

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROJETO E RELATÓRIO DE ASSISTÊNCIA:

PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES COM
INTOXICAÇÃO EXÓGENA ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA E, CENTRO
DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

N.Cham. TCC UFSC ENF 0208

Autor: Tourinho, Francis

Título: Projeto e relatório de assistênc



972519763 Ac. 241033

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

FRANCIS SOLANGE VIEIRA TOURINHO

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

8ª fase - INT 5134

SUPERVISÃO: ANTÔNIO DE MIRANDA WOSNY

ORIENTAÇÃO: NAZARÉ OTÍLIA NAZÁRIO

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0208

Ex.1

Florianópolis, abril de 1992.

"Sei que o que fiz
foi apenas uma gota d'água
no oceano.
Mas se não a tivésse
feito, essa gota faltaria".

Madre Maria de Calcutá

"Posso não ter agradado a muitos com meus sonhos, mas eu não tinha que agradá-los. Só cabe a mim os louros de minha vitória, pois eu lutei. Para a humanidade deixo os meus resultados e minha contribuição para um mundo melhor".

Francis Tourinho

(Março, 1922)

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

- Ao professor Antônio de Miranda Wosny, que me supervisionou durante o decorrer deste semestre;
- A Enfermeira Nazaré Otília Nazário, pelo apoio e orientação;
- Aos Enfermeiros da Emergência, pelo carinho e atenção, em especial a Roseli Emília Fidelis, Fátima Gicelda P. Martins, Eliane Leoni dos Santos, Paula Stela Leite, Ivan Luiz Cunha;
- À equipe de enfermagem;
- Aos pacientes que depositaram confiança no meu trabalho;
- À equipe multiprofissional, pelo apoio e reconhecimento.
- Aos profissionais do Centro de Informações Toxicológicas, pelo apoio técnico.
- À Vânia Cristina Cáppio, Luciana Mendes Altoph, Rosane Pinto Pereira, Moema Butemberg, Margaret Grando, Márcia Sueli Del Castanhel, Ingrid Laura Cavalcanti Schaefer, Marici Souza, pela amizade, incentivo e por ter me aguentado nas fases difíceis durante o projeto.
- À Professora e Amiga, Zuleica Maria Patrício pela compreensão e carinho.
- À Enfermeira e Amiga Carmem Lilian Blum Marques.
- Ao meu grande amigo, que soube apoiar e incentivar minha idéia inicial, escutar minhas angústias, que acreditou no meu potencial, e ajudou-me a crescer emocionalmente e a tornar-me forte.

- Aos meus pais, por estarem sempre na retaguarda, levantando-me das quedas.

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO	1
II - DESCRIÇÃO DO LOCAL DA EXECUÇÃO DO PROJETO ..	3
III - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
IV - OBJETIVOS	18
Geral	18
Específicos	18
V - CRONOGRAMA	23
VI - RESULTADOS	25
VII - CONCLUSÃO	47
VIII - BIBLIOGRAFIA	49
IX - APÊNDICES	52
X - ANEXOS	55

I - INTRODUÇÃO

Este projeto será executado no setor de emergência e Centro de Informações Toxicológicas do Hospital Universitário da UFSC, durante o período de 07 de novembro de 1991 à 09 de abril de 1992, pela aluna Francis Solange Vieira Tourinho, da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, sob supervisão do docente Antônio de Miranda Wosny e orientação da Enfermeira Nazaré Otília Nazário. A carga horária total é de 306 horas, sendo que 220 horas serão para o estágio prático e 86 para o planejamento do projeto.

Meu interesse em realizar o projeto em uma emergência, abordando os pacientes intoxicados, adultos e crianças, surgiu através da experiência adquirida durante 1 ano no CIT - HU, responsável pelo apoio técnico sobre intoxicação, aos profissionais de saúde do estado de Santa Catarina, onde preocupá-va-me com a assistência de enfermagem aos pacientes atendidos, que além da intoxicação, possuem uma série de outras necessidades afetadas, em decorrência do processo de intoxicação.

Atualmente em diversos países, o enfermeiro, é um dos principais profissionais que atuam no atendimento de pacientes intoxicados, e as vezes é o único profissional a prestar informações sobre envenenamentos.¹ No Brasil, alguns centros de informações toxicológicas, contam com o enfermeiro na equipe multiprofissional, que além de atividades administrativas, exerce funções assistenciais, de ensino, assessoria e pesquisa.¹

Segundo FONSECA,

"Ao enfermeiro destaca-se o papel integrador entre as diversas atividades exercidas em emergências toxicológicas".

Quero com este projeto alcançar o objetivo de organizar a assistência de enfermagem ao paciente intoxicado, elaborando rotinas para o atendimento e assistindo de forma global, destes pacientes.

Acho importante também o papel de educador do profissional enfermeiro, e pretendo atuar na educação dos pacientes e seus familiares, treinar o pessoal de enfermagem para o atendimento dos pacientes intoxicados, além de realizar estudos de situação periódicos.

Acredito que contribuirei para que a enfermagem cresça na prestação de uma assistência de boa qualidade do paciente, e como profissão que tem seu compromisso com o POVO.

II - DESCRIÇÃO DO LOCAL DA EXECUÇÃO DO PROJETO

O projeto será realizado na Emergência, e no Centro de Informações Toxicológicas, no Hospital Universitário, situado no Campus Universitário, no bairro da Trindade em Florianópolis.

A emergência do Hospital Universitário está situada no andar térreo deste. A planta física do setor encontra-se no (apêndice 1).

Este setor conta no seu quadro funcional com 7 enfermeiros, 29 técnico/auxiliar de enfermagem e 9 auxiliar de saúde, 2 agentes administrativos, distribuídos nos 5 turnos de trabalho (matutino, vespertino e 3 noturnos).

O Centro de Informações Toxicológicas está situado no andar térreo do Hospital Universitário, em área física demonstrada no (apêndice 2). Nele encontramos 1 terminal de computador, 1 leitora de microfichas, 3 telefones (um com número especial da Telesc - 1520, outro como ramal da UFSC - 319535 e, o terceiro como ramal do HU - 343111 R 9173). Possui um grande acervo bibliográfico, específico para toxicologia e um mostruário de animais peçonhentos. Seu quadro funcional conta com 3 farmacêuticos bioquímicos (1 está de licença para Mestrado) e um número de 23 plantonistas, que trabalham em regime de 12 horas de plantão, em duplas, no período noturno, vespertino e nos finais de semanas. É proposta da equipe do CIT, ampliar seu quadro técnico, com a contratação de novos profissionais como: médico, enfermeiro, biólogo, bibliotecário.

III - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

"A toxicologia é uma ciência que estudando os veículos da morte, tornou-se ciência da vida". (BRITTO⁽⁹⁾ 1983).

Os estudos em toxicologia vem evoluindo, juntamente com as reações da sociedade diante dos problemas que enfrenta.

Desde os tempos mais remotos o homem, começou a dar importância aos agentes tóxicos, descobrindo os que existiam na natureza, com os alimentos nocivos e animais venenosos, aprendendo a evitá-los e utilizá-los para sua defesa, nas suas atividades de caça, bem como medicamentos.

Após esta fase de descoberta, o veneno começa a ser empregado como fim punitivo e homicida, com relatos desde o Egito, como revelam os Papiros de Ebers (1500 a.c.) sobre os setenciamentos à morte com sementes de amêndoas amargas (morte por HCN). Esta fase teve sua época auge na Idade Média. Ela foi tão marcante que podemos ter conhecimento através das artes, literatura, cinema... (Cleópatra, Sócrates, Lady Godina...). Esta levou a sociedade a ter um conceito errôneo ou noção de veneno somente ligado a alguns produtos, como o arsênico, cianeto, ácido sulfúrico, cicuta, víboras, e outros, ligando estes sempre ao crime ou a punições.

Atualmente a intoxicação é encarada sob diferentes prismas, permitindo sua divisão em vários ramos, como: Intoxicações profissionais, alimentares, poluição atmosférica, uso de produtos euforizantes, iatrogêncios, incluindo ainda, química toxicológica, farmacologia, física, fisiologia, e a toxicologia clínica, que fica a seu cargo o es

tudo da sintomatologia, diagnóstico e condutas na terapêutica das intoxicações. Assim vemos que para a toxicologia avançar sua finalidade é necessário o trabalho em equipe.

Para SCHVARTSMANN⁽³³⁾ 1985:

"A toxicologia é uma ciência multicisciplinar que já foi definida como aquela que se preocupa como estudo dos tóxicos ou venenos, considerando-se estes como qualquer agente capaz de produzir uma resposta prejudicial num sistema biológico, destruindo uma vida ou comprometendo uma função".

Considero como intoxicação, os transtornos que perturbam e lesam a saúde, podendo ocasionar a morte, causadas por substâncias postas em contato com o organismo através da ingestão, aspiração ou contato através da pele, de forma acidental ou não, inclusive pelo contato com animais peçonhentos.

Preocupando-se com os fenômenos tóxicos que atingem a população e o ambiente brasileiro, o Ministério da Saúde, através da Fundação Osvaldo Cruz, criou o Programa Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas (PRONITOX), que dá incentivo e apoio técnico necessário à instalação de Centros de Toxicologia, em todos os estados da federação, que apresentam elevada utilidade, especialmente no campo médico, hospitalar, agrícola e rural e tem como meta todos os produtos 200, fito e domissanitários.

Apesar do profissional enfermeiro ter uma importante participação em outros países na área de toxicologia, no Brasil esta área não é desenvolvida tradicionalmente pelo Enfermeiro. As atividades de um enfermeiro em um centro de intoxicações, descritas por FONSECA, (1991) demonstram existir um grande potencial de contribuição ao trabalho de um centro.

É importante o acompanhamento constante deste profissional, prin

principalmente em casos de suicidas onde a relação de apoio e a observação contínua são primordiais⁽¹⁸⁾.

A atuação do enfermeiro não se restringe à execução de técnicas de enfermagem, mas pode desenvolver funções de avaliação, ensino, pesquisa e assessoria em toxicologia, amparada legalmente, desde que haja uma formação adequada^(10,17).

O Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina, é responsável pelo atendimento das intoxicações ocorridas em todo o Estado. Ele foi criado em 1984, com o objetivo de prestar toda a orientação necessária à população, aos hospitais e classe médica e científica, quanto ao uso, composição e tratamento de todos os produtos fito, zoo e domissanitários deste estado.

