renal crônica estável) apresenta risco muito maior se submetido a uma celiotomia de urgência do que a uma exodontia eletiva. Da mesma forma, uma cirurgia torácica ou neurológica impõe riscos adicionais que a ASA PS não captura. Assim, dois pacientes com o mesmo escore ASA PS podem ter desfechos completamente diferentes dependendo da cirurgia a que forem submetidos (Redondo *et al.*, 2024; Rodrigues *et al.*, 2018). Além disso, a classificação não incorpora de forma específica variáveis como espécie, condição corporal (ICC) e idade, que são particularidades relevantes e podem impactar de maneira significativa o prognóstico anestésico (Brodbelt *et al.*, 2008).

Diante das limitações da classificação ASA PS, torna-se evidente a necessidade de uma avaliação pré-anestésica integrada, na qual a ASA PS seja utilizada como ferramenta complementar. A associação da classificação ASA PS com uma anamnese detalhada, exame físico criterioso e exames laboratoriais permite uma avaliação mais precisa do risco anestésico (Alef; Von Praun; Oechtering, 2008; Mitchell *et al.*, 2018).

Estudos demonstram que a integração de parâmetros clínicos e laboratoriais à classificação ASA PS contribui para a individualização do protocolo anestésico, especialmente em pacientes com comorbidades, doenças sistêmicas, idosos ou submetidos a procedimentos de alta complexidade. Em um estudo prospectivo com mais de 30.000 cães e gatos, foi observado por Brodbelt *et al.* (2008) que a mortalidade anestésica em indivíduos ASA PS III-V foi até dez vezes maior do que em ASA PS I-II, e que a adição de exames laboratoriais (hemograma, bioquímica) e de avaliação clínica direcionada reduziu complicações em animais idosos e com cardiopatia subclínica. Da mesma forma, Portier e Ida (2018) relataram que a integração de parâmetros como gasometria, eletrólitos e função renal ao escore ASA PS permitiu ajustes nos protocolos (como redução de doses e escolha de fármacos menos depressores) e diminuição de eventos adversos em pacientes nefropatas e hepatopatas.

Esses grupos apresentam maior risco por razões específicas: doenças sistêmicas, como insuficiência renal, hepatopatia, diabetes e cardiopatia, comprometem a reserva funcional de órgãos-alvo, dificultando a metabolização e excreção de fármacos e reduzindo a capacidade de resposta à hipotensão e à hipoxemia. Pacientes idosos, por sua vez, sofrem declínio fisiológico progressivo, redução da massa muscular, da função renal e hepática e da reserva cardíaca e respiratória, o que os torna mais vulneráveis a flutuações hemodinâmicas e a complicações pós-operatórias. Já procedimentos mais complexos (cirurgias torácicas,

neurológicas, oncológicas extensas ou urgências) impõem maior estresse cirúrgico, perda sanguínea acentuada, tempo anestésico prolongado e manipulação mais intensa de órgãos vitais, elevando a probabilidade de eventos adversos mesmo em pacientes ASA PS I-II. Portanto, a integração da ASA PS com avaliação clínica e laboratorial permite estratificar mais precisamente o risco e individualizar condutas, como a escolha de fármacos com menor impacto cardiovascular, monitorização avançada e cuidados pós-operatórios intensificados, especialmente nesses grupos de maior vulnerabilidade (Brodbelt *et al.*, 2008; Portier; Ida, 2018; Redondo *et al.*, 2024). Além disso, a avaliação pré-anestésica integrada favorece a comunicação do risco anestésico entre os membros da equipe veterinária e os responsáveis pelos animais.

