



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ERIKA OKUDA TAVARES

**QUALIDADE DO ATENDIMENTO INICIAL À CRIANÇA INTOXICADA:
SATISFAÇÃO DAS FAMÍLIAS**

MARINGÁ

2011

ERIKA OKUDA TAVARES

**QUALIDADE DO ATENDIMENTO INICIAL À CRIANÇA INTOXICADA:
SATISFAÇÃO DAS FAMÍLIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Magda Lúcia Félix de Oliveira.

MARINGÁ

2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, maringá –PR., Brasil)

T231	<p>Tavares, Erika Okuda Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada / : satisfação das famílias / Erika Okuda Tavares. - Maringá: [s.n.], 2011. 153 f. : il. figs.</p> <p>Orientadora : Profa. Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira.</p> <p>Dissertação (mestrado) - Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, 2011.</p> <p>1. avaliação em saúde. 2. Satisfação do usuário. 3. Intoxicação. I. Oliveira, Magda Lúcia Félix de, orient. II. Título.</p> <p>CDD 610.634 21.ed.</p>
------	---

ERIKA OKUDA TAVARES

**QUALIDADE DO ATENDIMENTO INICIAL À CRIANÇA INTOXICADA:
SATISFAÇÃO DAS FAMÍLIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Wladithe Organ de Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^ª. Dr^ª. Laura Misue Matsuda
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof^ª. Dr^ª. Magda Lúcia Félix de Oliveira (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Aos meus pais **Natanael** e **Nobuko**, que com muito esforço, trabalho e dedicação me proporcionaram o estudo, sem o qual não teria chegado até aqui.

Aos meus irmãos **Keila** e **Cairo** pelo apoio, compreensão e por me incentivarem a seguir em frente mesmo diante das adversidades.

AGRADECIMENTOS

Neste feliz ensejo, comprazo-me em externar meus sinceros agradecimentos a todos que comigo se fizeram presentes e me apoiaram ao longo do processo de estudo, pesquisa e montagem desta dissertação, de modo particular:

- a Deus, pela luz, amparo e força e por me ter conduzido nos momentos mais difíceis desta caminhada;
- à professora Dr^a. Magda Lúcia Félix de Oliveira, pelas orientações na realização deste trabalho;
- aos profissionais e estagiários/plantonistas do Centro de Controle de Intoxicações, pela atenção e paciência que tiveram para comigo durante o período de coleta de dados da pesquisa, informando-me da ocorrência dos casos de intoxicação infantil no HUM.
- aos funcionários do Hospital Universitário Regional de Maringá, pelo apoio e colaboração na realização deste trabalho;
- aos amigos que compartilharam comigo os bons momentos desta trajetória e nas horas difíceis não me deixaram desanimar;
- aos pais e familiares que fizeram parte deste estudo.

DAS UTOPIAS
Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!
(Mário Quintana)

TAVARES, Erika Okuda. **Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada: satisfação das famílias**. 2011. 153 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade do atendimento inicial a crianças intoxicadas em um serviço de saúde de atenção às urgências, na perspectiva da satisfação das famílias. Trata-se de uma pesquisa avaliativo-normativa que teve como unidade-caso a Unidade de Pronto Socorro do Hospital Universitário Regional de Maringá (PS/HUM), a partir de dados originados do Centro de Controle de Intoxicações (CCI/HUM). Foram entrevistados 19 responsáveis por crianças intoxicadas pelos diversos agentes tóxicos atendidas na unidade estudada no período de março a agosto de 2010, considerados avaliadores potenciais dos padrões mínimos do atendimento inicial à criança intoxicada. Para a avaliação da qualidade foi construído um modelo lógico de avaliação que estabelece padrões mínimos para a estrutura e o processo de atendimento. O instrumento para coleta de dados foi um roteiro de entrevista, com 133 questões estruturadas em escala *Likert*. A qualidade da estrutura para o atendimento foi avaliada nos aspectos tempo de espera para o atendimento e o conforto das dependências. O processo de atendimento foi subdividido nas dimensões ético-relacional e técnica. Na dimensão ético-relacional foram avaliados os aspectos de privacidade, direito à informação e dignidade e cortesia dos profissionais. Na dimensão técnica foram verificados os seguintes aspectos: a realização da anamnese clínico-epidemiológica e laboratorial; a realização de medidas de suporte à vida; implementação de medidas de intervenção específica para o tratamento da intoxicação; e a realização de procedimentos de precaução padrão durante o cuidado à criança. Os dados foram analisados descritivamente. O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (UEM), mediante o Parecer n.º 099/2010. As crianças intoxicadas estavam na faixa etária entre oito e 14 anos, sem variação quanto ao sexo, tendo medicamentos como principais agentes causadores das intoxicações, que na maioria foram acidentais. Os avaliadores potenciais do atendimento inicial à criança intoxicada eram, em sua maioria, mães das crianças; tinham, em média, 34,9 anos de idade, escolaridade até o Ensino Fundamental e renda de até 2,9 salários mínimos, e não possuíam plano de saúde. De modo geral, os entrevistados mostraram-se satisfeitos com os aspectos

avaliados na estrutura e nas dimensões ético-relacionais e técnicas do processo de atendimento à criança intoxicada; porém apresentaram limites quanto à avaliação da qualidade do atendimento aos usuários no tocante à dimensão técnica do processo, além de pouca escolaridade e baixa renda. Não obstante, ao expressarem sua satisfação/insatisfação, tornaram possível a identificação de alguns pontos que impedem um atendimento de melhor qualidade, sugerindo a adoção de medidas para diminuir o tempo de espera para atendimento no consultório médico, melhorar a ventilação, a iluminação e a privacidade da sala de medicação e aumentar a divulgação do Serviço de Ouvidoria da instituição.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Satisfação do usuário. Estrutura dos serviços. Intoxicação.

TAVARES, Erika Okuda. **Quality of the initial assistance given to poisoned children: family satisfaction.** 2011. 153 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing)–State University of Maringá, Maringá, 2011.

ABSTRACT

The objective of the present study was to evaluate the quality of the initial assistance given to poisoned children in an emergency care unit, regarding the satisfaction of their families. This is a normative evaluating research that had as unit-case, the Emergency Care Unit of the Regional University Hospital of Maringá (PS/HUM), using data from the Poison Control Center (CCI/HUM). The interviews were carried out with 19 individuals responsible for children poisoned by several toxic agents, assisted in the studied unit, in the period of March to August 2010. The subjects were considered potential appraisers of the minimum pattern of the initial assistance rendered to a poisoned child. For the evaluation of the quality a logical model of evaluation was built, establishing minimum patterns for the structure and for the assistance process. The instrument for collection of data was an interview route, with 133 questions structured in Likert scale. The quality of the structure for the assistance was evaluated in the aspect of waiting time for the assistance and the comfort on the environment. The assistance process was subdivided in ethical-relational and technique dimensions. In the dimension ethical-relational aspects of privacy, right to the information, and dignity and the professionals' courtesy were appraised. In the technical dimension the accomplishment of the clinical-epidemic anamneses and laboratorial were verified; the accomplishment of support measures to the life; implementation of measures of specific intervention for the treatment of the intoxication; and the accomplishment of procedures of precaution pattern during the care for the child. A descriptive analysis was performed with the collected data. The project was approved by the Permanent Committee of Ethics in Research Involving Human Beings (COPEP) of the State University of Maringá (UEM), resolution no. 099/2010. The poisoned children assisted at PS/HUM in the studied period, were between 8 and 14 years of age, without variation regarding sex, and medicines were the main agents that caused most accidental poisoning. The potential appraisers' profile of the initial care to the poisoned child pointed to a majority of mothers, average 34.9 years of age, with basic schooling background, income up to 2.9 minimum wages, and without any health plan. In general, the interviewees were shown satisfied with the appraised aspects in the structure and in the dimensions of

ethical-relationship and techniques on the assistance process to the poisoned child, however it presented limitations on the evaluation of the quality of the assistance regarding the technical dimension of the assistance process on the part of the users, with little education and coming from low income background. However, by expressing their satisfaction/dissatisfaction, they turned possible the identification of some points that impede an assistance of better quality, suggesting adoption of measures in order to reduce the waiting time for assistance in the Medical Clinic, to provide better air ventilation and better lightening in the room the illumination, and more privacy in the Medication Room, and increase the advertisement of the Ombudsman service of the institution.

Keywords: Evaluation in health. The user's satisfaction. Structure of the services. Poisoning.

TAVARES, Erika Okuda. **Calidad de la atención inicial al niño intoxicado**: satisfacción de las familias. 2011. 153 f. Disertación (Máster en Enfermería)–Universidad Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la calidad de la atención inicial a los niños intoxicados en un servicio de salud de atención a las urgencias, en la perspectiva de la satisfacción de las familias. Se trata de una investigación evaluativa normativa que tuvo como unidad-caso la Unidad de Hospital de Urgencias del Hospital Universitario Regional de Maringá (PS/HUM), a partir de datos originados del Centro de Control de Intoxicaciones (CCI/HUM). Fueron entrevistados 19 responsables por niños intoxicados por los diversos agentes tóxicos, atendidas en la unidad estudiada, en el período de marzo a agosto de 2010, considerados evaluadores potenciales de los patrones mínimos de la atención inicial al niño intoxicado. Para la evaluación de la calidad fue construido un modelo lógico de evaluación, estableciendo patrones mínimos para la estructura y el proceso de atención. El instrumento para recogida de datos fue un guión de entrevista, con 133 preguntas estructuradas en escala *Likert*. La calidad de la estructura para la atención fue evaluada en el aspecto tiempo de espera para la atención y el confort de las dependencias. El proceso de atención fue subdividido en las dimensiones ético-relacional y técnica. En la dimensión ético-relacional fueron evaluados los aspectos de privacidad, derecho a la información, dignidad y cortesía de los profesionales. En la dimensión técnica fueron verificadas: la realización de la anamnesis clínico-epidemiológica y de laboratorio; la realización de medidas de soporte a la vida; implementación de medidas de intervención específica para el tratamiento de la intoxicación; y la realización de procedimientos de precaución patrón durante el cuidado al niño. Los datos fueron analizados descriptivamente. El proyecto fue aprobado por el *Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos* (COPEP) de la Universidad Estadual de Maringá (UEM), con el número 099/2010. Los niños intoxicados estaban en la franja de edad entre ocho y catorce años, sin variación en cuanto al sexo, teniendo medicamentos como principales agentes causadores de las intoxicaciones, de mayoría accidental. Los evaluadores potenciales de la atención inicial al niño intoxicado eran en la mayoría madres de los niños, con media de 34,9 años de edad, escolaridad hasta la Enseñanza Primaria, renta de hasta 2,9 salarios mínimos y no poseían plan de salud. De modo general, los entrevistados se mostraron

satisfechos con los aspectos evaluados en la estructura y en las dimensiones ético-relacionales y técnicas del proceso de atención al niño intoxicado. Sin embargo, presentó límites en cuanto a la evaluación de la calidad de la atención con relación a la dimensión técnica del proceso de atención por parte de los usuarios, con poca escolaridad y baja renta. No obstante, al expresar su satisfacción/insatisfacción, tornaron posible la identificación de algunos puntos que impiden una atención de mejor calidad, sugiriendo adopción de medidas a fin de disminuir el tiempo de espera para atención en el Consultorio Médico, mejorar la ventilación, la iluminación y la privacidad de la Sala de Medicación, y mayor divulgación del servicio de la Defensoría del Pueblo de la institución.

Palabras clave: Evaluación en salud. Satisfacción del usuario. Estructura de los servicios. Intoxicación.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo de estrutura para atendimento inicial à criança intoxicada. PS/HUM, Maringá-PR, 2010	26
Figura 2	Modelo do processo para o atendimento inicial à criança intoxicada. PS/HUM, Maringá-PR, 2010.....	27
Figura 3	Intoxicações infantis notificadas ao CCI/HUM e definição da população de estudo. Maringá-PR, março-agosto, 2010	30

ARTIGO 1

Figura 1	Modelo de estrutura para atendimento inicial à criança intoxicada. PS/HUM, Maringá-PR, 2010	42
Figura 2	Modelo de processo para o atendimento inicial à criança intoxicada. PS/HUM, Maringá-PR, 2010	43
Quadro1	Padrões mínimos dos aspectos éticos e relacionais do atendimento inicial à criança intoxicada	44
Quadro2	Padrões mínimos do atendimento inicial à criança intoxicada – Medidas de Suporte à Vida e Anamnese Clínico-Epidemiológica e Laboratorial	46
Quadro3	Padrões mínimos para o atendimento inicial à criança intoxicada – Medidas de descontaminação	47
Quadro4	Padrões mínimos para o atendimento inicial à criança intoxicada – antídotos e soroterapia antiveneno	48
Quadro5	Padrões mínimos para o atendimento inicial à criança intoxicada – Tratamento Sintomático	49

ARTIGO 2

Figura 1	Modelo de processo para o atendimento inicial à criança intoxicada. PS/HUM, Maringá-PR, 2010	59
Gráfico1	Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada. Aspecto ético-relacional - privacidade . PS/HUM, Maringá-PR, mar./ago. 2010	63
Gráfico2	Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada. Aspecto ético-relacional - direito à informação . PS/HUM, Maringá-PR, mar./ago. 2010	64

Gráfico3	Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada. Aspecto ético-relacional - dignidade e cortesia . PS/HUM, Maringá-PR, mar./ago. 2010	65
Gráfico4	Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada. Aspecto técnico - anamnese clínico-epidemiológica e laboratorial . PS/HUM, Maringá-PR, mar./ago. 2010	66
Gráfico5	Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada. Aspecto técnico - uso de antídotos ou soroterapia antiveneno . PS/HUM, Maringá-PR, mar./ago. 2010	68

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	As intoxicações no contexto dos acidentes na infância - enfoque no atendimento inicial e a interface familiar	17
2.2	Avaliação de usuários de serviços de saúde	20
2.3	Técnicas para obtenção de informações e o modelo lógico de avaliação	23
3	OBJETIVOS	24
3.1	Objetivo geral	24
3.2	Objetivos específicos	24
4	MATERIAL E MÉTODOS	25
4.1	Desenho do estudo	25
4.1.1	Modelo lógico da estrutura de atendimento	27
4.1.2	Estabelecimento dos padrões mínimos para o processo de atendimento	28
4.2	Local do estudo	29
4.3	População em estudo	30
4.4	Fontes de dados	31
4.5	Instrumento de coleta de dados	32
4.6	Questões éticas	34
4.7	Procedimentos de pesquisa	34
4.7.1	Seleção dos casos	34
4.7.2	Preenchimento dos dados da ocorrência da intoxicação	35
4.7.3	Entrevista com familiar ou responsável	35
4.8	Processamento e análise dos dados	36
4.9	Apresentação dos resultados	37
5	ARTIGO 1	38
6	ARTIGO 2	55
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICES	84
	ANEXOS	146

1 INTRODUÇÃO

O tema do presente estudo é a avaliação da qualidade do cuidado a crianças intoxicadas na perspectiva da satisfação da família mediante a resposta à seguinte indagação: “As famílias estão satisfeitas com a qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada nos serviços de saúde?”.

Como participante do Programa de Visita Domiciliar ao Intoxicado (PROVIDI), do Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI / HUM), tive contato com pais e familiares de crianças intoxicadas que, após o atendimento hospitalar e ambulatorial, relatam a forma de atendimento nos serviços de saúde. Quando inquiridos sobre o tratamento da criança, item constante na Ficha de Visita Domiciliar, frequentemente relembram o episódio da intoxicação e “avaliam” como negativa a atenção recebida no serviço de saúde.

A maioria dos pais reclama da demora no atendimento e do acolhimento pelos profissionais de saúde, principalmente da forma de realização dos cuidados iniciais e da atenção aos aspectos éticos do atendimento.

Acolhimento é definido como uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço de saúde como um todo têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde (MERHY; ONOCKO, 1997).

Enquanto técnica, o acolhimento instrumentaliza a geração de procedimentos e ações que facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta de soluções ou alternativas aos problemas que se apresentam (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2006). Na procura por um serviço de saúde, um bom acolhimento pode fazer a diferença no processo do cuidado, incluindo a atenção ao paciente intoxicado e sua família, principalmente no caso das intoxicações infantis.

A intoxicação na infância é um evento tido como doloroso e negativo pela maioria das famílias, principalmente porque a faixa etária mais acometida é a de zero a quatro anos (ALEIXO, 2000; VIEIRA, 2001; RAMOS; TARGA; STEIN, 2005). No ano de 2008 foram notificados ao CCI/HUM 429 casos de intoxicação acidental em crianças, com 279 (65,9%) casos na faixa etária de zero a quatro anos de idade. Do total de casos internados, considerados de maior gravidade clínica, foram registrados 142 casos de intoxicação em

crianças, sendo 85 na faixa etária de um a quatro anos (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ, 2009).

Os acidentes em crianças com idade inferior a quatro anos são mais comuns, pelas características próprias do crescimento e desenvolvimento nesta faixa etária, e, dependendo da circunstância, do agente causal e da gravidade da intoxicação, geram sentimentos de maior comoção, tanto na família quanto na equipe de saúde que atenderá a criança (ALEIXO, 2000; VIEIRA, 2001; RAMOS; TARGA; STEIN, 2005).

A satisfação com o atendimento em serviços de saúde é um importante indicador na avaliação da qualidade da assistência. Quando a família é bem acolhida, aumenta a relação família/serviço de saúde, possibilitando uma melhoria na qualidade do processo de assistência à saúde.

Diante disso, optou-se por avaliar a qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada por meio da investigação da satisfação da família em uma unidade de atenção às urgências, no sentido de colaborar com propostas de modificação no processo de atendimento prestado à população e de conceber novas formas de intervenção e abordagem ao cliente intoxicado e família.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura sobre o tema em estudo foi realizada nos seguintes aspectos: conceituação de acidente, correlacionando-o ao cenário das intoxicações e ao maior número de casos na faixa etária de zero a 14 anos; as características do atendimento inicial em serviços de atenção às urgências à criança intoxicada e os sentimentos vivenciados pela família ante a ocorrência da intoxicação; e o conceito e propósitos da avaliação em saúde, com ênfase na avaliação da satisfação dos usuários de serviços de saúde como método de avaliação da qualidade dos serviços.

2.1 As intoxicações no contexto dos acidentes na infância - enfoque no atendimento inicial e a interface familiar

Acidente é um acontecimento independente da vontade humana, provocado por força exterior, podendo ou não ocasionar danos de ordem física e/ou mental (BATIGÁLIA et al., 2002). Pode ser definido também como evento não intencional e evitável, no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais, como trabalho, trânsito, escola, esportes e lazer (BRASIL, 2005b).

Os acidentes na infância representam uma importante causa de morbimortalidade no mundo, ao lado de doenças gastrointestinais, infecções respiratórias e desnutrição proteico-calórica. Dados da Sociedade Brasileira de Pediatria apontam que os acidentes, incluindo as intoxicações, constituem a terceira causa de mortalidade na faixa etária de zero a quatro anos. A gravidade e a importância das intoxicações cresceram em virtude da evolução tecnológica, com o aparecimento de novas drogas e outros agentes ou substâncias químicas potencialmente tóxicas (BATIGÁLIA et al., 2002; FILÓCOMO et al., 2002).

Intoxicação é um processo caracterizado por desequilíbrio fisiológico, causado por substâncias químicas encontradas no ambiente (plantas, animais, agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso industrial, produtos de uso domiciliar), e evidenciado por sinais e sintomas ou mediante exames laboratoriais, adquirindo peculiaridades ecológicas e culturais de acordo com a área geográfica e o contexto onde ocorre (SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S., 1999; OGA; SIQUEIRA, 2008).

A faixa etária de até quatro anos corresponde ao período de maior susceptibilidade às intoxicações, devido às particularidades do crescimento e desenvolvimento infantil. Nessa faixa os medicamentos são os principais agentes tóxicos, e a via oral é a principal via de exposição aos agentes (SIQUEIRA et al., 2008; LIRA et al., 2009; PRESGRAVE; CAMACHO; VILLAS BOAS, 2009).

O comportamento epidemiológico das intoxicações nos Estados Unidos da América (EUA) foi analisado por Agran et al. (2003), que encontraram uma taxa de intoxicação não intencional de 83 por 100 mil habitantes em crianças com um ano de idade, a qual aos quatro anos caiu para 14 por 100 mil habitantes.

No Reino Unido, no ano de 2002, ocorreram 24.887 casos de intoxicação atendidos em serviços de emergência envolvendo crianças com idade entre zero a quatro anos. Na Inglaterra, das 19.269 internações hospitalares daquele mesmo ano, 6.658 (35%) ocorreram entre crianças na faixa etária de zero a 14 anos, sendo 80% dos casos em crianças menores de cinco anos (GROOM et al., 2006).

Dados de um centro de informação toxicológica do Chile mostram que, nos anos de 1995 a 2002, dos 96.468 casos registrados, a principal circunstância foi a acidental, com 78,6% dos casos. Com relação à idade, 48.214 casos (50%) foram para a faixa etária de menores de cinco anos (MENA et al., 2004).

Estudo que caracterizou intoxicações registradas e atendidas em um centro de intoxicações da Venezuela nos anos de 2006 e 2007 mostrou os seguintes dados: nos 1.938 casos atendidos, a faixa etária de um a cinco anos de idade foi a mais frequente; a faixa etária compreendida entre um e dez anos de idade representou 31% do total das intoxicações; as intoxicações por praguicidas foram a segunda causa de atendimentos registrados, sendo a faixa etária mais afetada a de um a cinco anos (TAGLIAFERRO; BRACAMONTE, 2010).

Flores (2004), em estudo que caracterizou as intoxicações atendidas em uma unidade de cuidados intensivos de um hospital pediátrico na Bolívia nos anos de 1997 a 2003, encontrou 106 casos de intoxicação, tendo como circunstância acidental 52 casos (49%). Com relação ao agente causal da intoxicação, prevaleceram os não medicamentosos, com 87 casos (82,1%), entre os quais se destacaram inseticidas organofosforados, com 48 casos (45,3%), seguidos de monóxido de carbono, com 25 casos (23,6%). Os medicamentos foram a causa em 19 casos (17,9%).

Estudo realizado por Masot Rangel et al. (2004) com 609 crianças intoxicadas atendidas em um hospital pediátrico cubano apontou que 53% eram crianças na faixa etária entre zero e quatro anos, vítimas de intoxicação acidental, e 98,7% dos eventos aconteceram

no domicílio. Características específicas do ambiente doméstico podem contribuir para a ocorrência de acidentes, como a inexistência de grades de proteção em portas e janelas ou a guarda inadequada de produtos tóxicos.

Dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) de 2008 apontam 85.925 casos de intoxicação no Brasil, dos quais 32.307 ocorreram na faixa etária de zero a 14 anos, representando 37,6% do total das intoxicações; na faixa etária até quatro anos ocorreram 22.342 casos, ou seja, 67,5% do total das intoxicações infantis (BRASIL, 2009c).

Estudo realizado por Buriola, Oliveira e Amador (2006) que caracterizou 327 casos de intoxicação acidental na infância no município de Maringá-PR no ano de 2005 observou que os medicamentos foram os principais agentes causadores de acidentes, com 117 casos (36%). Estes dados foram corroborados por Tavares et al. (2010), com 429 casos de intoxicação em crianças na faixa etária de zero a 14 anos no ano de 2008. Destes, 113 casos (26,4%) tiveram o grupo dos medicamentos como o principal agente causal das intoxicações.

Diante desses dados conclui-se que as intoxicações infantis constituem uma grande demanda para atendimentos em unidades de atenção às urgências, sendo mais comuns na faixa etária de zero a quatro anos (PRESGRAVE; CAMACHO; VILLAS BOAS, 2009; LOURENÇO; FURTADO; BONFIM, 2008). Para Siqueira et al. (2008), as consequências relacionadas à morbidade por intoxicações são relevantes, pois, além de necessitarem de terapêutica prolongada e de custos elevados, o sofrimento causado à criança e seus familiares tornam o tratamento e o processo de reabilitação mais difíceis.

Diante de uma urgência toxicológica em crianças, deve-se fornecer o suporte técnico necessário à manutenção da vida, mas também suporte interpessoal à família, que sofre com a experiência vivenciada, desde o atendimento inicial nos serviços de urgência até o período de internação hospitalar.

O atendimento inicial nos serviços de urgência é caracterizado pela busca da estabilização das condições vitais da pessoa humana, por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade técnica, em que as ações da equipe de saúde são direcionadas à manutenção da vida e à minimização das possíveis sequelas (SOUZA; RODRIGUES; BARROSO, 2000).

Neste contexto, o processo de trabalho molda-se na luta contra o tempo para o alcance do equilíbrio vital (SOUZA; RODRIGUES; BARROSO, 2000), e os sentimentos vivenciados pelos familiares diante do atendimento da ocorrência toxicológica se manifestam de diferentes formas, como medo, preocupação, dúvida, desespero, culpa, tristeza, nervosismo e revolta,

independentemente de como o acidente aconteça e de quem esteja mais envolvido com o fato, demonstrando o despreparo para enfrentar a situação e a descrença de que esses casos possam ocorrer consigo (VIEIRA, 2001; ALEIXO; ITINOSE, 2003; PAI; LAUTERT, 2005).

Ao focar o indivíduo que adoece e necessita de um atendimento em serviços de saúde, percebe-se que a comunicação da equipe de saúde com a família tem grande importância e nem sempre ocorre da forma como é desejada (ALEIXO, 2000).

Como a equipe multiprofissional em saúde cuida de seres humanos, não pode dissociá-lo do emaranhado de significados que interfere no modo como este ser se coloca e age no mundo, e essas ações incluem o modo como cuida de sua saúde e como busca os caminhos para a prevenção e o tratamento, sendo a família fundamental na condução desse processo. Compreender o modo como profissionais de saúde abordam a família da criança intoxicada durante o atendimento hospitalar talvez seja um caminho adequado para propor estratégias preventivas no intuito de vislumbrar a adoção de um comportamento que se direcione para a educação em saúde (VIEIRA, 2001).

Durante o atendimento inicial à criança intoxicada, é necessária uma melhor interação entre os profissionais de saúde e as famílias, de forma a gerar relações mais efetivas tecnicamente e humanizadas no atendimento, as quais podem ser avaliadas por seus usuários de forma satisfatória ou insatisfatória, dependendo da estrutura do serviço, do processo de atendimento (a maneira pela qual a criança foi atendida pelos profissionais de saúde) e do resultado da atenção dispensada.

2.2 Avaliação de usuários de serviços de saúde

A avaliação, como componente da gestão em saúde, tem como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, definir a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005a).

Para Contandriopoulos et al. (1997), avaliação em saúde é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Para efetuar estes juízos de valor ou de mérito, é necessário

que se estabeleçam critérios ou padrões a partir dos quais seja possível efetuar avaliações mais objetivas sobre o objeto ou pessoa em questão (HARTZ; SILVA, 2005).

No tocante à avaliação do cuidado, Donabedian (1981) sugere a análise de três categorias: estrutura, que são os meios pelos quais se efetua o cuidado, como recursos materiais, humanos e estrutura organizacional; processos como as atividades desempenhadas tanto pelo cliente como pelos profissionais no diagnóstico e no tratamento; e resultado, que denota os efeitos do cuidado sobre o estado de saúde do cliente e da população, incluindo a melhoria do conhecimento do cliente e mudanças no seu comportamento e o seu grau de satisfação em relação ao cuidado.

A avaliação dos serviços de saúde por meio de pergunta aos usuários propagou-se na Europa e nos EUA a partir dos anos 1960, por estarem interessados nos estudos de adesão ao tratamento; e nas décadas de 1970 e 1980 foi inserida como um componente do movimento da qualidade dos serviços de saúde (SCOCHI, 1994; ESPIRIDIÃO; TRAD, 2005).

O conceito de qualidade permitiu avançar, incorporando os pacientes na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A satisfação do usuário é de fundamental importância como medida da qualidade da atenção, pois proporciona informações sobre o êxito do provedor em alcançar os valores e expectativas do cliente, temas nos quais estes são as maiores autoridades (DONABEDIAN, 1984).

Mendes et al. (2009), a partir do referencial teórico e político do Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro - PRO-ADESS (FIOCRUZ, 2003), da Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde - QUALISUS (BRASIL, 2003) e da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (BRASIL, 2004), em estudo que avaliou a satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento em serviços de urgências de Recife – PE, definiram sete dimensões de qualidade que privilegiam a perspectiva do usuário como cidadão e os serviços de saúde como ação do Estado, a saber:

a) confidencialidade das informações dadas pelos usuários; b) privacidade no atendimento, referente a não exposição do paciente a outros; c) direito à informação prestada pelos profissionais; d) conforto, relacionado às condições em que o atendimento foi realizado; e) dignidade e cortesia por parte dos profissionais durante a estada do paciente na emergência; f) tempo de espera para realização de exames e para o atendimento; e g) percepção da qualidade da assistência clínica realizada pelos médicos e equipe de enfermagem (MENDES et al., 2009, p. 159).

Para Donabedian (1990), a avaliação sob a ótica dos usuários é realizada principalmente por meio da categoria *aceitabilidade*, referindo-se à conformidade dos serviços oferecidos em relação às expectativas e aspirações dos pacientes e seus familiares.

A satisfação do usuário geralmente é caracterizada como uma avaliação de resultados, estando associada à efetividade do cuidado ou a um ganho específico de um determinado tipo de intervenção. Na qualidade de processo, refere-se, sobretudo, à relação interpessoal entre o profissional de saúde e o usuário; na avaliação da estrutura dos serviços, a satisfação serve para avaliar o contexto e insumos. Dentro da avaliação da qualidade, a satisfação do usuário constitui-se em um componente da aceitabilidade social. Esta aceitabilidade representa a aceitação e a aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população (ESPIRIDIÃO; TRAD, 2006).

Lemme, Noronha e Resende (1991), ao definirem satisfação como uma variável causal que faz com que as pessoas procurem atendimento médico com base em resultados de experiências anteriores, apontam dois aspectos que devem ser considerados quando se avalia a satisfação: o primeiro diz respeito à satisfação com o sistema de saúde em geral, o que motivará a procura de uma unidade (garantia no atendimento); e o segundo refere-se à medida da satisfação com o processo de atendimento ou com o resultado (garantia de retorno), que leva à continuidade do tratamento, o que pode interferir na eficácia da terapêutica pela maior adesão a ela.

A satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem do cuidado que recebe. O grau de satisfação ou de insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente. Ademais, ele pode se relacionar com aspectos da infraestrutura material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos, etc.), e também, com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença. O grau de adesão do paciente ao tratamento e as medidas preventivas recomendadas pelos profissionais podem ser influenciados por tais aspectos do cuidado (OLIVEIRA, 1998).

Também dados levantados em estudos de opinião/satisfação de usuários de serviços hospitalares podem revelar aspectos em que não foram atendidas suas expectativas e, a partir daí, nortear ações pertinentes ao aprimoramento do serviço (GOUVÊA; KUYA, 1999). A realização dessa modalidade de estudo em saúde pressupõe a definição da técnica mais adequada para obtenção das informações que subsidiarão a avaliação, pois várias técnicas podem ser utilizadas.

2.3 Técnicas para obtenção de informações e o modelo lógico de avaliação

Para a obtenção de informações sobre os usuários atendidos pela ação, programa ou serviço avaliado, podem ser utilizadas várias técnicas, tais como aplicação de questionários e *surveys*, grupos focais, análise de documentos, estudos de caso e entrevistas com informantes-chaves (SILVEIRA; PEIXOTO, 2010).

As entrevistas com informantes chaves têm objetivos semelhantes aos dos grupos focais, exceto que os entrevistados são escolhidos especificamente por suas experiências, envolvimento e conhecimento dos temas sobre os quais a informação é necessária, e são muito utilizadas na investigação com usuários. O propósito é reunir grupos de pessoas a fim de discutir tópicos importantes para a implementação da ação ou serviço. É uma técnica usada em situações nas quais é importante entender o contexto e novas ideias sobre o que fazer, com aplicação de questionário ao grupo específico (SILVEIRA; PEIXOTO, 2010).

Os questionários podem ser autoaplicáveis ou aplicados por entrevistadores face a face, por telefone ou via postal, e na sua construção devem acompanhar um modelo lógico de avaliação da ação ou serviço e padrões de atendimento previamente estabelecidos.

Modelo lógico é entendido como um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados. Descreve a sequência de eventos, através da síntese dos principais componentes do programa inseridos em um quadro (HARTZ; SILVA, 2005).

O processo para a construção da representação visual permite que a racionalidade subentendida dos programas seja explicitada por meio da busca de opinião de especialistas e da inclusão de informações de pesquisas, o que leva a uma maior possibilidade de construção de acordos em relação aos componentes do programa e aos resultados da avaliação (MEDINA et al., 2005).

A construção do modelo lógico de avaliação permite antever o que, onde e como avaliar, definindo-se então os meios para a obtenção das informações desejadas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- O estudo teve como objetivo geral avaliar a qualidade do atendimento inicial a crianças intoxicadas em um serviço de saúde de atenção às urgências, na perspectiva da satisfação das famílias.

3.2 Objetivos específicos

Constituíram-se como objetivos específicos:

- elaborar padrões mínimos de atendimento inicial à criança intoxicada em uma unidade de atenção às urgências;
- verificar a qualidade da estrutura de atendimento inicial à criança intoxicada, na perspectiva da satisfação das famílias;
- verificar a qualidade do processo de atendimento inicial à criança intoxicada, na perspectiva da satisfação das famílias.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

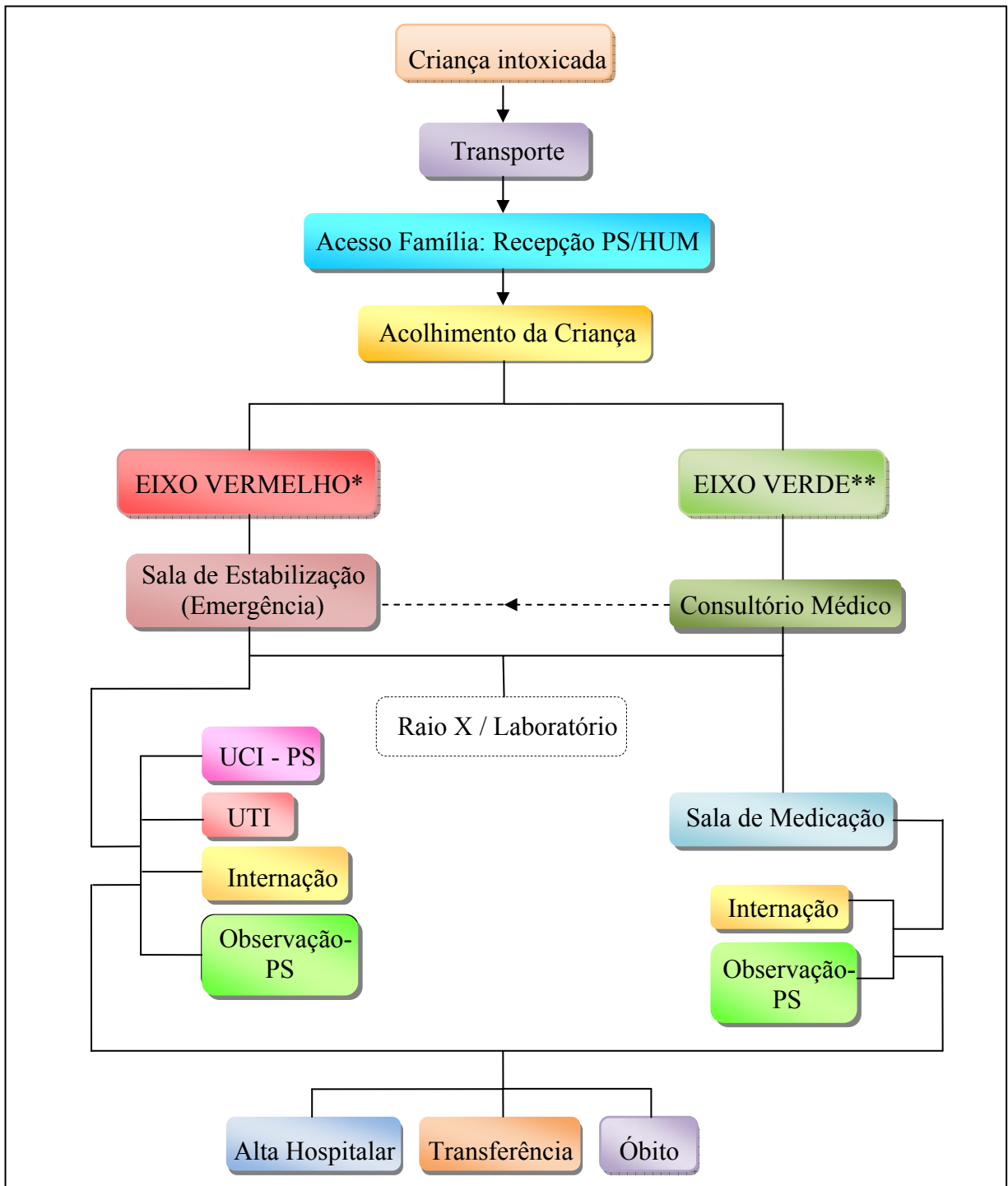
O estudo consiste em uma pesquisa avaliativo-normativa desenvolvida a partir de um estudo de caso na unidade de atenção às urgências do Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM), onde a qualidade do serviço foi verificada sob a ótica do usuário, neste estudo denominado familiar.

A avaliação normativa é a atividade que “consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 34).

Nesta modalidade, o processo de avaliação dá-se por meio de padrões previamente estabelecidos. Compara-se o que é encontrado nos serviços com o padrão considerado como referência a partir de um modelo lógico avaliativo, verificando-se se o serviço atinge ou não os critérios preconizados como desejáveis (MALIK; SCHIESARI, 2002).

Para a construção do instrumento de avaliação da qualidade do atendimento foram utilizados o referencial teórico do modelo de avaliação de qualidade de Donabedian (1981) e as sete dimensões de qualidade de serviços de urgência estabelecidas por Mendes et al. (2009).

O modelo lógico de estrutura e atendimento compreendeu a descrição do funcionamento da estrutura e do processo de atendimento inicial à criança intoxicada na unidade estudada, e sua construção foi orientada pela ambiência em serviços de urgência, articulada à diretriz do Acolhimento com Classificação de Risco em Unidades de Urgência (ACCR) (BRASIL, 2009a) da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS descrita anteriormente, e pela vivência da pesquisadora como enfermeira do Centro de Controle de Intoxicações do HUM (Figuras 1 e 2).



Notas: * Eixo vermelho: fluxo de pacientes graves com risco de morte (BRASIL, 2009a).

** Eixo verde: fluxo de pacientes aparentemente não graves (BRASIL, 2009a).

Figura 1 – Modelo de estrutura para atendimento inicial à criança intoxicada. PS/HUM, Maringá-PR, 2010.