A maioria dos casos de intoxicações atendidos pelo CIT-SC são principalmente envenenamentos por animais peçonhentos, tentativas de suicídio com medicamentos e agrotóxicos, bem como intoxicações profissionais.

Na última década, os agrotóxicos constituíram-se no assunto mais controverso, especialmente nos países de 3º mundo.

Segundo DOERING (engenheiro agrônomo, Assessor do Gabinete do Deputado Idalino Tuloneto (1991)): "O Brasil, como exemplo disto, é um dos principais países consumidores de agrotóxicos a nível mundial e, muitos dos praguicidas utilizados em nossas culturas alimentares, não são permitidos em outros países de 1º mundo, pelo grande risco que causam a vida humana e ao equilíbrio ambiental. Estes produtos proibidos são vendidos aos países que não possuem uma política nacional forte em relação a este setor, pelas "indústrias do veneno", e com isso elas não perdem seus estoques".

Santa Catarina é um dos menores estados brasileiros, e seu território corresponde a 1,13% da área do nosso país, e apesar disso é o 5º produtor nacional de alimentos.⁽¹⁶⁾

O espaço físico do estado é ocupado por cerca de \pm 250.000 minifundios, o que causa uma intensa utilização do solo, e apesar de sermos o 1º produtor nacional de maçã, 2º de alho, banana, fumo e feijão, o 3º de cebola, centeio e cevada e o 5º de batata, milho e cana-de-açúcar⁽¹⁶⁾, são utilizados inadequadamente fertilizantes químicos e agrotóxicos que aliados ao desmatamento e a erosão, provocam graves problemas de saúde e equilíbrio ambiental.

Em 19/11/84, foi elaborada pelos poderes legislativo e executivo, associações de classe, dentre as quais dos agrônomos, as ambientalistas e outras, uma lei, a nº 6.452, sobre o controle de agrotóxicos, pesticidas e outros biocidas, em nosso estado.

Através do Decreto nº 25.040 de 20 de março de 1985 esta lei foi regulamentada.

Por cortes feitos pelo Superior Tribunal Federal, numa lei estadual de agrotóxicos, foi inviabilizada sua aplicabilidade.

Atualmente a sociedade brasileira dispõe da lei nº 7.802, de 11/07/89 e do Decreto nº 98.816 de 11/01/90.

Essa lei é bastante abrangente, fala sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem, a rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exploração, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins⁽⁷⁾.

O Decreto nº 98.816, regulamenta a lei nº 7.802, e no seu Artigo 51 fala sobre a venda de agrotóxicos, mediante à apresentação de receituário próprio, prescrito por um profissional legalmente habilitado, que possua formação técnica, no mínimo, de nível médio ou 2º grau, na área de conhecimento relacionados com a matéria de que este regulamento e esteja inscrito no respectivo órgão de fiscalização da profissão⁽¹⁵⁾.

Hoje em nosso estado tramita na Assembléia Legislativa, um projeto de lei onde no seu VIII capítulo fala da defesa sanitária animal e vegetal, levantando a questão dos agrotóxicos.

O Estado do Paraná é o único Estado que possui uma lei mais enérgica sobre o uso e fiscalização de agrotóxicos. Ele é talvez o único onde os hospitais obrigatoriamente notificam ao governo os casos de intoxicação por agrotóxicos.

A fiscalização é bastante deficitária em Santa Catarina. O órgão responsável pela fiscalização é a FATMA, que possui apenas 6 fiscais.

Segundo o Engenheiro Agrônomo HORST Doering (1991) "Os agrotóxicos tem um problema muito geral. É necessário uma conscientização ampla, que deve começar desde as escolas agrícolas, até a universidade".

Além de ser um problema de conscientização, é um problema econômico também. A renda dos pequenos agricultores é mínima e eles não sentem prioridade em comprar os equipamentos de segurança para aplicação dos agrotóxicos, destinando o capital para outras áreas de maior importância. Muitos convivem com cefaléia, náuseas constantes, que tornam-se comuns, só procurando serviços de saúde quando estão em péssimo estado de saúde.

O surgimento das pragas ou a possibilidade de sua ocorrência criou a dependência do uso de insumos químicos, através de processos de divulgação pelos meios de comunicação, bem como pela ação direta de representantes das empresas produtoras⁽¹⁾.

A cada dia novas variedades de plantas são produzidas por engenharia genética e com elas novos produtos químicos especiais para estas sementes. A empresa que produz a semente também produz os venenos a serem utilizados nos vários períodos do plantio, os tratores, e ainda são responsáveis pelos financiamentos, ficando o agricultor

na dependência deles.

O baixo nível de informação do agricultor brasileiro, despreparado para a introdução de novos processos tecnológicos e novos produtos químicos muito mais tóxicos do que os tradicionais, propiciou o surgimento da figura do "intoxicado por defensivos agrícolas", obrigando o sistema de saúde a uma adaptação no atendimento médico-hospitalar, já que tradicionalmente, eram atendidos agricultores desnutridos ou afetados por doenças decorrentes do sistema de saúde, e ficou evidenciado quando ocorrem inúmeras mortes por intoxicações agudas, especialmente por fosforados, obrigando as autoridades sanitárias a estabelecer certos controles de caráter técnico administrativo para situação. Surgiram, em alguns estados brasileiros os C.I.T.s, com a atribuição de fornecer informações básicas em casos de intoxicações de toda ordem, incluindo-se aquelas provenientes da ingestão de medicamentos, tentativas de suicídio, picada de animais peçonhentos e outras causas (3,4,31).

Os níveis de morbi-mortalidade que se apresentam em trabalhadores rurais e comunidade em geral, devido ao uso de agrotóxicos não são reflexos de uma reação simples entre o agente e a pessoa exposta. Tais níveis refletem, além do efeito, a interação de numerosos fatores, tais como, o tempo de exposição, a susceptibilidade, o estado nutricional, fatores educacionais e culturais e, em geral, as condições sociais e econômicas nas quais vivem os trabalhadores e comunidade em geral (21).

Segundo dados do PRONITOX, as intoxicações humanas por agrotóxicos segundo causas, no período de 1986 a 1989, tiveram a seguinte participação:

. Suicídio: 42%; Profissionais: 30%; Acidentes: 10%; abuso: 5%.

Muitos dos efeitos da intoxicação por agrotóxicos são a longo prazo, e os define-se como processos patológicos que desenvolvem no

organismo, após um período de carência e ocasionados por exposições repetidas. Entre os efeitos a longo prazo os principais que tem se demonstrado são: transtornos neurológicos, reprodutivos, efeitos na pele, câncer, oftalmológicos, mutagênicos, pneumonites e fibrose pulmonar, transtornos do sistema imunológico, teratogênicos, lesões hepáticas, cistites hemorrágicas⁽²¹⁾.

A maioria dos agrotóxicos que produzem estes efeitos têm sido proibidos ou não autorizados no Brasil em benefício da saúde dos trabalhadores e comunidade^(1,21). Porém ainda encontramos vendas clandestinas destes produtos, e ainda a continuação da utilização por agricultores que os possuem estocados, e estão desinformados dos riscos.

Dentro de uma problemática tão complexa como é a representada pelos agrotóxicos, é necessário trabalhar os aspectos de prevenção e controle em várias fontes⁽¹⁾. Isto pode ser alcançado através de uma legislação atual e ideal para nossa realidade e principalmente através de um programa de saúde do trabalhador. A participação da comunidade, e em especial dos trabalhadores, com suas organizações sindicais é uma das únicas maneiras de garantir a qualidade e quantidade suficientes dos serviços de saúde à eles prestados.

Outra preocupação dos centros de intoxicações são os acidentes por animais peçonhentos, atualmente, com importância médica crucial, em virtude do grande número de pessoas atingidas e pela própria gravidade que encerram^(3,4,22,23,31)

Animais peçonhentos são aqueles que possuem presas, ferrões, que laceram, por onde podem injetar veneno ou peçonha, que provocam acidentes muitas vezes graves e fatais.

Os principais animais peçonhentos são as cobras, as aranhas e os escorpiões.

No Brasil são 4 os gêneros de serpentes peçonhentos: Bothrops,

Lachesis, Crotalus, Micrurus.

Noventa por cento dos acientes ofídicos são botrópicos. Essas serpentes habitam, preferencialmente, os ambientes úmidos, como matos e áreas cultivadas; locais de proliferação de roedores (paiol, celeiros e depósitos de lenha); zonas rurais e periféricas das grandes cidades. Essas serpentes tem hábitos noturnos e são consideradas as mais agressivas. (8,20,22,23,33) Quando se sentem ameaçadas, atacam em silêncio.

As manifestações são bastante evidentes no local da picada, como: dor imediata, edema endurecido, calor, rubor, bolhas equimoses.

Além destas podem ocorrer manifestações sistêmicas como oligúria e anúria, hemorragias, genjnorragias, epistaxe, hematêmese, hematúria.

Estas manifestações são explicadas pela ação das toxinas do veneno que são: Proteolítica, hemorrágica, coagulante, nefrotóxica.

É importante para a enfermagem identificar estas manifestações para que o cuidado ao paciente possa atenuar ou prever possíveis complicações, como necroses, insuficiência renal dentre outras.

Dez por cento dos acidentes ofídicos são crotálicos. A cascavel geralmente, é encontrada em campos abertos, em áreas secas e arenosas. Não tem por hábito atacar e, quando excitada, denuncia sua presença pelo ruído característico do guizo ou chocalho (8,20,22,23,33).

As toxinas do veneno crotólico são: Miotóxica, Neurotóxica, Nefrotóxica.

Estas toxinas levam a presença de manifestações como: fáceis miastências, oftalmoplegia, paralisia da musculatura dos membros, paralisia da musculatura respiratória, dificuldade de deglutição, dores musculares, mioglobínúria, oligúria, anúria.

Os acidentes elapídicos tem baixa incidência - menos até 0,5%. As corais verdadeiras são animais de pequeno porte, têm boca pequena, com presas não articuladas, e vivem entocadas. Possuem hábitos notur-

nos e, por seu comportamento não agressivo, só atacam em casos de muito estímulo (8,20,22,23,33).

O veneno das corais é neurotóxicos, e a sintomatologia do acidente costuma aparecer rapidamente, pelo baixo peso molecular das neurotoxinas. Os sintomas do acidente são: fácies miastênicas com ptose plapebral bilateral, paralisia da musculatura respiratória, oftalmoplegia, paralisia velopalatina, paralisia flacidades membros. Os acidentes elapídicos são considerados sempre graves, devido à alta incidência de paralisia respiratória.