Implicações clínicas da classificação ASA PS no planejamento anestésico

A classificação ASA PS exerce influência direta no planejamento anestésico, especialmente na escolha dos fármacos, na intensidade da monitorização e na definição dos cuidados perioperatórios (Portier; Ida, 2018). Como discutido na seção anterior, uma mesma categoria ASA PS pode englobar riscos distintos. Para pacientes classificados como ASA PS $\geq$ III, recomenda-se a adoção de protocolos anestésicos mais conservadores, baseados na experiência clínica e em diretrizes da anestesiologia veterinária. Nesses casos, a indução pode ser realizada com propofol em dose titulada ao efeito (frequentemente reduzida) ou com etomidato, em substituição aos barbitúricos (Bednarski *et al.*, 2011; Lamont *et al.*, 2024). A manutenção deve ser feita com baixas concentrações de isoflurano ou sevoflurano, associadas a opioides de maior potência, como metadona ou morfina (Bednarski *et al.*, 2011; Lamont *et al.*, 2024).

Sempre que possível, recomenda-se o uso de anestesia balanceada e de técnicas locorreionais (Muir *et al.*, 2012), associadas à monitorização rigorosa, incluindo capnografia, pressão arterial e eletrocardiografia contínua. A monitorização invasiva e a gasometria são indicadas quando disponíveis (Bednarski *et al.*, 2011). Nesse contexto, a Tabela 3 sintetiza as recomendações de monitorização para cada categoria ASA PS, constituindo uma proposta orientativa que deve ser adaptada à realidade de cada serviço e ao julgamento profissional.

Pacientes ASA PS $\geq$ III com instabilidade clínica apresentam doença sistêmica grave e reserva fisiológica reduzida, o que limita sua capacidade de compensar alterações na pressão arterial, oxigenação e equilíbrio ácido-base. Nesses casos, complicações como hipotensão, hipoxemia e distúrbios metabólicos podem evoluir rapidamente na ausência de monitorização adequada, aumentando o risco de mortalidade perioperatória, sobretudo na ausência de suporte hemodinâmico e ventilatório precoce, conforme preconizado pela ACVAA (Bailey *et al.*, 2025; Brodbelt *et al.*, 2008; Redondo *et al.*, 2024).

Assim, a monitorização avançada constitui ferramenta essencial no manejo anestésico e no suporte intensivo desses pacientes, contribuindo para a maior segurança anestésica e melhor prognóstico cirúrgico.

Tabela 3 – Proposta orientativa de monitorização para cada categoria ASA PS no planejamento anestésico de cães e gatos

ASA PS	Complexidade do paciente	Monitorização recomendada	Implicações no planejamento anestésico
ASA PS I	Paciente saudável, sem doença evidente. Ex.: animal jovem para castração eletiva.	Mínima (intermitente): observação clínica (FC, FR, cor de mucosas), temperatura.	Protocolos convencionais; baixo risco anestésico. Recuperação rápida esperada.
ASA PS II	Doença sistêmica leve e controlada. Ex.: obesidade leve, tartareose moderada, idade avançada.	Básica a intermediária (contínua): adicionar SpO ₂ , ECG, PAM não-invasiva (oscilométrica) a cada 5 min.	Ajustes discretos de dose (ex.: redução <20% em indutores); uso de analgésicos pré-emptivos.
ASA PS III	Doença sistêmica moderada com impacto funcional. Ex.: IRC estágio II, cardiopatia compensada.	Intermediária a avançada (contínua): adicionar capnografia, PAM invasiva (considerar), diurese horária.	Protocolos individualizados (fármacos cardiostáveis); maior cautela na indução; suporte térmico e fluidoterapia rigorosos.
ASA PS IV	Doença sistêmica grave e instável, ameaçadora à vida. Ex.: sepse, trauma importante, descompensação cardíaca.	Avançada (contínua): gasometria arterial, pressão venosa central, monitorização dinâmica de hemodinâmica (ex.: PVI, PPV).	Estabilização prévia mandatória; anestesia balanceada (ex.: opióides + benzodiazepínicos); suporte vasoativo pronto para uso.
ASA PS V	Paciente moribundo, não esperado sobreviver sem a cirurgia. Ex.: hemorragia massiva, falência múltipla de órgãos.	Avançada e contínua (como ASA IV) + monitorização de coagulação (TEG/ROTEM, se disponível).	Abordagem de último recurso; foco absoluto em suporte hemodinâmico e transfusional; anestesia muitas vezes à base de opióides.