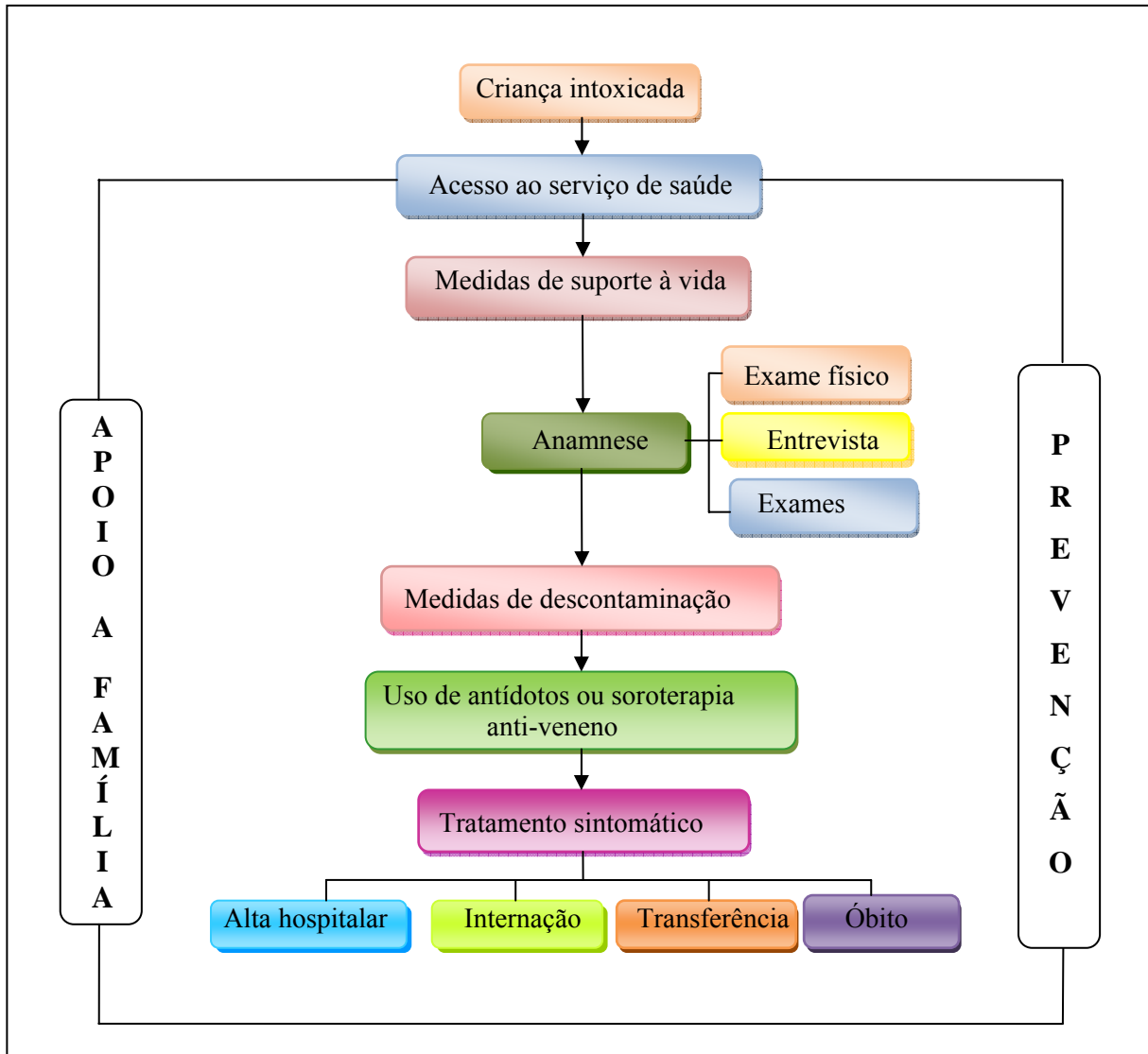


Figura 2 – Modelo do processo para o atendimento inicial à criança intoxicada. PS/HUM, Maringá-PR, 2010.

4.1.1 Modelo lógico da estrutura de atendimento

O modelo de estrutura para atendimento inicial à criança intoxicada na unidade de urgências está representado na figura 1. Foi confeccionado a partir dos eixos de Acolhimento e Classificação de Risco em Unidades de Urgência (ACCR) da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (BRASIL, 2009a), adaptados à unidade estudada.

O Acolhimento é uma ferramenta de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde e pressupõe mudança das relações entre o profissional, o usuário, a rede social e profissional e dos profissionais entre si. Diferencia-se da triagem por se constituir

numa ação de inclusão que não se esgota na recepção, e deve ocorrer em todos os locais ou momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2009a).

A Classificação de Risco é um dispositivo que, além de organizar e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada do cliente, garante o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado e informa o paciente e seus familiares sobre o tempo provável de espera; aumenta a satisfação dos usuários, e promove a pactuação e a construção de redes de atendimento (BRASIL, 2009a).

Foram configurados no PS/HUM os seguintes espaços de atendimento inicial à criança intoxicada: recepção, sala de estabilização (emergência), a Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), o consultório médico, a unidade de radiologia, a unidade de laboratório de análises clínicas e a sala de medicação.

Foram contemplados apenas os eixos de alta e média complexidade do ACCR (vermelho e verde), por tratar-se de um estudo que teve como enfoque o atendimento inicial à criança intoxicada.

O modelo estabelecido pela pesquisadora serviu como referência de estrutura para avaliar a satisfação da família referente ao acesso e ao conforto das dependências, assim como o acolhimento inicial e o tempo de espera para o atendimento.

4.1.2 Estabelecimento dos padrões mínimos para o processo de atendimento

Em relação à assistência toxicológica, não existe, a nível nacional, um protocolo ou consenso oficial que direcione o atendimento inicial à criança intoxicada. Apesar disso, as bases conceituais já estão bem-estabelecidas na literatura no que diz respeito às intervenções de saúde nesta área (TURINI, 2007).

Esta etapa do presente estudo envolveu a análise de documentos e a literatura técnico-científica sobre o tema, com o propósito de estabelecer padrões para a intervenção, ou seja uma atenção qualificada para o atendimento inicial à criança intoxicada.

O estabelecimento dos padrões baseou-se no Módulo IV – Atendimento Inicial ao Paciente Intoxicado, do Curso de Toxicologia à Distância promovido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em parceria com a Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (RENACIAT), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal

do Rio de Janeiro (NUTES/UFRJ) e a Associação Brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológica e Toxicologistas Clínicos (ABRACIT), disponível em meio eletrônico (TURINI, 2007).

Os padrões técnicos do atendimento de enfermagem, que descrevem os fundamentos de procedimentos de cuidado realizados pela equipe de enfermagem, foram embasados no livro “Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital”, que aborda a descrição e fundamentação dos procedimentos técnicos de enfermagem à criança hospitalizada dando enfoque à família inserida no processo do cuidado (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

O modelo lógico do processo para o atendimento inicial à criança intoxicada na unidade de urgência está representado na Figura 2, e contempla as etapas do processo do atendimento inicial com enfoque na prevenção e no apoio à família.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Controle de Intoxicações (CCI/HUM) e teve como unidade-caso a Unidade de Pronto Socorro do Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM).

O HUM, certificado como Hospital de Ensino, é uma instituição pública vinculada à Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, referenciado como tipo II para atendimento em urgência e emergência, dispendo de 31 leitos para observação clínica e internação no pronto-socorro.

Neste nível de complexidade, é a única porta de entrada da região Noroeste do Paraná e exclusiva para usuários do SUS, realizando, em média, 150 atendimentos diários. No PS/HUM são atendidas urgências traumático-cirúrgicas, ortopédicas e clínicas (clínica médica, ginecologia, obstetrícia e pediatria). A existência de um centro de informação e assistência toxicológica em suas dependências torna o HUM referência para as urgências toxicológicas, principalmente as de maior gravidade clínica.

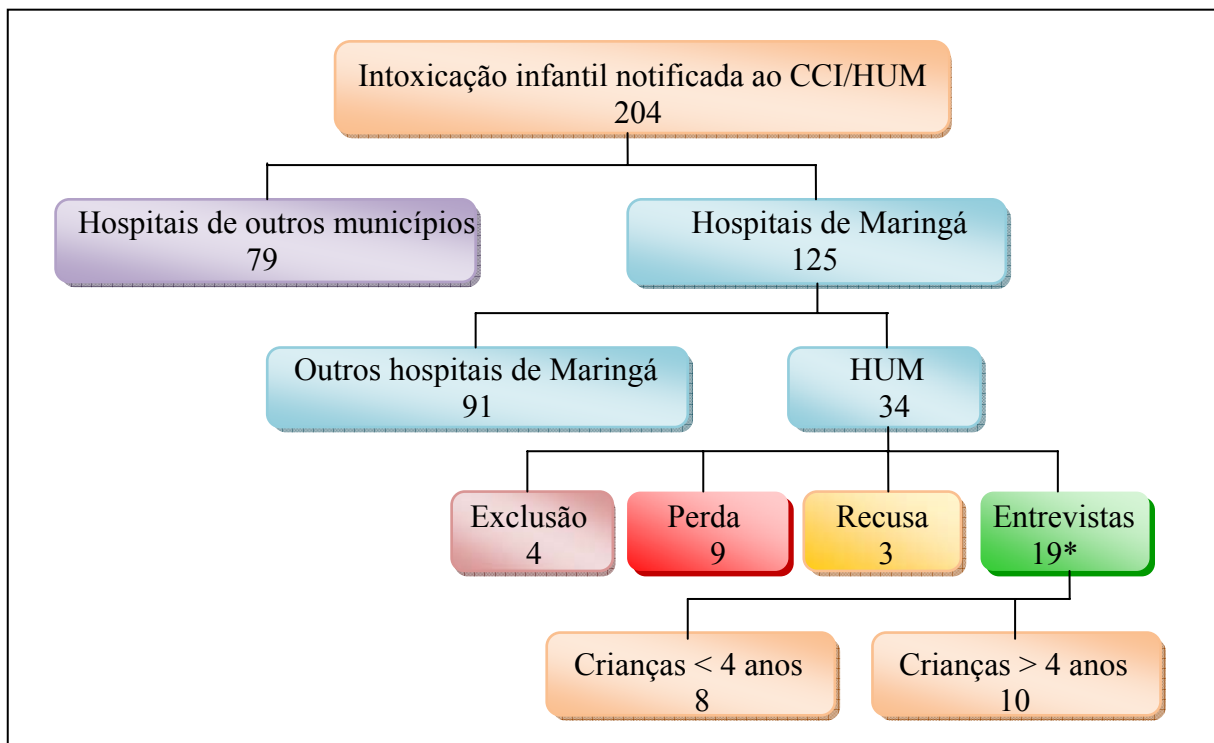
O Centro de Controle de Intoxicações (CCI) é um órgão de assessoria e consultoria na área de urgências toxicológicas, e atende em regime de plantão permanente. Os indivíduos intoxicados são cadastrados no CCI/HUM por meio do preenchimento da Ficha de Notificação e de Atendimento, em modelo padronizado nacionalmente, a qual é arquivada no Serviço.

4.3 População do estudo

A população do estudo foi composta por pais ou responsáveis de crianças até 14 anos, intoxicadas pelos diversos agentes químicos, atendidas no pronto-socorro do Hospital Universitário Regional de Maringá (PS/HUM) no período de março a agosto de 2010.

Foram incluídos no estudo os pais ou responsáveis pelas crianças que foram atendidas na estrutura delimitada na Figura 1 e notificadas ao CCI/HUM, os quais foram considerados avaliadores potenciais da assistência prestada às crianças. Foram convidados a participar da entrevista somente os pais ou responsáveis que acompanharam todas as fases do atendimento da criança no pronto-socorro.

No período de março a agosto de 2010, foram notificados ao CCI/HUM, 204 casos de intoxicação de crianças. Destes, 34 casos foram atendidos no PS/HUM e seus pais ou responsáveis foram incluídos previamente no estudo (Figura 3).



Nota: * Em um dos casos foram entrevistados o pai e a mãe de uma mesma criança.

Figura 3 – Intoxicações infantis notificadas ao CCI/HUM e definição da população de estudo. Maringá-PR, março-agosto, 2010.

Durante o estudo, foram excluídos um caso com o desfecho de óbito da criança e três casos em que os pais ou responsáveis não foram abordados pela pesquisadora no ambiente hospitalar, por transferência ou alta hospitalar da criança, e não residiam no município de Maringá, o que tornava inviável a entrevista por meio de visita domiciliar (Figura 3).

Houve nove perdas - ocasionadas por endereço incompleto e ausência do número de telefone, número de telefone incorreto e/ou ignorado, fatores que impossibilitaram contato para eventual agendamento de visita domiciliar com aplicação do roteiro de entrevista - e três recusas, das quais uma ocorreu ainda no ambiente hospitalar, quando o pai da criança disse estar muito abalado com o que acontecera com seu filho, mostrando-se indisposto a ser entrevistado; e as outras duas ocorreram quando do telefonema para agendamento de visita domiciliar, em que os pais ou responsáveis alegaram falta de tempo e de oportunidade para atender a pesquisadora (Figura 3).

Foram efetivamente entrevistados 19 pais ou responsáveis pelas crianças intoxicadas, pois em um dos casos foram entrevistados a mãe e o pai de uma mesma criança, que a acompanharam em todas as fases do atendimento e consentiram em participar do estudo. Quanto à idade das 18 crianças intoxicadas deste estudo, oito eram menores de quatro anos (Figura 3).

4.4 Fontes de dados

Foram utilizadas como fontes de dados iniciais da criança e da ocorrência a Ficha de Ocorrência Toxicológica (OT) e a Ficha de Atendimento do Pronto-Socorro do HUM.

A ficha OT é um instrumento de notificação de casos de intoxicação em modelo padronizado nacionalmente. Nela estão registradas as informações de identificação do paciente, os dados do agente tóxico, da ocorrência e da circunstância da intoxicação, sobre o tratamento e evolução clínica do intoxicado, observações e/ou complicações do caso até a alta hospitalar ou desfecho clínico (ANEXO A).

A Ficha de Atendimento do PS / HUM é preenchida para todos os pacientes atendidos no Serviço, contendo os seguintes campos de registro assistencial: identificação do paciente; história da doença atual, exame físico e sinais vitais do paciente; diagnóstico, prescrição, registro de entrada e de alta, e destino do paciente (ANEXO B).

4.5 Instrumento de coleta de dados

O instrumento para coleta de dados consistiu de um roteiro de entrevista com questões estruturadas que seguiu o modelo lógico para avaliação da estrutura (Figura 1) e o modelo lógico para avaliação do processo de atendimento (Figura 2), e sua construção foi baseada nos Padrões Mínimos de Atendimento Inicial à Criança Intoxicada, elaborados pela pesquisadora (APÊNDICE A).

O roteiro da entrevista foi dividido em duas partes. A primeira continha questões que visaram caracterizar as condições socioeconômicas do respondente e da família e obter dados da ocorrência da intoxicação, como agente causal, circunstância, sinais e sintomas apresentados e tratamento realizado; e a segunda continha questões avaliativas, construídas em escala do tipo *Likert* de quatro pontos, variando de “totalmente insatisfeito” a “totalmente satisfeito”, distribuídas nas partes A e B do roteiro (BRANDALISE, 2005) (APÊNDICE B).

A Parte A está relacionada à estrutura para o atendimento, nos aspectos de tempo de espera e conforto; e a Parte B está relacionada ao processo de atendimento e subdividida em duas partes: parte B-I, contendo aspectos éticos e relacionais do atendimento (privacidade, direito à informação, dignidade e cortesia dos profissionais); e parte B-II, contendo os padrões técnicos do atendimento (medidas padrão de precaução utilizadas pelos profissionais, medidas de manutenção da vida da criança, anamnese clínica, epidemiológica e laboratorial; e medidas de intervenção, incluindo descontaminação, uso de antídotos ou soroterapia contra veneno e tratamento sintomático).

Para as respostas foi elaborado um esquema gráfico com quatro quadros coloridos, com a variação apresentada na escala *Likert*, nas cores vermelho (totalmente insatisfeito), laranja (insatisfeito), amarelo (satisfeito) e verde (totalmente satisfeito) (APÊNDICE C).

Para construção e validação do roteiro de entrevista adotou-se o referencial metodológico da teoria e modelo de elaboração de escalas psicométricas proposto por Pasquali (1999), embora este estudo não tenha como enfoque um objeto ou processo psicológico usado na psicometria, e sim, a mensuração da satisfação de pais ou responsáveis de crianças intoxicadas, com a qualidade do atendimento inicial em uma unidade de atenção às urgências. Por isso foram realizadas algumas adaptações dos passos de elaboração de testes psicológicos propostos por Pasquali, para alcançar o objetivo proposto.

Pasquali (1998) propõe os seguintes passos para a construção de instrumentos psicométricos: a escolha do sistema a ser estudado, o conhecimento preciso de suas

particularidades, propriedades ou atributos, a compreensão da dimensionalidade desses atributos, a definição constitutiva e operacional dos mesmos, a elaboração de itens e a validação do conteúdo.

O objeto de interesse deste estudo e o sistema a ser estudado são representados pela avaliação da qualidade do cuidado a crianças intoxicadas na perspectiva da satisfação da família. A propriedade deste objeto foi a satisfação de pais ou responsáveis de crianças intoxicadas com a qualidade do atendimento inicial, e a dimensionalidade foi a satisfação com a qualidade da estrutura e do processo de atendimento.

Na definição do construto foram definidos atributos para a estrutura e o processo de atendimento. A estrutura para o atendimento foi segmentada nas dimensões de tempo de espera para o atendimento e conforto nos aspectos de: limpeza, conservação de pisos, paredes e teto, iluminação e ventilação.

O processo de atendimento foi subdividido nos aspectos ético-relacional e técnico. O aspecto ético-relacional foi segmentado nas dimensões de privacidade, direito à informação e dignidade e cortesia dos profissionais; o aspecto técnico foi dividido em: procedimentos de precaução padrão, anamnese clínico-epidemiológica e laboratorial - que incluiu entrevista, exame físico, verificação de sinais vitais e coleta de material biológico para realização de exames complementares - e ainda, medidas de intervenção específica para o tratamento da intoxicação como descontaminação, uso de soroterapia e antídotos e tratamento sintomático.

Diante destas definições, iniciou-se a operacionalização do construto, por meio da construção dos itens do roteiro de entrevista, em que foram utilizados Padrões Mínimos do Atendimento Inicial à Criança Intoxicada, construídos pela pesquisadora.

Na construção dos itens procurou-se que o enunciado das afirmações elaboradas atendesse aos critérios de objetividade, simplicidade, relevância, precisão, credibilidade e adequação da linguagem à população de destino.

O roteiro de entrevista foi submetido à avaliação de um profissional da área de enfermagem com título de mestre e dissertação com abordagem na área de toxicologia e de um profissional de Psicologia com especialização em saúde mental e experiência na área de toxicologia. Foram sugeridas adequações quanto à forma de apresentação das afirmativas a serem feitas aos entrevistados e diminuição do número destas.

Em seguida foi realizado um teste piloto, com o objetivo de estimar o tempo de cada entrevista e identificar dificuldades no preenchimento e na compreensão do roteiro de entrevista por parte dos entrevistados.

O teste piloto apontou repetição dos itens de precaução padrão em todos os itens avaliados no processo técnico de atendimento e número excessivo de afirmações, fatores que tornavam a entrevista muito extensa, mesmo seguindo-se apenas o quadro clínico da intoxicação apresentado pela criança e os locais de atendimento, dentro da estrutura estabelecida. Após discussão com a orientadora, foi elaborado o item “precauções padrão”, para que não houvesse repetição em todos os itens, e algumas afirmações do roteiro foram excluídas.

4.6 Questões éticas

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (UEM), em obediência às normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução CNS 196/96, tendo recebido parecer favorável de n.º 099/2010 (ANEXO C).

Em todas as entrevistas foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado em duas vias (APÊNDICE D).

Em cumprimento dos preceitos éticos, após passar o período de maior apreensão quanto aos cuidados de socorro à criança, respeitando-se o período de tempo necessário para que os pais e/ou familiares se sentissem seguros quanto à estabilidade desta, o familiar ou responsável era abordado pela pesquisadora, e se aceitasse participar da pesquisa, era encaminhado a uma sala reservada, longe da ‘agitação’ do PS/HUM, onde responderam ao roteiro de entrevista.

4.7 Procedimentos de pesquisa

4.7.1 Seleção dos casos

Diariamente, em todos os períodos, era realizado contato telefônico com o CCI/HUM, para averiguar a ocorrência de casos de intoxicação em crianças atendidas no PS/HUM.

Quando a pesquisadora era informada da ocorrência de um caso de intoxicação infantil, dirigia-se inicialmente ao CCI/HUM para compilar os dados iniciais de identificação da ficha OT.

Paralelamente, foi realizado um levantamento de casos de intoxicação em crianças notificados ao CCI/HUM, com o intuito de minimizar o número de perdas na pesquisa, pois nos casos em que a criança recebeu alta clínica e não foi possível à pesquisadora acessar a família no ambiente hospitalar, foi realizada abordagem pela via telefônica e a entrevista por meio de visita domiciliar, caso o familiar e/ou responsável que acompanhou a criança no dia do atendimento consentisse em participar do estudo.

4.7.2 Preenchimento dos dados da ocorrência da intoxicação

A compilação inicial dos dados da ficha OT serviu para delimitar o número das perguntas constantes no roteiro de entrevista a serem feitas ao entrevistado, de acordo com a circunstância da intoxicação, o agente causal, sinais e sintomas apresentados, tratamento e exames realizados e evolução clínica da criança; ou seja, as perguntas eram feitas ao entrevistado de acordo com o tipo e gravidade da intoxicação da criança, o tratamento realizado (processo de atendimento) e os espaços delimitados na estrutura de atendimento. Vale salientar que estes mesmos dados eram complementados com informações da ficha de atendimento do pronto-socorro.

4.7.3 Entrevista com o familiar ou responsável

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do roteiro de entrevista pela própria pesquisadora ao familiar, no setor de Pronto-Socorro do HUM, durante o período de permanência da criança no serviço, tão logo tivessem sido prestados os cuidados iniciais à criança e garantida sua estabilidade clínica.

Nos casos em que a criança foi transferida para outro setor do hospital, antes da chegada da pesquisadora na unidade em estudo os pais ou familiares eram abordados no setor de internamento da criança, respeitando-se a rotina e o funcionamento de cada setor, e quando

aceitavam participar da pesquisa eram levados a uma sala reservada, onde respondiam ao roteiro de entrevista. Para a visita domiciliar, após contato telefônico, agendava-se o dia e horário para a realização da entrevista com a aplicação do roteiro.

Na abordagem presencial e telefônica a pesquisadora se identificava, expondo ao familiar ou responsável a realização da pesquisa e seu objetivo principal (avaliar a satisfação da família com o atendimento à criança intoxicada no PS/HUM).

No ambiente hospitalar, após a abordagem, era entregue o TCLE para leitura e esclarecimentos de eventuais dúvidas. Na realização da visita domiciliar era informado o motivo desta, conforme contato telefônico prévio, com posterior entrega do referido termo. Em ambas as situações, após a leitura e aceitação em participar do estudo o termo era assinado em duas vias, ficando o entrevistado com uma delas.

Procedia-se, então, à explicação das partes constantes do roteiro de entrevista e da maneira como as partes A e B (referentes à estrutura e ao processo de atendimento) deveriam ser respondidas.

Afirmações referentes à estrutura (tempo de espera, conforto das instalações) e ao atendimento à criança intoxicada no PS/HUM (relação profissional-cliente e procedimentos técnicos) seriam dirigidas ao entrevistado, a quem se pedia que indicasse, nos quadros para resposta ao roteiro de entrevista: *totalmente insatisfeito*, quando estivesse insatisfeito com tudo o que lhe seria afirmado; *insatisfeito*, quando estivesse mais insatisfeito do que satisfeito com o que lhe seria afirmado; *satisfeito*, quando estivesse mais satisfeito do que insatisfeito com o que lhe seria afirmado; e - *totalmente satisfeito*, quando estivesse satisfeito com tudo o que lhe seria afirmado.

As afirmações eram expostas ao entrevistado de acordo com o agente causal, as circunstância, os sinais e sintomas e a gravidade da intoxicação na criança, além do tratamento realizado (processo de atendimento), e ainda com os espaços em que a criança foi atendida, de acordo com o tratamento prescrito, delimitados na estrutura para o atendimento.

4.8 Processamento e análise dos dados

A pesquisa envolveu três níveis de produção de informação: (1) a elaboração dos padrões mínimos do atendimento inicial à criança intoxicada; (2) avaliação da qualidade do

atendimento na perspectiva da satisfação da família com relação à estrutura e ao processo de atendimento inicial à criança intoxicada; e (3) a descrição dos casos objeto da entrevista.

Os padrões mínimos foram construídos alicerçados em evidências científicas e sistematizados em seis eixos, relacionando-se o procedimento a ser realizado e o respectivo padrão no tocante à estrutura e ao processo de atendimento. Os eixos apresentados foram: aspectos ético e relacionais do atendimento, medidas de suporte à vida, anamnese clínica, epidemiológica e laboratorial, medidas de descontaminação, uso de antídotos ou soroterapia contra veneno e tratamento sintomático.

Para verificar a qualidade do atendimento segundo a satisfação das famílias, os dados da escala *Likert*, com as variações “totalmente insatisfeito”, “insatisfeito”, “satisfeito” e “totalmente satisfeito”, foram analisados descritivamente e apresentados em gráficos.

Os casos investigados foram descritos na ordem em que ocorreram, sendo relatados os dados sobre o acidente e o tratamento, o caminho percorrido pela criança de acordo com a estrutura para o atendimento, dados sobre o agente causal da intoxicação, relato da entrevista e impressões do entrevistador (APÊNDICE E).

4.9 Apresentação dos resultados

Os resultados do presente estudo estão apresentados em dois artigos científicos intitulados: (1) *Padrões mínimos de atendimento inicial à urgência toxicológica para abordagem à criança intoxicada* e (2) *Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada em uma unidade de atenção às urgências: satisfação das famílias*.

5 ARTIGO 1

**PADRÕES MÍNIMOS DE ATENDIMENTO INICIAL À URGÊNCIA
TOXICOLÓGICA PARA ABORDAGEM À CRIANÇA INTOXICADA***Erika Okuda Tavares¹Magda Lúcia Félix de Oliveira²**RESUMO**

O presente estudo teve por objetivo apresentar os padrões mínimos de atendimento inicial à criança intoxicada em um serviço de atenção às urgências de um hospital ensino. Foram utilizados como diretrizes para a construção dos padrões mínimos o módulo IV, “Atendimento Inicial ao Paciente Intoxicado, do Curso de Toxicologia promovido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)” documentos e literatura técnico-científica sobre o tema e a experiência das autoras em um centro de informação toxicológica. Os padrões mínimos abrangeram a estrutura e o processo de atendimento. Uma das limitações encontradas foi a inexistência de referências consistentes voltadas para o atendimento inicial ao intoxicado, porém acredita-se que os padrões estabelecidos neste estudo possam contribuir para a assistência inicial aos intoxicados e às famílias em unidades de atenção às urgências.

Palavras-chave: Padrão de cuidado. Intoxicação. Saúde da criança.

* Trabalho extraído da dissertação de mestrado “Qualidade do Atendimento Inicial à Criança Intoxicada: Satisfação das Famílias”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, UEM, Maringá-PR, 2011.

¹ Pós-Graduanda (Mestrado) em enfermagem, pela Universidade Estadual de Maringá, UEM, Maringá-PR, Brasil.

² Doutora em Saúde Coletiva, docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, UEM, Maringá-PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre a sociedade e o Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos sobre hospitalização e mortalidade por acidentes apontam que cerca de 50 milhões de crianças até 14 anos ficam com sequelas permanentes, e anualmente um milhão delas morrem em decorrência de acidentes no mundo (AZEVEDO et al., 2010). Entre os acidentes, as intoxicações são consideradas um fenômeno emergente, devido ao desenvolvimento da indústria química e farmacêutica, à facilidade de acesso a medicamentos e substâncias tóxicas, ao largo emprego de praguicidas nas áreas rurais e urbanas, à prescrição médica abusiva de psicotrópicos e à falta de cuidado adequado no manuseio de substâncias tóxicas (JORGE; KOIZUMI; TUONO, 2007).

Intoxicação pode ser definida como a manifestação clínica ou bioquímica ocasionada pela interação de um agente químico ou entoxicante, como tal considerada qualquer substância ou produto capaz de produzir uma reação deletéria em um organismo vivo (LARINI, 1993; EATON; KLAASSEN, 2001). É mais comum na faixa etária de zero a 14 anos, principalmente até os seis anos de idade, segundo estudos realizados no Reino Unido, na Inglaterra, na Bolívia e no Brasil, e constitui uma das principais causas de atendimento em unidades de atenção às urgências (FLORES, 2004; GROOM et al., 2006; WERNECK; HASSELMANN, 2009; TAVARES et al., 2010).

Souza e Barroso (1997), ao relatarem a dinâmica de uma unidade de urgência e emergência, descreveram os primeiros momentos registrados no acompanhamento de uma criança intoxicada e apontaram a necessidade de se avaliar a intervenção dos profissionais. Há casos em que a criança responde imediatamente ao tratamento estabelecido, mas outros requerem cuidados intensivos e prolongados, seja por causa do agente causal da intoxicação, seja pela circunstância da exposição, seja ainda pela quantidade do agente presente no organismo ou pela repercussão sistêmica que se instalou.

O atendimento inicial nos serviços de urgência e emergência é caracterizado pela busca da estabilização das condições vitais da pessoa humana, que se dá por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade da equipe de saúde, com ações direcionadas à manutenção da vida e minimização de possíveis sequelas (VIEIRA, 2001; PAI; LAUTERT, 2005), e a existência de padrões mínimos que norteiem a conduta dos profissionais de saúde é de primordial importância para a eficácia do processo de assistência.

Padrões mínimos podem ser compreendidos como planos de cuidados que facilitam a ordenação e o direcionamento da qualidade da assistência. Os padrões definem os processos e

resultados de intervenções e devem considerar as condições estruturais anteriores e a qualidade com que se desenvolve o processo de assistência (CHAVES, 2005).

Com relação ao atendimento à pessoa intoxicada, foram criados, a partir de 1953, os centros de assistência toxicológica em diversos países do âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS), por profissionais de saúde da área de pediatria. No Brasil, o primeiro centro foi criado em 1963, no município de São Paulo, com o objetivo de atender aos casos de intoxicação pediátrica, além de atuar no campo da pesquisa e da informação toxicológica. Ao longo do tempo seus serviços foram ampliados para o atendimento a adultos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA E TOXICOLOGISTAS CLÍNICOS, 2009).

Os centros de informação e assistência toxicológica (CIAT) brasileiros são unidades especializadas, responsáveis pelo fornecimento de informação e orientação sobre diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção de intoxicações. No atendimento aos casos de intoxicação, possuem protocolos para atenção às urgências voltados ao produto químico, porém há uma carência de protocolos voltados à assistência à pessoa intoxicada (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA E TOXICOLOGISTAS CLÍNICOS, 2009).

Além de suporte que garanta a manutenção da vida, é necessária uma melhor interação entre os profissionais de saúde e a família nos serviços de saúde. Estes serviços são avaliados por seus usuários de forma satisfatória ou insatisfatória dependendo da estrutura, do processo de atendimento (a maneira pela qual a criança foi atendida pelos profissionais de saúde) e do resultado da atenção dispensada, quer pelos profissionais quer pelo serviço de saúde.

Andraus, Minamisava e Munari (2004) afirmam ser necessário desenvolver e aprimorar estratégias que incluam os pais nos cuidados, mas para isto é preciso identificar as condições locais, para propor estratégias específicas aos profissionais que lidam com a família.

Os padrões mínimos para o atendimento inicial à criança intoxicada ora apresentados são parte integrante de uma dissertação de mestrado que teve como objetivo principal avaliar a qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada na perspectiva da satisfação da família. Para atender aos propósitos da avaliação normativa da satisfação dos usuários foi necessário criar o modelo lógico de avaliação e o estabelecimento dos padrões mínimos de atendimento.

Diante disso, o presente estudo tem por objetivo apresentar padrões mínimos de atendimento inicial à criança intoxicada em um serviço de atenção às urgências de um hospital-ensino.

METODOLOGIA

O estudo é descritivo e apresenta os padrões mínimos de assistência voltados ao atendimento inicial à criança intoxicada.

Para a construção dos padrões mínimos foi estabelecido pelas autoras um modelo lógico de estrutura e processo de atendimento inicial à criança intoxicada da unidade estudada (Figuras 1 e 2).

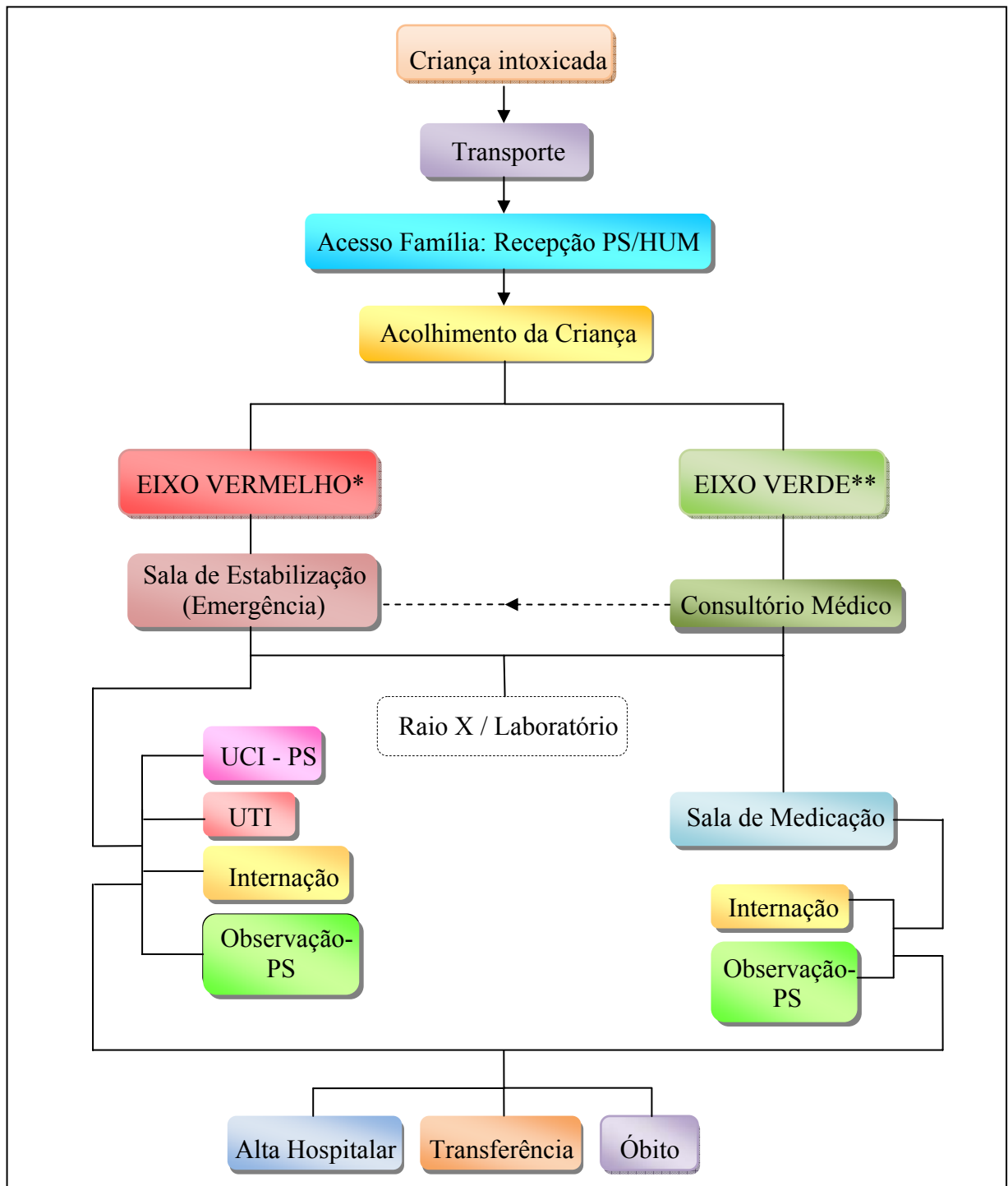
O modelo de estrutura para atendimento inicial à criança intoxicada na unidade de urgências foi confeccionado a partir dos eixos de Acolhimento e Classificação de Risco em Unidades de Urgência (ACCR) da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS, adaptados à unidade estudada (BRASIL, 2009a).

Foram utilizados como diretrizes teóricas para a construção dos padrões mínimos, o módulo IV, *Atendimento Inicial ao Paciente Intoxicado*, do Curso de Toxicologia promovido pela Anvisa/Renaciat (TURINI, 2007), documentos e literatura técnico-científica sobre o tema e a experiência das autoras em um centro de informação toxicológica. Foram contemplados apenas os eixos de alta e média complexidade do ACCR (vermelho e verde), por tratar-se de um estudo que teve como enfoque o atendimento inicial à criança intoxicada.

No modelo lógico da estrutura foram contemplados os seguintes espaços de atendimento inicial à criança intoxicada na unidade estudada: Recepção, Sala de Estabilização (Emergência), Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), Consultório Médico, Unidade de Radiologia, Unidade de Laboratório de Análises Clínicas e Sala de Medicação, e estabelecidos padrões mínimos para a estrutura do atendimento nos aspectos de tempo de espera e conforto do ambiente.

O processo técnico do atendimento inicial à criança intoxicada incluiu medidas de prevenção de infecção hospitalar, aspectos ético-relacionais do atendimento, medidas de suporte avançado de vida; a anamnese clínico-epidemiológica e laboratorial, entrevista (base para diagnóstico sindrômico), exame físico e solicitações de exames complementares; as medidas de descontaminação gástrica, cutânea, oral, respiratória e ocular, o uso de antídotos ou soroterapia contra veneno e o tratamento sintomático.

O projeto de pesquisa de dissertação de mestrado foi submetido à apreciação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (UEM), em obediência às normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme Resolução CNS 196/96, recebendo parecer favorável de n.º 099/2010.



Notas: * Eixo vermelho: fluxo de pacientes graves com risco de morte (BRASIL, 2009a).

** Eixo verde: fluxo de pacientes aparentemente não graves (BRASIL, 2009a).

Figura 1 – Modelo de estrutura para atendimento inicial à criança intoxicada. PS/HUM, Maringá-PR, 2010.

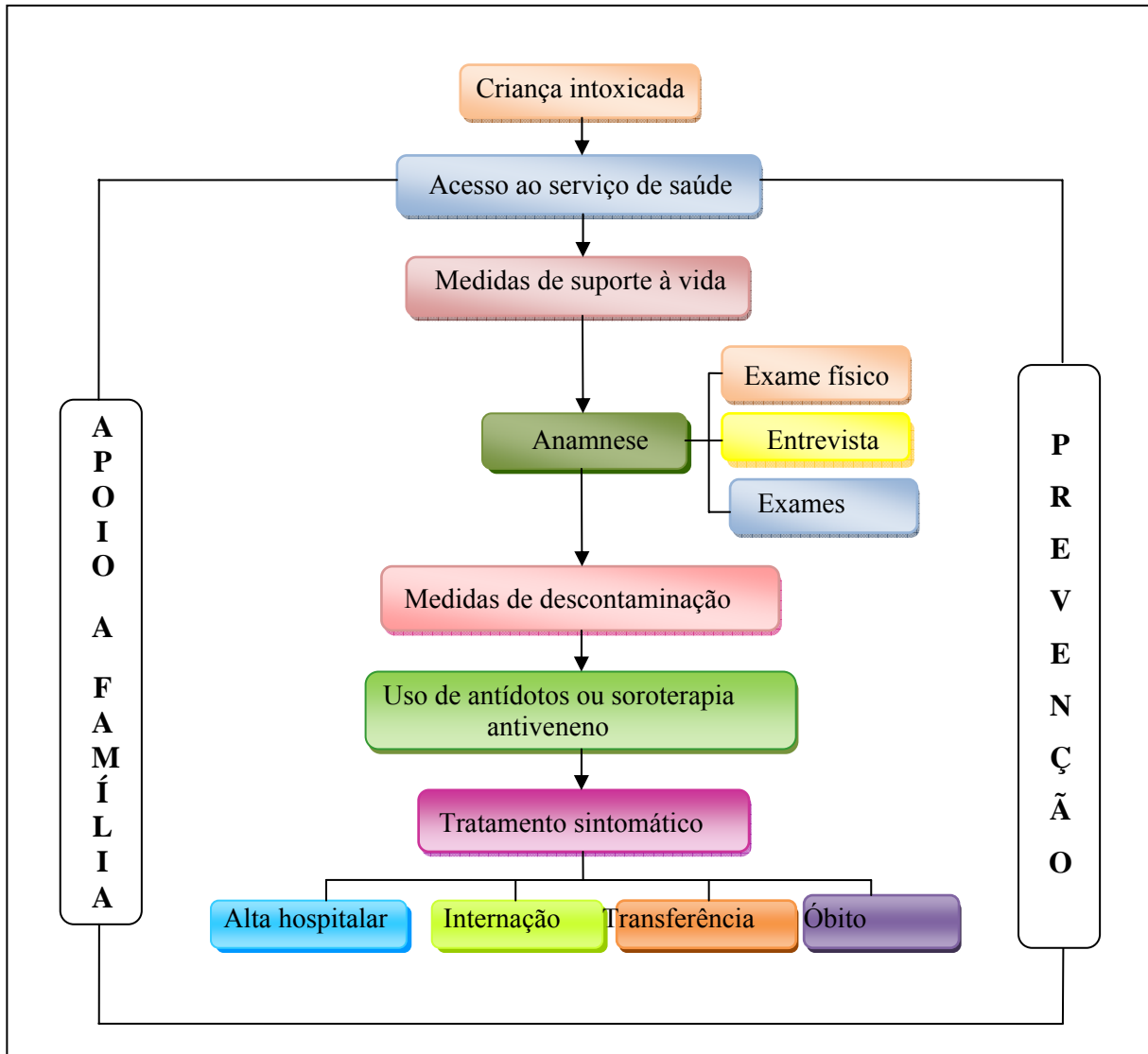


Figura 2 – Modelo do processo para o atendimento inicial à criança intoxicada. PS/HUM, Maringá-PR, 2010.