São poucos os casos de acidentes laquéticos relatados no Brasil. As manifestações clínicas são semelhantes às do envenenamento botrópico, acrescidas de bradicardia, diarréia, hipotensão arterial e choque, atribuídas à ação vagal do veneno.

Em Santa Catarina encontramos apenas as serpentes Bothrops, Micrurus e Crotalus. O tratamento dos acidentes ofídicos é a soroterapia específica para cada tipo de serpente.

As aranhas peçonhentas em geral não vivem em teias, e quando as fazem são irregulares e não com formas geométricas (8,20,23). Os envenenamentos provocados por aranhas são extremamente dolorosos e, ocasionalmente, ameaçam a vida.

As principais aranhas venenosas do nosso estado são: as do gênero Phoneutria, Lycosa, Loxosceles e as Caranguejeiras.

Os acidentes por Phoneutrias são muito frequentes. Essas aranhas possuem hábitos noturnos e são muito agressivas. São encontradas com frequência em ambientes úmidos, interior de residências e claçadas, plantações de cana, de bananeira. Ao serem molestados não fogem, apoiam-se nas pernas trazeiras e erguem as dianteiras em posição de ataque, por isso recebem o nome popular de armadeira. Ao picar causam dor imediata no local da picada podendo se irradiar até a raiz do membro afetado, pela ação neurotóxica periférica do seu ve-

nenos.

As aranhas *Lycosa*, não fazem teias, possuem hábitos diurnos e são pouco agressivas.

Tem o nome comum de Tarântula ou Aranha de Jardim, e são encontradas geralmente em gramados. Apresentam um desenho em forma de seta no dorso do abdômem. Possuem veneno como a phoneutria, também neurotóxico periférico, porém de menor toxicidade, e ao picar causa dor pouco intensa e de curta duração no local.

Os acidentes pelas aranhas *Loxasceles* no nosso estado, são mais incidentes que em outras regiões do país. Fazem teias irregulares como fiapos de algodão e possuem um tamanho médio de 3 cm.

São encontradas em pilhas de telhas, tijolos, madeiras, dentro de residências e roupas, fendas e buracos do solo.

Ao ser picada a pessoa sente dor, pouco intensa e geralmente despercebida. Após 12 a 24 horas pode surgir dor no local, edema, eritema, placa esquêmica, mal-estar, náuseas, necrose no local. Estes sintomas caracterizam o quadro que chamamos cutâneo-necrótico. Em casos mais graves podem evoluir com o aparecimento de hemólise, e insuficiência renal, chamado o quadro de cutâneo-visceral. A febre é um sintoma que frequentemente aparece.

As aranhas caranguejeiras não fazem teia, gostam de ambiente quente e úmido. Possuem um tamanho médio de 15 cm. Seus acidentes são poucos frequentes. Em geral tem tamanho assustador, causam ferroadas dolorosas, sem entretanto oferecer perigo para as pessoas picadas. Às vezes desprendem pelos urticantes que podem causar reação alérgica.

Os acidentes por escorpiões são pouco frequentes. São animais pouco agressivos e de hábitos noturnos, encontramos em pilhas de madeira, tronco de árvore, embaixo de pedras, tijolos e lixo. Adaptam-se bem ao ambiente doméstico como rodapé solto, forro de madeira e esgo

to.

Entre as inúmeras espécies existentes no Brasil apenas o escorpião AMARELO (*TITTIUS serrulatus*) e o MARROM ou preto (*TITTIUS bahiensis*) são considerados como os mais venenosos.

Em Santa Catarina, dos peçonhentos, é encontrado apenas o *T. bahiensis*, que possui peçonha neurotóxica, e ao picar provoca dor local imediata e irradiada.

No litoral do nosso estado é encontrado ainda um escorpião do gênero *Bothriurus* (escorpião preto), considerado não peçonhento pois sua picada não traz maiores conseqüências^{8,20,33}).

Ao enfermeiro cabe a função educadora, de assessoria e auxílio no tratamento de pacientes acidentados por animais peçonhentos. É ele quem fica a maior parte do tempo ao lado do paciente, identificando seus problemas e complicações após o acidente. Como educador o enfermeiro, ensina a seus funcionários, aos pacientes e familiares, bem como extensão de seus trabalhos pode apresentar palestras sobre o assunto, e ainda dar assessoria científica e alunos e outros profissionais. Assim é importante o conhecimento do profissional para o exercício destas funções.

A vida agitada que temos hoje, as alterações na estrutura familiar e as mudanças dos valores sociais criaram, também, novos estresses, com a alarmante incidência das enfermidades mentais, do alcoolismo e da toxicomania, principalmente entre a população jovem, e com a morte prematura resultante de acidentes, suicídios e outros atos de violência^(13,18).

O suicídio é considerado como um ato culminante de covardia pela própria pessoa. Todos nós temos necessidades básicas humanas que são de não em atendidas. Essas necessidades são em todo e o atendimento de las, mantém o indivíduo em um equilíbrio dinâmico no tempo e espaço^(13,18).

A idéia do suicídio surge quando a necessidade representada por

uma filosofia de vida não existe mais. A pessoa não possui mais uma razão, um "porque" para a manutenção de sua vida.

A decisão de cometer o suicídio ocorre quando todos os seus sentimentos são dirigidos para um ego enfraquecido, que não pode mais se ajustar^(13,18).

Muitas das tentativas de suicídios atendidos pelo CIT, são por medicamentos, raticidas, domissanitários e plantas tóxicas, através de suas ingestões em grande quantidade.

Dentre as teorias de Enfermagem existentes, decidi utilizar, como suporte teórico para nossa atuação, a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta.

Para HORTA (1979)⁽¹¹⁾, "O conhecimento do ser humano a respeito do atendimento de suas necessidades é limitado por seu próprio saber, exigindo por isto, o auxílio de um profissional habilitado".

"A enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais" (1979)⁽¹¹⁾.

"A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio em equilíbrios pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; Procura sempre reconduzí-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço".

"Para que a Enfermagem atue eficiente necessita desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no método científica. Este método de atuação da enfermagem é denominado Processo de Enfermagem". (1979):31)⁽¹¹⁾

Os passos do processo de Enfermagem foram definidos por HORTA (1979:35-36)⁽¹¹⁾, e são:

Histórico de Enfermagem: é um roteiro sistematizado para o levan-

tamento de dados do ser humano que possibilitam a identificação de seus problemas.

Diagnóstico de Enfermagem: é a identificação das necessidades do indivíduo que necessita de atendimento e a determinação pelo enfermeiro, do grau, de dependência deste atendimento em natureza e em extensão.

Plano Assistencial: é a determinação global da assistência de enfermagem que o indivíduo deve receber diante do diagnóstico estabelecido.

Plano de Cuidados de Prescrição de Enfermagem: é a implementação do Plano Assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados do atendimento das necessidades básicas e específicas do indivíduo.

Evolução de Enfermagem: é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem com o indivíduo, enquanto estiver sob assistência profissional.

Prognóstico de Enfermagem: é a estimativa da capacidade do indivíduo em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e sob orientação dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

Na emergência do Hospital Universitário⁽¹²⁾, utiliza-se apenas 3 (três) passos do processo de enfermagem segundo HORTA, são eles:

- Histórico de Enfermagem
- Prescrição de Enfermagem
- Evolução de Enfermagem

O roteiro do histórico de enfermagem utilizado na instituição é baseado nos roteiros preconizados por HORTA (1979:49-57)⁽¹⁾.

Durante entrevista são colhidos todos os dados dos pacientes, levantando seus problemas.

A prescrição de Enfermagem deve ser concisa, clara e específica;

ser reduzida como um objetivo operacional e o verbo utilizado sempre no infinitivo, traduzindo a ação correspondente ao nível de dependência de enfermagem, as prescrições deverão ser checadas quando reduzidas (HORTA, 1979:66-67)⁽¹¹⁾.

Os registros dos dados de evolução de Enfermagem, são organizados de acordo com as orientações de Laurence Weed, obedecendo ordem sequencial agrupados em:

- Dados subjetivos: são informações e observações do paciente (família, amigos ou responsáveis) sobre ele mesmo.

- Dados objetivos: são observações de dados mensuráveis, obtidos por elementos da equipe de saúde e/ou enfermagem, tais como observações clínicas (sinais, sintomas), resultados de exames que requerem ações de enfermagem, orientações.

- Análise: explica e analisa o significado dos dados objetivos e subjetivos, aqui o profissional registra a sua opinião sobre o problema. Avalia ao mesmo tempo a evolução da conduta adotada e a identificação de novos problemas. Devem estar incluídas as razões para manter, mudar ou abandonar uma conduta.

- Plano: representa a decisão para tomar uma conduta específica baseada em novos dados e na análise.

Pretendo aplicar este método de assistência de enfermagem durante a execução do projeto.

IV - OBJETIVOS

- Objetivo Geral:

Organizar a assistência de enfermagem ao paciente intoxicado adulto e criança no Serviço de Emergência/Centro de Informações Toxicológicas do Hospital Universitário.

- Objetivos Específicos:

- Assistir ao indivíduo na emergência do HU, principalmente o intoxicado, aplicando a metodologia de enfermagem da instituição.

. Plano de Ação:

- Fazer histórico de Enfermagem para todos os pacientes atendidos, levantando suas necessidades afetadas.

- Prescrever cuidados de enfermagem aos pacientes atendidos.

- Evoluir o paciente até sua alta, utilizando o método de Weed (SOAP).

- Prestar cuidados de Enfermagem ao paciente atendido, dando preferência ao intoxicado e, as seguintes técnicas: lavagem gástrica; Administração de carvão ativado; administração de soroterapia e antídotos específicos.

. Aprazamento:

Durante o período de estágio (28/11/91 à 13/03/92).

. Avaliação:

O objetivo será alcançado se:

- Conseguir prestar assistência de enfermagem ao paciente, identificando seus problemas e atendendo suas principais necessidades afetadas.

das.

2.- Elaborar as rotinas especiais de atendimento de enfermagem ao paciente intoxicado no setor de emergência do HU de acordo com as orientações do CIT.

Plano de Ação:

- Rever e/ou aprofundar bibliografias relacionadas com normas e rotinas para assistência de enfermagem ao paciente intoxicado.
- Contatar com enfermeiras do setor sobre principais dificuldades que apresentam.
- Estabelecer rotinas necessárias para o atendimento do enferma - gem ao paciente intoxicado.

Aprazamento:

- Primeiras 3 semanas de estágio.