FC: Frequência Cardíaca; FR: Frequência Respiratória; SpO₂: Saturação Periférica de Oxigênio; ECG: Eletrocardiograma; PAM: Pressão Arterial Média; IRC: Insuficiência Renal Crônica; PVI: Índice de Variabilidade do Pletismo; PPV: Variação da Pressão de Pulso; TEG: Tromboelastografia; ROTEM: Tromboelastometria Rotacional.

T Fonte: adaptado de Portier e Ida (2018), Brodbelt *et al.* (2008) e Redondo *et al.* (2024).

T Nota: trata-se de uma proposta orientativa, devendo ser adaptada à realidade de cada serviço e ao julgamento profissional. Recursos como PVC, PPV, TEG/ROTEM e similares são recomendados quando disponíveis ou em centros com suporte avançado.

Considerações finais

Conclui-se que a classificação ASA PS é uma ferramenta amplamente utilizada na avaliação pré-anestésica de pacientes veterinários, contribuindo para a estratificação do risco, definição do protocolo anestésico e planejamento da monitorização. No entanto, apresenta

limitações relevantes, especialmente quanto à subjetividade na atribuição das categorias e à incapacidade de refletir, isoladamente, a complexidade da doença de base e do procedimento cirúrgico.

Exemplos discutidos, como pacientes cardiopatas classificados na mesma categoria que animais com alterações clínicas leves, evidenciam que indivíduos de um mesmo grupo podem apresentar riscos distintos, o que pode levar à subestimação ou superestimação do risco anestésico quando a classificação é utilizada isoladamente.

Na perspectiva dos autores, embora indispensável, a ASA PS é frequentemente supervalorizada como único critério de estratificação, podendo comprometer a tomada de decisão clínica. Dessa forma, recomenda-se sua interpretação crítica e integrada a uma avaliação pré-anestésica abrangente, incluindo exame clínico, exames complementares e análise da complexidade cirúrgica.

Sua aplicação deve ser individualizada, evitando classificações automáticas. Erros comuns incluem a desconsideração da gravidade funcional da doença de base e a falta de ajuste do planejamento anestésico dentro de uma mesma categoria. Situações como a presença de sopro cardíaco assintomático podem levar à classificação inadequada do paciente, enquanto o uso indiscriminado do sufixo “E” em condições não emergenciais também representa um equívoco frequente. Além disso, a revisão periódica da classificação pela equipe, por meio de treinamentos e *checklists*, pode melhorar a concordância interobservador e reduzir a variabilidade. É fundamental considerar que um mesmo score ASA PS não implica risco equivalente, sendo necessária a avaliação do estado clínico do paciente e da complexidade do procedimento para uma interpretação adequada.

Na prática, a classificação deve se basear em anamnese e exame físico completos, evitando simplificações, como a subclassificação de pacientes com alterações subclínicas.

Assim, a ASA PS é mais confiável quando utilizada de forma contextualizada, associada ao julgamento clínico e à avaliação global do paciente, contribuindo para maior segurança anestésica e melhores desfechos clínicos. &

Referências

- ALEF, M.; VON PRAUN, F.; OECHTERING, G. Is routine pre-anaesthetic haematological and biochemical screening justified in dogs? **Veterinary Anaesthesia and Analgesia**, [S. l.], v. 35, n. 2, p. 132–140, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-2995.2007.00364.x>.
- ASA COMMITTEE OF OVERSIGHT: ECONOMICS. American Society of Anesthesiologists Statement on ASA Physical Status Classification System. **Anesthesiology Open**, [S. l.], v. 1, n. 1, e0002, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1097/ao9.0000000000000002>.
- BAILEY, K. *et al.* The American College of Veterinary Anesthesia and Analgesia Small Animal Anesthesia and Sedation Monitoring Guidelines 2025. **Veterinary Anaesthesia and Analgesia**, [S. l.], v. 52, n. 4, p. 377–385, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaa.2025.03.015>.
- BEDNARSKI, R. *et al.* AAHA anesthesia guidelines for dogs and cats. **Journal of the American Animal Hospital Association**, [S. l.], v. 47, n. 6, p. 377–385, 2011. DOI: <https://doi.org/10.5326/JAAHA-MS-5846>.
- BRODBELT, D. C. *et al.* The risk of death: the confidential enquiry into perioperative small animal fatalities. **Veterinary Anaesthesia and Analgesia**, [S. l.], v. 35, n. 5, p. 365–373, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-2995.2008.00397.x>.