Apresentação dos padrões mínimos de atendimento inicial à criança intoxicada

Para a estrutura do atendimento inicial à criança intoxicada, foram estabelecidos padrões mínimos nos aspectos de tempo de espera e conforto do ambiente.

O tempo de espera/acolhimento inicial foi dimensionado para todos os espaços da estrutura de atendimento, sendo padrão o atendimento imediato para aquelas crianças que foram acolhidas no eixo vermelho do ACCR e o tempo máximo de trinta minutos para as acolhidas no eixo verde do ACCR.

O tempo é importante para o homem nas diversas áreas do conhecimento e tem uma finalidade em cada área, por isso é estudado, medido, analisado e avaliado tanto qualitativa como quantitativamente. A questão do tempo nos serviços de saúde, em algumas situações em que ocorre a demora no atendimento, leva à formação de filas, que tornam a espera inevitável (ARROYO, 2007).

O conforto no espaço físico da unidade foi padronizado nos aspectos de limpeza e conservação de pisos, paredes e teto em todos os espaços de atendimento, e nos aspectos de iluminação e ventilação dos ambientes da Recepção, Sala de Estabilização (Emergência), Consultório Médico e Sala de Medicação. Considerou-se como padrão o bem-estar físico referido pelos usuários diante dessa estrutura.

Para Corbella (2003), uma pessoa está confortável em um ambiente quando se sente em neutralidade em relação a ele. No caso dos ambientes hospitalares, a arquitetura pode ser um instrumento terapêutico se contribuir para o bem-estar físico do paciente, com a criação de espaços que, além de acompanharem os avanços da tecnologia, desenvolvam condições de convívio mais humanas.

Para o processo de atendimento foram estabelecidos padrões mínimos nos aspectos éticos, relacionais e técnicos do atendimento.

Os aspectos éticos e relacionais do atendimento foram padronizados quanto à privacidade, ao direito à informação e à dignidade e cortesia dos profissionais (Quadro 1).

	Padrões mínimos de assistência
Aspectos Éticos e Relacionais do Atendimento	<p><i>*Privacidade:</i> realizar atendimento com discrição, usar biombo entre uma maca e outra, manter a porta fechada para o atendimento.</p> <p><i>*Direito à informação:</i> informar sobre o estado de saúde da criança, tratamento e exames realizados, medicamentos administrados, autorização para acompanhar todas as fases do atendimento à criança, onde reclamar caso não for bem atendido.</p> <p><i>*Dignidade e cortesia dos profissionais:</i> profissional apresentar-se pelo nome, atender criança e família com educação.</p>

Quadro 1 – Padrões mínimos dos aspectos éticos e relacionais do atendimento inicial à criança intoxicada.

A privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que pode ser garantida por meio de divisórias ou cortinas e elementos móveis, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado (BRASIL, 2009b).

O inciso II do segundo princípio da carta dos direitos dos usuários do SUS, assevera que é direito dos cidadãos receber informações e esclarecimentos por parte da equipe de saúde, de

forma clara, objetiva e respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitando-se os limites éticos no tocante a hipóteses diagnósticas, diagnósticos confirmados, exames solicitados, objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos, riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas, duração prevista do tratamento proposto, finalidade dos materiais coletados para exames, evolução provável do problema de saúde (BRASIL, 2007).

O quarto princípio deste mesmo documento assegura ao cidadão o atendimento com vista a preservar sua cidadania durante o tratamento, observando-se os direitos de: sigilo e confidencialidade de todas as informações pessoais, ele saber os nomes dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde e ter acesso aos mecanismos de escuta a fim de poder apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços, respeitando-se a privacidade, o sigilo e a confidencialidade (BRASIL, 2007).

Quanto aos aspectos técnicos do atendimento, para cada tipo de intoxicação existem protocolos específicos de tratamento e de medidas de atenção pré-hospitalar e hospitalar, informadas por centros de informação e assistência toxicológica. A precocidade e a competência técnico-profissional na aplicação destes protocolos estão diretamente relacionadas à sua eficácia (BRASIL, 2007).

A conduta terapêutica para uma intoxicação aguda, como em qualquer urgência clínica, requer uma avaliação inicial rápida das condições clínicas do paciente para identificar e corrigir situações de risco iminente de vida (ELLENHORN, 1997; PIRES, M. P. F; PIRES, C. E. F.; FEDER, 1999). A sistemática de atendimento à pessoa intoxicada deve seguir as seguintes etapas: (1) avaliação e atendimento primário; (2) avaliação clínica e laboratorial; (3) aplicação de medidas de descontaminação e/ou tratamento específico; (4) tratamento sintomático ou de suporte.

As medidas de suporte à vida visam à estabilização das condições vitais do paciente e consistem na realização de uma série de intervenções que buscam corrigir distúrbios representativos de risco iminente de vida e manter o paciente em condições adequadas até o estabelecimento do diagnóstico definitivo e o consequente tratamento específico. O reconhecimento da síndrome tóxica ou toxissíndrome permite a identificação mais rápida do agente causal e a realização do tratamento adequado. Para tanto, é necessário realizar uma anamnese e um exame físico cuidadoso (SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S., 1999).

Exames complementares são essenciais para a avaliação clínica da criança intoxicada e podem fornecer importantes informações quanto ao diagnóstico e evolução clínica da intoxicação, bem como guiar a investigação para uma análise toxicológica específica. Quando há evidências de toxicidade moderada ou grave em intoxicações que apresentem potencial de toxicidade sistêmica

e em exposições a substâncias desconhecidas, exames laboratoriais de rotina ou específicos das substâncias tóxicas envolvidas podem ser necessários (BRASIL, 2007).

Considerando-se que a prevenção das infecções hospitalares é um aspecto da humanização da atenção em saúde (MELO et al., 2006), foram estabelecidos como padrão mínimo de procedimentos de precaução padrão, que sejam realizados pelos profissionais de saúde, para proteção e prevenção de infecção cruzada, a lavagem ou higienização das mãos antes e após qualquer procedimento e o uso de luvas, avental, máscara e óculos de proteção na realização de procedimentos invasivos.

Quanto ao processo de atendimento, estabeleceu-se como padrão mínimo medidas para o suporte avançado de vida nos aspectos do ABCDE da ação profissional para o atendimento imediato às vítimas (KLEINMAN et al., 2010), e o processo de anamnese clínico-epidemiológica e laboratorial, incluindo entrevista, exame físico, verificação de sinais vitais e coleta de material biológico para exames complementares (Quadro 2).

Procedimentos	Padrões mínimos de assistência
Medidas de Suporte à Vida	<p>*A- <i>Permeabilidade das vias aéreas</i>: posicionar a criança de modo a manter as vias aéreas livres.</p> <p>*B- <i>Respiração</i>: avaliar o padrão respiratório.</p> <p>*C- <i>Avaliação hemodinâmica</i>: verificar pressão sanguínea e frequência cardíaca; realizar monitoração eletrocardiográfica contínua; puncionar acesso venoso para infusão de fluidos; coletar material biológico para realização de exames.</p> <p>*D- <i>Avaliação neurológica</i>: observar diâmetro pupilar; observar nível de consciência.</p> <p>*E- <i>Exposição</i>: retirar todas as vestes da criança; observar e investigar sinais como marcas de picadas, bolhas, manchas.</p>
Anamnese Clínico-Epidemiológica e Laboratorial	<p>* <i>Entrevista</i>: perguntar sobre o agente causal da intoxicação, a dose estimada, a via de exposição, o tempo do ocorrido, onde ocorreu, quem estava com a criança, como ocorreu, os procedimentos realizados no local da ocorrência, sinais e sintomas apresentados, a ocorrência de intoxicações anteriores, a existência de patologia associada.</p> <p>* <i>Examef</i>: realizar exame do couro cabeludo, das pupilas, orelhas, narinas, cavidade oral, função cardíaca e pulmonar, braços, pernas, tórax, abdômen, região genital e pele, utilizando-se a metodologia semiológica.</p> <p>* <i>Sinais vitais</i>: limpar termômetro com algodão embebido em álcool 70%; realizar desinfecção da oliva e do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%; aquecer estetoscópio antes de colocá-lo sobre o tórax da criança; não realizar ausculta cardíaca diretamente sobre a pele da criança; utilizar estetoscópio e manguito de tamanhos adequados à criança.</p> <p>* <i>Coleta de material biológico/sangue</i>: realizar antisepsia da pele com algodão embebido em álcool 70%; comprimir o local puncionado com algodão seco; colocar curativo no local puncionado.</p>

Quadro 2 – Padrões mínimos do atendimento inicial à criança intoxicada – Medidas de Suporte à Vida e Anamnese Clínico-Epidemiológica e Laboratorial.

Foram considerados como medidas de intervenção específica para o tratamento da criança intoxicada a descontaminação, o uso de soroterapia e antídotos e a realização de procedimentos para tratar os sinais e sintomas da intoxicação (BRASIL, 2007).

Medidas de descontaminação servem para a diminuição ou interrupção da absorção do agente tóxico. É a etapa em que se procura diminuir a exposição do organismo ao agente, seja reduzindo o tempo e/ou a superfície de contato ou a quantidade do agente em contato com o organismo. Compreende um conjunto de medidas de grande importância, na tentativa de impedir o desenvolvimento da intoxicação, mas na prática, tem sua eficácia limitada por uma série de fatores, principalmente o tempo de instituição dos procedimentos (CASARETT; DOULL, 1995; SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S., 1999).

Com relação ao processo de medidas de descontaminação, foram estabelecidos os padrões mínimos para a lavagem gástrica e a descontaminação cutânea, respiratória e ocular mais utilizadas na unidade de atenção às urgências estudada (Quadro 3).

Procedimentos	Padrões mínimos de assistência
Medidas de Descontaminação	<p>* <i>Lavagem gástrica</i>: introduzir a sonda levemente na cavidade oral/nasal da criança.</p> <p>* <i>Descontaminação cutânea</i>: orientar o procedimento de descontaminação; supervisionar o banho realizado pelo acompanhante.</p> <p>* <i>Descontaminação respiratória</i>: utilizar máscara de nebulização de tamanho adequado à criança; orientar o acompanhante a permanecer com a máscara de nebulização perto da região nasal da criança; orientar repetição da nebulização durante uma semana.</p> <p>* <i>Descontaminação Ocular</i>: posicionar a criança para facilitar a descontaminação; lavar os olhos da criança com soro fisiológico 0,9% por no mínimo 20 minutos; encaminhar ao oftalmologista.</p>

Quadro 3 – Padrões mínimos para o atendimento inicial à criança intoxicada – Medidas de descontaminação.

A exposição oral constitui a principal via de introdução do agente tóxico das intoxicações. Diante disso, a lavagem gástrica é um método de descontaminação gástrica amplamente utilizado em unidades de urgência. É bastante segura, se bem realizada, e eficiente, se realizada pouco tempo após a ingestão do agente tóxico; entretanto não remove com eficácia plantas tóxicas, pílulas e cápsulas não dissolvidas, especialmente fármacos de liberação lenta ou controlada ou com cobertura entérica (SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S., 1999; LEITE; AMORIM, 2006).

A descontaminação cutânea por meio de remoção das vestes e lavagem corporal continua sendo a medida básica no atendimento imediato. A lavagem deve ser feita com água

corrente, com especial atenção ao couro cabeludo, região retroauricular, axilas, umbigo, região genital e subungueal (SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S., 1999).

A via respiratória é uma via de grande absorção de gases e vapores, elementos que podem comprometer tanto as vias aéreas superiores quanto os alvéolos; por isso a descontaminação das vias aéreas deve ser realizada o mais precocemente possível, pois diminui o contato da substância com o organismo. O contato ocular com substâncias químicas pode acarretar lesões graves, devendo-se agir rapidamente a fim de evitar lesões permanentes na córnea (BRASIL, 2007).

Para o uso de antídotos e soroterapia antiveneno, os antídotos foram divididos em específicos e inespecíficos. Para a soroterapia antiveneno foram estabelecidos como padrões a realização de exames laboratoriais para averiguar a necessidade da soroterapia e procedimentos padronizados pelo Ministério da Saúde antes, durante e após a soroterapia (BRASIL, 2001) (Quadro 4).

Procedimentos	Padrões mínimos de assistência
Uso de Antídotos ou Soroterapia Anti-Veneno	<p><i>*Antídotos</i></p> <p>- Inespecíficos <i>Carvão ativado</i>: administrar via sonda naso ou orogástrica. <i>Azeite de oliva</i>: explicar sobre uso e benefícios.</p> <p>- Específicos <i>Vitamina K</i>: realizar exames laboratoriais antes da administração, administrar via intramuscular. <i>Atropina e pralidoxima</i>: realizar exames laboratoriais antes e durante o tratamento; verificar rigorosamente os sinais vitais durante o período de administração.</p> <p><i>*Soroterapia antiveneno</i> Realizar exames laboratoriais para averiguar necessidade de soroterapia e após o término, controlar diurese quanto aspecto, coloração e volume por meio de sondagem vesical; verificar sinais vitais antes, durante e após soroterapia; diluir soro antiveneno em soro fisiológico ou glicosado, observar aparecimento de reações adversas, acompanhar de perto a soroterapia.</p>

Quadro 4 – Padrões mínimos para o atendimento inicial à criança intoxicada – antídotos e soroterapia antiveneno.

Os antídotos específicos atuam em casos de intoxicações ocasionadas por uma determinada substância química ou por um grupo químico definido de substâncias, e os inespecíficos, quando modificam a toxicocinética ou a toxicodinâmica de agentes químicos de grupos diversos (SCHVARTSMAN, 1993).

Os antídotos específicos eleitos para o estudo foram a vitamina K, a atropina e a pralidoxima, e os antídotos inespecíficos, o carvão ativado e o azeite de oliva.

A vitamina K é utilizada em casos de hemorragia devido à intoxicação por raticidas cumarínicos ou induzida pela heparina. A atropina é usada em intoxicações por inseticidas organofosforados, contrapondo-se aos efeitos muscarínicos deste. A pralidoxima age contrapondo-se aos efeitos nicotínicos dos organofosforados e pode ser usada concomitantemente com a atropina em casos de intoxicações por organofosforados (BRASIL, 2007).

O uso do carvão ativado pode retardar ou acelerar a passagem do agente tóxico para o intestino, principalmente se o paciente não estiver posicionado adequadamente. Não há necessidade de realizar lavagem gástrica em casos de ingestão de doses pequenas e moderadas, se o carvão ativado puder ser administrado prontamente. A dose usual é de 1 g/kg, em suspensão aquosa, porém o aspecto desagradável pode dificultar o uso quando administrado por via oral. Sua eficácia diminui com o tempo, e os melhores resultados são observados na primeira hora após a ingestão do tóxico (OGA, 1996; SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S., 1999).

O azeite de oliva age formando uma película protetora da mucosa do trato gastrointestinal em caso de intoxicações por produtos corrosivos, em que a lavagem gástrica é contraindicada.

A soroterapia antiveneno, quando indicada, é fundamental para tratar adequadamente pacientes picados pela maioria dos animais peçonhentos. O objetivo do tratamento é neutralizar a maior quantidade possível de veneno circulante. Sua administração deve ser preferencialmente realizada a nível hospitalar (BRASIL, 2001).

No processo do tratamento de sinais e sintomas, em medidas denominadas inespecíficas ou sintomáticas, foram estabelecidos padrões para a avaliação da dor, da ocorrência de náusea e vômito, de hipotermia e hipertermia (Quadro 5).

Procedimentos	Padrões mínimos de assistência
Tratamento Sintomático	<p><i>*Controle da Dor:</i> avaliar, prescrever e administrar medicação analgésica concernente.</p> <p><i>*Controle do Vômito:</i> observar ocorrência; avaliar, prescrever e administrar medicação anti-emética e/ou soro com eletrólitos.</p> <p><i>*Controle da Hipotermia:</i> usar cobertores; aquecer o ambiente com aquecedor elétrico.</p> <p><i>*Controle da hipertermia:</i> utilizar compressas frias; realizar banho de imersão; avaliar, prescrever e administrar medicação anti-térmica.</p>

Quadro 5 – Padrões mínimos para o atendimento inicial à criança intoxicada – Tratamento Sintomático.

A intensidade da dor é que vai definir o tipo de analgésico a ser usado no tratamento. Dores intensas podem exigir analgésicos narcóticos, particularmente morfina. Alguns casos, como os de picada de animais peçonhentos, por exemplo, podem exigir anestesia local ou bloqueio anestésico (SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S., 1999).

Antieméticos são indicados nos casos em que os vômitos representam grave risco de broncoaspiração, e contribuem para o estabelecimento de distúrbios hidroeletrólíticos, nos casos de ingestão de substâncias cáusticas e na presença de hematêmese (BRASIL, 2007).

Nos casos de intoxicação, os medicamentos antitérmicos usuais podem não ser eficazes e mascarar o quadro clínico, pois nestes casos os mecanismos de hipertermia geralmente não são mediados pelos sistemas das prostaglandinas. Assim, medidas físicas são as mais recomendadas, como envoltórios úmidos e frios, compressas frias, bolsas de gelo e fricção com esponja úmida. A hipotermia pode ser tratada com medidas físicas externas de aquecimento (SCHVARTSMAN; SCHVARTSMAN, 1999; BRASIL, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência de protocolos que subsidiem a assistência à criança intoxicada é de fundamental importância para a melhoria da qualidade da assistência, podendo contribuir para a promoção de novas formas de intervenção junto à criança e à família. Os padrões definem os processos e resultados de intervenções e devem considerar condições estruturais prévias, bem como a qualidade com que se desenvolve o processo de assistência (CHAVES, 2005).

Os padrões ora apresentados serviram de referência para a elaboração de um instrumento que avaliou a satisfação de usuários de um serviço de atenção às urgências, porém acredita-se que sua aplicabilidade possa contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à criança intoxicada e sua família, principalmente para a enfermagem, que tem atuação direta sobre o cuidado prestado aos pacientes. Os padrões podem contribuir para que a assistência ao intoxicado se torne mais ágil, eficaz e completa, na medida em que apresentam uma sequência lógica e normas para o atendimento.

Uma das limitações encontradas na realização deste estudo foi a inexistência de documentos e referências com evidência em saúde e de enfermagem voltados ao atendimento inicial ao intoxicado. A realização de novos estudos que visem ao intoxicado, e não somente ao agente causal da intoxicação, talvez possa contribuir para a elaboração de um protocolo

padrão dirigido à assistência; porém a prevenção de novos casos de intoxicação, a começar pelo processo de assistência, deve ser ressaltada em todas as pesquisas no campo da toxicologia clínica.

Sugere-se a realização de novos estudos no sentido de construir, validar e testar instrumentos que sirvam de apoio para ações de atenção no campo da assistência toxicológica.

MINIMUM PATTERN OF INITIAL ASSISTANCE GIVEN ON THE TOXICOLOGICAL EMERGENCY TO APPROACH A POISONED CHILD

ABSTRACT

The present study had the objective to present the minimum pattern of initial assistance to be given to poisoned children in an emergency room of a University Hospital. The construction of the minimum patterns the module IV Initial Assistance to the Poisoned Patient, from the Course of Toxicology promoted by the National Agency of Sanitary Surveillance (ANVISA), documents and technician-scientific literature about the theme, and the authors' experience in a center of toxicological information were used as a guideline. The minimum pattern comprised the structure and the assistance process. One of the found limitations found was the inexistence of consistent references regarding the initial assistance to the poisoned; however it is believed that the established patterns in this study can contribute for the initial assistance to poisoned and their families in emergency room units.

Keywords: Pattern of care. Poisoning. Child's health.

PATRONES MÍNIMOS DE ATENCIÓN INICIAL A LA URGENCIA TOXICOLÓGICA PARA ABORDAJE AL NIÑO INTOXICADO

RESUMEN

El presente estudio tuvo por objetivo presentar los patrones mínimos de atención inicial al niño intoxicado en un servicio de atención a las urgencias de un hospital escuela. Fueron

utilizados como directrices para la construcción de los patrones mínimos el módulo IV Atención Inicial al Paciente Intoxicado, del Curso de Toxicología promovido por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), documentos y literatura técnico-científica sobre el tema, y la experiencia de las autoras en un centro de información toxicológica. Los patrones mínimos abarcaron la estructura y el proceso de atención. Una de las limitaciones encontradas fue la inexistencia de referencias consistentes dirigidas para la atención inicial al intoxicado, sin embargo, se cree que los patrones establecidos en este estudio puedan contribuir para la asistencia inicial a los intoxicados y a las familias en unidades de atención a las urgencias.

Palabras clave: Patrón de cuidado. Intoxicación. Salud del niño.

REFERÊNCIAS

ANDRAUS, L. M. S.; MINAMISAVA, R.; MUNARI, D. B. Desafios da enfermagem no cuidado à família da criança hospitalizada. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 3, n. 2, p. 203-208, maio/ago. 2004.

ARROYO, C. S. **Qualidade de serviços de assistência à saúde: o tempo de atendimento da consulta médica**. 2007. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA E TOXICOLOGISTAS CLÍNICOS (ABRACIT). **A inserção dos centros de informação e assistência toxicológica nas redes de atenção à saúde como serviços de apoio e referência em Toxicologia Clínica**. Florianópolis, 2009.

AZEVEDO, A. L. C. S.; PEREIRA, A. P.; LEMOS, C.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736-745, 2010.

BRASIL. **Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animal peçonhento**. 2. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2007. Série E. Legislação de Saúde.

CASARETT, L. J.; DOULL, J. **Casarett and Doull's Toxicology the Basic Science of Poisons**. 5th ed. Kansas City: McGraw-Hill, 1995.

CHAVES, M. H. M. Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52., 2005, Goiânia. **Anais...** Brasília, DF: Associação Brasileira de Enfermagem, 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/1559.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

CORBELLA, O. **Em busca de arquitetura sustentável para os trópicos: conforto ambiental.** Rio de Janeiro: Revan, 2003.

EATON, D. L.; KLAASSEN, C. D. Principles of Toxicology. In: KLAASSEN, C. D. **Casarett and Doull's toxicology: the basic science of poisons.** 6th ed. New York: MacGraw-Hills, 2001.

ELLENHORN, M. J. **Ellenhorn's Medical Toxicology: Diagnosis and Treatment of Human Poisoning.** 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.

FLORES, J. A. S. Intoxicaciones em la Unidad de Cuidados Intensivos “ Ismaelillo” del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uria” (1997-2003). **Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría**, Sucre, v. 43, n. 3, p. 144-148, 2004.

GROOM, L.; KENDRICK, D.; COUPLAND, C.; PATEL, B.; HIPPISEY-COX, J. Inequalities in hospital admission rates for unintentional poisoning in young children. **Injury Prevention**, London, v. 12, n. 3, p. 166-170, jun. 2006.

JORGE, M. H. M.; KOIZUMI, M. S.; TUONO, V. L. **Estudo de mortalidade e hospitalizações por acidentes com crianças de até 14 anos:** Coordenação - ONG Criança Segura, 2007. Disponível em: <<http://www.criancasegura.org.br/downloads/pesquisa/estudo.morbimortalidadecriancasegura.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2009.

KLEINMAN, M. E.; CHAMEIDES, L.; SCHEXNAYDER, S. M. et al. Pediatric advanced life support. **Circulation**, Dallas, v. 122, no.18, p. 876-908, Nov. 2010. Supplement 3
LARINI, L. A intoxicação como fenômeno biológico. In: _____. **Toxicologia.** 2. ed. São Paulo: Editora Manole, 1993. p.1.

LEITE, E. M. A.; AMORIM, L. C. A. **Noções básicas de toxicologia.** Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas Faculdade de Farmácia- UFMG. 2006. Disponível em: <<http://www.farmacia.ufmg.br/lato/APTOXG2006.doc>>. Acesso em: 17mar. 2007.

MELO, D. S.; SOUZA, A. C. S.; TIPPLE, A. F. V. et al. Compreensão sobre precauções padrão pelos enfermeiros de um hospital público de Goiânia-GO. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 720-727, set./out. 2006.

OGA, S. **Fundamentos de toxicologia.** São Paulo: Atheneu, 1996.

PAI, D. D.; LAUTERT, L. Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 231-234, mar. 2005.

PIRES, M. P. F.; PIRES, C. E. F.; FEDER, D. Abordagem ao paciente intoxicado. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 56, n. 9, p. 861-876, set.1999.

SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S. Intoxicações exógenas agudas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.75, p. s244-s250, 1999. Suplemento 2.

SCHVARTSMAN, S. **Intoxicações agudas**. São Paulo: Sarvier, 1993.

SOUZA, L. J. E. X.; BARROSO, M. G. T. Ninguém quer perder um filho: reações dos familiares observadas pela enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 50, n. 4, p. 477-484, out./dez. 1997.

TAVARES, E. O.; TREVISAN, E. P. T.; SANTOS, J. A. T.; FRANÇOZO, N. R. R.; BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. **Perfil dos acidentes toxicológicos na infância e o cuidado de enfermagem à família**. Curitiba: UFPR, 2010.

TURINI, C. A. **Atendimento inicial ao paciente intoxicado**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://ltc.nutes.ufrj.br/toxicologia/modIV.htm>>. Acesso em: 23 out. 2011.

VIEIRA, L. J. E. S. **Julgar e compreender**: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H. Intoxicações exógenas em crianças menores de seis anos atendidas em hospitais da região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 302-307, 2009.

6 ARTIGO 2

QUALIDADE DO ATENDIMENTO INICIAL À CRIANÇA INTOXICADA EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: SATISFAÇÃO DAS FAMÍLIAS*

Erika Okuda Tavares¹

Magda Lúcia Félix de Oliveira²

RESUMO

O presente estudo é de caráter avaliativo-normativo e objetivou avaliar a qualidade do processo de atendimento inicial à criança intoxicada, na perspectiva da família. O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista estruturado em escala *Likert*, aplicado a 19 responsáveis por crianças intoxicadas atendidas em um serviço de atenção às urgências de um hospital ensino, no período de março a agosto de 2010. Os entrevistados tinham escolaridade e renda familiar baixas. As crianças intoxicadas tinham média de idade de 6,9 anos e medicamentos foram os principais agentes causadores das intoxicações. No geral, os entrevistados mostraram-se satisfeitos com o atendimento à criança intoxicada, porém foi possível identificar pontos que impedem um atendimento de melhor qualidade, sugerindo a adoção de medidas que diminuam o tempo de espera para atendimento no Consultório Médico, melhorem a ventilação, a iluminação e a privacidade da Sala de Medicação, e ampliem a divulgação do serviço de Ouvidoria da instituição.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Satisfação do usuário. Estrutura dos serviços. Intoxicação.

* Parte da dissertação de mestrado “Qualidade do Atendimento Inicial à Criança Intoxicada - Satisfação da Família”, Maringá-PR, 2011.

¹ Enfermeira, mestranda em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, (UEM).

² Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, UEM.

INTRODUÇÃO

O crescimento do número de acidentes e de violência e a insuficiente estruturação da rede de cuidado em saúde têm contribuído para a sobrecarga dos serviços de atenção às urgências. Embora este nível de atenção seja importante componente da assistência à saúde, pelo crescimento da demanda e pela complexidade das ações nele desenvolvidas, os estudos de avaliação são escassos, principalmente aqueles relacionados à qualidade do atendimento e satisfação dos usuários desses serviços (MENDES et al., 2009; AZEVEDO et al., 2010).

A avaliação dos serviços de saúde por meio de perguntas aos usuários propagou-se na Europa e nos EUA a partir dos anos 1960, em estudos avaliativos de adesão ao tratamento, e nas décadas posteriores foi inserida como um componente do movimento da qualidade dos serviços de saúde (SCOCHI, 2001; ESPIRIDIANO; TRAD, 2005). No Brasil, destacam-se a partir da década de 1990, com o fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação, em função do processo de redemocratização do país e do surgimento de movimentos de luta pelos direitos sociais e pelo acesso a políticas públicas de saúde (ESPIRIDIANO; TRAD, 2005; SCOCHI et al., 2008; MENDES et al., 2009).

A satisfação dos usuários é um importante indicador da qualidade do sistema de saúde e útil para avaliar o acesso aos serviços e padrões de comunicação da equipe de saúde e usuários (MULLER; GOMES, 2008). Pode ser um instrumento utilizado para a organização dos sistemas de saúde e revelar aspectos em que as expectativas dos usuários não tenham sido atendidas, e assim, auxiliar no direcionamento de estratégias de melhoria da qualidade do atendimento para maior satisfação do cliente (SELEGHIM et al., 2010). Quando o usuário ou sua família são bem acolhidos e percebem a atenção dos trabalhadores da saúde, eles tendem a aderir ao tratamento prescrito, a fornecer informações importantes ao provedor e a continuar utilizando os serviços de atenção à saúde (MULLER; GOMES, 2008).

Estudos para avaliação da qualidade do cuidado na área da saúde podem se fundamentar na tríade proposta por Donabedian (1981), com a avaliação da estrutura dos serviços, do processo de produção e do resultado do cuidado. O processo de atendimento é entendido como o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais de saúde e usuários, ou seja, toda relação de trabalho que visa estabelecer a saúde do usuário por meio de contato direto (cuidado) ou indireto (gestão do cuidado) (DONABEDIAN, 1984).

Não obstante, a avaliação só é viável se existir uma ligação de dependência entre a estrutura (recursos materiais, humanos e estrutura organizacional, processo, e resultado) que

denote os efeitos do cuidado no estado de saúde do cliente e da população. Uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo e as chances de um bom resultado. A avaliação segundo estes critérios permite, ao final, inferir o nível de qualidade alcançado, os problemas e as falhas encontrados, levando à busca de estratégias para sua correção ou melhoria dos aspectos insatisfatórios (BRITO; JESUS, 2009).

Para Ribeiro (2008), qualidade é o propósito de qualquer ação que tem como objetivo promover a saúde e a satisfação dos usuários e dos trabalhadores dos serviços de saúde. Mezomo (2001 apud LIMA; ERDMANN, 2006), afirma que a qualidade possui três dimensões: a técnica, referente à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução de problemas de saúde do usuário; a interpessoal, que se origina da relação entre o prestador de serviços e o usuário; e a ambiental, referente ao conforto e bem-estar.

No campo das urgências clínico-toxicológicas em serviços de atenção às urgências, o atendimento inicial ao intoxicado segue protocolos de atendimento informados por centros de informação toxicológica distribuídos na maioria dos estados brasileiros; mas para que o atendimento seja eficaz e efetivo, é necessária uma boa estrutura para o processo de atendimento, que seja compreendido e desenvolvido por toda a equipe de saúde e passível de avaliação pelos usuários.

O atendimento inicial em serviços de urgência é caracterizado pela busca da estabilização das condições vitais da pessoa humana por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade da equipe de saúde, e as ações estão voltadas à manutenção da vida e à minimização de possíveis sequelas, particularmente nas intoxicações, consideradas eventos que demandam intervenção precoce para a diminuição da absorção ou aumento da excreção do agente tóxico (EATON; KLAASSEN, 2001).

Intoxicação pode ser definida como a manifestação clínica ou bioquímica ocasionada pela interação de um agente tóxico ou toxicante, como tal considerados qualquer substância ou produto capazes de produzir uma reação deletéria em um organismo vivo (LARINI, 1993; EATON; KLAASSEN, 2001). É mais comum na faixa etária de zero a 12 anos, principalmente até os seis anos de idade, segundo estudos realizados no Reino Unido, na Inglaterra, em Cuba e no Brasil, e constitui uma das principais causas de atendimento em unidades de atenção às urgências (MASOT RANGEL et al., 2004; GROOM et al., 2006; PRESGRAVE; CAMACHO; VILLAS BOAS, 2009).

Considerando-se a afirmação de Mendes et al. (2009) sobre a escassez de estudos de satisfação de usuários em serviços de urgência e o fato de as intoxicações serem consideradas agravos de alta morbidade, por representarem cerca de 10% dos atendimentos em unidades de

urgência e mais de 5% das internações nas unidades de terapia intensiva (OLIVEIRA et al., 2007; PARANHOS, 2007), propôs-se a realização deste estudo, que teve como objetivo avaliar a qualidade do atendimento inicial à crianças intoxicadas na perspectiva da família, em um serviço de atenção às urgências de um hospital ensino.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo é de caráter avaliativo, normativo, descritivo e exploratório, e teve como unidade-caso a Unidade de Pronto Socorro do Hospital Universitário Regional de Maringá (PS/HUM). Foram entrevistados 19 pais ou responsáveis de crianças intoxicadas pelos diversos agentes tóxicos e atendidas nesta unidade no período de março a agosto de 2010, os quais foram considerados avaliadores potenciais dos padrões mínimos do atendimento inicial à criança intoxicada.

O instrumento para a coleta dos dados foi um roteiro de entrevista estruturado, dividido em duas etapas, seguindo o modelo lógico do processo de atendimento inicial à criança intoxicada na unidade de urgência: (1) questões que visaram a caracterizar as condições socioeconômicas do respondente e da família, dados da ocorrência da intoxicação e da estrutura da unidade; e (2) questões avaliativas, que contemplaram o processo de atendimento representado na Figura 1.

Para a caracterização sociodemográfica dos entrevistados foram analisadas as variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, vínculo familiar, ocupação, escolaridade, renda familiar, situação de trabalho, composição da família, tipo de moradia e plano de saúde. Para a caracterização dos casos de intoxicação foram analisadas as variáveis: faixa etária e sexo da criança, agente causal e a circunstância da intoxicação. A qualidade da estrutura para o atendimento foi avaliada no aspecto tempo de espera para o atendimento - em minutos, e conforto das dependências (limpeza; conservação de pisos, paredes e teto; iluminação e ventilação).

O processo de atendimento foi subdividido nas dimensões ético-relacional e técnica. Na dimensão ético-relacional foram avaliados os aspectos de privacidade, direito à informação e à dignidade e cortesia dos profissionais. Na dimensão técnica foram verificadas: (1) a realização da anamnese clínico-epidemiológica e laboratorial, que incluiu entrevista, exame físico, verificação de sinais vitais e coleta de material biológico para realização de

exames complementares; (2) a realização de medidas de suporte à vida; (3) a implementação de medidas de intervenção específica para o tratamento da intoxicação, como medidas de descontaminação, uso de soroterapia antiveneno, uso de antídotos e tratamento sintomático; e (4) a realização de procedimentos de precaução padrão durante o cuidado à criança.

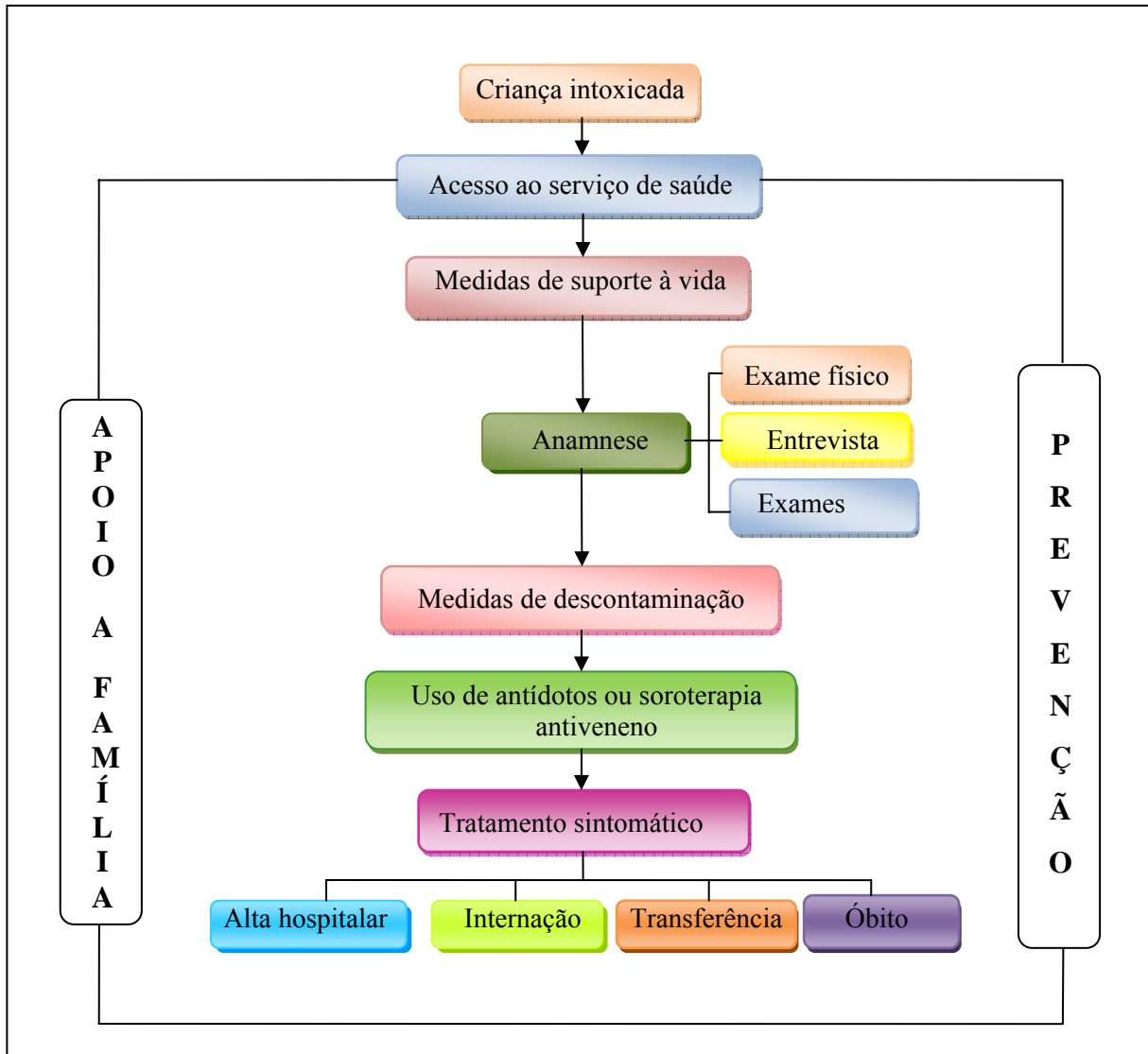


Figura 1 – Modelo do processo para o atendimento inicial à criança intoxicada. PS/HUM, Maringá-PR, 2010.