Avaliação:

- Elaborar pelo menos 80% das rotinas necessárias e principais.

3- Organizar no CIT um sistema de informações de cuidados de enfermagem para pacientes intoxicados, como apoio a outras necessidades que atendem estes pacientes.

Plano de Ação:

- utilizar rotinas previamente elaboradas.
- utilizar o sistema tóxico, para que as informações sejam facilmente utilizadas.
- enviar via CARSS para os serviços de Enfermagem das Unidades de saúde do Estado.

Aprazamento:

- primeiras 3 semanas de estágio.

Avaliação:

- Conseguir divulgar as rotinas aos enfermeiros, e que disperse a procura destas informações.

4- Planejar um programa de educação ao paciente intoxicados e familiares e para discussão da causa e prevenção das intoxicações.

Plano de Ação:

- contactar com órgãos que possuam informação sobre utilização de pesticidas agrícolas.

- conversar com o serviço de enfermagem psiquiátrica da UFSC sobre a possibilidade de posteriores encaminhamentos de pacientes intoxicados por tentativa de suicídio.

- conversar com familiares sobre os pacientes intoxicados por tentativa de suicídio para a prevenção de novas tentativas e se possível encaminhar para o serviço de enfermagem psiquiátrica da UFSC.

- fornecer planfetos sobre intoxicações e prevenção de envenenamentos para os pacientes e familiares.

- manter educação continuada até a prevenção de novas intoxicações.

Aprazamento:

- Durante o período de estágio.

Avaliação:

- Conseguir executar as estratégias propostas.

- Feedback sobre conversa com pacientes e/ou familiares.

5- Realizar treinamento para o pessoal de enfermagem da emergência para o atendimento aos pacientes intoxicados de acordo com as rotinas do CIT.

Plano de Ação:

- Ler bibliografia sobre treinamento de pessoal e específica sobre os temas de treinamento.
- Fazer divulgação prévia das rotinas elaboradas para as chefias do DPx, emergência do HU.
- Solicitar quais os temas preferidos dos funcionários para o treinamento.
- Abranger os 5 turnos de trabalho do setor de emergência do HU.
- Utilizar recursos audio-visuais para o treinamento.
- Elaborar questionário para avaliação do treinamento pelos participantes.

Aprazamento:

- A combinar, de acordo com a disponibilidade do setor até o final do estágio.

Avaliação:

- Através das respostas do questionário, e execução das estratégias.

6- Apresentar estudos de situação sobre a assistência de enfermagem ao paciente intoxicado na emergência para discussão em grupo com pessoal de enfermagem da emergência, acadêmicos do Curso de Enfermagem, plantonistas do CIT.

Plano de Ação:

- Realizar revisão de literatura sobre casos de pacientes atendidos durante o estágio.
- Escolher pelo menos 2 casos para elaboração dos estudos.
- Apresentar os estudos para o pessoal de enfermagem e acadêmicos do Curso de Enfermagem durante o estágio destes na emergência do HU.
- Contactar com professor do curso responsável pelo estágio pa-

ra combinar mas para apresentação dos estudos.

Aprazamento:

- A combinar, até o final do estágio.

Avaliação:

- Pela participação e questionamentos dos participantes bem como avaliação destes sobre o estudo apresentado.

V - CRONOGRAMA

Compreende as atividades desenvolvidas desde o início da elaboração do projeto até a apresentação do relatório final.

VI - RESULTADOS

Objetivos Específicos:

1- Assistir ao indivíduo na emergência do HU, principalmente o intoxicado, aplicando a metodologia de Enfermagem desta Instituição.

Durante todos os dias do estágio, assisti os indivíduos na emergência, realizando cuidados de enfermagem e metodologia da assistência para alguns dos pacientes.

Fui privilegiada, pela greve da Fundação Hospitalar, que aumentou a demanda de pacientes, para o serviço de emergência do HU, e consequentemente aumentou minha consuística de atendimento a pacientes intoxicados.

Além disto o estágio foi realizado no período de verão, onde a população da cidade é multiplicada pela presença de turistas.

Todas as atividades executadas no decorrer do estágio, eram anotadas em um caderno de relatório do estágio, com o qual poderá observar e avaliar meu desenvolvimento.

Posso afirmar que este objetivo foi alcançado com êxito, pois conseguí executar o plano de ação em todos os seus pontos.

Para demonstrar melhor os resultados deste objetivo, foram elaboradas tabelas, que representam, os cuidados executados.

TABELA 1 - Cuidados de Enfermagem executados em pacientes, com ou
 tras afecções atendidos no período de novembro/91 à
 março/92 na emergência do HU - Florianópolis.

CUIDADOS	Nº	%
1- Administração de medicamentos EV	150	18,4
2- Administração de medicamentos IM	200	24,5
3- Banho no leito	20	2,4
4- Controle diurese	10	1,2
5- Controle drenagem de tórax.	3	0,3
6- Cateter de O ₂	5	0,6
7- Conservação	20	2,4
8- Curativo	15	1,8
9- Desafio	2	0,2
10- Fluidoterapia	88	10,7
11- Glicemia Capilar	15	1,8
12- Higienização oral	15	1,8
13- Leitura e instalação de PVC	2	0,2
14- Nebulização	30	3,6
15- Orientação para exames	52	6,4
16- Orientação à familiares	36	4,4
17- Punção Arterial	14	1,7
18- Relaxamento de Paciente	6	0,7
19- Sondagem nasogástrica	12	1,4
20- Sondagem vesical	8	0,9
21- Verificação sinais vitais	112	13,7
TOTAL	815	100,00

TABELA 2 - Pacientes intoxicados atendidos no período de estágio, quanto a sua idade, sexo, na emergência/CIT do HU - Fpolis.

IDADE	FEMININO (%)	MASCULINO (%)	TOTAL (%)
0-2	1(2,9)	1(2,9)	2(5,9)
2-7	2(5,9)	4(11,8)	6(17,5)
7-14	1(2,9)	3(8,9)	4(11,8)
14-21	1(2,9)	3(8,9)	4(11,8)
21-30	3(8,9)	2(8,9)	5(14,7)
30-50	2(5,9)	6(17,5)	8(23,6)
50	1(2,9)	4(11,8)	5(14,4)
TOTAL	11(32,3)	23(67,7)	34(100)

TABELA 3 - Pacientes intoxicados, atendidos na emergência/CIT do HU, quanto o tipo de intoxicação e evolução.

CLASSE DE INTOXICAÇÃO	CURA	ÓBITO	SEQUELAS	T
*Medicamento	6	-	-	6
Animais peçonhentos	17	-	-	17
Animais não peçonhentos	7	-	-	7
*Produto Químico Industrial	2	-	-	2
Pest. Agropecuário	1	-	-	1
Raticida	1	-	-	1
Plantas	1	-	-	1
*Álcool	2	-	-	2
TOTAL	37			37

*Três pacientes usaram associação de medicamentos com respectivamente álcool, planta tóxica e PQI, como tentativa de suicídio.

. Considerou-se para a tabela animais peçonhentos: cobras peçonhentas, aranhas, escorpiões, abelhas e taturanas.

TABELA 4 - Pacientes intoxicados atendidos em outros hospitais, segundo idade, sexo, tipo de intoxicação, visitados pela acadêmica no período de Internação.

IDADE	SEXO	TIPO INTOXICAÇÃO	VISITA	EDUCAÇÃO E SAÚDE HOSPITAL
6	F	Botrops	sim	sim HISG
8	F	Botrops	sim	sim HISG
2	F	loxosceles	sim	sim HISG
12	M	PQI + medicamento	sim	sim EEAMSC

TABELA 5 - Metodologias aplicadas durante o período de estágio em pacientes intoxicados e com outras afecções, na emergência do HU - Florianópolis.

METODOLOGIA	PACIENTES INTOXICADOS	OUTROS PACIENTES	TOTAL
Histórico	12	10	22
Prescrição	33	24	57
Evolução	21	14	35
TOTAL	66	48	114

*Os pacientes intoxicados foram evoluídos até sua alta, nas fichas do CIT e nos prontuários, quando internados no repouso da emergência.

TABELA 6 - Cuidados realizados com pacientes intoxicados, atendidos, no período de Nov/91 a Março/92, na emergência CIT - HU - Fpolis.

CUIDADOS	Nº	Nº
1- Soroterapia	11	12
2- Lavagem gástrica	3	3
3- Administração carvão ativado	1	1
4- Retirada acúleos de abelhas	4	4
5- Educação e Saúde	30	33
6- Administração medicação EV	23	25
7- Fluidoterapia	15	16
8- Nebulização	3	3
9- Indução emese	3	3
TOTAL	90	100

TABELA 7 - Pacientes intoxicados atendidos na emergência e/ou CIT do HU, durante e fora do horário do estágio, segundo tipo de causa da intoxicação.

TIPO	CAUSA							TOTAL
	ABUSO ACIDENTAL	SUICÍDIO	ACID.TERAPÊUTICO	ACID.PROFISSIONAL	INFORMAÇÃO	TOTAL		
Animais peçonhentos	-	21	-	-	4	25		
Outros animais	-	20	-	-	2	22		
Medicamento	-	3	6	-	3	14		
Pest. Agrícola	-	3	3	3	-	9		
Pest. Doméstica	-	3	1	-	-	4		
Domissanitário	-	4	1	-	2	7		
Álcool	5	-	-	-	-	5		
Raticida	-	1	-	1	-	2		
P.Q.I.	-	1	-	1	1	3		
Cigarro	-	1	-	-	-	1		
Planta tóxica	-	1	1	-	2	4		
TOTAL	5	58	12	2	5	14	96	

* estão incluídos, as abelhas, vespas, formigas, águas vivas, cães, taturanas, zangões e não determinados.

2- Elaborar rotinas especiais de atendimento de enfermagem do paciente intoxicado no setor de emergência do HU de acordo com as orientações do CIT.

Durante o período de estágio pude observar mais perto as dificuldades e necessidades da equipe de enfermagem frente o atendimento ao paciente intoxicado.

A assistência à este paciente é muito diversificada, quando olhamos apenas para o agente causador do seu estado mórbido. Assim é importante antes de determinar qualquer rotina de atendimento, não rotular o paciente, e acima de tudo não tratá-lo como uma "intoxicação", mas como um ser humano, com uma série de outras necessidades afetadas.