LAMONT, L. A. *et al.* (ed.). **Veterinary anesthesia and analgesia**: the sixth edition of Lumb and Jones. 6. ed. Hoboken: Wiley-Blackwell, 2024.

LEVINZON, I. *et al.* Pre-anaesthetic risk assessment and management of dogs with myxomatous mitral valve disease: a spectrum of care narrative review. **Journal of Small Animal Practice**, [S. l.], 2026. DOI: <https://doi.org/10.1111/jsap.70119>.

MCMILLAN, M.; BREARLEY, J. Assessment of the variation in American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification assignment in small animal anaesthesia. **Veterinary Anaesthesia and Analgesia**, [S. l.], v. 40, n. 3, p. 229–236, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/vaa.12007>.

MITCHELL, K. *et al.* Effect of routine pre-anesthetic laboratory screening on pre-operative anesthesia-related decision-making in healthy dogs. **Canadian Veterinary Journal**, [S. l.], v. 59, n. 7, p. 773–778, 2018.

MONTEIRO, B. P. *et al.* 2022 WSAVA guidelines for the recognition, assessment and treatment of pain. **Journal of Small Animal Practice**, [S. l.], v. 64, n. 4, p. 177–254, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1111/jsap.13566>.

MUIR, W. W. *et al.* **Handbook of Veterinary Anesthesia**. 5. ed. St. Louis: Elsevier, 2012.

PORTIER, K.; IDA, K. K. The ASA physical status classification: what is the evidence for recommending its use in veterinary anesthesia? – A systematic review. **Frontiers in Veterinary Science**, [S. l.], v. 5, e204, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3389/fvets.2018.00204>.

REDONDO, J. I. *et al.* Anaesthetic mortality in dogs: a worldwide analysis and risk assessment. **Veterinary Record**, [S. l.], v. 195, n. 1, e3604, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1002/vetr.3604>.

REZENDE, L. R. *et al.* Particularities of anesthesia in felines. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 5, e37610514994, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14994>.

RODRIGUES, N. *et al.* Estado físico e risco anestésico em cães e gatos: revisão. **Pubvet**, [S. l.], v. 11, n. 8, p. 781–788, 2017. DOI: <https://doi.org/10.22256/PUBVET.V11N8.781-788>.

RODRIGUES, N. M. *et al.* Classificação anestésica do estado físico e mortalidade anestésico-cirúrgica em cães. **Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia**, Belo Horizonte, v. 70, n. 3, p. 704–712, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-4162-9881>.

T Recebido: 29 de janeiro de 2026. Aprovado: 28 de abril de 2026.

Declaração de Contribuição do Autor

- **Agradecimentos:** Os autores declaram que não há pessoas ou instituições a serem agradecidas especificamente.
 - **Financiamento:** Este trabalho não recebeu financiamento de nenhuma agência de fomento, pública ou privada.
 - **Conflitos de interesse:** Os autores declaram não haver conflitos de interesse relacionados a este trabalho.
 - **Aprovação ética:** Por se tratar de um artigo de revisão da literatura, sem coleta de dados primários envolvendo animais, o presente trabalho não foi submetido a um comitê de ética em pesquisa.
 - **Disponibilidade de dados e material:** Todos os dados e materiais utilizados neste trabalho estão disponíveis no corpo do texto do artigo. Não há dados suplementares armazenados em repositórios externos.
 - **Contribuições dos autores:** ARAÚJO, M. R. F. de e CHISTÉ, A. L. G. L.: concepção e de-senho do estudo (Design), aquisição de dados, análise e interpretação dos dados, preparação do manuscrito, desenho do artigo e avaliação crítica do conteúdo.
-

Uma publicação do