O roteiro foi composto de 114 itens, assim distribuídos: seis no aspecto privacidade, seis no aspecto do direito à informação, 10 no aspecto de dignidade e cortesia dos profissionais, cinco no aspecto de medidas de precauções padrão, 16 no aspecto de medidas de suporte à vida, 29 no aspecto de anamnese clínico-epidemiológica e laboratorial e 42 no aspecto de medidas de intervenção específica.

Foi construído em escala *Likert*, com escores que levaram às interpretações: *totalmente insatisfeito* (discriminação positiva em até 25% dos itens de cada aspecto); *insatisfeito* (discriminação positiva maior e igual a 25% e menor que 50%); *satisfeito* (discriminação positiva maior e igual 50% e menor que 75%); *totalmente satisfeito* (discriminação positiva superior ou igual a 75%).

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do roteiro ao familiar ou responsável, preferencialmente na unidade, após terem sido prestados os cuidados iniciais e garantida a estabilidade clínica da criança. Nos casos em que a criança recebeu alta clínica, pela impossibilidade de as pesquisadoras acessarem a família no ambiente hospitalar, foi realizada abordagem via telefônica e posterior entrevista domiciliar.

A aplicação do roteiro foi adaptada ao processo de atendimento inicial na unidade estudada. As questões foram direcionadas aos procedimentos ético-relacionais e técnicos específicos para cada criança, ou seja, nem todas as questões foram respondidas pelos 19 entrevistados. Os resultados foram analisados descritivamente e expostos em gráficos, elaborados por meio do programa Microsoft Excel[®] 2007.

O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (UEM), mediante o Parecer n.º 99/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os entrevistados, as crianças intoxicadas e a estrutura para o atendimento inicial

Dos 19 entrevistados, 18 eram do sexo feminino e 15 eram mães das crianças. A faixa etária predominante foi a de 30 a 39 anos, com 5 entrevistados; a média de idade foi de 34,9 anos ($\pm 12,1$); a idade mínima encontrada foi de 17 anos e a máxima de 52 anos. Quanto ao estado civil, 10 eram casados.

A presença da mulher como acompanhante e mãe das crianças vítimas de intoxicação demonstra a importância da mulher no papel de cuidadora na saúde da família (VIEIRA et al., 2007; MENDES et al., 2009).

Com relação à ocupação, cinco se declararam “do lar”, 12 apontaram a escolaridade de Ensino Fundamental incompleto e seis, Ensino Fundamental completo; oito possuíam trabalho formal, sete recebiam entre 1,0 e 1,9 salário mínimo, cinco entre 2,0 e 2,9 salários mínimos, e 15 declararam não possuir plano de saúde. As famílias eram compostas, em sua maioria, por adultos. Quanto ao tipo de moradia, 10 declararam viver em casa própria e de alvenaria.

Entre as 18 crianças intoxicadas cujos pais foram entrevistados, não houve variação quanto ao sexo, o que foge aos estudos encontrados na literatura sobre intoxicações na infância, os quais mostram pequena variação dos casos para o sexo masculino (BARACAT et al., 2000; PRESGRAVE; CAMACHO; VILLAS BOAS, 2009).

Quanto à idade, 10 estavam na faixa etária de 8 a 14 anos; a média de idade foi de 6,9 ($\pm 4,9$) anos; a idade mínima encontrada foi de um ano e a máxima de 14 anos. A faixa de idade encontrada neste estudo foge ao encontrado na literatura, que aponta a faixa etária até os seis anos de idade com a mais susceptível de intoxicar-se (BARACAT et al., 2000; PRESGRAVE; CAMACHO; VILLAS BOAS, 2009; WERNECK; HASSELMANN, 2009), o que talvez seja explicado pelos casos de tentativas de suicídio incluídos no estudo, que ocorrem em crianças maiores de seis anos.

Os medicamentos foram os principais agentes causadores das intoxicações, com seis casos, seguindo-se produtos químicos industriais, com quatro casos. Ramos, Targa e Stein (2005), em estudo que identificou o perfil das intoxicações em crianças no município de Porto Alegre, encontraram os medicamentos como agentes tóxicos mais frequentes, achado que foi corroborado por Lourenço, Furtado e Bonfim (2008), que identificaram 50% de casos de intoxicação atendidos no setor de emergência do Hospital da Restauração em Recife por ingestão de medicamentos.

Quanto à circunstância da intoxicação, 11 casos foram acidentais. Estudo realizado por Masot Rangel et al. (2004) com 609 crianças intoxicadas atendidas em um hospital pediátrico cubano apontou que 53% foram vítimas de intoxicação por circunstância acidental.

A estrutura da unidade foi avaliada quanto ao tempo de espera para o atendimento e ao conforto das unidades. Os itens avaliados como de maior satisfação pelos usuários foram o tempo de espera para atendimento e a limpeza da Recepção. Os itens avaliados como de insatisfação foram o tempo de espera para atendimento no Consultório Médico e a ventilação e iluminação da Sala de Medicação.

Seleghim et al. (2010), em estudo que avaliou a satisfação dos usuários com a qualidade dos serviços de um pronto-socorro, encontraram satisfação com o tempo de espera para ser atendido na recepção e com a limpeza e a organização deste setor.

Estudo de Mendes et al. (2009) que avaliou a satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento em serviços de urgência e emergência de Recife-PE apresentou alta insatisfação quanto ao tempo de espera para ser atendido; e com relação ao conforto, as questões que apresentaram maior satisfação foram a qualidade das refeições e a limpeza dos hospitais. As questões referentes à insatisfação dos usuários foram a quantidade e conforto das cadeiras e a conservação e limpeza do mobiliário e das macas.

Qualidade do processo de atendimento inicial à criança intoxicada

A avaliação, levando-se em conta a estrutura, o processo e o resultado, permite, ao final, por meio dos problemas e falhas encontrados, analisar a qualidade do serviço prestado e buscar estratégias para melhorar ou corrigir os aspectos insatisfatórios; entretanto, a avaliação só é viável caso exista uma ligação de dependência entre estrutura (recursos materiais, humanos e estrutura organizacional, processo, e resultado) que denote os efeitos do cuidado no estado de saúde do cliente e da população.

Aspectos ético-relacionais do atendimento

A privacidade foi avaliada no tocante à discricção no atendimento e à não exposição da criança. Segundo os entrevistados, foi avaliada como de satisfação na Recepção (10) e no Consultório Médico (7), e de insatisfação na Sala de Medicação (2) (Gráfico 1), diferentemente do encontrado em estudo de Mendes et al. (2009), em que chamou a atenção a alta insatisfação com a privacidade no atendimento.

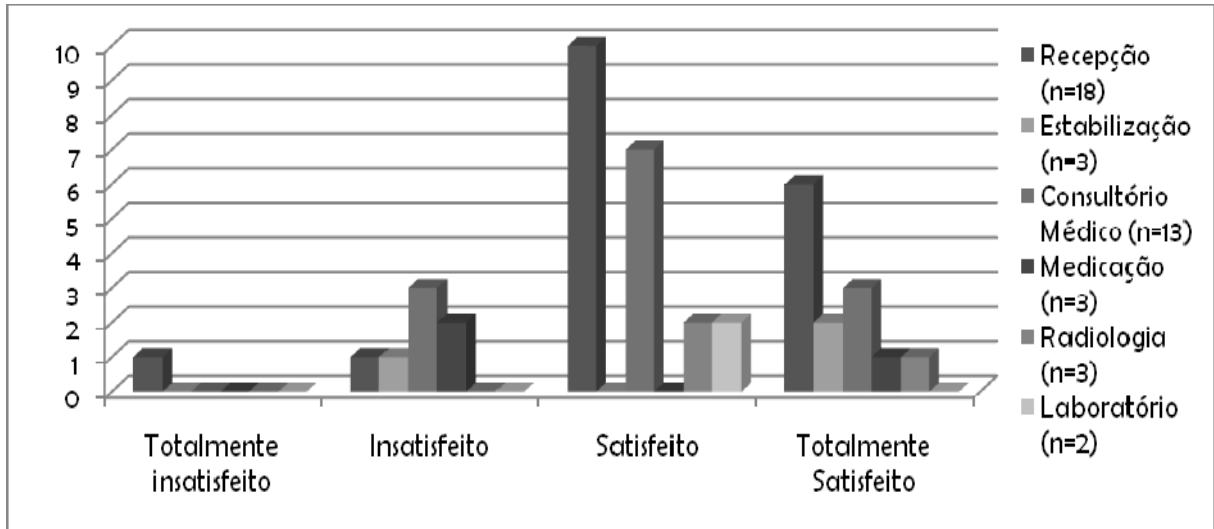


Gráfico 1 – Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada. Aspecto ético-relacional - **privacidade**. PS/HUM, Maringá-PR, mar./ago. 2010.

A privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que pode ser garantida com uso de divisórias ou cortinas e elementos móveis, que facilitam o processo de trabalho, aumentam a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitam atendimento personalizado (BRASIL, 2009).

A Sala de Medicação no PS/HUM é o lugar para onde os pacientes são encaminhados após consulta médica e medicamentos de acordo com a prescrição concernente. Deve ser um espaço limpo, bem-ventilado e iluminado, com cadeiras para os pacientes se sentarem durante o atendimento e biombos que garantam a privacidade no atendimento.

O direito à informação avaliou as informações e esclarecimentos prestados pelos profissionais do PS/HUM quanto ao estado de saúde da criança, ao tratamento e exames realizados, aos medicamentos administrados e às informações sobre aonde se dirigir caso não fosse bem atendido, além do direito dos pais ou responsáveis de acompanhar todas as fases do atendimento à criança.

Foram avaliados como satisfatórios os itens referentes às informações e aos esclarecimentos prestados pelos profissionais no tocante ao estado de saúde da criança (9), e o direito dos pais ou responsáveis de acompanhar todas as fases do atendimento (9). O item pior avaliado foi o das informações sobre onde se dirigir caso não fosse bem atendido (13). (Gráfico 2).

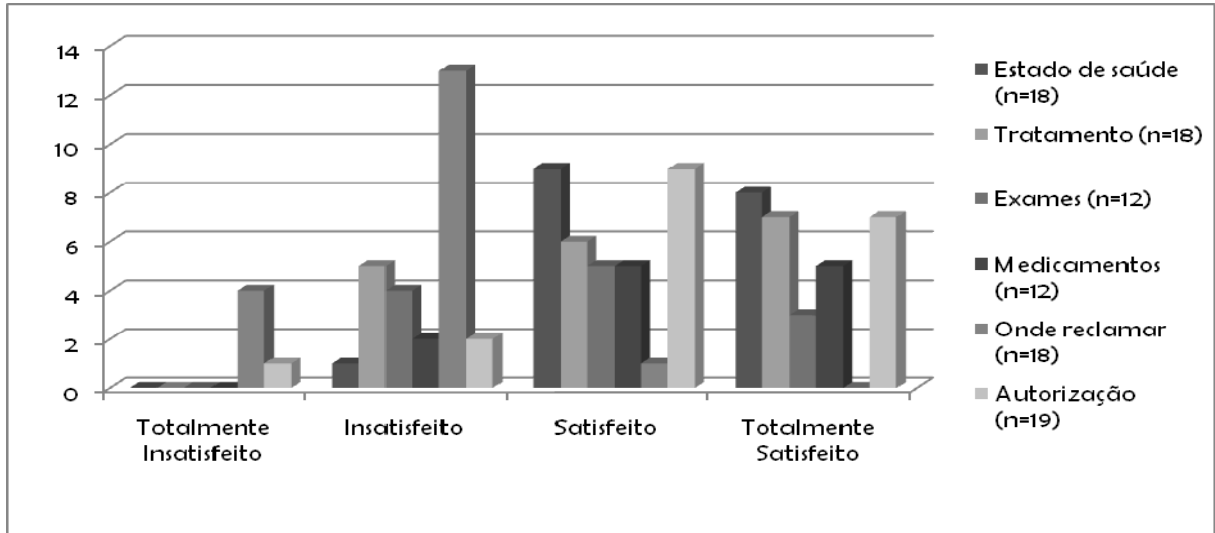


Gráfico 2 – Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada. Aspecto ético-relacional - **direito à informação**. PS/HUM, Maringá-PR, mar./ago. 2010.

O inciso II do segundo princípio da carta dos direitos dos usuários do SUS assevera que é direito dos cidadãos receber informações e esclarecimentos por parte da equipe de saúde sobre: hipóteses diagnósticas, diagnósticos confirmados, exames solicitados, objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos, riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas, duração prevista do tratamento proposto, finalidade dos materiais coletados para exames e evolução provável do problema de saúde (BRASIL, 2007).

A dignidade e a cortesia dos profissionais foram avaliadas nos setores de Recepção, Unidade de Radiologia, Unidade de Laboratório de Análises Clínicas e Sala de Medicação, e em relação à equipe médica e de enfermagem, quanto à forma de apresentação (apresentar-se pelo nome) e cortesia (educação) no atendimento.

A dignidade e a cortesia foram avaliadas como satisfatórias nos itens *cortesia no atendimento* na Recepção (9) e *cortesia da equipe médica* (8). Os itens avaliados como piores foram apresentar-se pelo nome na Recepção (13), na equipe médica (9) e na de enfermagem (9) (Gráfico 3). Segundo os entrevistados, os profissionais raramente apresentavam-se pelo nome, porém eram educados durante o atendimento.

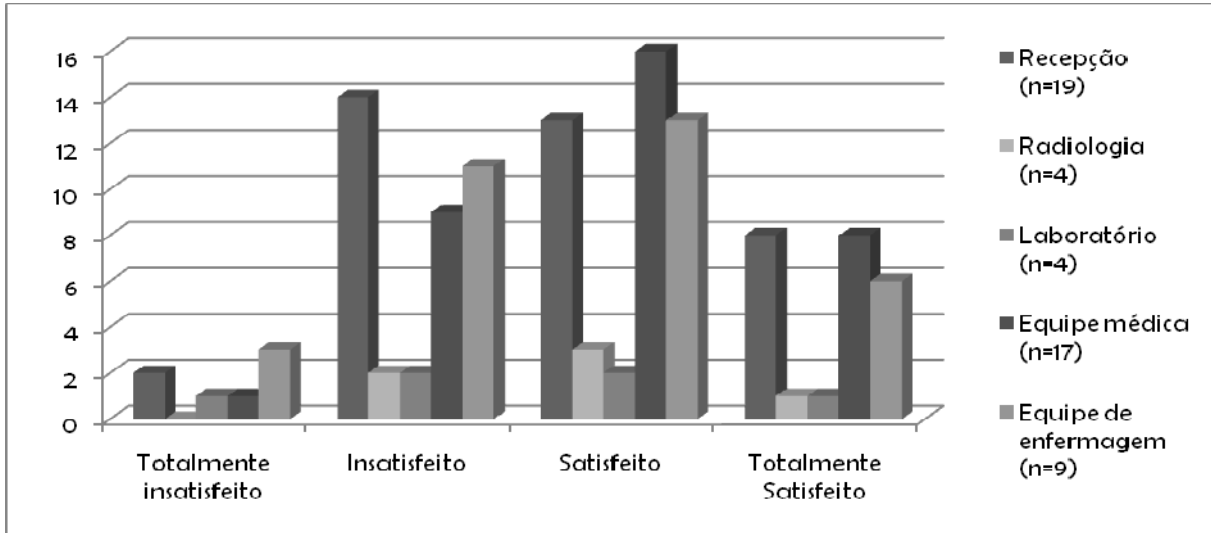


Gráfico 3 – Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada. Aspecto ético-relacional - **dignidade e cortesia**. PS/HUM, Maringá-PR, mar./ago. 2010.

Estes dados são corroborados por um estudo de Mendes et al. (2009), onde as questões que mais contribuíram para maior satisfação dos usuários foram referentes à ação dos profissionais médicos, da equipe de enfermagem e da recepção, principalmente no que se refere aos cuidados dos profissionais com os pacientes.

Aspectos técnicos do atendimento

A conduta terapêutica para uma intoxicação aguda, como em qualquer urgência clínica, requer uma avaliação inicial rápida das condições clínicas do paciente para identificar e corrigir situações de risco iminente de vida (ELLENHORN, 1997; PIRES, M. P. F.; PIRES, C. E. F.; FEDER, 1999). A sistemática de atendimento à pessoa intoxicada deve seguir as seguintes etapas: (a) avaliação e atendimento primário; (b) avaliação clínica e laboratorial; (c) aplicação de medidas de descontaminação e/ou tratamento específico; (d) tratamento sintomático ou de suporte.

No procedimento de anamnese clínico-epidemiológica e laboratorial, a entrevista foi avaliada com relação ao questionamento feito pelos profissionais quanto ao agente causal da intoxicação, à via de exposição, à dose estimada, ao local de armazenamento, ao tempo do ocorrido, a quem estava com a criança no momento da intoxicação, ao modo como ocorreu a intoxicação, aos procedimentos realizados no local da ocorrência, ao local de ocorrência da

intoxicação, aos sinais e sintomas apresentados pela criança, à ocorrência de intoxicações anteriores e à existência de patologia associada.

Quanto ao conteúdo da entrevista, na somatória dos itens acima descritos foram avaliados pelos entrevistados como de satisfação (96) os questionamentos feitos pelos profissionais. O item referente ao questionamento com relação à via de exposição da intoxicação foi avaliado como de total satisfação (8) e o item referente ao questionamento sobre a ocorrência de intoxicações anteriores foi avaliado como de insatisfação (8) (Gráfico 4).

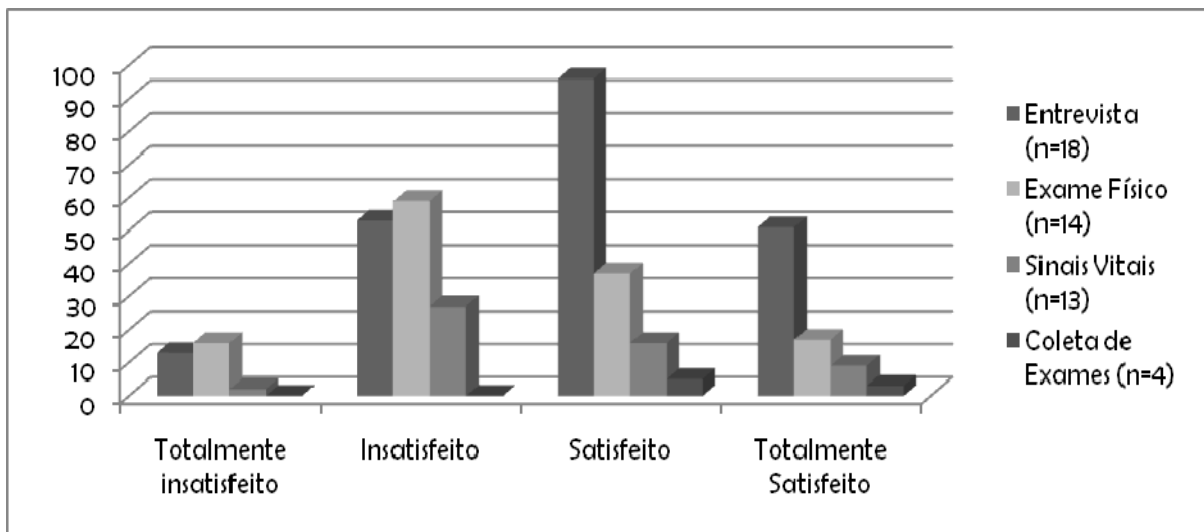


Gráfico 4 – Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada. Aspecto técnico - **anamnese clínico-epidemiológica e laboratorial**. PS/HUM, Maringá-PR, mar./ago. 2010.

A entrevista é a base para o diagnóstico clínico da intoxicação. A via de exposição determinará as medidas de descontaminação a serem adotadas no tratamento da intoxicação. A ocorrência de episódios anteriores de intoxicação na criança serve de alerta aos profissionais de saúde, a fim de que tomem medidas no intuito de informar e orientar os pais ou responsáveis sobre a prevenção de novos casos de intoxicação na criança.

O exame físico, na somatória dos itens, foi avaliado como insatisfatório (59) pelos entrevistados. Houve insatisfação com a inspeção do couro cabeludo, das pupilas, das orelhas, das narinas, da cavidade oral, dos braços, pernas, tórax, abdômen, genitais e pele da criança. Os entrevistados relatavam durante a entrevista que apenas era examinada a função cardíaca e pulmonar da criança.

O exame físico é útil para se estabelecer a gravidade clínica da intoxicação e confirmar o diagnóstico. Deve ser minucioso e completo, passando pelo couro cabeludo, pelas orelhas, narinas, cavidade oral, braços, pernas, tórax, abdômen e região genital da criança, com foco

nos sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiratória), nas pupilas (tamanho e resposta à luz), na pele e mucosas, no peristaltismo e no estado mental (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

Os sinais vitais foram avaliados quanto ao estetoscópio e manguito serem de tamanhos adequados à criança, e o conhecimento e ao domínio da técnica por parte do profissional na realização do procedimento. Na somatória dos itens, a verificação dos sinais vitais da criança foi avaliada como insatisfatória (27) (Gráfico 4). Os entrevistados referiram que apenas eram verificadas a temperatura axilar da criança e a ausculta cardíaca e pulmonar, porém raramente os entrevistados se lembravam de o tamanho do estetoscópio ser ou não adequado à criança.

A coleta de material biológico para a realização de exames foi avaliada quanto à antisepsia da pele da criança, à compressão do local puncionado com algodão seco e ao conhecimento e domínio da técnica por parte do profissional na realização do procedimento. Na somatória, os itens foram pelos entrevistados (5) avaliados como satisfatórios (Gráfico 4), não havendo referência a insatisfação.

Exames complementares são essenciais para a avaliação clínica da criança intoxicada e podem fornecer informações importantes para o diagnóstico e a evolução clínica da intoxicação, assim como guiar a investigação para uma análise toxicológica específica.

As medidas de suporte à vida foram avaliadas de acordo com o ABCDE da ação profissional para o atendimento imediato às vítimas - permeabilidade das vias aéreas - (A); respiração (B), em que foram avaliados os itens pertinentes ao suporte ventilatório - intubação orotraqueal, máscara e cateter nasal de O₂; circulação (C), em que foi avaliada a satisfação com a monitoração eletrocardiográfica e procedimento de punção venosa; déficit neurológico (D); e exposição (E).

Apenas um entrevistado que acompanhou a criança na Sala de Estabilização respondeu em relação ao aspecto do cateter nasal de O₂ e disse estar satisfeito com seu tamanho e sua fixação na criança.

Quanto às medidas de descontaminação, não foram realizados procedimentos de descontaminação cutânea e ocular nas crianças investigadas. Em dois casos foi realizada descontaminação respiratória, e em um caso, lavagem gástrica.

A lavagem gástrica foi avaliada quanto à forma de introdução da sonda oronasogástrica na cavidade oral/nasal da criança e ao conhecimento e domínio da técnica por parte do profissional na realização do procedimento. Apenas um entrevistado respondeu a este item e não houve referência a insatisfação.

A lavagem gástrica é uma das formas de descontaminação gástrica mais comumente usadas, e tem por objetivo remover substâncias tóxicas do estômago, incluindo grandes quantidades de comprimidos íntegros (quando o agente causal da intoxicação é um medicamento). É contraindicada na ingestão de substâncias cáusticas e/ou hidrocarbonetos (BRASIL, 2007).

A descontaminação respiratória foi avaliada quanto ao tamanho adequado da máscara de O₂ para a criança, à orientação a permanecer com a máscara perto da região nasal da criança e orientação a repetir a nebulização durante sete dias. Foi avaliada por dois entrevistados, não havendo referência a insatisfação para nenhum dos itens apresentados.

A descontaminação respiratória consiste em remover substâncias químicas que podem lesar a árvore brônquica da criança. Deve ser realizada o mais precocemente possível, para diminuir o contato da substância com o organismo. Uma das formas de descontaminação respiratória é a nebulização com soro fisiológico 0,9% puro (BRASIL, 2007).

Antídotos são substâncias utilizadas no tratamento das intoxicações que modificam a toxidinâmica e/ou a toxicinética de um agente químico exógeno, trazendo benefícios ao paciente intoxicado (SCHVARTSMAN, 1993). Foram divididos em específicos e inespecíficos. Não houve utilização de antídotos específicos no presente estudo, e os antídotos inespecíficos eleitos e avaliados foram o carvão ativado e o azeite de oliva.

O carvão ativado foi avaliado quanto à administração via sonda oronasogástrica, mas por apenas um entrevistado, não tendo havido referência a insatisfação (Gráfico 5).

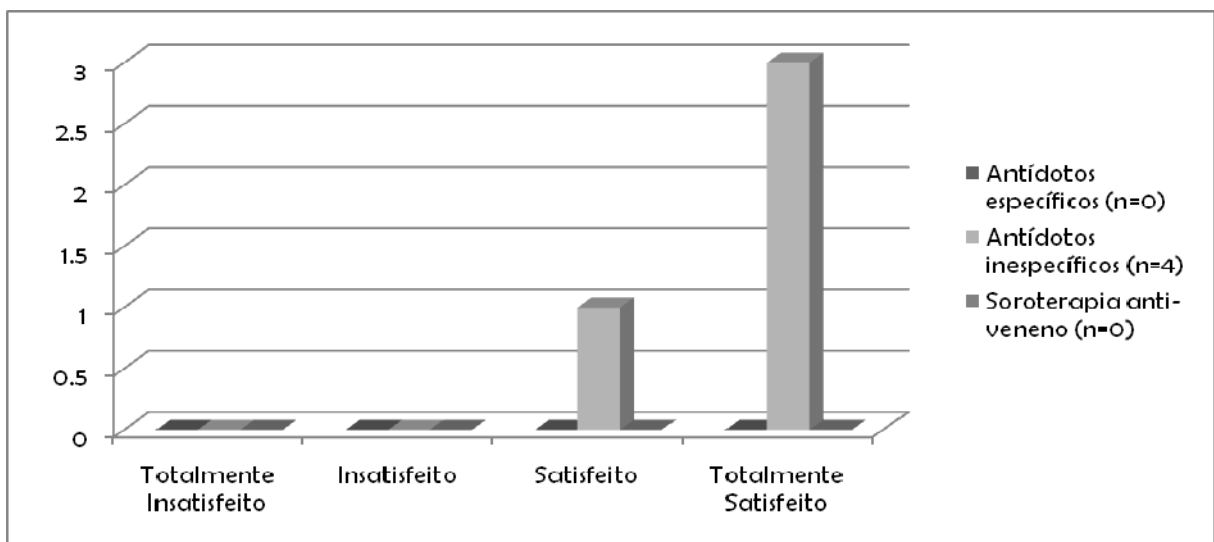


Gráfico 5 – Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada. Aspecto técnico - **uso de antídotos ou soroterapia antiveneno**. PS/HUM, Maringá-PR, mar./ago. 2010.

O carvão ativado funciona como um adsorvente, diminuindo a absorção do agente tóxico pelo trato gastrointestinal. Deve ser administrado após a lavagem gástrica por meio da sonda oronasogástrica, ou por via oral, quando a descontaminação gástrica por meio da lavagem tenha se tornado inútil devido ao longo período de tempo decorrido da ingestão do agente tóxico (BRASIL, 2007).

O azeite de oliva foi avaliado com relação às explicações fornecidas pelos profissionais sobre seu uso e os benefícios que traz. Foram entrevistados dois pais ou responsáveis, os quais não referiram insatisfação neste item.

O azeite de oliva é um demulcente (substância que alivia ou protege tecidos inflamados) usado principalmente em casos de ingestão de substâncias cáusticas e/ou corrosivas. Ele age formando uma película protetora da mucosa do trato gastrointestinal em caso de intoxicações por produtos corrosivos, em que a lavagem gástrica é contraindicada.

O tratamento sintomático foi avaliado quanto ao controle da dor, à ocorrência de vômito e ao controle da hipotermia e da hipertermia.

O controle da dor foi avaliado quanto à avaliação clínica na criança e à prescrição de medicação concernente por seis entrevistados. Insatisfação foi referida por apenas um entrevistado.

A intensidade da dor é que vai definir o tipo de analgésico a ser usado no tratamento. Dores intensas podem exigir analgésicos narcóticos, particularmente morfina. Alguns casos, como os de picada de animais peçonhentos, por exemplo, podem exigir anestesia local ou bloqueio anestésico (SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S., 1999).

Não ocorreu nenhum caso que demandasse mensuração do vômito ou controle da hipotermia e da hipertermia e não foi avaliado nenhum destes itens.

As precauções padrão foram avaliadas nos aspectos de lavagem das mãos, uso de luvas, avental, máscara e óculos de proteção para procedimentos invasivos.

Os itens de maior satisfação foram a lavagem das mãos (8) e o uso de avental pelos profissionais (7); o uso de luvas foi avaliado como insatisfatório (5).

A insatisfação com o uso de luvas foi referida pelos entrevistados atendidos principalmente no Consultório Médico, na realização do exame físico na criança. A ausência de satisfação/insatisfação referida pelos entrevistados com relação ao uso de máscara e óculos de proteção deve-se ao fato de os pais ou responsáveis das crianças intoxicadas terem sido impedidos de acompanhá-las durante os procedimentos de suporte à vida na Sala de Estabilização, como a intubação orotraqueal.

Considerando-se que a prevenção das infecções hospitalares é um aspecto da humanização da atenção em saúde (MELO et al., 2006), as precauções padrão devem ser realizadas pelos profissionais de saúde para proteção e prevenção de infecção cruzada.

CONCLUSÃO

As unidades de urgência são uma importante porta de entrada no sistema de saúde, necessitando de uma qualificação na assistência no que diz respeito à melhoria do espaço físico para o atendimento, proporcionando uma melhor atenção e qualidade da assistência a esses usuários.

As características socioeconômicas dos entrevistados são ser mulheres, mães das crianças, com idade entre 30 e 39 anos, do lar, com escolaridade até o Ensino Fundamental, e renda entre 1,0 e 2,9 salários mínimos. As crianças intoxicadas atendidas no PS/HUM no período estudado podem ser descritas como sem variação quanto ao sexo, da faixa etária de oito a 14 anos, com média de idade de 6,9 (\pm 4,9) anos, tendo sido dos medicamentos os principais agentes causadores das intoxicações de circunstância acidental.

De modo geral, os entrevistados mostraram-se satisfeitos com os aspectos avaliados na estrutura e nas dimensões ético-relacionais e técnicas do processo de atendimento à criança intoxicada, porém houve limites quanto à avaliação da qualidade do atendimento por parte dos usuários (de baixa renda e pouca escolaridade) no que tange à dimensão técnica do processo de atendimento.

Não obstante, o fato de os usuários expressarem sua satisfação/insatisfação tornou possível a identificação de alguns pontos que impedem um atendimento de melhor qualidade, o que sugere a adoção de medidas que façam diminuir o tempo de espera para atendimento no Consultório Médico, melhorar a ventilação, a iluminação e a privacidade da Sala de Medicação e aumentar a divulgação do Serviço de Ouvidoria da instituição.

QUALITY OF THE INITIAL ASSISTANCE GIVEN TO A POISONED CHILD IN AN EMERGENCY CARE UNIT: FAMILY SATISFACTION

ABSTRACT

A normative evaluating study carried out with the purpose of evaluating the quality of the process of initial assistance to the poisoned child, from the family perspective. Data was collected through an interview structured in *Likert* scale, applied to 19 individuals responsible for poisoned children assisted in an emergency room of a University Hospital, from March to August 2010. The interviewees had low education background and low family income. The poisoned children average was 6.9 years of age, and medicines were the main agents that caused the intoxications. In general, the interviewees were shown satisfied with the assistance to the poisoned child. However, they allowed identifying points that impede an assistance of better quality, suggesting the adoption of measures that may decrease the time of waiting for assistance at the Medical Clinic, improving the air circulation on the environment, the room lighting and the privacy of the Medication Room, and increase the advertisement of the Ombudsman service of the institution.

Keywords: Evaluation in health. The user's satisfaction. Structure of the services. Intoxication.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL AL NIÑO INTOXICADO EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN A LAS URGENCIAS: SATISFACCIÓN DE LAS FAMILIAS

RESUMEN

Estudio evaluativo normativo que tuvo como objetivo evaluar la calidad del proceso de atención inicial al niño intoxicado, en la perspectiva de la familia. El instrumento de recogida de datos fue un guión de entrevista estructurado en escala *Likert*, aplicado a 19 responsables por niños intoxicados atendidos en un servicio de atención a las urgencias de un hospital escuela, en el período de marzo a agosto de 2010. Los entrevistados tenían baja escolaridad y renta familiar. Los niños intoxicados tenían media de edad de 6,9 años, y medicamentos como

principales agentes causadores de las intoxicaciones. En lo general, los entrevistados se mostraron satisfechos con la atención al niño intoxicado. Sin embargo, permitieron identificar puntos que impiden una atención de mejor calidad, sugiriendo la adopción de medidas que disminuyan el tiempo de espera para atención en el Consultorio Médico, mejoren la ventilación, la iluminación y la privacidad de la Sala de Medicación, y amplíen la divulgación del servicio de Defensoría del Pueblo de la institución.

Palabras clave: Evaluación en salud. Satisfacción del usuario. Estructura de los servicios. Intoxicación.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A.; SABATÉS, A. L. **Enfermagem pediátrica**: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri: Ed. Manole, 2008.

AZEVEDO, A. L. C. S.; PEREIRA, A. P.; LEMOS, C.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736-745, 2010.

BARACAT, E. C. E.; PARASCHIN, K.; NOGUEIRA, R. J. N.; REIS, M. C.; FRAGA, A. M. A.; SPEROTTO, M. C. R. Acidentes com crianças e sua evolução na região de Campinas, SP. **Jornal de Pediatria**, Rio De Janeiro, v. 76, n. 5, p. 368-374, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2007. Série E. Legislação de Saúde.

BRITO, T. A.; JESUS, C. S. Avaliação de serviços de saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Efdportes.com. Revista Digital**, Buenos Aires, año 14, n.139, 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd139/avaliacao-de-servicos-de-saude.htm>>. Acesso em: 26 jan. 2011.

DONABEDIAN, A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? **American journal of public health**, Boston, v. 71, n. 4, p. 409-412, abr.1981.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. Mexico, DF: La Prensa Mexicana, 1984.

EATON, D. L.; KLAASSEN, C. D. Principles of Toxicology. In: KLAASSEN, C. D. **Casarett and Doull's Toxicology**: The basic Science of Poisons. 6th ed. New York: MacGraw-Hill, 2001.

ESPIRIDIANO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciencia & saude coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p. 303-312, 2005. Suplemento1.

GROOM, L.; KENDRICK, D.; COUPLAND, C.; PATEL, B.; HIPPISEY-COX, J. Inequalities in hospital admission rates for unintentional poisoning in young children. **Injury Prevention**, London, v. 12, n. 3, p. 166–170, jun. 2006.

LARINI, L. A intoxicação como fenômeno biológico. In: _____. **Toxicologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1993. p.1.

LIMA, S. B. S.; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n. 3, p. 271-278, jul./set. 2006.

LOURENÇO J.; FURTADO, B. M. A.; BONFIM, C. Exogenic poisoning in children assisted in a pediatric emergency unit. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 282-286, 2008.

MASOT RANGEL, A.; FONSECA HERNÁNDEZ, M.; RODRÍGUEZ HERRERA E. et al. Morbilidad por intoxicaciones agudas en el Hospital Pediátrico de Cienfuegos durante el quinquenio 1996-2000. **Revista Cubana de Pediatría**, Ciudad de la Habana, v. 76, n. 3, Sept. 2004. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312004000300007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2011.

MELO, D. S.; SOUZA, A. C. S.; TIPPLE, A. F. V. et al. Compreensão sobre precauções padrão pelos enfermeiros de um hospital público de Goiânia-GO. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 720-727, set./out. 2006.

MENDES, A. C. G.; ARAÚJO JÚNIOR, L. C. A.; FURTADO, B. M. A. S. et al. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista brasileira de saude materno infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p. 157-165, abr./jun. 2009.

MULLER, V. T.; GOMES, M. M. Pacientes com epilepsia: satisfação com os serviços de atenção à saúde? **Journal of epilepsy and clinical neurophysiology**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 17-22, 2008.

OLIVEIRA, M. L. F.; BALLANI, T. S. L.; RABELO, J. F.; BELLASALMA, A. C. M.; DAVIDOSKI, K. J.; NASCIMENTO, S. J. Visitando famílias de pessoas intoxicadas: quinze anos de experiência. **Ciencia Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, p. 225-227, 2007. Suplemento 1.

PARANHOS, W. I. Intoxicações exógenas. In: CALIL, A. M.; PARANHOS, W. I. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 691-700.

PIRES, M. P. F.; PIRES, C. E. F.; FEDER, D. Abordagem ao paciente intoxicado. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 56, n. 9, p. 861-876, set.1999.

PRESGRAVE, R. F.; CAMACHO, L. A. B.; VILLAS BOAS, M. H. S. Análise dos dados dos Centros de Controle de Intoxicação do Rio de Janeiro, Brasil, como subsídio às ações de saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 401-408, fev. 2009.

RAMOS, C. L. J.; TARGA, M. B. M.; STEIN, A. T. Perfil das intoxicações na infância atendidas pelo Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul (CIT / RS), Brasil. **Cad. Saude Publica**, v. 21, n. 4, p.1134-1141, jul./ago. 2005.

RIBEIRO, N. M. **Satisfação dos utentes face ao cuidar pelos enfermeiros no serviço de urgência de Machico**. 2008. Trabalho de investigação (Curso de Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar)-Universidade Atlântica, Funchal, 2008. Disponível em: <<http://www.citma.pt/Uploads/Norberto%20Ribeiro.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2011.

SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S. Intoxicações Exógenas Agudas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, p. s244-s250, 1999. Suplemento 2.

SCHVARTSMAN, S. **Intoxicações agudas**. São Paulo: Sarvier, 1993.

SCOCHI, M. J. Avaliando o cuidado ao hipertenso em serviços de saúde. **Acta scientiarum. Health sciences**, Maringá, v. 23, n. 3, p. 739-744, 2001.

SCOCHI, M. J.; MARCON, S. S.; OLIVEIRA, M. L. F. et al. Capacitação das equipes locais como estratégia para a institucionalização da avaliação em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p.183-192, 2008. Suplemento 1.

SELEGHIM, M. R.; TEIXEIRA, J. A.; MATSUDA, L. M. et al. C. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. **Revista Rene**: revista da rede de enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 122-131, jul./set. 2010.

TURINI, C. A. **Atendimento inicial ao paciente intoxicado**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://ltc.nutes.ufrj.br/toxicologia/modIV.htm>>. Acesso em: 23 out. 2011.

VIEIRA, L. J. E. S.; ARAÚJO, K. L.; ABREU, R. N. D. C. et al. Repercussões no sistema familiar de injúrias não-intencionais em crianças. **Acta scientiarum. Health sciences**, Maringá, v. 29, n. 2, p. 151-158, 2007.

WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H. Intoxicações exógenas em crianças menores de seis anos atendidas em hospitais da região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Medica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 302-307, 2009.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema do presente estudo foi a avaliação da qualidade do atendimento a crianças intoxicadas, na perspectiva da satisfação das famílias, em que procurei responder à seguinte indagação: “As famílias estão satisfeitas com a qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada?”, por entender que avaliar a satisfação da família em uma unidade de urgência pode permitir propostas de modificação na qualidade do atendimento prestado em casos de intoxicação e conceber novas formas de intervenção e abordagem ao cliente e família.