Tendo em vista este ponto, escolhi para elaborar as rotinas de atendimento os acidentes por animais peçonhentos, que necessitam de soroteromia, e o esvaziamento gástrico, que é a medida mais utilizada em envenenamentos por ingestão. É claro que não são só estas rotinas as necessárias, mais as principais e que representam a maior incidência nos serviços. Não existe em literatura os cuidados de Enfermagem, para os diversos tipos de intoxicação, e pretendo após terminar o trabalho que comecei, direcionando para alguns dos diversos tipos de agentes intoxicados, existentes.

- Rotina para Assistência de Enfermagem ao Paciente Intoxicado:

. Acidente por Animais Peçonhentos:

- Fazer Histórico de Enfermagem do paciente, identificando qual o acidente.

- Prescrever cuidados de enfermagem para o paciente.

- Executar as prescrições de enfermagem e médica.

Procedimentos:

1- Puncionar veia com scalp 19 ou 21, ou abbocath 18;

2- Colher sangue para tempo de coagulação, e outros exames. Colo

cá-lo em um tubo de ensaio e mantê-lo na mão até sua coagulação, contando o tempo em minutos (30' - incoagulável);

3- Iniciar hidratação com solução glico-fisiológica 5%. Usar equipo para fluidoterapia com pelo menos 4 vias;

4- Aplicar medicação antihistamínica protetora, segundo prescri-ção médica. Aguardar 15-20 minutos;

5- Aplicar soro antiveneno específico EV, após 15-20' do item 4. Infusão rápida e contínua (20-30 minutos) conforme prescrição médica;

6- Aplicar o soro com vigilância direta do enfermeiro, com carro de emergência próximo ao paciente;

7- Monitorizar rigorosamente a diurese do paciente (cor e quantidade);

8- Manter o membro afetado elevado, evitando dobrar as articulações. O membro inferior não mais que 30 e no membro superior usar meia ortopédica para elevá-lo sem comprimí-lo;

9- Observar e registrar em todos os turnos criteriosamente de:

- edema
- equimoses
- bolhas
- hiperemia
- calor
- sangramentos
- necroses
- secreções

no membro picado;

10- Atentar para queixas de dor local;

11- Observar e registrar presença de sinais hemorrágicos, adenomegalias regionais, sintomas neurológicos, cardiovasculares...;

12- Verificar sinais vitais 4 vezes ao dia e, temperatura de 4/4 horas;

13- Não fazer medicação intramuscular.

Justificativas:

- 1- Para que o tratamento específico seja feito com maior rapidez;
- 2- Para diferenciação e confirmação do acidente por animal peçonhento;
- 3- Para que não ocorra desequilíbrio hidroeletrolítico, e como profilaxia de complicações renais por diminuição de volume;
- 4- Como profilaxia de possíveis reações anafiláticas/anafilactóides pela aplicação do soro heterólogo específico (gamaglobulinas);
- 5- Para que a medicação de cobertura à aplicação do soro. Este deve correr rápido para neutralizar o veneno circulante com maior rapidez;
- 6- Se ocorrer reações o enfermeiro estará do lado do paciente. Assim ele poderá fechar o soro antiveneno específico, abre o glicosodo, com o médico toma medidas para a reação e após retoma a soroterapia;
- 7- Os pacientes acidentados por animais peçonhentos podem desenvolver I.R.A., pela ação das toxinas dos venenos. O controle de diurese é para detectar sinais de I.R. e poder tratá-la a tempo, bem como preveíndo-a;
- 8- Para prevenir a síndrome de compartimento, uma das complicações dos acidentes por animais que possuem toxinas proteolíticas nos seus venenos, pela retenção de líquido no membro, necessitando as vezes de faciotomia;
- 9-10-11- Para observármos a evolução do quadro e identificar possíveis complicações;
- 12- Um dos primeiros sintomas de complicação por acidente de animais peçonhentos é a febre que indica ações sistêmicas do veneno e infecções secundárias.
- 13- Pois o paciente apresenta alterações de coagulabilidade.

- Intoxicações por Ingestão:

. Utilização do Esvaziamento Gástrico:

O esvaziamento gástrico é utilizado para favorecer a eliminação de substâncias tóxicas, retidas no estômago.

O prazo útil para o esvaziamento não parece limitar-se as primeiras 24 horas, pois tem sido encontrados medicamentos no estômago, mesmo após 24 hs da ingestão de salicilatos ou barbitúricos, estes sabidamente inibidores da motilidade gastrointestinal.

Nas intoxicações podemos efetuar o esvaziamento gástrico através de:

- Indução do vômito (emese);
- Lavagem gástrica

Estas medidas são contra indicadas quando:

- 1- A ingestão for de derivados do petróleo (querosene, gasolina e outros solventes do petróleo).
- 2- Pacientes em convulsões
- 3- Pacientes em coma
- 4- Ingestão de ácidos fortes ou alcalis caústicos

Execuções:

- Quando os derivados de petróleo forem ingeridos em grandes volumes ou quando forem solventes de produtos mais tóxicos (como os pesticidas organofosforados ou organoclorados).

- Quando o paciente está em coma, mesmo após 24 hs, da ingestão do agente tóxico, considerando que depressores do SNC, são inibidores da motilidade gastrointestinal.

* Em ambos os casos deve ser feito com prévia entubação orotraqueal (para que se previna aspirações e possíveis complicações pulmonares).

- Quando substâncias caústicas forem diluentes de produtos alta-

mente tóxicos, como os herbicidas bipiridilos (Paraquat e Diquat), a lavagem deve ser feita imediatamente e de forma cuidadosa.

- Indução de Vômitos (emese):

O vômito pode ser induzido pela estimulação da retrofaringe com o dedo. Sua eficácia não é grande mas pode ser útil quando realizada no domicílio do paciente.

Pode-se utilizar ainda substâncias como:

- 1 a 2 colheres de sal comum em um copo de água quente;
- Solução aniônica emetisante (detergente aniônico 20 ml diluído em 1 copo de água;
- Clara de ovo batida na água (1 copo).
- Injeção S.C. ou E.V. de apomorfina (0,06 mg/kg);
- Xarope de ipeca.

Xarope de Ipeca:

1- Composição: Extrato de ipeca	7,0ml
Glicerina	10,0ml
Xarope simples	100,0ml

2- Doses:

- Crianças menores de 1 ano: 7,5ml (1/2 colher de sopa) seguida após 5 minutos, da ingestão de um copo de água (200-250 ml). A dose inicial pode ser repetida após 20 minutos, se não ocorrerem vômitos. Dose máxima: 15 ml.

- Crianças maiores de 1 ano: 15 ml (1 colher de sopa) seguida de um copo de água (200-250 ml). A dose inicial pode ser repetida após 20 minutos, se não ocorrerem vômitos. Dose máxima: 30 ml.

- Adultos: 15 a 30 ml (1 a 2 colheres de sopa), seguida da ingestão de um copo de água (200-250 ml). A dose inicial pode ser repetida após 20 minutos, se não ocorrerem vômitos. Dose máxima: 60 ml.

Recomendações:

O Xarope de Ipeca não deve ser administrado juntamente com o Carvão Ativado, pois este perde sua eficácia. Nos casos em que não ocorrerem vômitos, após a administração de Xarope de Ipeca, nas Ipeca, nas doses preconizadas, HÁ INDICAÇÃO FORMAL DE LAVAGEM GÁSTRICA.

Manter o paciente em posição que evite a aspiração de vômitos. Observar as doses máximas recomendadas.

- Lavagem Gástrica:

O ideal seria provocar vômitos, pois sua eficácia é maior em relação a lavagem gástrica.

A lavagem gástrica deve ser executada, com todo cuidado e sempre observando observando sua contra-indicações, em pacientes onde não foi possível efetuar a emese.

Substâncias utilizadas para Lavagem Gástrica (Toxicologia Industrial):

- 1- Água pura para todas as substâncias (em adultos)
- 2- Solução fisiológica isotônica em crianças e nas intoxicações por sais de prata.
- 3- Água + ácido tânico (30 g/l), nas intoxicações por alcalóides, metais e ácidos.
- 4- Água + leite em pó, para querosene, gasolina, benzina, benzol, quando estritamente necessário.
- 5- Água + permanganato de potássio (1 g/10 L) nas intoxicações por alcalóide e ácido cianídrico.
- 6- Água + hipossulfito de sódio (5g/l), nas intoxicações por metais pesados.
- 7- Água + tintura de iodo (50 ml), intoxicações por alcalóides, mercúrio, chumbo e prata.
- 8- Água + leite de magnésio (25g/l), intoxicações por ácidos e

arsênico.

Nunca usar Bicarbonato de Sódio que desprende anidrido carbônico e pode perfurar o estômago.

9- Água + amoníaco (95 ml/l), intoxicações por formol e formol - deído.

10- Água + vinagre (200 ml/l), nas intoxicações por álcalis caús-
ticos.

- Volumes Adequados para Lavagem Gástrica:

- . Recem-nascidos: 500 ml
- . Lactentes (até 2 anos): 2 a 3 litros
- . Pré-escolar: 4 a 5 litros
- . Escolares: 5 a 6 litros
- . Adultos: 6 a 10 litros

- Material Necessário:

- . Bandeja contendo:
 - Sonda nasogástrica. Usar o maior calibre possível para a idade.
 - Sondas de borracha número 20 (0,5 cm) e número 30 (1,5 cm) para adultos.

- . Lubrificante hidrossolúvel (xilocaína geléia)
- . Folhas de gaze
- . Seringa
- . Cuba-rim
- . Copo com água
- . Estetoscópio
- . Esparadrapo
- . Recipiente para receber o material usado

- Técnica para Execução da Lavagem Gástrica:

- 1- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com certo de-

clive da cabeça, para evitar aspiração de conteúdo gástrica;

2- Retirar próteses dentárias ou corpos estranhos da boca;

3- Medir e assinalar na sonda a distância entre o nariz e o apêndice xifóide;

4- Antes da passagem por via oral ou nasal da sonda, esta pode ser imerso em água morna ou passado xilocaína geléia;

5- Em crianças é necessário, normalmente, contenção;

6- Introduzir o tubo, sem forçar. Orientar para o paciente fazer movimentos de deglutição, que facilita a sua progreção;

7- Se, por erro de técnica, o tubo gástrico, atingir a traquéia, o paciente apresenta tosse intensa e dispnéia. Neste caso o tubo deve ser retirado parcialmente, antes da reintrodução.

8- Se houver dúvida, quanto a permanência do tubo na via respiratória, sua extremidade livre deve ser submersa em uma cuba de água. A ausência de formação de bolhas no líquido da cuba em sincronia com a expiração, indica que a sonda não encontra-se na via respiratória e pode ser reintrozida;

9- Introduzir ar com auxílio de seringa através de sonda e concomitantemente auscultar com o estetoscópio sobre a região hipogástrica;

10- Aspirar a sonda com o auxílio de seringa a presença de suco e resíduos alimares nos dará a certeza de que a sonda está no estômago;

11- Fixar a parte externa da sonda no nariz e testa e mantê-la fechada, para evitar que saia do estômago e entre ar.

12- Em crianças de baixo peso usa-se como líquido para lavagem gástrica, preferencialmente, solução fisiológica, considerando que um organismo de baixo peso tem menor tolerância a perda de eletrólitos.

13- Após a penetração da sonda no estômago deve-se, em primeiro lugar, aspirar o conteúdo gástrico, e após introduzir o líquido do la

vado gástrico.

14- A quantidade de líquido a introduzir de cada vez, deve ser pequena para não forçar a passagem do conteúdo gástrico ao duodeno.

Em crianças usa-se 5 ml/kg por vez. Em adultos não usar volumes superiores a 250 ml de cada vez.

15- O líquido do lavado gástrico é colocado e retirado em volumes não superiores ao acima descrito, com seringa de 50 ml conectada a extremidade livre da sonda, até completar o volume total adequado para o lavado gástrico.

- Após a execução da lavagem gástrica, deve-se iniciar, aproveitando a mesma sonda, a administração de substância adsorvente, como o carvão ativado.

O adsorvente atua quando adsorve drogas e produtos químicos às superfícies de suas partículas, prevenindo, assim sua absorção e toxicidade.

O carvão ativado é o adsorvente mais utilizado, e é eficaz contra todos os produtos químicos, exceto os cianetos.

Devido ao seu amplo espectro de capacidade adsorvente e rapidez de ação, é considerado como o mais valioso agente isolado para tratamento das intoxicações exógenas.

Doses para Utilização do Carvão Ativado:

1- Crianças - 0,5 a 1 g/kg de CARVÃO ATIVADO de 4/4 horas por sonda nasogástrica, misturado a 100 ou 200 ml de água ou solução fisiológica isotônica nas primeiras 12 horas, e após de 6/6 ou 8/8 horas por 36 a 48 horas.

2- Adultos - 25 gramas de CARVÃO ATIVADO, misturado a 200 ml de água ou solução fisiológica isotônica por via oral ou por sonda gástrica de 4/4 horas nas primeiras 12 horas, e após de 6/6 ou 8/8 horas por 36 a 48 horas.

- Cuidado com o risco de aspiração do carvão ativado durante a administração.

- Após 30 minutos administrar catártico salino segundo prescrição médica.

- Observar presença e aspecto das evacuações, pois pode ocorrer retenção de fezes. (as fezes apresentam coloração escura)

- Substâncias úteis no Tratamento de Intoxicações:

Protetores de Mucosas:

Conceitos:

Os protetores de mucosa tem finalidade de cobrir a membrana gástrica, a fim de evitar contato com possíveis irritantes.

Usos:

Em intoxicações por produtos que lesam as superfícies das mucosas ou irritantes gástricos.

Modo de Ação:

Atuam diminuindo a absorção de determinadas substâncias pela mucosa gástrica.

Tipos:

- Gel de hidróxido de alumínio seco
- Gel de fosfato de alumínio
- Caolim

Demulcentes:

Conceito:

Grupo de compostos de alto peso molecular que formam soluções aquosas, possuem a propriedade de aliviar a irritação.

Usos:

Aliviar a irritação de membranas mucosas ou superfícies lesadas.

Modo de Ação:

Cobrem a superfície do tecido lesado ou irritado, e através de meios mecânicos, proteger as células subjacentes contra os estímulos resultantes do contato com o ar ou com irritantes ambientais.

Tipos:

- Clara de ovo (uso interno)
- Acácia (goma arábica), sob forma de pó ou xarope de acácia de sabor de baunilha contendo 10% de acácia.
- Tragacanto (Goma de tragacanto) com água para uso tópico.

Emolientes:**Sinônimos:**

Agentes oclusivos, umectantes.

Conceitos:

São gorduras ou óleos empregados como protetores e amaciantes de pele, porém principalmente como veículo para drogas mais ativas.

Usos:

Externo e interno.

Tipos:

- Óleos vegetais: . óleo de oliva
- . óleo de algodão
- . óleo de amêndoas
- . óleo de amendoim
- . óleo persa
- . manteiga de cacau

Usos:

Ingestão: laxantes suaves e proterores do G.I. em casos de envenenamento por corrosivos.

Tópicos: emolientes para a pele e mucosas.

OBS.: Os demais tipos não são empregados em toxicologia.

- Catárticos:

Conceito:

Medicamento utilizado para produzir a evacuação intestinal; um purgativo forte.

Usos:

No tratamento de intoxicações por venenos corrosivos, quando o tempo da ingestão é superior a 1 horas, e envenenamentos por hidrocarbonetos voláteis. Os preferidos são os catárticos salinos (sulfato de sódio e sulfato de magnético), porque agem prontamente e geralmente com toxicidade mínima.

Modo de Ação:

Atuam evitando a absorção de água que, pelo seu volume, funciona como purgativo.

OBS.: Os catárticos ou purgativos salinos devem ser acompanhados de ingestão de grandes quantidades de água (300 ml para 20g de sulfato de magnésio por exemplo), para o paciente não sofrer expolição hídrica.

Dose:

PRODUTO	ADULTOS	CRIANÇAS
Citrato de magnésio	4ml/kg p/300 ml água	4ml/kg
Sulfato de magnésio	30g p/300ml de água	250mg/kg
Sulfato de sódio	30g p/300ml de água	250mg/kg
Fosfo-soda	30ml (diluído 1/4)	não é usado
Sorbitol	50ml	uso com cautela

Laxantes:

Conceitos:

São drogas que promovem a defecação, quer dizer, aliviam a constipação. É um purgante brando. Alguns autores descrevem catárticos e laxantes como sendo a mesma coisa.

Usos: Os mesmos dos catárticos.

Mecanismo de Ação:

3 mecanismos.

1- Propriedades hidrofílicas ou osmóticas, causam retenção de líquido do conteúdo colônico, provocando aumento de amolecimento da massa fecal, facilitando a peristalse.

2- Os laxantes podem agir direta ou indiretamente sobre a mucosa colônica, diminuindo a absorção de água e NaCl, possivelmente através dos mecanismos mencionados antes.

3- Os laxantes podem aumentar a motilidade intestinal, diminuindo a absorção de sais e água, por causa da diminuição do tempo de trânsito.

OBS.: Quando usado em doses maiores, provocam catarse, que implicam em purgações e evacuações mais líquida.

Doeses:

PRODUTO	DOSES
Sais de magnésio	15g (porém 5g já produzem efeito laxante significativo).
Sulfato de magnésio	
Leite de magnésio	suspensão aquosa de hidróxido de magnésio a 7 ou 8,5%. Adultos = 30 a 60ml e crianças, 0,5ml/kg.
Fosfato de sódio	10 a 40ml, ingeridos com grande quantidade de água. *Pouco usado, pois não oferece vantagens.

3- Organizar no CIT um Sistema de Informações, de Cuidados de Enfermagem para pacientes intoxicados, como apoio a outras unidades hospitalares que atendem estes pacientes.

Por problemas técnicos no terminal de computador do CIT, houve impedimento, para que os dados fossem arquivados em sistema próprio para informações.

Por este motivo foi elaborada um manual, contendo as rotinas preestabelecidas, para distribuição aos enfermeiros do HU e dos demais hospitais.

A procura de informação sobre cuidados de Enfermagem aos pacientes intoxicados, vem crescendo no serviço CIT, sendo que grande importância o manual, para os participantes e plantonistas, já que são poucos as bibliografias específicas. (Anexo 1)

4- Planejar um programa de educação ao paciente intoxicado e familiares, para discussão da causa e prevenção das intoxicações.

Devido a complexidade que tal atividade requer, não conseguimos elaborar o programa de educação ao paciente intoxicado e família.

Foram realizados atendimentos individualizados aos pacientes, orientando-os, nos aspectos de prevenção, como que o agente intoxicante age no organismo humano. Foram feitas orientações com os mesmos objetivos aos familiares, realizado encaminhamentos necessários e, distribuído impressos, sobre as intoxicações, cuidados e prevenção.

5- Realizar Treinamento para o pessoal de Enfermagem da Emergência para o atendimento aos pacientes intoxicados de acordo com as rotinhas do CIT.

As rotinas elaboradas foram discutidas com as enfermeiras dos diversos turnos de trabalho.

Estes repassaram aos funcionários do setor em geral, durante suas atividades diárias.

Durante o período do estágio foram orientados, os funcionários, sobre os cuidados com os pacientes, que se encontravam internados por intoxicações.

Assim o objetivo não foi alcançado em seu todo.

6- Apresentar estudos de situação sobre a assistência de enfermagem ao paciente intoxicado na emergência para discussão em grupo com o pessoal da emergência, acadêmicos do curso de enfermagem, plantonistas do CIT.

Durante o decorrer do estágio alguns dos casos, que mais se destacaram, foram discutidos e analisados com o pessoal da emergência. Eles se mostraram, muito interessados em saber o porque do comportamento e sintomas dos pacientes, e como atuar em relação as necessidades destes. Foi muito boa esta correlação, onde não havia a formalidade de educador-educando, mas uma troca de experiências, crenças e valores, uma relação de ajuda mútua e companheirismo, que contribuiu para um bom atendimento para o paciente.

Como durante o meu estágio, os alunos da 6ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem, também utilizaram a emergência do HU, como campo de estágio, pude participar junto com eles durante suas reuniões de estudo, apresentando também estudos de situações, de pacientes atendidos durante nossos dias de estágio.

O Centro de Informações Toxicológicas realiza reuniões de estudo, uma vez por mês, oportunidade, onde pude passar aos outros plantonistas as minhas experiências adquiridas no período de estágio.