Nos 18 casos de intoxicação infantil atendidos no PS/HUM no período estudado, não houve variação quanto ao sexo das crianças; estas estavam na faixa etária de oito a 14 anos, com a média de idade de 6,9 (\pm 4,9) anos. Os medicamentos foram os principais agentes causadores das intoxicações, em circunstância acidental. Os 19 entrevistados eram, na maioria, do sexo feminino, mães das crianças, com idade entre 30 e 39 anos, do lar, com escolaridade até o Ensino Fundamental.

De modo geral, os entrevistados mostraram-se satisfeitos com os aspectos avaliados na estrutura e nas dimensões ético-relacionais e técnicas do processo de atendimento à criança intoxicada, porém houve limites quanto à avaliação da qualidade do atendimento por parte dos usuários (de baixa renda e pouca escolaridade) no que tange à dimensão técnica do processo de atendimento.

Não obstante, o fato de os usuários expressarem sua satisfação/insatisfação tornou possível a identificação de alguns pontos que impedem um atendimento de melhor qualidade, o que sugere a adoção de medidas que façam diminuir o tempo de espera para atendimento no Consultório Médico, melhorar a ventilação, a iluminação e a privacidade da Sala de Medicação e aumentar a divulgação do Serviço de Ouvidoria da instituição.

Para avaliação da qualidade sob a ótica da satisfação dos usuários do presente estudo, alguns passos tornaram-se necessários para que se chegasse ao instrumento de coleta de dados, como a construção do modelo lógico da estrutura de atendimento - que possibilitou uma visão do caminho a ser percorrido pelo intoxicado na unidade estudada, de acordo com a gravidade do quadro clínico - e o modelo lógico do processo de atendimento desenhado a partir dos padrões mínimos da assistência à criança intoxicada, construídos para subsidiar a elaboração do roteiro de entrevista e servir como parâmetro para a avaliação normativa.

Os padrões mínimos podem tornar-se uma importante ferramenta de apoio à assistência à saúde e de enfermagem ao intoxicado, tornando-a mais ágil, eficaz e completa, porquanto apresentam uma sequência lógica e normas para o atendimento.

Uma das dificuldades para a realização do estudo foi a ausência de documentos com evidência em saúde e de enfermagem, particularmente, e outros padrões e instrumentos de avaliação testados e validados que servissem de base para avaliar a satisfação com o atendimento inicial, especificamente relacionado à criança intoxicada, impondo limites à construção dos padrões mínimos e da etapa empírica do presente estudo.

Sugere-se a continuidade de estudos no sentido de construir, validar e testar instrumentos que sirvam de apoio para ações de atenção de profissionais de saúde e da enfermagem, dentro do campo da assistência toxicológica.

REFERÊNCIAS

AGRAN, P. F.; ANDERSON, C.; WINN, D. et al. Rates of pediatric injuries by 3-month intervals for children 0 to 3 years of age. **Pediatrics**, New York, v. 111, no. 6, p. 683-692, June 2003.

ALEIXO, E. C. S. **Experiências vivenciadas pelos familiares de crianças que se intoxicam no município de Maringá (PR)**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

ALEIXO, E. C. S.; ITINOSE, A. M. Intoxicação infantil: experiência de familiares de crianças intoxicadas no município de Maringá (PR). **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 147-154, jul./dez. 2003.

ALMEIDA, F. A.; SABATÉS, A. L. **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. Barueri: Ed. Manole, 2008.

ANDRAUS, L. M. S.; MINAMISAVA, R.; MUNARI, D. B. Desafios da enfermagem no cuidado à família da criança hospitalizada. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 3, n. 2, p. 203-208, maio/ago. 2004.

ARROYO, C. S. **Qualidade de serviços de assistência à saúde: o tempo de atendimento da consulta médica**. 2007. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA E TOXICOLOGISTAS CLÍNICOS (ABRACIT). **A inserção dos centros de informação e assistência toxicológica nas redes de atenção à saúde como serviços de apoio e referência em Toxicologia Clínica**. Florianópolis: Abracit, 2009.

AZEVEDO, A. L. C. S.; PEREIRA, A. P.; LEMOS, C.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736-745, 2010.

BARACAT, E. C. E.; PARASCHIN, K.; NOGUEIRA, R. J. N.; REIS, M. C.; FRAGA, A. M. A.; SPEROTTO, M. C. R. Acidentes com crianças e sua evolução na região de Campinas, SP. **Jornal de Pediatria**, Rio De Janeiro, v. 76, n. 5, p. 368-374, 2000.

BATIGÁLIA, V. A.; DOMINGOS, N. A. M.; RODRIGUEZ, A. L. A. A. S. et al. Desenvolvimento infantil e propensão a acidentes. **HB Científica**, São José do Rio Preto, v. 9 n. 2, p. 91-97, maio/ago. 2002.

BRANDALISE, L. T. **Modelos de medição de percepção e comportamento: uma revisão**, 2005. Disponível em: <<http://www.lgti.ufsc.br/brandalise.pdf>> Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. **Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animal peçonhento**. 2. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2007. Série E. Legislação de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 96, seção 1E de 18/5/01. 2. ed. Brasília, DF, 2005b. Série E. Legislação de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **QualiSUS: política de qualificação na atenção à saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). **Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Faixa Etária**. Brasília, DF, 2009c. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/sinitox>>. Acesso em: 23 out. 2010.

BRITO, T. A.; JESUS, C. S. Avaliação de serviços de saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Efdportes.com**: Revista Digital, Buenos Aires, año 14, n.139, dic. 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd139/avaliacao-de-servicos-de-saude.htm>>. Acesso em: 26 jan. 2011.

BURIOLA, A. A.; OLIVEIRA, M. L. F.; AMADOR, J. C. Intoxicações acidentais na infância em Maringá e região no ano de 2005. **Arquivos MUDI**, Maringá, v. 10, p. 147-478, 2006. Suplemento 1.

CASARETT, L. J.; DOULL, J. **Casarett and Dusll's Toxicology the Basic Science of Poisons**. 5th ed. Kansas City: McGraw-Hill, 1995.

CHAVES, M. H. M. Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52., 2005, Goiânia. **Anais...** Brasília, DF: Associação Brasileira de Enfermagem, 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/1559.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS J. L. et al. Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

CORBELLA, O. **Em busca de arquitetura sustentável para os trópicos: conforto ambiental.** Rio de Janeiro: Revan, 2003.

DONABEDIAN, A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? **American Journal of Public Health**, Boston, v. 71, n. 4, p. 409-412, abr.1981.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica.** México, DF: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, no.11, p. 1115-1118, 1990.

EATON, D. L.; KLAASSEN, C. D. Principles of Toxicology. In: KLAASSEN, C. D. **Casarett and Doull's toxicology: the basic science of poisons.** 6 th ed. New York: MacGraw-Hills, 2001.

ELLENHORN, M. J. **Ellenhorn's Medical Toxicology: Diagnosis and Treatment of Human Poisoning.** 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.

ESPIRIDIANO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p. 303-312, 2005. Suplemento 1.

ESPIRIDIANO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun. 2006.

FILÓCOMO, F. R. F.; HARADA, M. J. C. S.; SILVA, C. V.; PEDREIRA, M. L. G. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 41-47, jan./fev. 2002.

FIOCRUZ. **Projeto: desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS): relatório final.** Rio de Janeiro, 2003.

FLORES, J. A. S. Intoxicaciones em la Unidad de Cuidados Intensivos “ Ismaelillo” del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uria” (1997-2003). **Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría**, Sucre, v. 43, n. 3, p. 144-148, 2004.

GOUVÊA, M. A.; KUYA, J. Qualidade de atendimento do sistema hospitalar: o caso de alguns hospitais da cidade de São Paulo. In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, 4., 1999, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FEA/USP, 1999.

GROOM, L.; KENDRICK, D.; COUPLAND, C. et al. Inequalities in hospital admission rates for unintentional poisoning in young children. **Injury Prevention**, London, v. 12, n. 3, p. 166–170, jun. 2006.

HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais á pratica na análise da implementação de programas.** Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, p.15-61, 2005.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ. Centro de Controle de Intoxicações. **Estatística 2008 – Internações Hospitalares nos Municípios de Maringá e Região**. Maringá, 2009.

JORGE, M. H. M.; KOIZUMI, M. S.; TUONO, V. L. **Estudo de mortalidade e hospitalizações por acidentes com crianças de até 14 anos**: Coordenação - ONG Criança Segura, 2007. Disponível em: <<http://www.criancasegura.org.br/downloads/pesquisa/estudo.morbimortalidadecriancasegura.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2009.

KLEINMAN, M. E.; CHAMEIDES, L.; SCHEXNAYDER, S. M. et al. Pediatric advanced life support. **Circulation**, Dallas, v. 122, no.18, p. 876-908, Nov. 2010. Supplement 3

LARINI, L. A intoxicação como fenômeno biológico. In: _____. **Toxicologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Manole, 1993. p.1.

LEITE, E. M. A.; AMORIM, L. C. A. **Noções básicas de toxicologia**. Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas Faculdade de Farmácia- UFMG. 2006. Disponível em: <<http://www.farmacia.ufmg.br/lato/APTOXG2006.doc>>. Acesso em: 17mar. 2007.

LEME, A. C.; NORONHA, G.; RESENDE, J. B. A satisfação do usuário em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 41-46, 1991.

LIMA, S. B. S.; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n. 3, p. 271-278, jul./set. 2006.

LIRA; S. V. G.; SILVA, J. G.; ABREU, R. N. D. C. et al. Intoxicações por pesticidas em crianças, adolescentes e jovens no município de Fortaleza (CE). **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 48-55, jan./mar. 2009.

LOURENÇO J.; FURTADO, B. M. A.; BONFIM, C. Exogenic poisoning in children assisted in a pediatric emergency unit. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 282-286, 2008.

MALIK, A. M.; SHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002. v. 3.

MASOT RANGEL, A.; FONSECA HERNÁNDEZ, M.; RODRÍGUEZ HERRERA E. et al. Morbilidad por intoxicaciones agudas en el Hospital Pediátrico de Cienfuegos durante el quinquenio 1996-2000. **Revista Cubana de Pediatría**, Ciudad de la Habana, v. 76, n. 3, Sept. 2004. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312004000300007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2011.

MATSUDA, L. M. **Satisfação profissional da equipe de enfermagem de uma UTI adulto**: perspectivas de gestão para a qualidade da assistência. 2002. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2002.

MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.

MELO, D. S.; SOUZA, A. C. S.; TIPPLE, A. F. V. et al. Compreensão sobre precauções padrão pelos enfermeiros de um hospital público de Goiânia-GO. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 720-727, set./out. 2006.

MENA, H. C.; BETTINI, S. M.; CERDA, J. P. et al. Epidemiología de las intoxicaciones en Chile: una década de registros. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 132, n. 4, p. 493-499, abr. 2004.

MENDES, A. C. G.; ARAÚJO JÚNIOR, L. C. A.; FURTADO, B. M. A. S. et al. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p. 157-165, abr./jun. 2009.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MULLER, V. T.; GOMES, M. M. Pacientes com epilepsia: satisfação com os serviços de atenção à saúde? **Journal of epilepsy and clinical neurophysiology**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 17-22, 2008.

OGA, S. **Fundamentos de toxicologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

OGA, S.; SIQUEIRA, M. E. P. B. Introdução à Toxicologia. In: OGA, S.; CAMARGO, M. M. A.; BATISTUZZO, J. A. O. **Fundamentos de toxicologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 3-8.

OLIVEIRA, M. L. F. **A utilização de serviços de urgência / emergência em Maringá (PR): analisando determinantes**. 1998. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1998.

OLIVEIRA, M. L. F.; BALLANI, T. S. L.; RABELO, J. F.; BELLASALMA, A. C. M.; DAVIDOSKI, K. J.; NASCIMENTO, S. J. Visitando famílias de pessoas intoxicadas: quinze anos de experiência. **Ciencia Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, p. 225-227, 2007. Suplemento

PAI, D. D.; LAUTERT, L. Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 2, p.231-234, mar. 2005.

PARANHOS, W. I. Intoxicações exógenas. In: CALIL, A. M.; PARANHOS, W. I. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 691-700.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. 1. ed. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1999.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PIRES, M. P. F.; PIRES, C. E. F.; FEDER, D. Abordagem ao paciente intoxicado. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 56, n. 9, p. 861-876, set.1999.

PRESGRAVE, R. F.; CAMACHO, L. A. B.; VILLAS BOAS, M. H. S. Análise dos dados dos Centros de Controle de Intoxicação do Rio de Janeiro, Brasil, como subsídio às ações de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 401-408, fev. 2009.

RAMOS, C. L. J.; TARGA, M. B. M.; STEIN, A. T. Perfil das intoxicações na infância atendidas pelo Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul (CIT / RS), Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1134-1141, jul./ago. 2005.

RIBEIRO, N. M. **Satisfação dos utentes face ao cuidar pelos enfermeiros no serviço de urgência de Machico**. 2008. Trabalho de investigação (Curso de Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar)-Universidade Atlântica, Funchal, 2008. Disponível em: <<http://www.citma.pt/Uploads/Norberto%20Ribeiro.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2011.

SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S. Intoxicações exógenas agudas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.75, p. s244-s250, 1999. Suplemento 2.

SCHVARTSMAN, S. **Intoxicações agudas**. São Paulo: Sarvier, 1993.

SCOCHI, M. J. Avaliando o cuidado ao hipertenso em serviços de saúde. **Acta scientiarum. Health sciences**, Maringá, v. 23, n. 3, p. 739-744, 2001.

SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 356-367, jul./set. 1994.

SCOCHI, M. J.; MARCON, S. S.; OLIVEIRA, M. L. F. et al. Capacitação das equipes locais como estratégia para a institucionalização da avaliação em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p.183-192, 2008. Suplemento 1.

SELEGHIM, M. R.; TEIXEIRA, J. A.; MATSUDA, L. M. et al. C. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. **Revista Rene: revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 122-131, jul./set. 2010.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ: ABRASCO, 2006. p. 241-257.

SILVEIRA, A. M.; PEIXOTO, B. **Manual de avaliação de programas de prevenção da violência**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

SIQUEIRA, K. M.; BRANDÃO, J. R.; LIMA, H. F. et al. Perfil das intoxicações exógenas infantis atendidas em um hospital especializado da rede pública de Goiânia, GO. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n. 3, p. 663-672, 2008.

SOUZA, L. J. E. X.; BARROSO, M. G. T. Ninguém quer perder um filho: reações dos familiares observadas pela enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 50, n. 4, p. 477-484, out./dez. 1997.

SOUZA, L. J. E. X.; RODRIGUES, A. K. C.; BARROSO, M. G. T. A família vivenciando o acidente doméstico: relato de uma experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 83-89, jan. 2000.

TAGLIAFERRO, Z. A.; BRACAMONTE, G. Pacientes atendidos em un Centro Toxicológico de Venezuela. **Revista de Salud Pública**, Buenos Aires, v. 12, n. 2, p. 220-227, 2010.

TAVARES, E. O.; TREVISAN, E. P. T.; SANTOS, J. A. T.; FRANÇOZO, N. R. R.; BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. **Perfil dos acidentes toxicológicos na infância e o cuidado de enfermagem à família**. Curitiba: UFPR, 2010.

TURINI, C. A. **Atendimento inicial ao paciente intoxicado**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://ltc.nutes.ufrj.br/toxicologia/modIV.htm>>. Acesso em: 23 out. 2011.

VIEIRA, L. J. E. S.; ARAÚJO, K. L.; ABREU, R. N. D. C. et al. Repercussões no sistema familiar de injúrias não-intencionais em crianças. **Acta scientiarum. Health sciences**, Maringá, v. 29, n. 2, p. 151-158, 2007.

VIEIRA, L. J. E. S. **Julgar e compreender**: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H. Intoxicações exógenas em crianças menores de seis anos atendidas em hospitais da região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 302-307, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Padrões Mínimos de Atendimento Inicial a Criança Intoxicada

*PADRÕES MÍNIMOS DE ATENDIMENTO INICIAL À CRIANÇA INTOXICADA**

Erika Okuda Tavares¹
Magda Lúcia Félix de Oliveira²

Estrutura do atendimento inicial

A entrada inicial do paciente no serviço de saúde, no caso, o PS/HUM, dá-se pelo setor de *Recepção* do referido Hospital. Seu funcionamento deve ser irrestrito para toda a população, atendendo a todos com respeito, dignidade e discrição, respeitando-se os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de igualdade, equidade e universalidade. Tanto quanto possível, o atendimento deve ser realizado de maneira ágil e rápida, por pessoas capacitadas e treinadas em atender à população que demanda o serviço de saúde.

O atendimento inicial à criança intoxicada no PS/HUM envolve as seguintes estruturas: Recepção, Sala de Estabilização (Emergência), Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), Consultório Médico, Unidade de Radiologia, Unidade de Laboratório de Análises Clínicas e Sala de Medicação (Figura 1).

Após o acolhimento na Recepção, as crianças classificadas para o eixo vermelho – para onde são encaminhados os pacientes graves, com risco de morte – são levadas diretamente à Sala de Estabilização (Emergência). O responsável ou o acompanhante da criança permanece na Recepção.

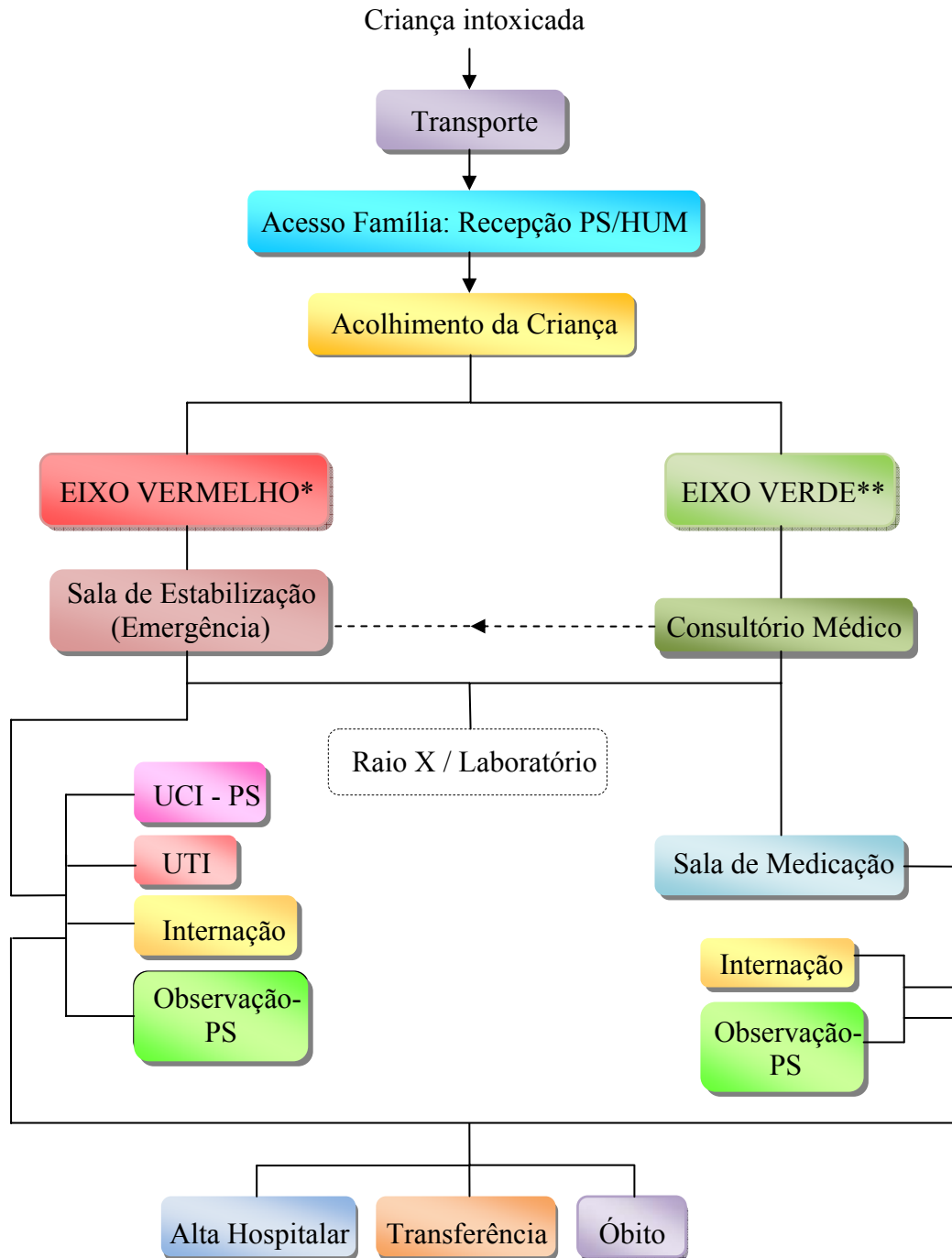
A **Recepção** deve ser um espaço limpo, arejado e bem-iluminado, de modo a proporcionar conforto e bem-estar ao usuário do serviço. Deve possuir cadeiras em número suficiente para os usuários aguardarem o atendimento para o registro de entrada no serviço. Este deve ser realizado com cortesia e de forma discreta, para não expor o caso aos demais usuários do serviço.

Informações sobre aonde se dirigir a fim de encontrar a criança, assim como horários de visitas e direito a acompanhante, devem ser prestadas no menor tempo possível.

* Padrões estabelecidos para nortear o instrumento de coleta de dados da dissertação de mestrado “Qualidade do Atendimento Inicial à Criança Intoxicada: Satisfação das Famílias” Maringá-PR, 2011.

¹ Enfermeira, mestranda em enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá.

² Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva, docente do Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá.



Notas: *Eixo vermelho: Fluxo de pacientes graves com risco de morte (BRASIL, 2009).

**Eixo verde: Fluxo de pacientes aparentemente não graves (BRASIL, 2009).

Figura 1 – Modelo de estrutura para atendimento inicial à criança intoxicada. PS/HUM, Maringá-PR, 2010.

A **Sala de Estabilização** é a estrutura que compõe a rede organizada de atenção às urgências, e funciona como local de estabilização de pacientes (BRASIL, 2009).

Além de conter equipamentos e materiais necessários para garantir o suporte à vida e a estabilização das condições vitais dos pacientes, deve ser um espaço limpo, iluminado e bem-ventilado, com biombos entre as macas a fim de que a privacidade dos pacientes seja preservada. Informações quanto ao estado de saúde do paciente devem ser prestadas à família, responsáveis e/ou acompanhantes no menor tempo possível, assim como esclarecimentos com relação ao tratamento realizado, procedimentos e condutas terapêuticas.

Da Sala de Estabilização (Emergência), dependendo da gravidade do quadro clínico, a criança pode ser encaminhada para a Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), ou à Unidade de Observação Clínica do Pronto Socorro e/ou a outros setores do hospital, como o de terapia intensiva ou o setor de internamento.

Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) é aquela destinada ao atendimento de pacientes que necessitem de observação mais rigorosa do que a alcançável em unidades de internação/enfermarias regulares, pacientes clínicos ou cirúrgicos que apresentam risco de apresentar complicações e necessitam de observação mais sistemática de suas funções vitais, pacientes que necessitam de procedimentos de baixa/média complexidade em terapia intensiva para sua sobrevivência e pacientes que requeiram o uso de suporte ventilatório artificial em baixos parâmetros (BRASIL, 2005).

Essa unidade deve ser equipada com todos os aparelhos e materiais que garantam a estabilidade clínica do paciente, assim como de materiais para eventuais emergências. Além de ser limpa, iluminada e ventilada, deve conter divisórias que permitam a privacidade de cada paciente, cuja permanência nesta sala deve ser pelo menor tempo possível.

O Setor de Observação é a área destinada à observação de pacientes que necessitem de investigação diagnóstica e/ou tratamento por um período máximo de até 24 horas (BRASIL, 2009).

No PS/HUMm a **Unidade de Observação Clínica** é reservada aos casos de menor complexidade, com espaço para acomodação dos pacientes que, após passarem pela Sala de Estabilização (Emergência) ou Consultório Médico, permanecem no serviço por no máximo 12 horas, aguardando resultados dos exames realizados para posterior reavaliação e procedimento de novas condutas.

Unidades de terapia intensiva são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que necessitem de assistência médica e de enfermagem

ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e à terapêutica (BRASIL, 1998).

No PS/HUM, as unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica são os locais para onde são encaminhados os pacientes que necessitem de suporte vital de vida por um tempo mais prolongado após suas funções vitais serem estabilizadas na Sala de Estabilização (Emergência).

As **unidades de internação** são os locais para onde são encaminhados os pacientes que, após terem passado por avaliação clínica, necessitam de um tempo maior de observação e tratamento além das 12 horas da Unidade de Observação Clínica.

No tocante ao eixo verde - onde são atendidos os pacientes classificados como de média gravidade clínica -, a criança é encaminhada diretamente da Recepção para o Consultório Médico.

O **Consultório Médico** deve constituir-se de uma sala reservada, limpa, organizada, bem-iluminada e ventilada, com equipamentos básicos para o atendimento à população (mesa, cadeiras, maca, esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, otoscópio, lanterna, luvas de procedimento, receituário médico, além de condições para higienização frequente das mãos e desinfecção de materiais com algodão e álcool a 70%. Durante o atendimento sua porta deve ser fechada, para serem preservados a privacidade e o sigilo das informações dos pacientes.

Após passar por consulta médica, dependendo das condições clínicas do paciente, este pode ser encaminhado para a Sala de Estabilização (Emergência), à Unidade de Laboratório de Análises Clínicas (Laboratório), à Unidade de Radiologia (Raio X) ou à Sala de Medicação.

Apoio diagnóstico

Segundo a Portaria n.º 1.020 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a área de apoio diagnóstico é a destinada à realização de exames complementares necessários à elucidação diagnóstica ou à coleta de materiais. Inclui sala de eletrocardiografia, salas de exames de radiologia geral e laboratório de análises clínicas. A área de apoio terapêutico é aquela destinada à realização de procedimentos terapêuticos imediatos, como suturas, curativos, imobilização de fraturas, inalação, aplicação de medicamentos e reidratação. Inclui sala de sutura/curativos, sala de gesso/imobilização de fraturas, sala de inalação coletiva, sala de aplicação de medicamentos/reidratação (BRASIL, 2009).

No PS/HUM, a **Unidade de Laboratório de Análises Clínicas** (Laboratório) é o local para onde os pacientes são encaminhados após consulta médica, quando são colhidas amostras de material biológico para realização de exames, quando requisitados.

Deve ser um local limpo, iluminado e bem-ventilado, com cadeiras próprias para coleta de material biológico (sangue), além dos materiais básicos necessários para a coleta (garrote, luvas, seringas e agulhas descartáveis). Deve também contar com profissionais técnicos capacitados para atender à demanda do serviço, com destreza, de forma hábil, ágil e prestativa.

No PS/HUM, a **Unidade de Radiologia** (raios X) é o local para onde são encaminhados os pacientes para os quais, após passarem por consulta médica, é requisitada a realização do exame de raios X. Além de ser um local limpo, ventilado e bem-conservado, deve contar com profissionais técnicos capacitados para atender à demanda do serviço de forma prestativa, ágil e rápida, dentro de suas capacidades.

A **Sala de Medicação** no PS/HUM é o lugar para onde os pacientes são encaminhados após consulta médica e onde são medicados de acordo com a prescrição concernente. Deve ser um espaço limpo, bem-ventilado e iluminado, com cadeiras para os pacientes se sentarem durante o atendimento e biombos que garantam a privacidade no atendimento. Em caso de punção venosa para administração de medicação endovenosa, deve contar com materiais básicos necessários à realização do procedimento, além de equipe técnica treinada e capacitada para atender à demanda do serviço de forma segura, ágil, eficiente e prestativa.

No PS/HUM, quando o paciente está impossibilitado de deambular e encaminhar-se à Unidade de Laboratório de Análises Clínicas (Laboratório) para a coleta de material biológico, e/ou à Unidade de Radiologia (Raio X) para a realização de raios x, um profissional técnico (de cada um dos setores mencionados) desloca-se até o local onde foi requerida sua presença, e o procedimento é realizado com o paciente no leito.

Após passar pela Unidade de Laboratório de Análises Clínicas (Laboratório), e/ou Unidade de Radiologia (Raio X), e/ou pela Sala de Medicação, o paciente é ainda encaminhado para a Unidade de Observação Clínica do PS/HUM ou para o setor de internamento do hospital.

Processo de atendimento inicial

O processo de atendimento inicial à criança intoxicada deve ser orientado por seis princípios: recepção e encaminhamento ágil do paciente (acesso ao serviço de saúde);

medidas de suporte à vida; anamnese (clínica, epidemiológica e laboratorial); medidas de descontaminação; uso de antídotos ou soroterapia antiveneno e tratamento sintomático; porém a diretriz primordial do tratamento deve o foco na criança, e não no agente tóxico.

Medidas de suporte à vida

Essas medidas visam à estabilização das funções vitais. Nos casos graves de intoxicação, condições que ofereçam risco devem ser identificadas e tratadas em uma sequência de prioridades, representadas pelas cinco letras iniciais do alfabeto – A, B, C, D, E: *A- vias aéreas*: se a criança não responde a estímulos, mas respira ou tem dificuldades para respirar, deve ser posicionada de forma a manter as vias aéreas livres/permeáveis.

B- respiração: é necessária uma avaliação da respiração da criança, assim como de complicações respiratórias, que podem surgir como falência respiratória, broncoespasmo ou hipóxia. O suporte ventilatório é realizado conforme a necessidade. Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou com intenso esforço respiratório têm indicação para intubação traqueal, que assegura a perviedade e proteção das vias aéreas, prevenindo sua aspiração e obstrução.

C- circulação: tem por objetivo avaliar o comprometimento hemodinâmico e infundir fluidos, quando necessário. Para tanto, é indicado verificar a pressão sanguínea e a frequência cardíaca da criança, iniciar monitoração eletrocardiográfica contínua, obter acesso venoso seguro, colher amostras de sangue para realização de exames laboratoriais e iniciar infusão intravenosa.

Para a realização da punção venosa, o profissional deve proceder à lavagem das mãos, separar todo o material necessário à realização do procedimento e fazer uso de luvas. O garrote é utilizado para selecionar o melhor local a ser puncionado. Antes da punção, deve-se proceder à antissepsia da pele da criança com algodão embebido em álcool 70%. Tala e fita adesiva devem ser utilizadas para conter o membro puncionado da criança (ALMEIDA; SABATÉS, 2008; HOCKENBERRY; WILSON; WINKELSTEIN, 2006).

D- déficit neurológico: a diminuição do nível de consciência é uma complicação grave e pode variar desde a sonolência até o coma. A avaliação neurológica deve ser realizada observando-se as pupilas e verificando-se o nível de consciência por meio da escala de coma de Glasgow.

E- exposição: com o propósito de facilitar a observação de sinais externos como marcas de picada, edema, exantema, eritema, bolhas, sangramentos, queimaduras e outros, a criança deve ser despida de todas as suas vestimentas (BRASIL, 2007).

Anamnese clínico-epidemiológica e laboratorial

Nos casos de estabilização das funções vitais da criança ou de menor gravidade clínica, deve-se proceder a uma inspeção mais detalhada de todos os segmentos corporais da criança, para identificar parâmetros clínicos, obter a história clínica detalhada da intoxicação e estabelecer o diagnóstico sindrômico inicial para a realização do tratamento. A fase de anamnese inclui exame físico, entrevista e solicitação de exames laboratoriais, se indicado. É recomendado nesta fase consultar um centro de informação e assistência toxicológica para obter informações adequadas quanto ao agente causal da intoxicação e condutas para o melhor tratamento a ser instituído para a toxissíndrome ou ao agente causal.

A entrevista é a base para o diagnóstico clínico da intoxicação. As informações devem ser colhidas diretamente com a família ou responsável pela criança intoxicada. Quando dados sobre a história da intoxicação são omitidos ou desconhecidos, as informações devem ser comparadas com as manifestações clínicas e/ou resultados de exames laboratoriais.

Deve-se investigar qual o agente causal envolvido na intoxicação, a dose estimada e o local de armazenamento, a via de exposição, a circunstância e o local de ocorrência da intoxicação, como esta ocorreu, a presença do cuidador da criança no momento do acidente, medidas de primeiros socorros, os sinais e sintomas apresentados pela criança no momento da intoxicação, o número de intoxicações anteriores, doença aguda ou crônica associada à intoxicação e o tempo decorrido após o acidente (BRASIL, 2007).

Antes da realização de qualquer procedimento, o profissional de saúde deve sempre proceder à lavagem das mãos.

O exame físico é útil para se estabelecer a gravidade clínica da intoxicação e confirmar o diagnóstico. Deve ser minucioso e completo, passando pelo couro cabeludo, pelas orelhas, narinas, cavidade oral, braços, pernas, tórax, abdômen e região genital da criança, com foco nos sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiratória), pupilas (tamanho e resposta à luz), pele e mucosas, peristaltismo e estado mental (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

Para verificar a temperatura axilar da criança, deve-se primeiramente enxugar o suor de sua axila e proceder à desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool 70%. A seguir o termômetro deve ser colocado sob o braço da criança, devendo este permanecer imóvel por um período mínimo de três minutos (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

A frequência cardíaca na criança é verificada com o uso do estetoscópio, cuja oliva e diafragma devem primeiramente ser desinfectados com algodão embebido em álcool 70%. Em dias de muito frio o diafragma pode ser aquecido por meio de sua fricção na palma da

mão antes de ser colocado sobre o tórax ou a roupa da criança, desde que esta seja de tecido fino (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

A frequência respiratória é verificada a partir da observação da expansão da caixa torácica da criança.

Para a verificação da pressão arterial na criança, o estetoscópio e o manguito devem ser de tamanhos adequados a este procedimento (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

Na realização do diagnóstico sindrômico da intoxicação, é necessário saber reconhecer as síndromes tóxicas, de modo a permitir uma identificação mais rápida do agente causal da intoxicação e a instituição do tratamento adequado.

As principais síndromes tóxicas são:

- *Síndrome Anticolinérgica*: caracterizada por sintomas de agitação psicomotora ou sonolência, aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, midríase, febre, rubor, ressecamento de pele e mucosas, retenção urinária, tremores, convulsão, diminuição de borboríngos (causados por anti-histamínicos), atropina, antidepressivos tricíclicos, antiparkinsonianos, beladonas, fenotiazínicos.

- *Síndrome colinérgica*: os sintomas variam de acordo com a estimulação da acetilcolina nos receptores muscarínicos, nicotínicos e colinérgico central. *Os sintomas colinérgicos muscarínicos* são caracterizados por miose, diarreia, vômitos, incontinência urinária, sialorreia, lacrimejamento, broncoespasmo, broncorreia. *Os sintomas colinérgicos nicotínicos* são caracterizados por midríase, hipertensão, taquicardia, broncodilatação, diaforese, fraqueza e fasciculação musculares. *Os sintomas colinérgicos centrais* são caracterizados por confusão mental, agitação, convulsões, letargia, coma e óbito. Todos estes sintomas são causados por inseticidas organofosforados e carbamatos e por alguns cogumelos.

- *Síndrome Extrapiramidal*: é caracterizada por sintomas de hipertonía, espasmos musculares, crises oculóginas, catatonia, distorção facial, sinal da roda dentada e opstótono, que são causados por metoclopramida, haloperidol, fenotiazínicos e domperidona.

- *Síndrome Depressora do Sistema Nervoso Central*: é caracterizada por sintomas como miose, sonolência, torpor, hiporreflexia, depressão respiratória, diminuição da frequência cardíaca, hipotermia, diminuição da pressão arterial e coma, que são causados por benzodiazepínicos, barbitúricos, carbamazepina, antidepressivos tricíclicos, descongestionantes tópicos, opioides (heroína, morfina, meperidina), etanol, monóxido de carbono.

- *Síndrome Simpatomimética*: é caracterizada por sintomas como midríase, febre, sudorese, rubor, aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, convulsão, tremores,

alucinação, paranóia e arritmias, que são causados por descongestionantes tópicos, anfetaminas, *ecstasy*, cocaína, fenilpropanolamina, efedrina, cafeína.

- Síndrome Metemoglobinêmica: é caracterizada por sintomas como aumento da frequência cardíaca, cianose, astenia, irritabilidade, depressão neurológica, diminuição da frequência respiratória, convulsões que são causados por naftalina, sulfonas, anestésicos locais, nitrobenzeno, quinonas, cloratos, nitrito, nitrato, metoclopramida e azul de metileno (BRASIL, 2007).

Exames complementares são essenciais para a avaliação clínica da criança intoxicada e podem fornecer informações importantes para o diagnóstico e a evolução clínica da intoxicação, assim como guiar a investigação para uma análise toxicológica específica.

Quando há evidências de toxicidade moderada ou grave em intoxicações que apresentem potencial de toxicidade sistêmica e em exposições a substâncias desconhecidas, podem ser necessários exames laboratoriais de rotina ou específicos das substâncias tóxicas envolvidas (BRASIL, 2007).

Os exames laboratoriais mais solicitados são hemograma, provas de coagulação, glicemia, provas de função renal e hepática, gasometria arterial, eletrólitos, alterações dos níveis plasmáticos de sódio e potássio (BRASIL, 2007).

As análises toxicológicas, consideradas como exames específicos, são realizadas para auxiliar no diagnóstico, tratamento e prognóstico da criança intoxicada, permitindo a reavaliação do paciente e a identificação do agente causal da intoxicação e proporcionando intervenções mais específicas e adequadas, como, por exemplo, o uso de antídotos. O material biológico mais utilizado é o sangue.

Na realização de punção venosa para coleta de exames laboratoriais o profissional deve fazer uso de luvas. O garrote é utilizado para selecionar o melhor local a ser puncionado. Antes da punção, deve-se proceder à antissepsia da pele da criança com algodão embebido em álcool 70%. A punção deve ser realizada o menor número de vezes possível o profissional de saúde deve demonstrar preparo e domínio da técnica, para ganhar a empatia e a confiança da criança e de sua família. Após serem retirados o garrote e a agulha do local da punção, este deve ser pressionado com algodão seco e em seguida deve ser colocado um curativo sobre ele (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

Exames radiológicos como a radiografia de tórax permitem o acompanhamento de complicações advindas da intoxicação, como pneumonia aspirativa, edema agudo de pulmão e fibrose pulmonar (em casos de intoxicação por paraquat). A radiografia é indicada para pacientes com diminuição do nível de consciência e risco de aspiração do conteúdo gástrico,

como também para o acompanhamento de pacientes em ventilação mecânica (BRASIL, 2007).

O eletrocardiograma (ECG) deve ser realizado em casos de ingesta de drogas potencialmente cardiopélicas (antidepressivos tricíclicos, bloqueadores beta adrenérgicos, neurolépticos) e em pacientes com múltiplas picadas de abelhas (BRASIL, 2007).

A endoscopia digestiva alta (EDA), usada em intoxicações em que houve ingesta de substâncias cáusticas, revela a gravidade da intoxicação, orienta o tratamento e define o prognóstico (BRASIL, 2007).

Medidas de descontaminação

Essas medidas são aplicadas na fase em que se procura diminuir a exposição do organismo ao agente tóxico, reduzindo o tempo e/ou a superfície de contato e a quantidade do agente em contato com o organismo. Inclui descontaminação gástrica, cutânea, oral, respiratória e ocular.

A descontaminação gástrica tem por objetivo remover substâncias tóxicas do estômago, incluindo grandes quantidades de comprimidos íntegros (quando o agente causal da intoxicação é um medicamento). É contraindicada no caso de ingestão de substâncias cáusticas e/ou hidrocarbonetos.

O tempo para a realização da descontaminação gástrica varia conforme o agente tóxico, devendo-se observar sua apresentação (produtos líquidos são quase completamente absorvidos cerca de trinta minutos após a ingestão, apresentações sólidas são em geral absorvidas em um intervalo de uma a duas horas), a dose ingerida e a toxicidade da substância.

Uma das formas de descontaminação gástrica mais comumente usadas é a lavagem gástrica, que consiste na passagem de uma sonda gástrica de calibre adequado, com a administração e subsequente aspiração de pequenas quantidades de volumes e líquidos de solução fisiológica 0,9% (BRASIL, 2007).