Objetivos Alcançados; não programados:

Além dos objetivos que foram planejados, durante o estágio, foram realizadas algumas ações, que cabe relatar neste trabalho:

- Aulas, para a Disciplina de primeiros socorros e Práticas de Enfermagem, oferecidas pelo Departamento de Enfermagem da UFSC, so-

bre animais peçonhentos e intoxicações (cuidados e prevenção);

- Auxílio aos alunos da 6ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, nos trabalhos sobre emergência em intoxicações;

- Apresentação de trabalho científico no XXVIII Congresso de Medicina Tropical realizado nos dias 23 a 27 de fevereiro de 1992, em Belém - PA;

- Participação no Curso de Animais peçonhentos, oferecido no Congresso acima citado; (Apêndice 3,4,5)

- Elaboração do Artigo "Os Agrotóxicos e o Corpo Humano", publicado no Boletim da Comissão Pastoral da Terra - Santa Catarina, "Cheiro da terra", nº 78 de março a abril de 1992. (Anexo 2)

VII - CONCLUSÃO

O estágio de conclusão de curso, realizado no setor de emergência e Centro de Informações Toxicológicas do HU, contribuiu, para um crescimento pessoal e aquisição de vários novos conhecimentos, que sem dúvida ajudaram no meu futuro desempenho profissional.

Foram muitas as dificuldades enfrentadas durante o desenvolvimento do projeto.

Alguns dos objetivos não foram alcançados com êxito esperado. A realização do projeto individualmente, talvez tenha contribuído para isto, tendo em vista que eram muitos e complexos, os objetivos a serem realizados.

Porém creio que este projeto será uma contribuição para a enfermagem e toxicologia, despertando em outros acadêmicos e profissionais de enfermagem o estudo nesta área.

Consegui um bom relacionamento com os profissionais da emergência, que me aceitaram desde o começo, respeitando minha qualidade de aluna, e incentivando meu desempenho e realização do trabalho.

Observei que uma triste realidade está ocorrendo nas nossas emergências. A falta de humanização, que não está só relacionada com os pacientes, mas entre os próprios colegas.

Acredito que o enfermeiro tem um grande compromisso com a sociedade, na luta por melhores condições de vida. Não posso acreditar que pessoas que tem sonhos e que passam durante toda sua vida acadêmica preocupados com o que é melhor para o povo, se tornem "robôs" do sistema, escravos das técnicas e vivam o resto de suas vidas fantasiados

de branco atrás de uma escrivaninha, vendo a vida passar, quase desfalecida.

Com este trabalho conclui que o profissional enfermeiro tem duas grandes e poderosas "armas", o maior contato que tem ao lado do paciente, e seu papel de educador, tão necessário hoje, onde cresce cada vez mais o uso abusivo de drogas; onde a pressão e tensão da vida moderna leva cada vez mais pessoas a tentarem contra sua vida; onde o desmatamento e a poluição, interferindo no meio ambiente, fazem com que a Harmonia Homem-Ambiente se "quebre"; onde em nossas plantações, o uso de pesticidas cresce e seus agricultores, sem orientação se expõe aos riscos.

Não precisamos ser os "salvadores da pátria", mas nossa contribuição é essencial.

VIII - BIBLIOGRAFIA

- 1- ADFG - Amigos da terra. Agricultura - Agrotóxicos O desafio da Atualidade, PR. 1985. (MIMEO)
- 2- CALABRESE, Alberto I. & ASTOLFI, Emília, A. Toxicologia, Buenos Aires, Kaplusz. 2ª ed., 1972.
- 3- CENTRO DE CONTROLE DE INTOXICAÇÕES, Unicamp, Relatório de Atividades, 1984 a 1991, Campinas, 1991. (MIMEO)
- 4- CIT, Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, FIOCRUZ = M.S. Tabulação dos casos de intoxicação 1981 - Pesticidas Agrícolas e Medicamentos, RS. 1982 (MIMEO)
- 5- DUGAS, B. W. Enfermagem prática. RJ. Guanabara, 4ª ed., 1984.
- 6- Decreto nº 25.040, de 20 de março de 1985, Estado de Santa Catarina.
- 7- Decreto nº 98.816, de 11 de janeiro de 1990, República Federal do Brasil.
- 8- ELLENHORN, Mahhew & BARCELOUX, D. G. Medical toxicology. New York. Elsevir. 1988.
- 9- BRITTO, D. F. Toxicologia Humana e Geral. Curitiba, Itaipu 1ª ed. 1983.
- 10- FONSECA, M. R.C.C. et all. A enfermeira como integrante da equipe multiprofissional em Centros de Informação e Atendimentos toxicológicos. Revista da Sociedade Brasileira de Toxicologia. RJ. vol. 4, suplemento II, p. 66, out., 1991.
- 11- HORTA, W. A. Processo de Enfermagem. SP, EPU, 1979.
- 12- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Diretória de Enfermagem: Documentos básicos - Métodos de Assistência. Florianópolis, 1980. (MIMEO)
- 13- KYES, Joan, J. & HOFIING, Charlesk. Conceitos básicos em Enfermagem Psiquiátrica. RJ. Interamericana. 4ª ed. 1985.
- 14- LARINI, Lourival. Toxicologia. SP., Manolle, 1ª ed., 1987.
- 15- LEI nº 7.802 de 11 de julho de 1989, República Federal do Brasil.

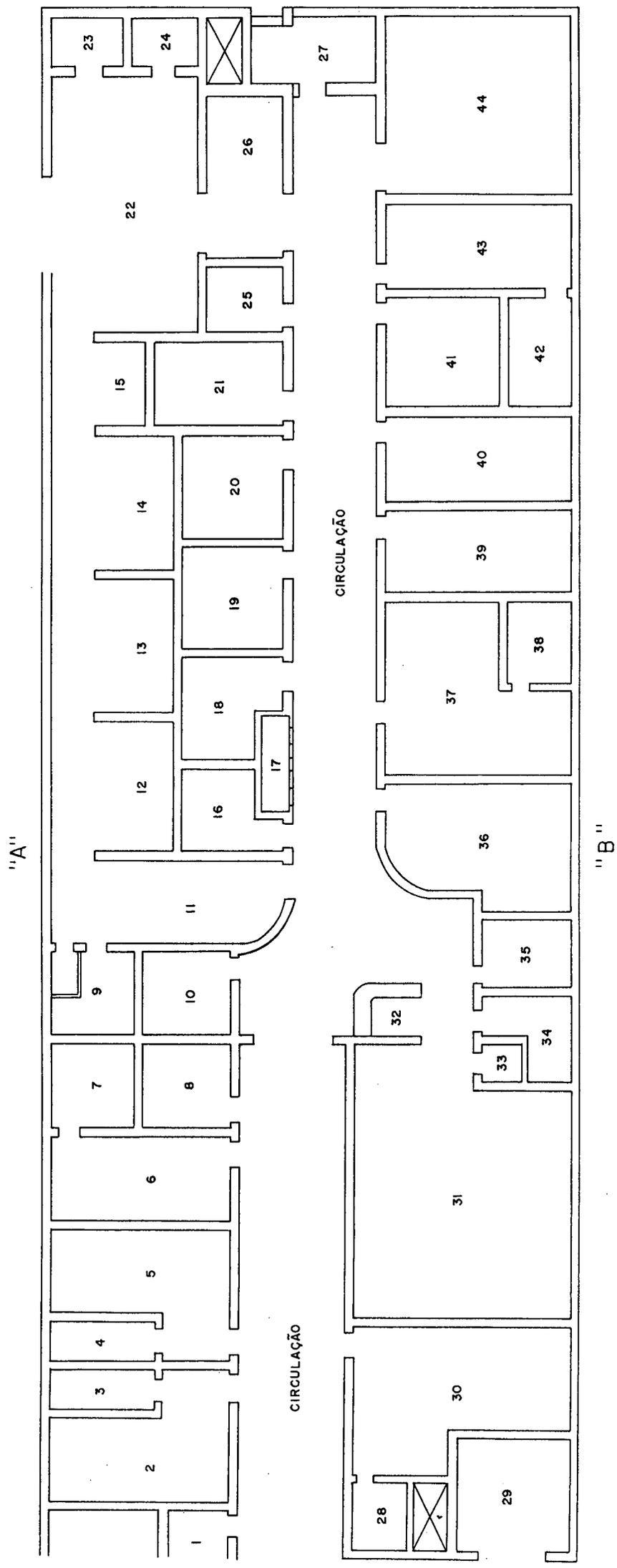
- 16- LEI nº 6.452 de 19 de novembro de 1984, Estado de Santa Catarina. Manual.
- 17- LEI nº 7.498 de 25 de julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências.
- 18- LINDARS, J. Holistic Care in para suicide. Nurs time 87(15):30-1, 1991.
- 19- MENEZES, D. N. & LOPES, M. C. S. Problemas de um serviço de Enfermagem; Experiência na estruturação de um programa de trabalho. Revista Bras. de Enf. Brasília, 39(2-3):21-25, abr./set, 1986.
- 20- MINISTÉRIO DA MARINHA, Diretoria de Saúde da Marinha, Comissão permanente de supervisão da Medicina Operativa. Manual de Primeiros Socorros. RJ. 1982.
- 21- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Centro Pan-Americano de ecologia humana e Saúde. Reunião sobre Agrotóxicos saúde Humana e Ambiental no Brasil. Brasília, 1991, (MIMEO)
- 22- _____, Manual de Diagnóstico e tratamento de acidentes ofídicos, Brasília, Edição revisada, 1991.
- 23- _____, Cartilha de Ofidismo, Brasília, 1991.
- 24- OGUISSO, Taka. A responsabilidade legal do Enfermeiro. Rev. Bras. de Enf. Brasília, 38(2):185-9, Abr/Jun, 1985.
- 25- PEREIRA, E. P. et all. Assistência de Enfermagem aos indivíduos adultos no setor de emergência do Hospital Universitário, segundo a teoria das N.H.B. de Wanda Aquiar Horta, Fpolis, 1991. Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem - UFSC. (MIMEO)
- 26- PERFAEL, L. et all. Proposta de Atuação: Assistir o indivíduo adulto no setor de emergência do Hospital Universitário utilizando as teorias do relacionamento pensa-pensa de Joyce Travelbee e das Necessidades H. Básicas de W.A.H. Fpolis, 1989. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem - UFSC. (MIMEO)
- 27- Projeto da Bancada do PT, Deputado Idelvino Furlaneto, Política Agrícola e pesquisa para SC. (MIMEO)
- 28- ROCHA, Jorge, M. Como se faz Medicina Popular, Petrópolis, Vozes, 2ª ed., 1987.
- 29- SANTOS, E. K. A. dos. Comparação entre as teorias de Enfermagem de Horta, King, Rogers, Roy e Orem. Rev. Paulista de enfermagem, SP, 5(1), p. 3-7, Jan/Mar., 1985.
- 30- SANTOS, R. et all. Envolvimento emocional do acadêmico de Enfermagem com o paciente; Reflexo dessa experiência na vida futura do profissional. Rev. Bras. de Enf., Brasília, 39(1):61-66, Jan. a Mar., 1986.