Antes da passagem da sonda para a realização da lavagem gástrica o profissional deve fazer uso de luvas. O tórax da criança deve ser protegido com uma toalha, a criança deve ser posicionada em decúbito dorsal com a cabeça levemente fletida, a sonda deve ser medida a partir do lóbulo da orelha até a ponta do nariz e deste até o apêndice xifoide da criança e ser introduzida levemente pela narina. Durante a passagem da sonda devem ser observadas a presença de vômitos e/ou de sangramento nasal. A posição da sonda deve ser testada aspirando-se o suco gástrico e fixada com fita adesiva e/ou cadarço. Na administração do soro

fisiológico pela sonda para a realização da lavagem gástrica, a criança deve ser posicionada em decúbito lateral. Durante a realização da lavagem gástrica, sinais de cianose, náuseas e vômitos devem ser observados, devendo o procedimento ser suspenso caso ocorram algum desses sinais (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

A descontaminação cutânea tem por objetivo remover substâncias como, por exemplo, agrotóxicos e solventes orgânicos que podem ser absorvidos pela pele e couro cabeludo da criança intoxicada. Consiste em lavar toda a superfície corporal da criança em que a substância química e potencialmente tóxica tenha entrado em contato direto com a pele. Se a criança estiver consciente e clinicamente estável, deve ser encaminhada a uma sala de higienização, se não, a descontaminação deve ser feita no próprio leito. Deve-se retirar toda a roupa da criança o mais rapidamente possível, mas de modo a evitar hipotermia. A higienização corporal deve ser realizada exaustivamente durante 15 a 20 minutos em água corrente limpa e morna e sabão, com especial atenção ao couro cabeludo, à região retroauricular, às axilas, ao umbigo e às regiões genital e subungueal (BRASIL, 2007).

Antes da realização do procedimento o profissional deve fazer uso de luvas e máscara a fim de prevenir-se de também se intoxicar. A temperatura da água do banho deve ser verificada, devendo esta estar morna; e o banho deve ser realizado em água corrente em abundância. Caso o banho seja realizado pela família da criança, porém ainda no serviço, o profissional de saúde deve orientar de forma clara a família sobre como proceder à descontaminação da criança, lavando-a com água em abundância, inclusive e principalmente o couro cabeludo. O procedimento deve ser seguido de perto pelo profissional. Devem ser fornecidas à família luvas e máscara, para evitar que esta venha também a se intoxicar.

A descontaminação oral consiste em remover substâncias da cavidade oral da criança, haja vista ocorrerem com maior frequência entre crianças menores de quatro anos, devido ao seu estágio de crescimento e desenvolvimento. Deve ser realizada assim que seja possível, para diminuir a ingestão da substância e o tempo de contato com a cavidade oral e evitar possíveis complicações decorrentes da intoxicação. Antes da realização do procedimento, o profissional deve fazer uso de luvas. Para a descontaminação da cavidade oral da criança deve-se usar gaze e o procedimento deve ser repetido por várias vezes (BRASIL, 2007).

A descontaminação respiratória consiste em remover substâncias químicas que podem lesar a árvore brônquica da criança. A via respiratória é uma via de grande absorção de gases e vapores, que podem comprometer tanto as vias aéreas superiores quanto os alvéolos. Deve ser realizada tão logo seja possível, para diminuir o contato da substância com o

organismo da criança. Uma das formas de descontaminação respiratória é a nebulização com soro fisiológico 0,9% puro (BRASIL, 2007).

A máscara de nebulização deve ser de tamanho adequado à criança. Deve-se orientar a família a permanecer com a máscara de nebulização perto da região nasal da criança até que o soro fisiológico do “copinho” acabe (ALMEIDA; SABATÉS, 2008). A família deve ser orientada a repetir a nebulização com soro fisiológico puro por uma semana.

A descontaminação ocular consiste na remoção de substâncias químicas de um ou ambos os olhos da criança. O contato ocular com substâncias químicas pode acarretar lesões graves. Como em todas as exposições descritas anteriormente, deve-se agir rapidamente a fim de evitar uma lesão mais grave e permanente na córnea da criança.

Antes da realização da descontaminação ocular na criança, o profissional deve fazer uso de luvas. A criança deve ser posicionada de maneira a facilitar a descontaminação. Uma cuba rim deve ser colocada próximo ao rosto da criança para coletar o lavado e evitar molhar a criança. Os olhos da criança devem ser lavados com soro fisiológico 0,9% em abundância por pelo menos 20 minutos e ela deve ser encaminhada ao oftalmologista após o procedimento (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

Uso de Antídotos ou Soroterapia Anti-Veneno

Antídotos

Antídotos são substâncias utilizadas no tratamento das intoxicações que modificam a toxidinâmica e/ou a toxicinética de um agente químico exógeno, trazendo benefícios ao paciente intoxicado. Podem ser específicos ou inespecíficos. São específicos quando atuam em casos de intoxicações ocasionadas por uma determinada substância química ou por um grupo químico definido de substâncias; e inespecíficos quando modificam a toxicocinética ou a toxicodinâmica de agentes químicos de grupos diversos (SCHVARTSMAN, 1993).

Antídotos específicos:

A *atropina* é usada como antídoto em intoxicações por inseticidas organofosforados, que agem inibindo as enzimas colinesterases e prolongando os efeitos da acetilcolina. A atropina contrapõe-se aos efeitos muscarínicos dos organofosforados. Exames laboratoriais específicos que medem a dosagem de colinesterase devem ser realizados antes e durante o tratamento com atropina. Os sinais vitais da criança devem ser monitorados durante o tratamento com atropina para se avaliar um dos sinais característicos de atropinização, que é a taquicardia (BRASIL, 2007).

O *azul de metileno* (metiltionínio) reduz os níveis de meta-hemoglobina, sendo indicado no tratamento da meta-hemoglobinemia induzida por agentes como prilocaína, óxido nítrico, primaquina e nitroprusseto de sódio, compostos fenólicos (naftalina), sulfonas (dapsona), entre outros. Seu uso é indicado quando surge cianose e os níveis de meta-hemoglobina superam 30% em pacientes assintomáticos; mas em altas doses também pode causar meta-hemoglobinemia, sendo necessário o monitoramento dos níveis de meta-hemoglobina durante o tratamento (BRASIL, 2008).

A quelação com *desferroxamina* é o único método atualmente disponível para aceleração efetiva da depuração do ferro absorvido e diminuição da mortalidade. Em administração intramuscular permite fazer diagnóstico de intoxicação crônica por ferro. É indicada em casos graves e/ou moderados de intoxicação por ferro, devendo ser evitada em casos de intoxicações leves, devido aos efeitos indesejáveis, que podem ser intensos (BRASIL, 2008).

O *flumazenil* é um antagonista específico de benzodiazepínicos, revertendo rapidamente o coma. É utilizado não somente na fase de diagnóstico (devido à sua especificidade de ação), mas também como substância reanimadora. É contraindicado para pacientes que usem benzodiazepínicos de modo contínuo ou que apresentem convulsões ou mioclonias, e até mesmo naqueles em que haja confirmação e/ou suspeita de coingesta de outras drogas de baixo limiar pra convulsão, como os antidepressivos tricíclicos, lítio, cocaína, isoniazida, inibidores da MAO, etc. (BRASIL, 2007).

A *n-acetilcisteína* é usada em casos de prevenção de hepatotoxicidade nas intoxicações por paracetamol. É utilizada em casos de ingestão de 140 a 150 mg/kg ou em que a concentração sérica obtida no intervalo de quatro a vinte e quatro horas após a ingestão estiver em níveis que apresentem risco de lesão hepática (BRASIL, 2007).

A *naloxona* age revertendo quase todos os efeitos dos opioides, incluindo depressão respiratória e de consciência, miose, analgesia, alucinações, euforia e disforia, delírios e convulsões. Não deve ser administrada a pacientes dependentes físicos de opioides, pois pode desencadear síndrome de abstinência (BRASIL, 2008).

A *penicilamina* é usada como quelante em casos de intoxicação por chumbo em que os níveis séricos excederem 50 a 60 µg/dl. Sua vantagem sobre o dimercaprol e o EDTA é que pode se administrada por via oral (BRASIL, 2008).

A *pralidoxima* pode ser usada concomitantemente com a atropina em casos de intoxicações por organofosforados. Age contrapondo-se aos efeitos nicotínicos dos organofosforados. Exames laboratoriais específicos que medem a dosagem de colinesterase

devem ser realizados antes e durante o tratamento com pralidoxima, para que, assim como a atropina, seja feito o manejo clínico desta droga (BRASIL, 2007).

A **vitamina K** é utilizada em casos de hemorragia devida à intoxicação por raticidas cumarínicos ou induzida pela heparina. Somente deve ser administrada após a alteração do exame do tempo de coagulação (TC), e somente via intramuscular.

Antídotos inespecíficos

Adsorventes

Adsorventes são substâncias com a propriedade de se ligarem ao agente tóxico, formando um composto estável não absorvido pelo trato gastrointestinal e eliminado pelas fezes (BRASIL, 2007).

O **carvão ativado** funciona como um adsorvente, diminuindo a absorção do agente tóxico pelo trato gastrointestinal. Deve ser administrado após a lavagem gástrica por meio da sonda oronasogástrica; ou por via oral, quando a descontaminação gástrica por meio da lavagem tenha se tornado inútil devido ao longo período de tempo decorrido desde a ingestão do agente tóxico. Catárticos salinos são utilizados para minimizar o efeito obstipante do carvão ativado (BRASIL, 2007).

O carvão ativado pode ser utilizado em doses repetidas para diminuição da absorção e aceleração da eliminação de fármacos que sofrem circulação entero-hepática, como, por exemplo, o fenobarbital e a teofilina. É contraindicado em casos de intoxicação por hidrocarbonetos e por substâncias corrosivas. É inefetivo em casos de intoxicações por álcool, DDT, cianureto, ferro, lítio, potássio, ácido bórico, carbamatos, bases e ácidos fortes. É também contraindicado em certas situações clínicas, como íleo paralítico, perfuração gastrointestinal, obstrução intestinal, cirurgia recente e risco de hemorragia gastrointestinal (BRASIL, 2008).

A **terra de Fuller** é uma terra natural, constituída por partículas de pequenas dimensões com alta capacidade de adsorção, constituída principalmente de salicilatos de alumínio hidratados. É usada em casos de intoxicação pelo herbicida paraquat, devido à alta capacidade de ligação do composto biperidílico do herbicida aos minerais presentes na terra de Fuller, assim como observado em seu comportamento no solo (BRASIL, 2007).

Demulcentes

Demulcente é uma substância que alivia ou protege tecidos inflamados. É usado principalmente em casos de ingestão de substâncias cáusticas e/ou corrosivas.

O *azeite de oliva* é usado como demulcente, formando uma película protetora da mucosa do trato gastrointestinal em caso de intoxicações por produtos corrosivos, em que a lavagem gástrica é contraindicada.

Soroterapia antiveneno

Soros heterólogos antiveneno são concentrados de imunoglobulinas obtidos por sensibilização de vários animais, porém os mais utilizados são os de origem equina (BRASIL, 2001).

Os principais soros antiveneno são: antibotrópico (jararaca), anticrotálico (cascavel), antilaquético (surucucu), antielapídico (coral-verdadeira), antiescorpiônico (escorpião-amarelo), antiaracnídeo (aranhas do gênero *Phoneutria sp.*), antilonômico (lagartas do gênero *Lonomia sp.*).

Para a instituição da soroterapia antiveneno, exames laboratoriais devem ser realizados para averiguar se é necessária ou não. A diurese da criança deve ser rigorosamente controlada quanto ao seu aspecto, coloração e volume, podendo necessitar de sondagem vesical.

Para a sondagem vesical na criança, esta deve ser posicionada em decúbito dorsal (meninas, em posição ginecológica). Deve-se colocar um biombo junto à maca da criança a fim de garantir sua privacidade, e o material para a sondagem deve ser reunido e levado junto ao paciente. Antes da realização da sondagem o profissional deve fazer uso de luvas estelizadas. Para a sondagem é preciso utilizar material estéril, realizar a higiene íntima da criança e usar xylocaína gel para a passagem da sonda; o balão da sonda deve ser insuflado com água destilada por meio de uma seringa e a sonda deve ser tracionada leve e lentamente até encontrar resistência e ser fixada na face interna da coxa com o auxílio de fita adesiva. O coletor de urina com sistema fechado deve ser colocado em nível inferior ao da criança (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

Os sinais vitais da criança devem ser monitorados antes, durante e após a realização da soroterapia antiveneno. A via preferencial de administração da soroterapia antiveneno é a endovenosa. A via subcutânea é usada em pacientes alérgicos ou que já tenham apresentada reação a soro antiveneno segundo relato na anamnese. Durante todo o processo de instalação e administração da soroterapia ant-veneno a criança deve ser acompanhada de perto pelo profissional responsável, para que seja avaliado possível surgimento de reações adversas ao soro antiveneno, como vômitos, urticária, crise asmátiforme e choque. Exames laboratoriais devem ser realizados após a administração da soroterapia antiveneno, para averiguar a eficácia do tratamento.

Tratamento sintomático

Tratamentos sintomáticos são medidas auxiliares tomadas com vista a corrigir ou eliminar sintomas inespecíficos que podem advir das intoxicações, tais como dor, vômitos, hipo ou hipertermia.

A observação clínica é muito importante nos casos de intoxicação, para tratar tanto de sintomas inespecíficos, como os descritos acima, quanto de efeitos tardios ou de liberação lenta de algumas substâncias que podem continuar sendo absorvidas, demandando um maior período de observação. Todos os pacientes com história de acidente toxicológico devem permanecer em observação no serviço de saúde por um período mínimo de seis a oito horas (BRASIL, 2007).

PREVENÇÃO

A prevenção é de suma importância para a diminuição da ocorrência de novos episódios de intoxicação na criança. Orientações básicas como manter produtos de uso doméstico, cosméticos, medicamentos, plantas tóxicas e praguicidas em local alto, seguro e fechado, fora do alcance dos olhos e mãos das crianças, devem ser repassadas à família, ressaltando-se que, no caso de intoxicação, não devem realizar nenhum procedimento na criança, mas buscar informações nos centros de informação e assistência toxicológica, repassá-las também aos demais cuidadores da criança e procurar atendimento no serviço de saúde mais próximo.

Em casos de intoxicação por **MEDICAMENTOS**, orientar a família a:

- não deixá-los em local de fácil acesso;
- nunca deixar de ler o rótulo ou a bula antes de usar qualquer medicamento;
- evitar tomar remédio na frente das crianças;
- não medicar no escuro, para não haver trocas perigosas;
- não utilizar medicamentos sem orientação médica;
- manter os medicamentos nas embalagens originais;
- tomar cuidado com remédios de uso infantil e de adulto com embalagens muito parecidas, pois erros de identificação podem causar intoxicações graves e às vezes, fatais;
- nunca usar medicamentos com prazo de validade vencido;

- descartar medicamentos vencidos e/ou restos de medicamentos, despejar o conteúdo no vaso sanitário ou na pia e lavar a embalagem antes de descartá-la, além de evitar colocar a embalagem com o seu conteúdo na lixeira;
- ensinar à criança que remédio não é bala, doce ou refresco, pois quando sozinha ela poderá ingerir o medicamento;
- não estimular a curiosidade natural das crianças por pílulas coloridas, embalagens e garrafas bonitas, brilhantes e atraentes, odor e sabor adocicados dos medicamentos (BRASIL, 2009).

Em casos de intoxicação por **PRODUTOS DOMÉSTICOS**, orientar a família a:

- ler atentamente os rótulos e seguir as instruções cuidadosamente antes de usar qualquer produto doméstico;
- guardar detergentes, sabão em pó, inseticidas e outros produtos de uso doméstico longe de alimentos e medicamentos, trancados e fora do alcance das crianças;
- manter os produtos em sua embalagem original e nunca colocar produtos derivados de petróleo, como querosene e gasolina, alvejantes e desinfetantes, em embalagens de refrigerantes ou suco (garrafas pet) (BRASIL, 2009).

Em casos de intoxicação por **PLANTAS TÓXICAS**, orientar a família a:

- ensinar às crianças que não devem colocar plantas na boca;
- conhecer as plantas que se têm em casa e arredores pelo nome e características;
- não comer plantas desconhecidas, pois nem sempre o cozimento elimina sua toxicidade;
- não fazer uso de remédios ou chás caseiros preparados com plantas, sem orientação médica (BRASIL, 2009).

Em casos de **ACIDENTES POR ANIMAIS**, orientar a família a:

- usar luvas e calçados em atividades de campo e/ou jardinagem;
- examinar roupas, lençóis, toalhas e calçados antes de usá-los;
- afastar camas das paredes e evitar pendurar roupas fora dos armários;
- vedar frestas e/ou buracos de paredes, portas, chão e teto;
- sempre limpar atrás de móveis, cortinas e quadros;
- fazer uso de telas em portas, janelas e ralos;
- preservar inimigos naturais de aranhas e escorpiões, como lagartixas, corujas, galinhas e sapos;
- manter a grama sempre aparada;
- evitar o acúmulo de lixo orgânico, entulhos e materiais de construção;
- não colocar as mãos e/ou pés em cupinzeiros, buracos, montes de pedra ou madeira, troncos podres, etc. (AYMONE et al., 2005).

Referências

ALMEIDA, F. A.; SABATÉS, A. L. **Enfermagem pediátrica**: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri, SP, Ed. Manole, 2008.

AYMONE, S.; ZAMBRONE, F.; TORRES, P. L.; ARAÚJO, R. **Como prevenir acidentes domésticos**. Projeto química na vida. Basf, 2005. Disponível em: <http://www.agro.basf.com.br/UI/_pdf/Responsabilidade-Socioambiental/manual.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). **Série Prevenindo Intoxicações**, 2009. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=315> Acesso em: 12 maio 2010.

BRASIL. Portaria MS nº 1.020, de 13 de maio de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n 91, de 15 de maio de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formulário terapêutico nacional 2008**: Rename. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Atendimento Inicial ao Paciente Intoxicado**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://ltc.nutes.ufrj.br/toxicologia/modIV.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2010.

BRASIL. Portaria MS 1071 de 04 de julho de 2005. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 130 de 08 de julho de 2005. Anexo VI - Das unidades assistenciais em pediatria.

BRASIL. **Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animal peçonhento**. 2. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Portaria MS 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento ou Terapia Intensivo – UTI. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 154 de 13/8/98.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. L. **Wong**: fundamentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

SCHVARTSMAN, S. **Intoxicações agudas**. São Paulo: Sarvier, 1993.

PARTE A - Estrutura

1- Tempo de Espera	Insat			Satisf	
	1	2	3	4	5*
Satisfação com o tempo de espera para atendimento na Recepção					
Satisfação com o tempo de espera para atendimento na Sala de Emergência					
Satisfação com o tempo de espera para atendimento no Consultório Médico					
Satisfação com o tempo de espera para atendimento na Sala de Medicação					
Satisfação com o tempo de espera para atendimento no RX					
Satisfação com o tempo de espera para atendimento no Laboratório					

*Não sabe/não respondeu

2- Conforto	Insatisf			Satisf	
	1	2	3	4	5*
Satisfação com a limpeza da Recepção					
Satisfação com a ventilação e iluminação da Recepção					
Satisfação com a conservação de pisos, paredes e teto da Recepção					
Satisfação com o número de lugares para se sentar durante a espera para atendimento na Recepção					
Satisfação com a limpeza da Sala de Emergência					
Satisfação com a ventilação e iluminação da Sala de Emergência					
Satisfação com a conservação de pisos, paredes e teto da Sala de Emergência					
Satisfação com a limpeza do Consultório Médico					
Satisfação com a iluminação e ventilação do Consultório Médico					
Satisfação com a conservação de pisos, parede e teto do Consultório Médico					
Satisfação com a limpeza da Sala de Medicação					
Satisfação com a ventilação e iluminação da Sala de Medicação					
Satisfação com a conservação de pisos, paredes e teto da Sala de Medicação					

*Não sabe/não respondeu

PARTE B - Processo

PARTE B-I - Aspectos éticos e relacionais do atendimento

1- Privacidade	Insat			Satisf	
	1	2	3	4	5*
Satisfação com a discrição no atendimento pelo profissional da Recepção					
Satisfação com o uso de biombos entre uma maca e outra na Sala de Emergência					
Satisfação com o ato de encostar a porta realizado pelo profissional no Consultório Médico					
Satisfação com o uso de biombos para realização de procedimentos na Sala de Medicação					
Satisfação com a discrição no atendimento pelo profissional do Raio X					
Satisfação com a discrição no atendimento pelo profissional do Laboratório					

*Não sabe/não respondeu

2- Direito à informação	Insat			Satisf	
	1	2	3	4	5*
Satisfação com as informações e esclarecimentos recebidos quanto ao estado de saúde da criança					
Satisfação com as informações e esclarecimentos recebidos quanto ao tratamento realizado					
Satisfação com as informações e esclarecimentos recebidos quanto aos exames realizados					
Satisfação com as informações e esclarecimentos recebidos quanto aos medicamentos administrados					
Satisfação com a autorização a acompanhar todas as fases do atendimento à criança					
Satisfação com as informações recebidas sobre onde reclamar caso não seja bem atendido					

*Não sabe/não respondeu

3- Dignidade e cortesia dos profissionais	Insat			Satisf	
	1	2	3	4	5*
Satisfação com o apresentar-se pelo nome realizado pelo profissional da Recepção					
Satisfação com a educação no atendimento prestado pelo profissional da Recepção					
Satisfação com o apresentar-se pelo nome realizado pelo profissional dos raios X					
Satisfação com a educação no atendimento prestado pelo profissional dos raios X					
Satisfação com o apresentar-se pelo nome realizado pelo profissional do Laboratório					
Satisfação com a educação no atendimento prestado pelo profissional do Laboratório					
Satisfação com o apresentar-se pelo nome realizado pela equipe médica					
Satisfação com a educação no atendimento prestado pela equipe médica					
Satisfação com o apresentar-se pelo nome realizado pela equipe de enfermagem					
Satisfação com a educação no atendimento prestado pela equipe de enfermagem					

*Não sabe/não respondeu

PARTE B-II - Padrões técnicos do atendimento

4- Precauções padrão	Insat			Satisf	
	1	2	3	4	5*
Satisfação com a lavagem das mãos realizada pelo profissional antes da realização de qualquer procedimento na criança					
Satisfação com o uso de luvas pelo profissional antes da realização de qualquer procedimento na criança					
Satisfação com o uso de avental pelo profissional antes da realização de qualquer procedimento na criança					
Satisfação com o uso de máscara de proteção pelo profissional antes da realização de qualquer procedimento na criança					
Satisfação com o uso de óculos de proteção pelo profissional antes da realização de qualquer procedimento na criança					

*Não sabe/não respondeu

5- Manutenção da vida

5.1- A, B, C, D, E	Insat			Satisf	
	1	2	3	4	5*
A- Vias Aéreas					
Satisfação com o posicionamento da criança de forma a manter as vias aéreas livres (em posição supina com a cabeça levemente inclinada)					
B- Respiração					
Satisfação com a verificação da respiração da criança realizada pelo profissional do PS/HUM					
Suporte Ventilatório					
Satisfação com o suporte ventilatório prestado à criança realizado pelo profissional do PS/HUM					
Intubação orotraqueal					
Satisfação com a intubação orotraqueal realizada na criança pelo profissional do PS/HUM					
Satisfação com a fixação da cânula de Guedel na criança					
Satisfação com o conhecimento e domínio da técnica dos profissionais na realização dos procedimentos na criança					
Máscara de O₂					
Satisfação com o tamanho da máscara de O ₂ usada pela criança					
Satisfação com a fixação da máscara de O ₂ na criança					
Catéter nasal de O₂					
Satisfação com o tamanho do cateter nasal de O ₂ usado pela criança					
Satisfação com o cateter nasal de O ₂ na criança					
C- Circulação					
Satisfação com a monitorização eletrocardiográfica contínua da criança					
Punção venosa					
Satisfação com a anti-sepsia da pele da criança com algodão embebido em álcool a 70 %					
Satisfação com o procedimento de coleta de material biológico (sangue) para realização de exames laboratoriais					
Satisfação com o conhecimento e domínio da técnica dos profissionais na realização dos procedimentos na criança					
D- Déficit neurológico					
Satisfação com a avaliação neurológica realizada na criança, por meio da observação das pupilas e verificação do nível de consciência					
E- Exposição					
Satisfação com o procedimento realizado para averiguar sinais como marcas de picadas, edema, eritema, equimoses, escoriações, bolhas, sangramentos, entre outros					

*Não sabe/não respondeu

5.2- Anamnese clínico-epidemiológica e laboratorial

5.2.1- Entrevista	Insat			Satisf	
	1	2	3	4	5*
Satisfação com o questionamento feito sobre o agente causal da intoxicação					
Satisfação com o questionamento feito sobre a via de exposição da intoxicação					
Satisfação com o questionamento feito sobre a dose estimada do agente causal da intoxicação					
Satisfação com o questionamento feito sobre o local onde estava o agente causal da intoxicação no momento do acidente					
Satisfação com o questionamento feito quanto ao tempo do ocorrido até a chegada no hospital					
Satisfação com o questionamento feito sobre quem estava com a criança no momento do ocorrido					
Satisfação com o questionamento feito sobre como ocorreu a intoxicação					
Satisfação com o questionamento feito sobre os procedimentos realizados no local de ocorrência da intoxicação					
Satisfação com o questionamento feito sobre o local de ocorrência da intoxicação					
Satisfação com o questionamento feito sobre os sintomas da intoxicação apresentados pela criança					
Satisfação com o questionamento feito sobre ocorrência de intoxicações anteriores					
Satisfação com o questionamento feito sobre a existência de alguma patologia associada					
5.2.2- Exame Físico					
Satisfação com o exame do couro cabeludo da criança					
Satisfação com o exame das pupilas da criança					
Satisfação com o exame das orelhas da criança					
Satisfação com o exame das narinas da criança					
Satisfação com o exame da cavidade oral da criança					
Satisfação com o exame da função pulmonar da criança					
Satisfação com o exame da função cardíaca da criança					
Satisfação com o exame dos braços, pernas, tórax, abdômen e região genital da criança					
Satisfação com o exame da pele de todo o corpo da criança					
Satisfação com o conhecimento e domínio da técnica dos profissionais na realização dos procedimentos na criança					
5.2.3- Verificação de Sinais Vitais					
Satisfação com os tamanhos do estetoscópio e manguito na verificação da pressão arterial da criança					
Satisfação com o conhecimento e domínio da técnica dos profissionais na realização dos procedimentos na criança					

5.2.4- Coleta de exames					
Satisfação com a anti-sepsia da pele da criança com algodão embebido em álcool a 70 %					
Satisfação com a compressão do local puncionado com algodão seco após a retirada do garrote e da agulha					
Satisfação com o curativo colocado no local puncionado após a compressão					
Satisfação com o conhecimento e domínio da técnica dos profissionais na realização dos procedimentos na criança					

*Não sabe/não respondeu

6- Medidas de Descontaminação

6.1- Lavagem gástrica	Insat			Satisf	
	1	2	3	4	5*
Satisfação com a introdução da sonda pela narina/cavidade oral da criança					
Satisfação com o procedimento de lavagem gástrica realizado na criança					
Satisfação com o conhecimento e domínio da técnica dos profissionais na realização dos procedimentos na criança					
6.2- Descontaminação cutânea					
Satisfação com as orientações quanto à forma de proceder à descontaminação cutânea da criança					
Satisfação com o conhecimento e domínio da técnica dos profissionais na realização dos procedimentos na criança					
6.3- Descontaminação respiratória					
Satisfação com o tamanho da máscara de nebulização usada pela criança					
Satisfação com as orientações recebidas quanto a permanecer com a máscara de nebulização perto da região nasal da criança até o soro fisiológico do “copinho” acabar					
Satisfação com as orientações recebidas quanto a repetir a nebulização com soro fisiológico 0,9% durante uma semana					
6.4- Descontaminação ocular					
Satisfação com o posicionamento da criança na realização do procedimento					
Satisfação com o tempo de lavagem da região ocular da criança					
Satisfação com o conhecimento e domínio da técnica dos profissionais na realização dos procedimentos na criança					
Satisfação com o encaminhamento ao oftalmologista					

*Não sabe/não respondeu

7- Uso de antídotos ou soroterapia anti-veneno

7.1- Antídotos	Insat			Satisf	
	1	2	3	4	5*
<i>Carvão ativado</i>					
Satisfação com a administração do carvão ativado via sonda oronasogástrica					
Satisfação com a administração do carvão ativado via oral					
Satisfação com a administração de catártico salino após o uso do carvão ativado					
<i>Azeite de oliva</i>					
Satisfação com os esclarecimentos acerca dos benefícios com o uso do azeite de oliva					
<i>Vitamina K</i>					
Satisfação com os exames laboratoriais realizados antes da administração de vitamina K					
Satisfação com a administração da vitamina K via subcutânea					
Satisfação com a administração da vitamina K via endovenosa					
<i>Atropina</i>					
Satisfação com os exames laboratoriais realizados antes da administração da atropina					
Satisfação com a verificação dos sinais vitais da criança durante o período de administração da atropina					
Satisfação com os exames laboratoriais realizados durante a administração da atropina					
<i>Pralidoxima</i>					
Satisfação com os exames laboratoriais realizados antes da administração da Pralidoxima					
Satisfação com a verificação dos sinais vitais da criança durante o período de administração da pralidoxima					
Satisfação com os exames laboratoriais realizados durante a administração da pralidoxima					
7.2- Soroterapia					
Satisfação com a realização de exames laboratoriais realizados para averiguar a necessidade de soroterapia					
Satisfação com o controle rigoroso da diurese da criança					
Satisfação com a sondagem vesical para o controle da diurese da criança					
Satisfação com a verificação dos sinais vitais da criança antes da administração da soroterapia antiveneno					
Satisfação com a verificação dos sinais vitais da criança durante a administração da soroterapia antiveneno					
Satisfação com a verificação dos sinais vitais da criança após a administração da soroterapia antiveneno					
Satisfação com a administração da soroterapia antiveneno via subcutânea					
Satisfação com a administração da soroterapia antiveneno via endovenosa					

Satisfação com o acompanhamento da criança pelos profissionais durante a soroterapia antiveneno					
Satisfação quanto ao monitoramento do aparecimento de sinais como vômito, urticária, crise asmátiforme, choque na criança					
Satisfação com a realização de exames laboratoriais após a soroterapia					
Satisfação com o conhecimento e domínio da técnica dos profissionais na realização dos procedimentos na criança					

*Não sabe/não respondeu

8 - Tratamento sintomático

Dor	Insat			Satisf	
	1	2	3	4	5*
Satisfação com a avaliação da dor na criança e prescrição de medicação concernente					
Vômito					
Satisfação com a administração de medicação antiemética na criança					
Satisfação com a administração soro com eletrólitos via endovenosa na criança					
Hipotermia					
Satisfação com o aquecimento da criança com cobertores					
Satisfação com o ambiente aquecido proporcionado à criança					
Hipertermia					
Satisfação com a administração de medicação antitérmica na criança					
Satisfação com o uso de compressas frias na criança					
Satisfação com o banho de imersão realizado na criança					

*Não sabe/não respondeu

APÊNDICE C – Quadros para apontamento de respostas ao Roteiro de Entrevista

1-TOTALMENTE INSATISFEITO	3- SATISFEITO
2- INSATISFEITO	4- TOTALMENTE SATISFEITO

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa de dissertação de Mestrado *Satisfação da família com o atendimento inicial à criança intoxicada*, do curso de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), orientada pela Prof.^a Dr.^a Magda Lúcia Félix de Oliveira da UEM. O objetivo da pesquisa é avaliar a satisfação da família de crianças intoxicadas com o atendimento inicial em um serviço de saúde de atenção às urgências. Para isto a sua participação é muito importante, por meio de resposta a um roteiro de entrevista. Sua participação é totalmente voluntária. O Sr. (a) pode recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa e/ou à criança sob sua responsabilidade. Será respeitado o período de tempo necessário para que a criança receba os cuidados imediatos da assistência à sua saúde e seja garantida sua estabilidade e o período de tempo necessário para que o Sr. (a) se sinta seguro quanto à estabilidade da criança para a abordagem. Informamos ainda que as informações seriam utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os benefícios esperados são contribuir para a modificação na qualidade dos serviços prestados à população, e criar novas formas de intervenção e abordagem à criança intoxicada e sua família. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento.

Este termo será preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) Sr. (a).

Eu, _____, responsável por _____, declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof.^a Dr.^a Magda Lúcia Félix de Oliveira.

Data: ____/____/____

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Erika Okuda Tavares, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supranominado.

Data: ____/____/____

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço: Magda Lúcia Félix de Oliveira. Telefone: (44) 2101-9108

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEM (COPEP), no endereço: Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM /Bloco da Biblioteca Central (BCE). CEP 87020-900, Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444. E-mail: copep@uem.br

APÊNDICE E – Descrição dos casos

Os casos apresentados foram descritos na ordem em que ocorreram. São apresentados dados sobre o acidente e tratamento, o caminho percorrido pela criança de acordo com a estrutura para o atendimento, dados sobre o(s) agente(s) causal(is) da intoxicação, relato da entrevista e impressões do entrevistador. Aconteceram 18 casos e 19 entrevistas, pois em um dos casos foram entrevistados a mãe e o pai da criança.

Caso 01 - ocorrido em: 31/03/2010. Familiar entrevistado: mãe

Dados sobre acidente e tratamento:

Acidente: a paciente tentou suicídio ingerindo 30 comprimidos de carbamazepina, sendo encontrada desacordada pelo pai. Apresentou febre (38,2° C), midríase, depressão respiratória, coma glasgow 9, três crises convulsivas durante o transporte ao HUM e mais outras duas crise após a intubação.

Tratamento: a paciente deu entrada no HUM encaminhada de outro serviço onde não havia sido realizado nenhum procedimento. Chegando ao HUM foi levada à Sala de Estabilização (Emergência) do PS/HUM, onde foram realizadas intubação orotraqueal, punção venosa e, após contato e orientações fornecidas pelo CCI/HUM, a passagem de sonda orogástrica para lavagem, carvão ativado em três doses, com solicitação dos exames hemograma e raios X de tórax. A paciente foi transferida para a UTI Pediátrica com uso de drogas vasoativas, sedada e em antibioticoterapia.

Caminho percorrido pelo paciente

Transporte → Recepção → Sala de Estabilização (Emergência) → UTI → Internamento (Pediatria) → Alta hospitalar

Sobre o agente causal da intoxicação:

A carbamazepina é um anticonvulsivante usado no tratamento de epilepsia com convulsões parciais (simples ou complexas) e de neuralgia do trigêmeo. Derivado iminoestibeno com algumas propriedades semelhantes à imipramina, possui eficácia comprovada em pacientes com mania aguda, porém sua eficácia como fármaco de manutenção nos transtornos de humor bipolar (THB) é discutível. Após ingestão oral sua absorção é lenta e errática. É extensamente metabolizada no fígado. O pico plasmático sérico é alcançado 4 a 8 horas após a ingestão. A meia-vida está entre 18 e 54 horas (média de 26

horas). A carbamazepina induz o próprio metabolismo, que faz com seu tempo de meia-vida seja menor com o uso crônico. É excretada pela urina.

Os efeitos clínicos nos casos leves e moderados de intoxicação aguda incluem ataxia, nistagmo, oftalmoplegia, midríase e taquicardia sinusal, e em casos graves, mioclonias, convulsões, hipertermia, hipotensão, coma e parada respiratória. Coma cíclico ou retorno de sintomas após melhora aparente podem ser devidos à absorção continuada ou circulação êntero-hepática da droga.

Fonte: Brasil (1999)

Entrevista

A entrevista ocorreu com a paciente já estando no setor de internamento, e logo após a entrevista ela recebeu alta hospitalar.

A mãe relatou que no dia da intoxicação a filha foi levada à unidade básica de saúde (UBS) da sua cidade de origem, onde não foi realizado nenhum procedimento, e a paciente foi encaminhada de volta à sua casa. No dia seguinte, como a criança não acordava, os pais a levaram novamente ao serviço de saúde, de onde foi encaminhada ao PS/HUM. O medicamento é de uso contínuo da paciente (1x ao dia no período noturno), que faz tratamento para crises convulsivas desde os nove anos de idade e há sete meses iniciou tratamento com carbamazepina, sendo o uso controlado pelos pais. Esta foi a primeira vez que tentou suicídio. A mãe disse não saber o motivo da tentativa de suicídio de sua filha.

Durante o atendimento da paciente na Sala de Estabilização (Emergência), a mãe permaneceu no corredor lateral e não pôde acompanhar a filha em nenhum procedimento. Para ela, não houve demora no atendimento na Recepção do PS/HUM, porém foi grande a demora para saber notícias a respeito do estado de saúde de sua filha, o que só se deu quando ela estava sendo transferida para a UTI. A mãe referiu ter recebido explicações a respeito do estado de saúde de sua filha e do motivo da transferência para a UTI.

Relatou ainda ter sido muito bem atendida no HUM por todos os profissionais e que gostou muito do atendimento prestado à sua filha. Ela não se lembra dos nomes dos profissionais que a abordaram, mas todos, segundo ela, identificaram-se pelo nome.

Impressões do entrevistador

Em comparação com o serviço e o atendimento prestado em sua cidade de origem, o HUM pareceu para aquela mãe um paraíso: tudo era perfeito, e as instalações, os equipamentos, o atendimento e a atenção dispensadas a ela e à sua filha foram os melhores até

então por ela recebidos. O único senão quanto ao atendimento foi com relação à demora em saber sobre o estado de saúde de sua filha na Sala de Estabilização (Emergência), que a angustiou; de resto, tudo era o melhor possível.

Caso 02 - ocorrido em: 10/04/10. Familiar entrevistado: mãe

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: criança ingeriu quantidade indeterminada de um catalisador, que, segundo a mãe, é à base de peróxido de hidrogênio. Apresentou sialorreia, eritema e pequena lesão de mucosa oral (lábio inferior).

Tratamento: a criança deu entrada no PS/HUM trazida pela mãe. Após passar por consulta médica foram-lhe receitados ibuprofeno via oral e gengilone gel. A paciente foi liberada com orientações. O CCI/HUM não foi contatado por profissionais do PS/HUM.

Caminho percorrido pelo paciente

Recepção → Consultório médico → Alta clínica

Sobre o agente causal da intoxicação

Peróxido de hidrogênio é um líquido incolor, de sabor amargo, decomposto por muitos solventes orgânicos. É comercializado em soluções aquosas em concentrações que variam de três a 90%. Não é absorvido pela pele, tem pouca absorção via oral e decompõe-se facilmente. Em casos de exposição severa pode apresentar efeitos clínicos caracterizados por sialorreia, irritação ocular, irritação de vias aéreas superiores, ulceração de córnea, eritema, vesículas na pele e descoloramento de cabelos. Êmese espontânea e diarreia podem ocorrer, principalmente após ingestão de grande quantidade. O contato com soluções concentradas pode causar queimaduras corrosivas na pele e nas mucosas. A ingestão pode provocar distensão abdominal e perfuração.

Fonte: Monografias em Toxicologia de Urgência, v. 3, p. 29-32.

Entrevista

A entrevista se deu por meio de visita domiciliar, agendada previamente por telefone com a mãe da criança. A mãe relatou que no dia do acidente lavou a boca da criança com água em abundância e ligou ao CCI/HUM. Fornecidas as orientações, procurou o serviço de saúde mais próximo, no caso, o HUM. Reclamou muito da demora em ser atendida no consultório médico. Segundo ela, ficou quase duas horas esperando para ser atendida no corredor lateral e estranhou a ausência do CCI quando do atendimento. Não teceu muitos comentários acerca da estrutura. Apesar de reclamar da demora no atendimento a seu filho, o

profissional que atendeu seu filho prestou-lhe muito boas orientações quanto ao tratamento que a mãe deveria seguir diante das medicações que lhe havia receitado.

Impressões do entrevistador

No dia da visita domiciliar a criança já não apresentava nenhum sintoma da intoxicação. A mãe acha que a criança não deve ter ingerido muito do produto, pois naquele mesmo dia alimentou-se normalmente e continuava a brincar como de costume. Esta foi a primeira vez que ocorria um caso de intoxicação em seu lar. A mãe tem mais três crianças em casa, e nunca, segundo ela, algum de seus filhos havia ingerido o que quer que fosse. A criança vítima de intoxicação em questão, pelo que pude perceber, é muito brincalhona, ativa e curiosa, perfil típico das que se intoxicam. Não parava quieta em nenhum minuto, tudo fazia para chamar a atenção durante a entrevista, ora mostrando seus brinquedos, ora pedindo água à mãe, ora tendo de ir ao banheiro, com a mãe a acompanhá-la. Durante a entrevista ela subiu no sofá da sala, alcançou o desodorante do pai que estava na estante e ameaçava borrifar o produto. A mãe tirou-lhe das mãos o desodorante e colocou-o em seu lugar de origem, sob protestos. Novamente a criança alcançou o frasco e saiu para o quintal da residência. Dali a poucos instantes ouve-se o borrifo do produto. A mãe pede licença e sai para ver o que se passava. De repente exclama: “- Na cara do cachorro não, meu filho!”. Um perigo para novas intoxicações.

A residência era pequena, com boas condições de higiene e moradia, sem presença de plantas tóxica e/ou entulhos. Orientou-se quanto aos cuidados para a prevenção de novos casos de intoxicação.

Quanto ao CCI/HUM, segundo relato da ficha OT, o plantonista deste serviço, ao procurar saber na Recepção/PS se ao paciente havia dada entrada no serviço, a recepcionista informou-lhe que sim, porém ele já havia sido liberado. Na ficha de atendimento da criança constava que ela havia sido atendida em consulta médica e liberada com orientações. O CCI não havia sido avisado sobre a entrada da criança no serviço por profissionais do PS/HUM.

Caso 03 - ocorrido em: 22/04/10. Familiares entrevistados: mãe e pai

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: a paciente tentou suicídio ingerindo 20 comprimidos de carbamazepina, 30 comprimidos de captopril e 20 comprimidos de hidroclorotiazida. Apresentou hipotensão, vômito, sonolência, rebaixamento do nível de consciência e depressão respiratória. Sinais vitais: PA=97x60 mmHg, FC=90 bpm, SaturaçãoO₂= 98%.

Tratamento: entrou no PS/HUM trazida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) vinda de outro serviço, onde já haviam sido realizadas intubação orotraqueal e lavagem gástrica e aplicadas duas doses de carvão ativado. Na Sala de Estabilização a paciente foi colocada em ventilação mecânica e foram realizados acesso venoso central em subclávia direita, analgesia e sondagem vesical. Após contato e orientações fornecidas pelo CCI/HUM, foram solicitados exames de hemograma, eletrólitos, TGO (aspartato aminotransferase), TGP (alanina aminotransferase), TTPA (tempo de tromboplastina parcial ativada), gasometria arterial, oximetria, raios X de tórax e ECG (eletrocardiograma).

Caminho percorrido pelo paciente

Transporte → Recepção → Sala de Estabilização (Emergência) → UCI - PS (Sala 8) → UTI → Internamento (Pediatria) → Alta hospitalar

Os agentes causais da intoxicação

Carbamazepina - ver Caso 01

O Captopril é um anti-hipertensivo do grupo dos inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA). É indicado para doenças cardiovasculares (hipertensão, disfunção sistólica ventricular esquerda, infarto do miocárdio, nefropatia diabética). Em pediatria é usado em hipertensão neonatal e insuficiência cardíaca congestiva em recém-nascidos e crianças. Sua meia-vida fica em torno de duas horas. É rapidamente absorvido por via oral e tem uma biodisponibilidade de cerca de 75%. O efeito máximo ocorre entre uma e duas horas após a ingestão. A duração da ação é dose dependente e pode persistir por seis a doze horas. A presença de alimentos no trato gastrointestinal reduz a absorção em 30 a 55%. O volume de distribuição é muito baixo. O metabolismo dá-se principalmente a nível hepático. A excreção dá-se principalmente a nível renal (95%, sendo 40 a 50% inalterados e o restante como metabólitos).

Efeitos clínicos em casos de intoxicação incluem hipotensão severa, infarto do miocárdio ou AVC em pacientes com cardiopatia isquêmica ou doença cerebrovascular prévias, “*rashes*” cutâneos macopapulares, raramente urticária, angioedema potencialmente fatal; se ocorrer obstrução de vias aéreas superiores pode haver neutropenia/agranulocitose, anemia aplásica, trombocitopenia, pancitopenia, insuficiência renal aguda severa e mesmo anúria, icterícia, hepatite tóxica e em raros casos, necrose e colestase.

A hidroclorotiazida é um diurético tiazídico de potência intermediária, indicado a pacientes com insuficiência cardíaca leve e para tratamento de hipertensão arterial sistêmica. Sua absorção é reduzida na presença de alimentos e os efeitos iniciam de uma a duas horas

após a ingestão, com pico de concentração entre 1,5 e 2,5 horas. A duração do efeito é de 12 a 24 horas. Sua meia-vida é de 10 a 12 horas. A excreção é principalmente renal. Interação medicamentosa com carbamazepina pode aumentar o risco de hiponatremia. Os efeitos clínicos incluem hiponatremia, hiperuricemia e aumento de crises de gota, intolerância aos carboidratos, sintomas digestivos, reação alérgica e hipotensão ortostática.

Fonte: Monografias em Toxicologia de Urgência, v. 4 p.103-109.

Formulário Terapêutico Nacional 2008: Rename 2006, p.590 e 598-600.

Entrevista – mãe

A entrevista ocorreu três dias após a ocorrência, quando a paciente ainda estava na UTI, porém já extubada, consciente e orientada, aguardando vaga no setor de internamento. A mãe estava em companhia da filha

A mãe não quis falar muito sobre o dia do acidente toxicológico ocorrido com sua filha, mas fez questão de dizer (o disse mais de uma vez) que não estava em casa no dia da ocorrência e que imaginava que a filha tenha tentado suicídio devido a uma briga com o namorado. No dia do atendimento no PS/HUM ela não pôde acompanhar os procedimentos realizados em sua filha, permanecendo no corredor lateral até que ela fosse transferida para a UCI. Foi permitido aos pais ver a filha quando ainda na UCI, porém eles não puderam permanecer ao lado da filha. A mãe preferiu não ver a filha intubada e “cheia de aparelhos”. Voltou ao HUM quando a filha já estava na UTI e extubada, quando os profissionais daquele setor fizeram contato requisitando alguém da família para permanecer junto à paciente. Disse que o atendimento na Recepção foi muito bom e teceu bons comentários. Quanto à equipe médica e de enfermagem, a mãe disse que não tem do que reclamar, todos foram bem educados, deram-lhe informações quanto ao estado de saúde de sua filha e ao tratamento. Quando indagada sobre os profissionais do PS/HUM se apresentarem dizendo seus nomes, ela respondeu negativamente, porém é capaz de reconhecer pela fisionomia cada um dos profissionais que cuidaram de sua filha. Não fez comentários sobre a estrutura física nem sobre os equipamentos do PS/HUM.

Entrevista – pai

A entrevista ocorreu no mesmo dia da entrevista com a mãe, após o horário de visita da UTI.

O pai em momento algum se referiu ao ocorrido com sua filha. Disse ter gostado do atendimento na Recepção do PS/HUM, que os funcionários foram bem educados e compreensivos no atendimento, o que foi evidenciado pelo fato de que no dia da entrada da

paciente no serviço o pai estava sem o documento da filha e perguntou para o recepcionista que o atendeu se poderia trazer no outro dia, ao que lhe foi respondido que não haveria problema. No dia seguinte o pai trouxe o documento da filha e “ficou tudo certo”. Segundo o pai, não é em todo o lugar que as pessoas são tão compreensivas assim. Quanto à estrutura do PS/HUM, disse que o HUM deveria ser maior para que pudesse atender mais pessoas e estas não tivessem que esperar tanto (talvez se referindo ao fato de sua filha ter ficado na UCI (Sala 8) enquanto aguardava vaga na UTI). Quanto ao atendimento o pai queixou-se de não poder estar ao lado da filha durante a realização dos procedimentos. Refere que gostaria muito de ter estado ao lado de sua filha durante todo o processo de atendimento na Sala de Estabilização (Emergência). Quando a filha deu entrada no serviço, foi-lhe pedido que esperasse do lado de fora até que todo o atendimento à sua filha fosse realizado e alguém viesse dar-lhe informações quanto ao estado de saúde da menina. Quanto à forma como as informações lhe foram passadas, o pai achou que foram muito vagas; ele queria maiores esclarecimentos quanto aos procedimentos e ao tratamento realizados. Foi-lhe dito apenas que o estado de sua filha era grave, que ela teve de ser intubada, estava respirando com ajuda de aparelhos, no momento estava sedada, foi para a UCI (Sala 8) aguardando vaga na UTI. Quando indagado se havia feito alguma pergunta sobre os esclarecimentos que gostaria de receber, o pai disse que não adiantaria perguntar, porque eles não lhe responderiam. Quanto aos profissionais se identificarem pelo nome, respondeu que sabe os nomes dos profissionais por tê-los visto no crachá, mas eles não se apresentaram pelo nome e função.

Impressões do entrevistador

O pai e a mãe estavam atordoados com o ocorrido com sua filha. A mãe parecia conformada com a situação, agradecendo a Deus por ter sua filha ainda viva. Parecia estar ainda tentando entender o que ocorrera. Quanto à estrutura e atendimento, para ela estava tudo bom: as informações que lhe davam bastavam, o importante era saber que sua filha estava bem e já iria para a “enfermaria”.

O pai parecia ainda mais atordoado com o acontecido e de certa forma revoltado por não ter podido estar junto de sua filha nos momentos mais angustiantes para ele, como pai, e para a filha, e não saber exatamente os procedimentos realizados, o porquê destes, a medicação administrada e o motivo disto.

Caso 04 - ocorrido em: 22/04/10. Familiar entrevistado: mãe

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: A paciente, após acidente coletivo com spray de pimenta (cápsico) borrifado no pátio de uma escola por um aluno enquanto aguardavam o sinal para entrar em sala de aula, apresentou vertigens, tontura, dispneia, dor de garganta, eritema e parestesia nos membros superiores.

Tratamento: a paciente deu entrada no serviço trazida pela zeladora da escola. A mãe chegou logo em seguida. Após contato e orientações do CCI/HUM, foi prescrita inalação com soro fisiológico puro.

Caminho percorrido pelo paciente

Recepção → Consultório médico → Sala de medicação? → Alta clínica

O agente causal da intoxicação

Espécies de *Capsicum*, são conhecidas popularmente como tili, pimenta-quente, páprica e pimenta-vermelha. Essas espécies são bastante utilizadas na alimentação como tempero e como corante e aromatizante na indústria.

A capsaicina (8-metil-vanilyl nonenamida-6), o componente picante da pimenta, tem sido utilizada para induzir dor intensa em seres humanos e reações pseudoafetivas de dor em animais, quando aplicada à pele e à frente dos olhos, bem como inflamação neurogênica, devido à liberação de neuropeptídeos contidos nos terminais nervosos.

Os efeitos da capsaicina estão associados com a estimulação aguda de terminações sensoriais nervosas primárias. Este processo é seguido de inativação do nervo e supressão da inflamação neurogênica contida nos terminais nervosos. Também tem efeitos duradouros sobre os nervos e seus tecidos-alvo. A injeção de capsaicina em filhotes de roedores induz a uma denervação seletiva sensorial seguida de uma recuperação lenta e incompleta das fibras sensoriais que não é totalmente compensada pelo aumento da brotação das fibras nervosas intactas e persiste na vida adulta.

Úlceras na pele e cicatrizes são formadas concomitantemente e podem persistir por vários meses, assemelhando-se ao quadro clínico de ceratite neuropalítico-neurotrófica derivada da denervação do trigêmeo.

Em humanos os efeitos da capsaicina na inervação sensitiva são poucos conhecidos. Quando injetada por via subcuânea produz dor aguda e hiperalgesia. Aplicada topicamente como pomada de capsaicina (0,075%) e usada para alívio da dor, resulta em diminuição da sensibilidade aos estímulos cutâneos e do número de fibras nervosas da epiderme. Reinervação da pele e recuperação da sensibilidade têm sido observadas após a descontinuação do tratamento.

Fonte: Farmacognosia: da planta ao medicamento, cap. 20, p.445-446.

Investigative Ophthalmology & Visual Science, v. 41, n. 8, p.2138-2147, jul. 2000. Disponível em: <http://www.iovs.org/content/41/8/2138.full>

Entrevista

A entrevista ocorreu após atendimento no Ambulatório de Toxicologia Infantil do CCI/HUM, decorridos cinco dias do acidente. A criança não apresentava mais nenhum sinal e/ou sintoma decorrente da intoxicação.

A mãe relatou que no dia do acidente a filha não chegou a ser atendida na sala de medicação. Foi-lhe pedido que aguardasse no corredor. Segundo a mãe e a filha, o “copinho da inalação” já estava preparado, e ambas, juntamente com as outras crianças envolvidas no acidente, foram encaminhadas a outra sala que não souberam dizer qual, para a realização da inalação.

Quando indagada sobre a maneira de os profissionais se apresentarem, a mãe referiu que foram educados no atendimento, mas ninguém se apresentou pelo nome, e ela só sabe dizer o nome do profissional médico que a atendeu porque o leu no carimbo da folha de atendimento do PS.

Impressões do entrevistador

Durante o atendimento no consultório médico, segundo relato da mãe, não foi realizado exame físico em sua filha, apenas a cavidade oral foi examinada. Nenhum sinal vital foi verificado. A mãe não fez nenhum comentário a respeito e não demonstrou nenhum sentimento quanto a isto, parecendo estar tudo certo, tudo normal.

A mãe mostrou compreensão quanto ao pedido que lhe foi feito (de aguardar no corredor), pois, segundo ela pôde perceber, a Sala de Medicação é um local pequeno e apertado, e, naquele dia estava “cheia de gente”.

Caso 05 - ocorrido em: 22/04/10. Familiar entrevistado: mãe

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: a paciente após acidente coletivo com *spray* de pimenta (cápsico) borrifado no pátio de uma escola por um aluno enquanto aguardavam o sinal para entrar em sala de aula, apresentou cefaleia, dispneia, tosse e “ardência” nos olhos.

Tratamento: a paciente deu entrada no serviço trazida pela zeladora da escola. A mãe chegou logo em seguida. Após contato e orientações do CCI/HUM, foi prescrita inalação com soro fisiológico puro.

Caminho percorrido pelo paciente

Recepção → Consultório médico → Sala de medicação → Alta clínica

O agente causal da intoxicação

Ver *Caso 04*

Entrevista

A entrevista ocorreu após atendimento no Ambulatório de Toxicologia Infantil do CCI/HUM, decorridos cinco dias do acidente.

A mãe relata que no dia do acidente nenhum sinal vital de sua filha foi verificado, porém este fato não lhe causou estranheza alguma. Disse ainda que foram examinadas as pupilas de sua filha e auscultados o coração os pulmões. Não qualificou nem como bom nem como ruim o atendimento recebido.

A filha teve oportunidade de aguardar o preparo da nebulização na Sala de Medicação, porém mãe e filha observaram que era um lugar muito pequeno e apertado, e que não poderia se falar muito do atendimento dos profissionais (referindo-se aos profissionais da enfermagem) depois de ter visto as condições em que estes trabalham.

Quanto à forma de apresentação dos profissionais, a mãe referiu que sabe o nome do recepcionista que a atendeu porque o leu no crachá, e que sabe o nome do profissional médico porque o leu no carimbo. Os demais profissionais que atenderam a ela e sua filha não se identificaram pelo nome e ela não se lembrou de olhar o crachá; mas referiu que todos foram educados no atendimento.

Impressões do entrevistador

A mãe demonstrou certo conformismo com o atendimento prestado à sua filha. Diante de tantas pessoas nas macas no corredor em situação pior do que a de sua filha, a mãe sentiu-se muito feliz de sua filha ter recebido atendimento e poder ir embora para casa logo em seguida; segundo a mãe, o atendimento todo, incluindo o procedimento da inalação, levou umas duas horas apenas.

Caso 06 - ocorrido em: 23/05/10. Familiar entrevistado: mãe

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: a criança ingeriu quantidade indeterminada de raticida de coloração rosa na forma de grânulos, permanecendo assintomática. A mãe trouxe a embalagem do produto e verificou-se que se tratava de um raticida bromadiolone.

Tratamento: a criança deu entrada no PS/HUM trazida pela mãe. Após contato e orientações do CCI/HUM, foram prescritos lavagem gástrica e carvão ativado (01 dose) e solicitado o exame de coagulograma.

Caminho percorrido pelo paciente

Recepção → Consultório médico → Sala de Estabilização (Emergência)? → Sala de coleta de exames (Laboratório) → Observação - PS → Alta hospitalar

O agente causal da intoxicação

Bromadiolone é um raticida pertencente ao grupo denominado “superwarfarins” ou de segunda geração, devido à ação anticoagulante potente e prolongada. Os efeitos são prolongados, duram semanas a meses, mesmo em dose única. A meia-vida de eliminação é bifásica, com uma fase inicial de dois a oito dias e uma fase lenta de 170 dias. O órgão alvo de acumulação e armazenamento é o fígado. Não há dados de cinética e metabolismo em humanos. A excreção é principalmente fecal. Fatores que contribuem para maior toxicidade são lipossolubilidade, maior volume de distribuição e meia-vida prolongada. Possui alta potência e efeitos prolongados, mesmo após ingestão única.

Efeitos hemorrágicos surgem somente após a depleção dos fatores de coagulação pré-formados, em média de um a dois dias. Precocemente podem aparecer em oito a 12 horas. Em casos de intoxicação leve, os efeitos clínicos podem ser observados por distúrbios da coagulação detectados somente por análise laboratorial. Em casos de intoxicação moderada, distúrbios de coagulação resultam em hematomas, hematúria, melena, sangramento excessivo em pequenos cortes, sangramento gengival, hemorragia conjuntival; em intoxicações severas, em sangramento gastrointestinal severo, hemorragia retroperitoneal, acidente vascular cerebral, decorrendo manifestações neurológicas e hemorragia interna resultando em choque.

Tem como antídoto a Vitamina K, que não deve ser administrada profilaticamente, pois altera o tempo de coagulação (TC), que é o parâmetro para estadiar a severidade do caso.

Fonte: Brasil (1999).

Entrevista

A entrevista ocorreu ainda no PS/HUM, quando a criança já estava na Sala de Observação – PS aguardando o resultado de exames.

A mãe relata que a criança estava com o pai, que fazia limpeza em um cômodo de cima da casa, e quando viu, a criança havia pegado o raticida que se encontrava debaixo de um fogão e ingerido quantidade indeterminada. A mãe retirou resíduos do produto da boca da criança com uma fralda e em seguida deu leite à criança, antes de trazê-la ao hospital.

A mãe foi autorizada a acompanhar os procedimentos em sua filha, porém quando da lavagem gástrica a mãe não quis estar presente. Disse que não aguentaria ver a realização do procedimento em sua filha. Entregou-a nos braços da enfermeira e ficou esperando do lado de fora da sala. A mãe refere que houve muita demora até que a lavagem gástrica fosse realizada. Segundo a mãe, ela teve de esperar duas horas para que o procedimento fosse realizado. A mãe conta que após a realização da lavagem gástrica sua filha, ainda com a sonda orogástrica, e esta ainda com o carvão ativado, não estava fixada corretamente, pois a sonda abriu, o carvão começou a sair e a sonda estava “balançando”. A mãe, com a criança se agitando no colo, perguntou a um profissional que, segundo ela, era uma enfermeira, como faria para ajeitar a sonda, ao que o profissional respondeu “não sei” e saiu de perto sem prestar-lhe auxílio, vindo a ajudá-la outro profissional que, segundo a mãe, não era nem da enfermagem. Este episódio deixou a mãe ainda mais irritada e nervosa; mas o que a irritou ainda mais foi saber, muito tempo após, que o exame teria de ser repetido novamente, pois estava apenas aguardando o resultado do exame para que sua filha pudesse ter alta e ambas fossem para casa. A mãe achou isto uma falta de consideração muito grande, pois os profissionais sabiam que seriam feitos dois exames, com oito horas de diferença entre um e outro, e a fizeram esperar sem dar-lhe explicações.

Impressões do entrevistador

A mãe estava bastante nervosa, irritada e indignada com o atendimento prestado à sua filha e a ela.

A criança deu entrada no serviço, segundo dados da ficha do PS, às 13h08min, e a notificação ao CCI/HUM ocorreu, segundo dados da ficha OT, às 13h30min. Ainda segundo relato da ficha OT, quando a plantonista foi ao PS fazer a evolução do caso, às 14h40min, esta viu o pote com o carvão ativado que havia levado após passar a conduta e orientações pertinentes ao caso, na mesa do posto de enfermagem. Após averiguar com a enfermeira responsável, descobriu que a lavagem gástrica ainda não havia sido realizada. O procedimento

só foi realizado às 15h10min, com duração de cinco minutos, e foi acompanhado de perto pela plantonista do CCI e registrado na ficha OT.

Ainda segundo a plantonista, o procedimento foi realizado na sala da ortopedia, que para a mãe, durante a entrevista, era a Sala de Estabilização (Emergência). A paciente e sua mãe foram liberadas por volta das onze horas do dia seguinte.

Caso 07 - ocorrido em: 23/05/10. Familiar entrevistado: avô

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: o avô, ao invés de diluir o medicamento Berotec® (Fenoterol) em 10 mL de soro fisiológico para nebulização, colocou 10 mL do medicamento puro. O paciente era comunicativo, deambulando, BEG (bom estado geral). P=140 bpm.

Tratamento: O paciente deu entrada no serviço trazido pelos avós. Após contato e orientações do CCI/HUM, foram prescritos SF 0,9% 500 ml EV lento, O₂ nasal 3,0 l /min, oximetria de pulso.

Caminho percorrido pelo paciente: Recepção → Consultório médico → Sala de medicação → Observação - PS? → Alta clínica

O agente causal da intoxicação

O fenoterol é um broncodilatador com seletividade para receptores beta-2. É usado no tratamento e profilaxia da dispneia em asma brônquica, broncoespasmo induzido por exercícios. Seu uso é principalmente inalatório (aerossol ou nebulização).

Apenas 10% da dose inalada penetram nos pulmões, a maior parte é deglutida e absorvida. A absorção no trato gastrointestinal é incompleta, com extenso metabolismo de primeira passagem. Possui rápido início de ação (3 min), com efeito máximo em uma a duas horas. A duração da ação é de 6 a 8 horas. Sua meia-vida é de 7 horas. O metabolismo é intestinal, formando compostos conjugados com ácido glicurônico e/ou sulfatos. A eliminação é urinária e fecal.

Efeitos clínicos em casos de intoxicação aguda incluem hipotensão, taquicardia, arritmias ventriculares, hipocalcemia, hiperglicemia, acidose láctica, tremores musculares, agitação, raramente convulsões.

Fonte: Monografias em Toxicologia de Urgência, v.2, p.133-138.

Entrevista

A entrevista aconteceu no HUM, quando o paciente já estava estabilizado, com frequência cardíaca de 90 bpm e saturação de O₂ 98%.

O próprio paciente referiu que após a inalação sentiu taquicardia, tremor, fraqueza nas pernas e um gosto ruim na boca. A avó, que não estava em casa no momento da ocorrência, chegou logo após o término da inalação, trazendo a criança prontamente ao hospital.

A avó é funcionária do HUM (técnica de enfermagem) e estava de plantão aquele dia. Ao chegar em casa o neto referiu o que sentiu após a inalação, pelo que a avó suspeitou de algo errado e perguntou ao avô o que ele havia colocado para a nebulização e este mostrou o medicamento que havia administrado. A avó desesperou-se e trouxe o neto rapidamente para o hospital.

Por ser funcionária do hospital, disse ser suspeita para falar sobre o atendimento prestado, porém quanto à estrutura, referiu que o Consultório Médico, assim como a Sala de Medicação, é pouco ventilado.

Impressões do entrevistador

Ao perceber o que havia acontecido com o neto, a avó relatou ter ligado para uma amiga que trabalha no HUM e explicou o que aconteceu com o neto, dizendo que estava levando a criança para o HUM. Pediu à amiga que fosse à Recepção e já fosse fazendo a ficha de entrada do PS, informando os dados à amiga. Quando chegou ao HUM, a ficha da criança já estava pronta e a pediatra de plantão já havia sido avisada do caso e aguardava a criança. Assim que chegou ao hospital a criança passou por consulta médica, logo em seguida foi puncionada, foi instalado o soro prescrito e a observação com a instalação do cateter de O₂ e monitoração da oximetria de pulso ocorreram em uma enfermaria da Pediatria (setor de internamento) que estava vazia naquele dia. Local da entrevista. Foi tudo muito rápido, a criança não esperou um minuto para ser atendida.

Durante a entrevista uma funcionária do PS vinha de tempo em tempo verificar o estado de saúde da criança, sua saturação e frequência cardíaca, sempre perguntando se estava tudo bem.

O avô da criança pôde adentrar no hospital, chegando ao lugar onde estávamos pouco tempo depois de iniciada a entrevista. Reclamou da maneira como foi atendido na Recepção, referindo ter tido a impressão de que o funcionário não queria atendê-lo, quer dizer, deixá-lo entrar no hospital.

Após a entrevista, quando já havia saído da sala onde ocorreu a entrevista, a avó veio ao meu encontro e, com lágrimas nos olhos, disse-me que a culpada pelo o que aconteceu era ela, pois o marido, segundo ela, “tem problema de cabeça” e não guarda direito as informações.

Caso 08 - ocorrido em: 24/05/10. Familiar entrevistado: mãe

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: há três dias surgiu edema em tornozelo esquerdo e depois sinais de inflamação e dificuldade de deambular. No exame físico apresenta edema e sinais de dor à palpação. A mãe acha que foi picada de inseto não identificado.

Tratamento: o paciente deu entrada no serviço trazido pelo pai. Foi prescrita avaliação da ortopedia, que solicitou raios X do tornozelo e exames de hemograma, proteína C reativa e urina I.

Caminho percorrido pelo paciente: Recepção → Consultório médico → Raio X → Sala de coleta de exames (Laboratório) → Observação - PS → Alta clínica

Sobre o agente causal da intoxicação

Entrevista

A entrevista se deu no PS, quando a paciente estava em observação aguardando resultados dos exames que haviam acabado de ser feitos.

A mãe refere que a filha começou a apresentar dor no tornozelo esquerdo após a filha ter ido a um *shopping* com amigos. O membro apresentava um ponto central mais avermelhado e pouca hiperemia ao redor. A mãe suspeita de reação alérgica à picada de algum inseto não identificado.

Com relação à estrutura e atendimento do PS/HUM, disse que é difícil para ela falar a respeito, porque é funcionária do hospital (telefonista). Quanto ao atendimento, disse apenas, quando indagada, segundo o Roteiro de Entrevista, que não foi verificado nenhum sinal vital de sua filha.

Impressões do entrevistador

A mãe notificou o caso por telefonema ao CCI/HUM, que orientou a mãe a procurar um serviço de saúde. Quando plantonistas do CCI/HUM ligaram para saber da evolução do caso é que a mãe disse que era telefonista no HUM e que a filha estava sendo atendida no PS, submetendo-se a exames. O CCI não havia sido contatado por profissionais do referido setor. Após procurar pela paciente e seu prontuário é que se passaram as condutas pertinentes ao caso e foram solicitados os exames laboratoriais descritos acima.

A mãe relatou que chegou ao hospital para trabalhar naquela manhã, foi à Recepção do PS e providenciou o preenchimento da ficha de entrada no PS com funcionários do setor, procurou saber sobre o pediatra de plantão e avisou da chegada de sua filha e seu problema de

saúde. A filha foi deixada pelo pai na recepção, sendo logo atendida em consulta médica. Talvez tenha sido por isso que ela ser difícil comentar a respeito da estrutura e do atendimento prestado no HUM.

Caso 09 - ocorrido em: 29/05/10. Familiar entrevistado: tia

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: o paciente ingeriu 5,0 mL de produto não identificado, administrado pela avó. O produto estava em frasco idêntico ao do xarope do qual está em uso. No momento da ingestão sentiu falta de ar, queimação na garganta e no estômago. Apresentou vômito após a ingestão. Refere dor na garganta e na região epigástrica. No exame físico apresentou boca sem lesões, sem hiperemia, língua hiperemiada e dor à palpação no epigástrico.

Tratamento: o paciente deu entrada no serviço trazido pela tia. Após contato e orientações do CCI/HUM, foi prescrita dieta zero, SGF 1000 ml EV, Antak EV, Demulcente VO e solicitados exames de hemograma, raios X de tórax e EDA.

Caminho percorrido pelo paciente: Recepção → Consultório médico → Sala de coleta de exames (Laboratório) → Raio X → Observação - PS → (EDA) → Alta clínica

Sobre o agente causal da intoxicação

Ver caso 17

Entrevista

A entrevista ocorreu na manhã seguinte à ocorrência toxicológica, ainda no PS/HUM, enquanto o paciente aguardava resultado do exame de Endoscopia Digestiva Alta (EDA), para possível alta clínica.

O paciente é cuidado pela avó desde os 10 meses de idade, quando sua mãe falecera. A avó, após perceber que havia administrado ao neto um produto que não a medicação, sentiu-se tão culpada que passou mal, com sua pressão elevando-se, por isso a tia trouxe e acompanhou o paciente durante todo o processo de atendimento no HUM. A avó melhorou quando soube, por telefone, que o neto estava melhor após o atendimento, vindo a visitá-lo no dia seguinte, pouco antes da abordagem para a entrevista.

Com relação ao atendimento, a tia relatou ter havido muita demora para que seu sobrinho fosse atendido no Consultório Médico, apesar de relatar também que o profissional médico pediu-lhe desculpas pela demora, dizendo-lhe que não havia sido avisada de que tinha um paciente a ser atendido. Com relação à estrutura do atendimento, disse que a Recepção é limpa, porém não tão ventilada, valendo o mesmo para o Consultório Médico. Referiu

também que sabe o nome do profissional médico que atendeu seu sobrinho porque o viu no crachá deste, mas que ele não se apresentou pelo nome. Não fez comentários sobre os demais profissionais. Na realização do exame físico em seu sobrinho, disse que não foi a médica quem o examinou, segundo ela, era um estudante (interno?), que, para a tia, não demonstrou muito domínio da técnica na realização do procedimento.

Impressões do entrevistador

Apesar das considerações feitas durante a aplicação do roteiro de entrevista, a tia mostrou satisfação com o atendimento prestado ao seu sobrinho.

Caso 10 - ocorrido em: 29/05/10. Familiar entrevistado: mãe

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: a criança ingeriu quantidade indeterminada de haldol (haloperidol), apresentou sialorreia, diminuição da força muscular, cianose perioral e na língua, contraturas musculares em membros inferiores em flexão, pupilas isocóricas, fotorreagentes, hipotônico. Responde com olhar ao chamado, sem comunicação verbal.

Tratamento: a criança deu entrada no PS/HUM vinda de outro serviço. Após contato e orientações do CCI/HUM, foi prescrito jejum até segunda ordem, fluidos endovenosos (SG 5% 500 ml + NaCl 20% 4,5ml + KCl 19,1% 4,0 ml), biperideno (Akineton) IM, monitoração de sinais vitais, oximetria de pulso 2/2 h, avaliação neurológica por 48 horas.

Caminho percorrido pelo paciente: Transporte → Recepção → Consultório médico → Observação - PS → Internamento (Pediatria) → Alta hospitalar

Sobre o agente causal da intoxicação

O Haloperidol é um antipsicótico de alta potência, do grupo das butirofenonas, exerce forte antagonismo dopaminérgico central e tem pouca ação anticolinérgica. Além do uso na esquizofrenia, é também usado com eficácia no transtorno esquisoafetivo e no transtorno do humor bipolar (THB). É comum na prática psiquiátrica a associação de antipsicóticos e antidepressivos em quadros de depressão grave, embora haja poucos estudos publicados a respeito.

O produto é rapidamente absorvido no trato gastrointestinal pela via oral, e apresenta alta biodisponibilidade (40 a 75%), devido a intenso metabolismo hepático de primeira passagem. É altamente lipossolúvel. Concentra-se principalmente no fígado, mas também nos pulmões, rins, encéfalo, baço e coração. O pico de ação via oral é de três a seis horas. A meia-

vida via oral é de 24 horas, podendo variar de 12 a 37 horas. A eliminação é renal e biliar. Após dose oral única, 40% são excretados na urina em cinco dias (1% na forma inalterada).

Efeitos clínicos mais frequentes incluem dificuldade de fala, perda de equilíbrio, marcha arrastada, rigidez dos braços e pernas, tremores nas extremidades, espasmos musculares, movimentos de torção do corpo, dificuldade de fixação do olhar, inquietação e agitação. A manifestação não neurológica mais frequente é a hipotensão ortostática. Os efeitos clínicos menos frequentes são caracterizados por movimentos involuntários dos braços e pernas, cansaço ou debilidade, dificuldade de micção, alucinações, *rash* cutâneo e reações alérgicas. Raramente pode ocorrer dispneia ou dificuldade respiratória, taquicardia, febre, aumento da pressão arterial, sudorese, convulsões, rigidez muscular severa, cansaço, palidez e icterícia.

Fonte: Brasil (1999).

Entrevista

A entrevista aconteceu na manhã seguinte ao episódio da intoxicação, no setor de internamento, quando a criança ainda permanecia internada, porém mais acordada, com seu quadro clínico estável.

A mãe não quis tecer comentários sobre a estrutura de atendimento do PS/HUM, dizendo, quando indagada se teria algo a dizer a respeito: “deixa quieto”. Quanto ao atendimento, apenas disse: “foi bom” - e mais nada.

Impressões do entrevistador

A mãe não demonstrou muita preocupação com o estado de saúde de seu filho. Parecia estar “cheia” de ter que ficar ali dentro daquela enfermaria, impaciente, querendo ir embora logo.

Segundo relato da ficha OT, quando a mãe foi dar banho na criança (por volta das 19h15min) observou que a criança estava “mole”. A avó se lembrou de tê-la visto com o frasco do medicamento aberto nas mãos por volta das 12 horas. O medicamento é de uso da avó da criança. No dia do acidente a mãe levou a criança diretamente ao hospital de sua cidade, de onde foi transferida para o HUM.

A criança já veio puncionada de outro serviço, por isso não passou pela Sala de Medicação para a realização de punção venosa, segundo relato da mãe durante a entrevista, pois não havia nenhuma anotação de enfermagem a respeito.

Caso 11 - ocorrido em: 19/0/10. Familiar entrevistado: mãe

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: a paciente foi picada por escorpião-amarelo na região plantar lateral do pé esquerdo e apresenta dor no local da picada, parestesia e hiperemia.

Tratamento: a paciente deu entrada no HUM encaminhada de outro serviço e acompanhada pela mãe. Trouxe o animal para identificação. Após contato e orientações do CCI/HUM, foram prescritos dipirona e predsin VO e solicitou-se ECG.

Caminho percorrido pelo paciente: Transporte → Recepção → Consultório médico → Observação - PS → Alta clínica

O agente causal da intoxicação

Os acidentes escorpiônicos são de reconhecida importância, em virtude da grande frequência com que ocorrem e da sua potencial gravidade, principalmente em crianças.

Os principais agentes de importância médica são: *Tityus serrulatus*, responsável por acidentes de maior gravidade, *T. bahiensis* e *T. stigmurus*.

A maioria dos casos tem curso benigno, situando-se a letalidade em 0,58%. Os óbitos têm sido associados, com maior frequência, a acidentes causados por *T. serrulatus*, e mais comumente relatados em crianças menores de 14 anos.

Os escorpiões alimentam-se principalmente de insetos como grilos ou baratas. Apresentam hábitos noturnos, escondendo-se durante o dia sob pedras, troncos, em entulhos, telhas ou tijolos. Muitas espécies vivem em áreas urbanas, onde encontram abrigo dentro e próximo das casas, bem como alimentação farta.

A dor local, uma constante em casos de acidentes por escorpião, pode ser acompanhada por parestesias. Nos acidentes moderados a graves, observados principalmente em crianças, após intervalo de minutos até duas a três horas, podem surgir manifestações sistêmicas como hipo ou hipertermia e sudorese profusa, náuseas, vômitos, sialorreia e, mais raramente, dor abdominal e diarreia, arritmias cardíacas, hiper ou hipotensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva e choque, taquipneia, dispneia e edema pulmonar agudo, agitação, sonolência, confusão mental, hipertonia e tremores.

Fonte: Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos, p.37-44

Entrevista

A entrevista ocorreu cinco dias após o acidente, por meio de visita domiciliar agendada previamente, após abordagem realizada depois do atendimento do Ambulatório de Toxicologia Infantil do CCI/HUM. Foi agendada a visita e não foi realizada a entrevista no

HUM, por estar próximo o horário de almoço e a mãe da criança estar preocupada com os afazeres domésticos.

A mãe relatou que no dia do acidente a criança estava na cozinha, quando sentiu a picada no pé, e quando viu tratar-se de um escorpião, capturou-o. Foi levada ao serviço de saúde mais próximo de sua residência de onde ligaram ao CCI/HUM solicitando conduta frente o caso e posteriormente encaminharam ao HUM.

Durante resposta ao roteiro de entrevista com relação ao direito à informação, a mãe relatou que os profissionais lhe disseram que a medicação administrada à sua filha era para dor, mas não disseram o nome do medicamento. Quanto aos profissionais se apresentarem pelo nome, a mãe referiu que o profissional médico lhe dissera seu nome, porém ela não se lembrava no dia da entrevista, o mesmo não ocorrendo com os profissionais da enfermagem. Em relação à verificação de sinais vitais, o único sinal vital verificado foi a temperatura.

Impressões do entrevistador

“Fui bem recepcionada pela mãe da paciente, que me convidou a adentrar na residência, permanecendo na sala durante todo o tempo da visita, na qual a mãe relatou o episódio descrito acima. Na residência havia muitos cachorros de estimação, com os quais a criança se divertia pegando-os no colo; mas, apesar da quantidade de animais, apresentava boas condições de higiene e moradia. Não havia, pelo que pude perceber, presença de entulhos, madeiras empilhadas e/ou acúmulo de lixo orgânico. A mãe referiu que nos fundos da residência há um terreno com mato alto, porém não se dispôs a mostrá-lo a mim.

A mãe não demonstrou nenhum sentimento com relação ao atendimento prestado à sua filha no HUM, limitando-se a responder e comentar os itens descritos acima do roteiro de entrevista”.

Caso 12 - ocorrido em: 24/06/10. Familiar entrevistado: mãe

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: o paciente tentou suicídio ingerindo quantidade indeterminada de “chumbinho”. Apresentou náuseas, vômitos, palidez, fraqueza muscular, fasciculação, queda de saturação de O₂, bradicardia, sialorreia, diarreia e pupilas mióticas. Seus sinais vitais eram: PA= 124x79 mmHg, FC= 81 bpm, FR=19 rpm, T= 36°C, Saturação de O₂=95%.

Tratamento: deu entrada no HUM vindo de outro serviço, em oxigêniooterapia (cateter nasal de O₂), onde já havia sido realizada lavagem gástrica com carvão ativado e dose de ataque de atropina seguida de mais 12 aplicações desta mesma droga. O paciente permanecia com a

sonda nasogástrica e acesso venoso periférico. Foi encaminhado diretamente à UTI, onde foram realizadas duas expansões volêmicas com soro fisiológico 0,9% de 500 mL cada, e após contato e orientações do CCI/HUM, foi-lhe passada uma dose de carvão ativado pela sonda nasogástrica, a qual permaneceu fechada e aberta após quatro horas. Foram prescrito atropina, controle rigoroso da temperatura, da função cardíaca, do rubor facial e da secreção das vias aéreas. Foram solicitados exames de hemograma, gasometria arterial, ureia, creatinina, TGO (aspartato aminotransferase), TGP (alanina aminotransferase), dosagem de acetilcolinesterase plasmática e raios X do tórax. O paciente permaneceu em ar ambiente durante todo o tempo em que esteve na UTI.

Caminho percorrido pelo paciente: Transporte → Recepção → UTI → Internamento (Pediatria) → Alta hospitalar

O agente causal da intoxicação

O chumbinho é um produto clandestino no Brasil, utilizado irregularmente como raticida. É um inseticida carbamato que inibe a ação da acetilcolinesterase e cuja função é degradar a acetilcolina, um neurotransmissor do impulso nervoso na fenda sináptica. A Acetilcolinesterase inibida resulta em acúmulo de acetilcolina nos receptores muscarínicos (efetor em células colinérgicas), nicotínicos (junções neuromusculares e esqueléticas) e no sistema nervoso central (SNC).

A absorção é rápida por todas as vias - digestiva, respiratória, pele e mucosas. A meia-vida também é rápida, com relato *in vitro* do Aldicarb de 30 a 40 minutos. Possui rápida distribuição nos tecidos e órgãos. A metabolização é rápida e se dá por meio de três mecanismos básicos: hidrólise, oxidação e conjugação. A principal rota é a oxidativa associada com enzimas oxidases de função mista presentes em vários tecidos. A eliminação é principalmente urinária, com menor percentual nas fezes e no ar expirado.

Os efeitos muscarínicos são predominantes na intoxicação por carbamatos caracterizados por broncoconstrição, broncorreia, dispneia, cianose, edema pulmonar, anorexia, náuseas, vômitos, cólicas abdominais, diarreia, incontinência fecal, tenesmo, sudorese, salivação, lacrimejamento, bradicardia, hipotensão, bloqueio atrioventricular, miose, visão borrada, incontinência urinária. Os efeitos nicotínicos são caracterizados por fadiga, fraqueza muscular, fasciculações, arreflexia, paralisia flácida, insuficiência respiratória ou respiração parada por fraqueza muscular, além de hipertensão, taquicardia, palidez e midríase. Os efeitos no SNC caracterizam-se por cefaleia, ansiedade, agitação, tremores, ataxia, sonolência, confusão, dificuldade de fala, labilidade emocional, fraqueza generalizada, coma, convulsões, depressão central respiratória e cardiovascular.

Tem como antídoto a atropina, que bloqueia os efeitos da acetilcolina. Alcançados os sinais de atropinização (permeabilidade traqueobronquial, ressecamento de secreções e de mucosas, rubor facial, pulso acima de 120/minuto), a dose de manutenção deve ser ajustada. A retirada da atropina deve ser gradual e restituída se surgirem manifestações colinérgicas.

Fonte: Monografias em Toxicologia de Urgência, v.?, p.139-146.

Entrevista

A entrevista ocorreu um dia após o episódio da intoxicação. O quadro clínico da criança era estável, acabara de receber alta da UTI e aguardava vaga no setor de internamento (Pediatria).

A mãe acredita que o filho tenha tentado suicídio devido a desentendimentos na escola. Não pôde acompanhar nenhum procedimento realizado em seu filho, tendo ficado do lado de fora da UTI, segundo ela, por mais de meia hora, até que alguém viesse lhe dar informações quanto ao estado de saúde de seu filho. Considerou muito boas as informações prestadas quanto ao estado de saúde de seu filho. Referiu que o profissional médico que conversara com ela a respeito de seu filho havia se identificado pelo nome, porém a mãe, no ato da entrevista, na se lembrava, o mesmo não ocorrendo com os profissionais de enfermagem. Não fez comentários sobre estrutura do HUM, porém referiu ter gostado muito do atendimento e da atenção que prestaram ao seu filho.

Impressões do entrevistador

A mãe parecia cansada, abalada com o ocorrido, reproduzindo suas palavras “ainda não caiu a ficha”. Não tinha palavras para explicar o que acontecera. A mãe refere ter um relacionamento muito aberto com o filho e diz que este se dá muito bem com o padrasto, como se quisesse dizer que o problema não estava em casa. Não fez muitos comentários sobre o atendimento nem sobre a estrutura. Estava nitidamente cansada e se poderia acrescentar “passada”, apesar de mais aliviada pelo estado em que se encontrava seu filho.

Caso 13 - ocorrido em: 17/07/10. Familiar entrevistado: mãe

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: a criança ingeriu mais ou menos meio frasco de salbutamol, apresentando taquicardia (P=120 bpm) e eupneico em bom estado geral.

Tratamento: a criança deu entrada no PS/HUM encaminhada de outro serviço, onde já havia sido realizada lavagem gástrica e aplicada uma dose de carvão ativado. Após contato e

orientações do CCI/HUM, foi prescrito jejum até segunda ordem, fluidos endovenosos (SG 5% 500 ml + NaCl 20% 5,0 ml), monitoramento dos sinais vitais e observação. Foram solicitados exames de hemograma e eletrólitos.

Caminho percorrido pelo paciente: Transporte → Recepção → Consultório médico → Sala de coleta de exames (Laboratório) → Sala de medicação → Observação - PS → Alta hospitalar

Sobre o agente causal da intoxicação

Salbutamol é um broncodilatador, é usado para alívio de crise de dispneia ou tosse e é a única terapia recomendada para casos de asma leve intermitente.

Os efeitos clínicos incluem palpitações por taquicardia secundária a vasodilatação, hipopotassemia, hipomagnesemia, hiperglicemia, tremor principalmente nas mãos, eritema multiforme e, raramente, síndrome de Stevens-Johnson.

Entrevista

A entrevista ocorreu ainda no PS, enquanto a criança permanecia em observação, aguardando resultado dos exames realizados.

A mãe não fez comentário algum sobre a estrutura nem sobre o atendimento, porém era possível perceber se havia gostado da estrutura e/ou do atendimento pelas respostas que dava, concordando ou discordando totalmente das afirmações constantes do roteiro de entrevista.

Impressões do entrevistador

A mãe, apesar de nova (17 anos), parecia muito preocupada e cuidadosa com seu filho. Referiu que o medicamento foi usado pelo próprio filho, receitado pelo médico para tratar complicações de um resfriado havia já algum tempo. A criança, apoiada numa cadeira, subiu no armário da cozinha, pegou o remédio que estava dentro de uma caixa e o ingeriu.

O menino não parou quieto por um só minuto durante todo o tempo da entrevista, fato que fez com que a entrevista se prolongasse bastante. Ora queria a caneta, ora queria o papel. Quando lhe dei uma caneta e um papel para que pudesse realizar a entrevista com sua mãe, após rabiscar o papel todo - o que não demorou não mais que segundos – o menino começou a rabiscar sua mãe e seus próprios braços. Curioso e muito ativo, não parava quieto no colo de sua mãe, querendo andar para lá e para cá, “olhando com as mãos” tudo o que encontrava.

Caso 14 - ocorrido em: 18/07/10. Familiar entrevistado: mãe

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: paciente picado por escorpião-amarelo na face, no pescoço e na mão esquerda. Refere dor nos locais das picadas. Os sinais vitais são normais, segundo relato da ficha OT.

Tratamento: o paciente deu entrada no HUM encaminhado de outro serviço, acompanhado pela mãe. Esta trouxe o animal para identificação do CCI. Após contato e orientações do CCI/HUM, foram prescritos um analgésico via oral e observação.

Caminho percorrido pelo paciente: Transporte → Recepção → Consultório médico → Sala de medicação → Observação - PS → Alta clínica

Sobre o agente causal da intoxicação

Ver Caso 11

Entrevista

A entrevista aconteceu quatro dias após o ocorrido, depois do atendimento no Ambulatório de Toxicologia Infantil do CCI/HUM.

A mãe relatou que no dia do acidente a criança estava dormindo na sala da residência quando sentiu algo estranho andando pela sua cabeça. A criança acordou rapidamente e, num reflexo, tentou tirar o animal; sentindo então a picada, ao que tentou novamente se livrar do animal e foi picado no pescoço e no braço, até que o animal veio a cair no chão, onde foi capturado pela mãe, com o auxílio do irmão mais velho do paciente. Foi levado ao serviço de saúde mais próximo de sua residência, de onde ligaram ao CCI/HUM pedindo conduta, sendo realizada naquele serviço descontaminação cutânea e administrado analgésico via oral. Deois foi encaminhado ao HUM, trazendo o animal para identificação.

No dia do atendimento no Ambulatório de Toxicologia Infantil do CCI/HUM, a criança não apresentava mais nenhum sinal e/ou sintoma do acidente.

A mãe não fez nenhum comentário sobre estrutura nem sobre o processo de atendimento enquanto respondia ao roteiro de entrevista.

Impressões do entrevistador

A mãe parecia muito preocupada e cuidadosa com a saúde de seus filhos, sempre solícita e prestativa. Apesar de não ter feito nenhum comentário, pareceu satisfeita com o atendimento prestado ao seu filho no PS/HUM.

Caso 15 - ocorrido em: 26/07/2010. Familiar entrevistado: mãe

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: a criança estava em sua residência e ingeriu acidentalmente quantidade ignorada de Triatox®, que tem como princípio ativo o amitraz. Apresentou sonolência, náuseas, depressão respiratória, bradipneia com períodos de apneia, reflexos pupilares diminuídos, coma glasgow 5. Seus sinais vitais eram: PA=100x60 mmHg, T=34,8°C, FC=77-85 bpm, FR=8-16 rpm, saturação de O₂=99% glicemia capilar=82 mg/dl

Tratamento: a criança deu entrada no HUM encaminhada por outro serviço. Durante o transporte apresentou depressão respiratória e foi prontamente intubada. Já havia sido realizada no outro serviço lavagem gástrica com apenas 100 mL de soro fisiológico e administrados antak, dramin B6 DL e soro fisiológico 500 mL por via endovenosa. Chegando ao HUM, foi levada diretamente à UTI Pediátrica e colocada em ventilação mecânica, e ali foi realizada uma expansão volêmica (500 ml SF 0,9%). Após contato e orientações fornecidas pelo CCI/HUM, foi realizada nova lavagem gástrica com soro fisiológico (100 ml) em três fases e solicitados os seguintes exames: gasometria arterial, glicemia, hemograma, ureia, creatinina, TGO (aspartato aminotransferase), TGP (alanina aminotransferase) e raios X do tórax.

Caminho percorrido pelo paciente: Transporte → Recepção → UTI → Internamento (Pediatria) → Alta hospitalar

Sobre o agente causal da intoxicação

Amitraz é um ectoparasiticida do grupo das formamidinas. A absorção é rápida e feita por via oral ou parenteral, com pico plasmático de duas a seis horas após exposição. A distribuição também é rápida e parece concentrar-se na pele, fígado, rins, pulmões, baço, olhos, cérebro e gônadas. Não há dados específicos sobre sua meia-vida e tem eliminação tecidual poucos dias após uma ou múltiplas doses. O metabolismo é hepático e rápido, sendo similar em animais e no homem. Quanto à eliminação, a excreção é principalmente urinária (53-85%) e fecal (14-47%).

Os efeitos clínicos possuem manifestações de maior risco no sistema nervoso central (SNC) (depressão central, podendo ocorrer alguns episódios de hiperexcitabilidade, sonolência, confusão, cefaleia, ataxia, depressão respiratória e cardiovascular), bradicardia, hipotensão em uma a cinco horas após a ingestão. As manifestações gastrointestinais incluem náuseas, vômitos, dor abdominal, diminuição do peristaltismo intestinal e possibilidade de impactação intestinal, podendo ocorrer alterações de função hepática. Outras manifestações ainda podem ser observadas, como hipotermia, hipoglicemia, eritema dérmico e leucocitose.

(Fonte: Monografias em Toxicologia de Urgência, v.2, p.25-30)

Entrevista

A entrevista ocorreu na manhã seguinte ao acidente. A criança ainda estava na UTI, intubada, porém seu quadro era estável e os médicos estavam planejando a extubação.

A mãe não quis falar sobre como ocorreu o acidente toxicológico com sua filha, e relatou que não sabia que tinha o produto (o qual ela referiu ser um remédio para cachorro) em casa.

Não pôde acompanhar nenhum procedimento realizado em sua filha. Permaneceu do lado de fora da UTI durante todo o atendimento prestado. Disse que quando foram colher exames de sua filha, ou quando da realização do exame de raios X, foi-lhe pedido que saísse um pouco e esperasse do lado de fora da UTI até que terminasse o procedimento.

Sobre estrutura do atendimento não teceu nenhum comentário enquanto respondia às questões que lhe eram feitas. Quanto ao processo de atendimento disse não saber nenhum dos nomes dos profissionais que tinham atendido a ela e/ou à sua filha, mas, apesar de não se identificarem com o nome, todos haviam sido educados no atendimento. Refere não ter recebido informações e esclarecimentos quanto ao tratamento, exames e medicamentos administrados à sua filha. A mãe sabe que foram feitos exames, que foi realizado exame de raios X, que a filha está recebendo medicação, mas não sabe qual nem para que finalidade. Foi dito à mãe apenas que a criança teve de ser intubada, que seu estado era grave, apesar de estável, e que por este motivo deveria permanecer internada.

Impressões do entrevistador

O sentimento estampado no rosto daquela mãe era de culpa. Ver a filha intubada em uma UTI deixou-a quase em estado de choque. Apesar de nova (18 anos), parecia muito cuidadosa com a filha e preocupada com seu estado de saúde. Tinha os olhos vermelhos e em lágrimas, sempre com um lençinho a enxugá-los. Sua dor parecia estar um pouco mais amenizada quando a vi junto à filha, agora já extubada, algumas horas após a entrevista. Seu semblante denotava certo alívio, porém a expressão de culpa ainda permanecia. A preocupação com a criança era tão grande que dispensava maiores considerações acerca da estrutura e do processo de atendimento.

Caso 16 - ocorrido em: 29/07/10. Familiar entrevistado: avó

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: a criança ingeriu quantidade indeterminada de haloperidol e passou a sentir tremores e tontura, além de ter ficado mais quieta, segundo relato da avó. No exame

apresentava-se em bom estado geral, corada, hidratada, eupneica, anictérica, acianótica, afebril.

Tratamento: a criança deu entrada no serviço trazida pela mãe e pela avó. Após contato e orientações do CCI/HUM, foram prescritos lavagem gástrica, carvão ativado (uma dose) e observação clínica.

Caminho percorrido pelo paciente: Recepção → Consultório médico → Sala de Estabilização (Emergência)? → Observação - PS → Alta hospitalar

Sobre o agente causal da intoxicação:

Ver Caso 10

Entrevista

A entrevista ocorreu no PS, no final da manhã do dia posterior ao da intoxicação. A criança estava assintomática, em bom estado geral, brincando como de costume, segundo disse a avó, que relatou que no dia da intoxicação, viu a neta com a boca azul e suspeitou que ela tivesse ingerido o comprimido. O medicamento é de uso da avó, de sua irmã e de seu pai, que moram todos na mesma residência. A criança apresentou tremores e choro. A avó deu-lhe água com açúcar, que ela recusou e jogou fora. A avó então preparou a mamadeira e ofereceu à neta, que a aceitou e bebeu todo o conteúdo. Isto aconteceu por volta das 17 horas, mas não a trouxeram prontamente para o hospital, porque acharam que a criança não seria atendida. A entrada no hospital só ocorreu às 19h31min, segundo consta na ficha de atendimento do PS.

A avó não fez comentários sobre a estrutura nem sobre o atendimento, apenas disse que gostou do atendimento, demonstrando certo conformismo com o atendimento prestado em serviços públicos.

Impressões do entrevistador

A avó pôde acompanhar todos os procedimentos realizados em sua neta. Perguntei-lhe onde havia sido realizada a lavagem gástrica. De acordo com a descrição feita por ela, a sala descrita condizia com a Sala de Ortopedia e não com a Sala de Estabilização (Emergência), evidenciando que o procedimento de lavagem gástrica no Pronto-Socorro do Hospital Universitário Regional de Maringá é realizado em local não apropriado.

Desta vez havia apenas uma anotação de enfermagem no relatório de Enfermagem, descrevendo que o procedimento prescrito havia sido realizado sem intercorrências.

Caso 17 - ocorrido em: 07/08/10. Familiar entrevistado: mãe

Dados sobre o acidente e tratamento:

Acidente: a criança ingeriu mais ou menos 5,0 mL de brilhaalumínio® (ácido sulfônico).

Tratamento: a criança deu entrada no serviço trazida pela mãe, em 08/08/10, às 13h24min, com T= 38°C. Foi-lhe receitado o medicamento kaloba.

Caminho percorrido pelo paciente:

Recepção → Consultório médico → Alta clínica

Sobre o agente causal da intoxicação

O ácido sulfônico é uma substância cáustica usada na fabricação de detergentes, emulsionantes, dispersantes, umectantes e outros produtos.

Os cáusticos produzem lesões teciduais, alterando a estrutura da derme ou de membrana mucosa. A exposição a ácidos causa lesão tecidual por necrose de coagulação (ressecamento ou desnaturação das proteínas do tecido superficial), com formação eventual de escaras e coágulos. A morte celular pode ocorrer pela emulsificação e ruptura das membranas celulares, ocorrendo trombose nos vasos venosos e arteriais.

Após exposição acidental da pele ou mucosas a pequena quantidade de cáustico, os pacientes queixam-se de ardência e irritação local. Os demais efeitos clínicos decorrentes de ingestão de cáusticos incluem dor na cavidade oral e retroesternal, sialorreia, vômito, desidratação, hipotensão e lesões esofágicas. Tardiamente pode ocorrer estenose cicatricial do esôfago. A suspeita de perfuração se faz mediante peritonite, febre, dor torácica intensa devido a alargamento do mediastino, enfisema subcutâneo, pneumomediastino ou pneumoperitônio.

Fonte: Protocolo de substâncias cáusticas – CCI/HUM, p.2-5.

Entrevista

A entrevista ocorreu após atendimento da criança no Ambulatório de Toxicologia Infantil do CCI/HUM, cinco dias após a ocorrência toxicológica. A mãe contou que no dia da intoxicação, enquanto preparava o jantar, a criança pegou o produto, que era armazenado debaixo da pia da cozinha, e ingeriu mais ou menos 5,0 mL. A mãe ofereceu-lhe água e a criança teve uma espécie de desmaio, acordando somente quando chegou ao serviço de saúde de onde ligara ao CCI/HUM solicitando informações e conduta diante do caso. Segundo a ficha OT, naquele dia a criança estava assintomática, recebendo alta clínica cerca de seis horas após a notificação ao CCI/HUM, com indicação de uso do azeite de oliva, que a mãe

administrou à criança durante dois dias. No dia seguinte à intoxicação, a criança apresentou febre de 39°C, segundo a mãe, e lesões na cavidade oral, e foi trazida ao HUM, onde, segundo a ficha do PS/HUM, foi diagnosticada infecção das vias aéreas superiores e receitado o medicamento Kaloba®; e a mãe foi orientada a continuar o uso do azeite de oliva.

No dia do atendimento ambulatorial, no exame físico, segundo a ficha de atendimento, a criança apresentava lesões ulceradas na língua e no palato, com dificuldade para se alimentar, salivação intensa e febre diária. A criança ainda tem como patologia associada refluxo gastroesofágico. Após atendimento médico, foi prescrito exame de endoscopia digestiva alta (EDA).

A mãe não fez comentários sobre a estrutura e o atendimento do PS/HUM, disse apenas que o filho foi examinado e prescrito o medicamento. O atendimento foi por ela considerado rápido. O profissional que atendeu a ela e a seu filho não se identificou pelo nome, e a mãe sabe o nome desse profissional porque o leu no carimbo da receita médica.

Impressões do entrevistador

O acesso à ficha de atendimento do PS deu-se no setor de Faturamento do HUM. Nela constava o horário de entrada do paciente às 13h24min e saída às 14h00min. Escrito com uma letra ilegível, o que se pode entender do pouco que estava escrito foi: “Diagnóstico: IVAS. T=38°C. Exame físico: febre alta, BEG, pulmões sem roncos.”

O CCI/HUM em momento algum foi contatado pelos profissionais do PS/HUM.

A criança, mesmo apresentando os sintomas descritos anteriormente, era ativa e curiosa, tudo querendo “ver com as mãos”, com é próprio das crianças, andando de um lado para o outro e protestando muito quando da verificação da temperatura axilar pela plantonista do CCI/HUM que a atendeu no ambulatório de Toxicologia Infantil, por ter de permanecer parada durante alguns instantes com o termômetro em sua axila.

Caso 18 - ocorrido em: 15/08/10. Familiar entrevistado: mãe

Dados sobre o acidente e tratamento

Acidente: a criança ingerira “um gole” de querosene havia cerca de uma hora e meia, e apresentava tosse intensa e dor de garganta. Seus sinais vitais eram: FC=100 bpm, FR= 24 rpm, peso= 11,700g.

Tratamento: a criança deu entrada no serviço trazida pela mãe. Após contato e orientações do CCI/HUM, a prescrição foi de 3,0 mL de azeite de oliva, via oral, de três em três horas, e dieta zero por 4 horas. Foi solicitado exame por raios X de tórax.

Caminho percorrido pelo paciente: Recepção → Consultório médico → Raio X → Observação - PS → Alta clínica

Sobre o agente causal da intoxicação

Querosene é um hidrocarboneto alifático com ação depressora sobre o sistema nervoso central (SNC), e irrita a pele, os olhos e o trato respiratório. É usado como solvente, como combustível, para iluminação e aquecimento, e como veículo para pesticidas. Possui baixa viscosidade, o que é fator determinante do risco de toxicidade pulmonar. Apresenta facilidade de volatilização/aspiração traqueobrônquica após a ingestão. A volatilidade determina a capacidade de irritação de mucosas. Apresenta baixa absorção pelo trato gastrointestinal, sendo bem absorvido por via inalatória. Pela via cutânea é absorvido após exposição prolongada. É distribuído principalmente nos pulmões, no fígado, nos rins e no cérebro, com pico máximo de 8 a 24 horas após a ingestão. A eliminação é pulmonar e os metabólitos, por via renal.

O querosene deprime o SNC, causa degeneração leve em órgãos viscerais e é irritante. Depois de ingerida, tem alto risco de aspiração pulmonar e baixa toxicidade e efeitos sistêmicos. Há grande probabilidade de desenvolvimento de pneumonite química após aspiração, mesmo com poucos mililitros, sendo mais grave em crianças.

Os efeitos clínicos em casos de intoxicação aguda podem ser descritos por náuseas, vômitos, pirose e, raramente, gastroenterite hemorrágica. Pode haver toxicidade sistêmica, apresentando confusão, ataxia, letargia e cefaléia; e em casos graves, síncope, coma, parada respiratória, arritmias cardíacas e, raramente, lesão hepática e renal. Em casos de aspiração pulmonar, os efeitos que podem ocorrer são tosse e sufocação, que progridem em horas para taquipneia, sibilos, cianose, febre e taquicardia. Podem ocorrer complicações como broncopneumonia hemorrágica, pneumonia bacteriana, insuficiência respiratória e óbito. Febre ocorre em 30% dos pacientes com pneumonite.

Fonte: Brasil (1999).

Entrevista

A entrevista ocorreu ainda no PS/HUM, na manhã do dia seguinte à ocorrência toxicológica, quando a criança aguardava visita médica para avaliação e possível alta.

A mãe contou que no dia do acidente todos estavam distraídos com o jogo na televisão, na casa dos avós da criança, quando de repente esta começou a tossir. Quando foram ver, a criança estava com o frasco do produto na mão e, ao ser indagada, confessou ter ingerido o produto. A mãe procurou o serviço de saúde de seu município, onde, segundo a

mãe, nem examinaram seu filho direito, prescreveram-lhe alguns medicamentos e a liberaram em seguida. A mãe, descontente com o atendimento, procurou o HUM, onde, segundo ela, foi bem atendida por todos os profissionais, com um atendimento considerado por ela muito rápido, pois não teve de esperar muito para ser atendida nem no Consultório Médico nem para o procedimento de raios X.

Impressões do entrevistador

Em comparação com o serviço anterior procurado pela mãe da criança, o HUM foi considerado muito bom, como a mãe nem esperava que fosse, por ser um serviço de atendimento público, devido a tanta atenção que recebeu de todos os profissionais.

A criança, calma e tranquila para sua condição, passou por avaliação médica após a entrevista e foi liberada logo em seguida, com encaminhamento para ser acompanhada pela unidade básica de saúde (UBS) do município de origem.

ANEXOS

ANEXO A

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E DE ATENDIMENTO
CENTROS DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA

RG: _____

OCORRÊNCIA TOXICOLÓGICA

CENTRO: _____ NÚMERO: _____ DATA: ____ / ____ / ____ HORA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Vítima: Humana Animal Informação
 Idade: ____ | ____ | H D M A Sexo: Masc. Fem. Ignorado Gestante: 1º Trim. 2º Trim. 3º Trim. Trim. Desc.
 Data de Nascimento: | ____ | ____ | ____ Não Não se aplica Ignorado
 Espécie (se Animal): _____
 Peso: | ____ | ____ | ____ | ____ | Kg Profissão/Ocupacional: _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
 UF: _____ Município: _____ Bairro: _____ CEP: _____
 Cartão SUS: _____ Nome da mãe (se menor): _____

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome: _____ UF: _____ Município: _____
 Instituição: _____ Bairro: _____
 Endereço: _____ Tel: _____ Ramal: _____
 Categoria: Próprio Médico Parente Enfermeiro Ign. Outro Prof. Saúde: _____ Outro: _____

ATENDIMENTO		TIPO DE OCORRÊNCIA	CIRCUNSTÂNCIA	
TELEFÔNICO	HOSPITALAR			
<input type="checkbox"/> Hosp./Clínicas	<input type="checkbox"/> PS	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Acidente Individual	<input type="checkbox"/> Abstinência
<input type="checkbox"/> CS/UBS	<input type="checkbox"/> Enfermaria	<input type="checkbox"/> Exposição	<input type="checkbox"/> Acidente Coletivo	<input type="checkbox"/> Abuso
<input type="checkbox"/> Consult./Ambul.	<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Acidente Ambiental	<input type="checkbox"/> Ingestão de Alimentos
<input type="checkbox"/> Local Trabalho	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Diagnóstico Diferencial	<input type="checkbox"/> Ocupacional	<input type="checkbox"/> Tent. Suicídio
<input type="checkbox"/> Outros CIT	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Uso Terapêutico	<input type="checkbox"/> Tent. Aborto
<input type="checkbox"/> Outros Serv. Públicos:		<input type="checkbox"/> Ignorada	<input type="checkbox"/> Prescr. Médica Inadequada	<input type="checkbox"/> Violência/Homicídio
<input type="checkbox"/> Residência			<input type="checkbox"/> Erro de Administração	<input type="checkbox"/> Uso Indevido
<input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Auto Medicação	<input type="checkbox"/> Ignorada
<input type="checkbox"/> Ignorado			<input type="checkbox"/> Outra: _____	<input type="checkbox"/> Outra: _____

EXPOSIÇÃO		
ZONA	VIA	TIPO SUPERVISÃO
<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Outra: _____ <input type="checkbox"/> Ignorada	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Aguda - única
LOCAL	<input type="checkbox"/> Cutânea	<input type="checkbox"/> Aguda - repetida
<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Crônica
<input type="checkbox"/> Amb. Trabalho	<input type="checkbox"/> Parenteral	<input type="checkbox"/> Aguda sobre crônica
<input type="checkbox"/> Trajeto de Trabalho	<input type="checkbox"/> Nasal	<input type="checkbox"/> Ignorada
<input type="checkbox"/> Serviço de Saúde	<input type="checkbox"/> Ocular	
UF: _____	<input type="checkbox"/> Retal	Tempo decorrido da exposição:
Município: _____	<input type="checkbox"/> Vaginal	____ ____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A
Bairro: _____	<input type="checkbox"/> Mordedura/Picada	Duração da exposição:
Endereço: _____	<input type="checkbox"/> Ignorada	____ ____ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A
	<input type="checkbox"/> Outra: _____	

AGENTE TÓXICO

<input type="checkbox"/> 01 Medicamentos	<input type="checkbox"/> 06 Domissanitários	<input type="checkbox"/> 11 Plantas	<input type="checkbox"/> 16 Outros An. Peç./Venenosos
<input type="checkbox"/> 02 Agrotóxicos/Usos Agrícola	<input type="checkbox"/> 07 Cosméticos	<input type="checkbox"/> 12 Alimentos	<input type="checkbox"/> 17 Animais Não Peçonhentos
<input type="checkbox"/> 03 Agrotóxicos/Usos Doméstico	<input type="checkbox"/> 08 Produtos Quím. Industriais	<input type="checkbox"/> 13 An. Peçonhentos/Serpentes	<input type="checkbox"/> 99 Desconhecido
<input type="checkbox"/> 04 Produtos Veterinários	<input type="checkbox"/> 09 Metais	<input type="checkbox"/> 14 An. Peçonhentos/Aranhas	<input type="checkbox"/> 88 Outro: _____
<input type="checkbox"/> 05 Raticidas	<input type="checkbox"/> 10 Drogas de Abuso	<input type="checkbox"/> 15 An. Peçonhentos/Escurpiões	

NOME COMERCIAL/ESPÉCIE _____ DOSE/QUANTIDADE _____ CLASSIFICAÇÃO _____ CLANDESTINO Sim Não

A - Tratamento Inicial	B - Tratamento Proposto	C - Tratamento Realizado																																																																																																								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 5%;">A</th> <th style="width: 5%;">B</th> <th style="width: 5%;">C</th> <th style="width: 85%;"></th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nenhum</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Observação Clínica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tratamento Sintomático</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tratamento de Suporte</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Descontam. Cutânea/Mucosa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>6</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Descontaminação Ocular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>7</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Diluição</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Demulcentes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>9</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Neutralização</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>10</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Emese</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>11</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Lavagem Gástrica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>12</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Lavagem Intestinal</td> </tr> </table>	A	B	C		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nenhum	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Observação Clínica	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento Sintomático	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento de Suporte	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descontam. Cutânea/Mucosa	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descontaminação Ocular	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diluição	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demulcentes	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neutralização	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emese	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavagem Gástrica	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavagem Intestinal	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 5%;">A</th> <th style="width: 5%;">B</th> <th style="width: 5%;">C</th> <th style="width: 85%;"></th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>13</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Carvão Ativado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>14</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Catárticos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>15</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Diurese Forçada</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>16</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hemodiálise</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>17</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hemoperfusão</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>18</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Exsanguíneo Transfusão</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>19</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Retirada Endoscópica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>20</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Intervenção Cirúrgica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>21</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Antídoto: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>22</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Soro: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>88</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Outro: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>99</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ignorado</td> </tr> </table>	A	B	C		<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carvão Ativado	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catárticos	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diurese Forçada	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemodiálise	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemoperfusão	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exsanguíneo Transfusão	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retirada Endoscópica	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervenção Cirúrgica	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antídoto: _____	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soro: _____	<input type="checkbox"/> 88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outro: _____	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ignorado	
A	B	C																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nenhum																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Observação Clínica																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento Sintomático																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento de Suporte																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descontam. Cutânea/Mucosa																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descontaminação Ocular																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diluição																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demulcentes																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neutralização																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emese																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavagem Gástrica																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavagem Intestinal																																																																																																							
A	B	C																																																																																																								
<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carvão Ativado																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catárticos																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diurese Forçada																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemodiálise																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemoperfusão																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exsanguíneo Transfusão																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retirada Endoscópica																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervenção Cirúrgica																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antídoto: _____																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soro: _____																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outro: _____																																																																																																							
<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ignorado																																																																																																							

RESUMO (SUPERVISÃO)

Manifestação Clínica: 1 SIM 2 NÃO 9 IGNORADA

Internação: 1 SIM 2 NÃO 9 IGNORADA

Análise Toxicológica: 1 SIM 2 NÃO 9 IGNORADA Especificar: _____

Evolução: 1 CURA 2 CURA NÃO CONFIRMADA 3 SEQÜELA 4 ÓBITO 5 ÓBITO OUTRA CAUSA

8 OUTRO: _____ 9 IGNORADA

Diagnóstico Definitivo: _____ C.I.D. 10: _____

AVALIAÇÃO (SUPERVISÃO)

<input type="checkbox"/> 1 Nenhum	<input type="checkbox"/> 3 Envenenamento Não Excluído	<input type="checkbox"/> 5 Envenenamento Moderado
<input type="checkbox"/> 2 Provavelmente Não Tóxico	<input type="checkbox"/> 4 Envenenamento Leve	<input type="checkbox"/> 6 Envenenamento Grave

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	RESPONSÁVEL PELA REVISÃO
Nome	Nome
Assinatura	Assinatura



Universidade Estadual de Maringá
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ
 CENTRO DE CONTROLE DE INTOXICAÇÕES



PROTOCOLO COMPLEMENTAR ÀS OCORRÊNCIAS TOXICOLÓGICAS

Data: ____ / ____ / ____ Plantonista: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome	Escolaridade
------	--------------

Apresentação do agente tóxico

- Comprimido Cápsula Líquido/xarope
 Supositório Pomada/creme Granulado/pó
 Spray Outro _____ Ignorado

Local de armazenamento/"guarda": _____

DADOS DA INTOXICAÇÃO

Município de tratamento: _____ Data do acidente: ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs

Tempo decorrido entre: - acidente e início dos sintomas: _____
 acidente e o tratamento: _____

Local e circunstância do acidente : _____

Intoxicação anterior: sim - Nº vezes: _____ Não Ignorado

TRATAMENTO PRÉVIO EM OUTRO SERVIÇO (LOCAL E TRATAMENTO)

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

SINAIS E SINTOMAS OBSERVADOS

APARELHO CARDIO-CIRCULATÓRIO			
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/> Outro: _____
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial		<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	
SISTEMA NERVOSO CENTRAL/PERIFÉRICO			
<input type="checkbox"/> Cefaléia		<input type="checkbox"/> Agitação/irritabilidade	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Tremor		<input type="checkbox"/> Incoordenação motora	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Convulsão		<input type="checkbox"/> Vertigens/tontura	<input type="checkbox"/> Sudorese
<input type="checkbox"/> Formigamento/parestesia		<input type="checkbox"/> Diminuição de força muscular	
<input type="checkbox"/> Mialgia/Cãimbra		<input type="checkbox"/> Sonolência	
<input type="checkbox"/> Sonolência		<input type="checkbox"/> Outro: _____	
APARELHO DIGESTÓRIO			
<input type="checkbox"/> Cólica		<input type="checkbox"/> Vômito	
<input type="checkbox"/> Diarréia		<input type="checkbox"/> Sialorréia	
<input type="checkbox"/> Náusea		<input type="checkbox"/> Epigastralgia	
		<input type="checkbox"/> Outro: _____	
APARELHO RESPIRATÓRIO			
<input type="checkbox"/> Bradipnéia		<input type="checkbox"/> Truipnéia	
<input type="checkbox"/> Dispnéia		<input type="checkbox"/> Tosse	
<input type="checkbox"/> Edema pulmonar		<input type="checkbox"/> Depressão respiratória	
<input type="checkbox"/> Aumento da secreção brônquica		<input type="checkbox"/> Outro: _____	
APARELHO URINÁRIO			
<input type="checkbox"/> Diminuição do fluxo (oligúria/anúria)		<input type="checkbox"/> Edema	
<input type="checkbox"/> Urina escura (hematúria/mioglobínúria)		<input type="checkbox"/> Outro: _____	
OUTROS SINAIS E SINTOMAS			
<input type="checkbox"/> Lesão mucosa/pele		<input type="checkbox"/> Dor local	
<input type="checkbox"/> Febre		<input type="checkbox"/> Outro: _____	
<input type="checkbox"/> Assintomático		<input type="checkbox"/> Sintomas ignorados	

PATOLOGIA ASSOCIADA			
<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Nenhuma
<input type="checkbox"/> Transtorno mental: _____	<input type="checkbox"/> Doenças respiratória	<input type="checkbox"/> Outra _____	

TRATAMENTO EFETUADO (APÓS INFORMAÇÃO)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CASO DE INTOXICAÇÃO INFANTIL			
Presença de adulto/responsável no momento do acidente:			
<input type="checkbox"/> Sim - Quem? _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	
Local da ocorrência: _____			
Sorris domiciliares: <input type="checkbox"/> Sim Quem prestou? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
Procedimentos: _____			

CASOS DE ACIDENTE DE TRABALHOComunicação de acidente de trabalho (CAT): Sim Não IgnoradoUso de equipamento de proteção individual (EPI): Sim Não Ignorado

Atividade: _____ Tempo de trabalho na atividade: _____

CASOS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIOTentativas anteriores: Sim Não Quantas? _____Tratamento: Psicológico Psiquiátrico Outro: _____Uso contínuo de medicamento: Sim Especificação? _____
 Não Ignorado**AGROTÓXICO DE USO AGRÍCOLA/PRODUTO VETERINÁRIO**

Tipo de lavoura: _____

Utilização do produto veterinário:

- Bovino Suíno Ovino
 Equino Animais domésticos Ignorado
 Outros: _____

PLANTA

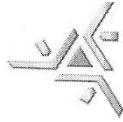
Nome dado pelo paciente / acompanhante à planta _____

Onde a planta estava localizada:

- Sala Cozinha Quarto Jardim público Garagem Jardim residencial
 Outros: _____ Ignorado

EVOLUÇÃO / OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

ANEXO C



Universidade Estadual de Maringá

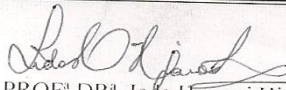
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998

CAAE Nº. 0076.0.093.000-10

PARECER Nº. 099/2010

Pesquisador(a) Responsável: Magda Lúcia Félix de Oliveira	
Centro/Departamento: CCS/Departamento de Enfermagem	
Título do projeto: Satisfação da família com o atendimento inicial à criança intoxicada.	
<p>Considerações:</p> <p>O projeto faz parte de dissertação de mestrado do curso de pós-graduação da UEM. Tem por finalidade avaliar o grau de satisfação de atendimento por parte de famílias que tiveram seus filhos vítimas de intoxicação de qualquer natureza e que foram inicialmente atendidas no HUM.</p> <p>Pretende avaliar, por meios de questionários, abordando diversos itens relativos a infra-estrutura do HUM nas suas diversas alas (sala de emergência, consultórios, sala de aplicação de medicamentos, sanitários, enfermaria, UTI, etc.) bem como comportamento da equipe que assistiu ao intoxicado (médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, entre outros) até o atendimento inicial pela recepção (tempo de demora, importância da queixa, etc).</p> <p>Os resultados serão avaliados através de planilhas específicas, utilizando métodos estatísticos apropriados para o caso.</p> <p>O projeto tem duração prevista de 1 ano, com gastos da execução assegurados pela própria equipe de pesquisadores.</p> <p>Apresenta TCLE elaborado na forma de convite, de forma clara e acessível.</p> <p>Parecer: Tendo em vista os dados acima expostos e obedecendo as normas da resolução 196/96 do CNS, o parecer é favorável a aprovação do projeto.</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 9/4/2010.	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 6/2011.	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 192ª reunião do COPEP em 9/4/2010.</p>	 PROFª.DRª. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE.
 Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR
 Fone-Fax: (44) 3261-4444 – e-mail: copep@uem.br