- 31- SECRETARIA DA SAÚDE - SC. Projeto de implantação de um Centro de Informações toxicológicas no Estado de Santa Catarina. Dezembro 1980. (MIMEO)
- 32- SCHMITZ, Edilza, M. & Col. A Enfermagem em pediatria e puericultura. SP., Atheneu, 1ª ed., 1989.
- 33- SCHVARTSMAN, Samuel. Intoxicações Agudas. SP, Sarvier, Monografias Médicas, Vol. III, 3ª ed., 1985.
- 34- VEIGA, Déborah, de A. et all. Manual de técnicas de Enfermagem. Porto Alegre, D.C. Luzzatto. 3ª edição, 1990.
- 35- ZAMBRONE. Flávio, A. S. et all. Toxicologia dos Agrotóxicos. Campinas, Unicamp, Cyanamid, 1991.

IX - APÉNDICES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (BLOCO B - I) PLANTA BAIXA 1º PAVIMENTO — EMERGÊNCIA

APÊNDICE 01



OBS: NAS LATERAIS "A" e "B" EXISTEM JANELAS QUE NÃO ESTÃO PRESENTES NESTE DESENHO.

APÊNDICE 1

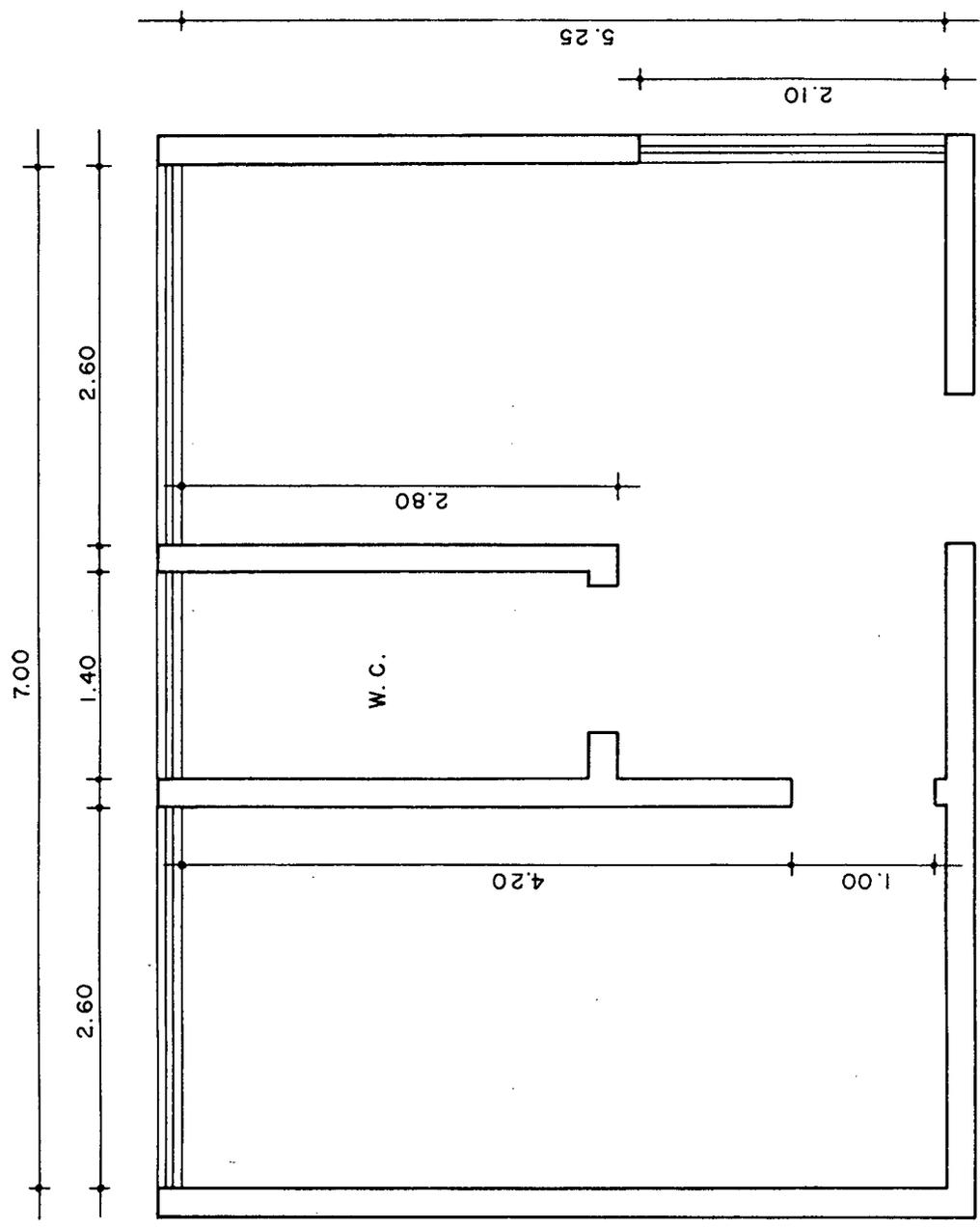
LEGENDA (Planta Física):

- 1- almoxarifado
- 2- plantão médico feminino
- 3- WC médico feminino
- 4- WC médico masculino
- 5- plantão médico masculino
- 6- sala de estar médica
- 7- chefia médica
- 8- chefia de enfermagem
- 9- WC pediatria
- 10- copa
- 11-
- 12- consultório pediátrico
- 13- consultório pediátrico
- 14- consultório pediátrico
- 15- sala de espera infantil
- 16- rouparia
- 17- Q.E. (quadro de eletricidade)
- 18- consultório médico
- 19- consultório médico
- 20- consultório médico
- 21- admissão
- 22- sala de espera adultos
- 23- WC feminino
- 24- WC masculino
- 25- sala do serviço social
- 26- sala de macas

- 27- sala de preparo de medicação (pronto-atendimento)
- 28- WC funcionários
- 29- elevador
- 30- sala de estar da enfermagem
- 31- repouso
- 32- posto de enfermagem
- 33- expurgo
- 34- WC - pacientes
- 35- sala de preparo de medicação (repouso)
- 36- sala de procedimentos
- 37- raio X
- 38- câmara escura
- 39- sala cirúrgica asséptica
- 40- sala cirúrgica séptica
- 41- consultório cirúrgico
- 42- pacientes
- 43- sala de ministração de medicamentos
- 44- sala de reanimação cárdio-respiratória.

OBS.: Área de circulação = 96,98 m²

(corredores)



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO — CIT.

APÊNDICE 02

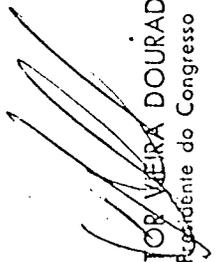


XXVIII Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical

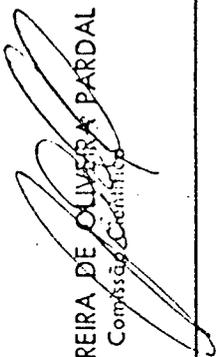
Certificada

CERTIFICAMOS QUE FRANCIS SOLANGE VIEIRA TOURINHO participou do XXVIII CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL, realizado no período de 23 a 27 de Fevereiro de 1992, na qualidade de PARTICIPANTE DO CURSO "ANIMAIS PEÇONHENTOS"

Belém, 27 de fevereiro de 1992.


HEITOR VIEIRA DOURADO
Presidente do Congresso

n-10727
MARCOS BOULOS
Presidente do SBMT


PEDRO PEREIRA DE OLIVEIRA PARDAL
Comissão Certificadora



XXVIII Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical

Certificada

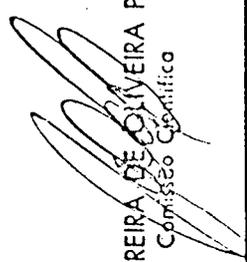
CERTIFICAMOS QUE COELHO, L.K. e TOURINHO, F.S.V.

participou do XXVIII CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL, realizado no período de 23 a 27 de Fevereiro de 1992, na qualidade de AUTORES DO TRABALHO: ALTERAÇÕES LABORATORIAIS DE LQ - XOSCELISMO CUTÂNEO-VISCERAL NA INFÂNCIA.

Belém, 27 de fevereiro de 1992.


HEITOR VIEIRA DOURADO
Presidente do Congresso


MARCOS BOULOS
Presidente do SBMT


PEDRO PEREIRA DE OLIVEIRA PARDAL
Comissão Científica

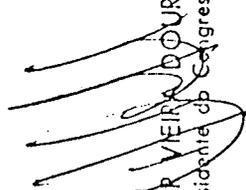


XXVIII Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical

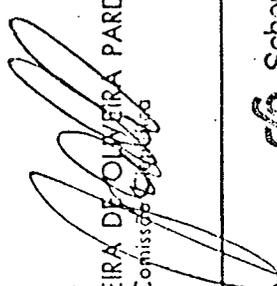
Certificada

CERTIFICAMOS QUE FRANCIS SOLANGE VIEIRA TOURINHO participou do XXVIII CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL, realizado no período de 23 a 27 de Fevereiro de 1992, na qualidade de CONGRESSISTA

Belém, 27 de fevereiro de 1992.


HEITOR VIEIRA DOURADO
Presidente do Congresso


MARCOS BOULOS
Presidente da SBMT


PEDRO PEREIRA DE OLIVEIRA PARDAL
Comissão Organizadora

X - ANEXOS

MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM PARA INTOXICAÇÕES



FRANCIS SOLANGE VIEIRA TOURINHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROTINAS PARA O ATENDIMENTO
DE ENFERMAGEM A PACIENTES
INTOXICADOS

Francis Solange Vieira Tourinho
Formanda do Curso de Graduação
em Enfermagem

Supervisão: Prof. Antônio de Miranda Wosny
Orientação: Enf. Nazaré Otília Nazário

Florianópolis, fevereiro de 1992.

INTRODUÇÃO

Este manual foi elaborado como objetivo do projeto "Proposta de Assistência de Enfermagem à Pacientes com Intoxicação Exógena Atendidos na Emergência / Centro de Informações Toxicológicas do Hospital Universitário". São rotinas para o atendimento de pacientes envenenados por animais peçonhentos e por ingestão de substâncias tóxicas.

Espero que o presente manual possa auxiliar os profissionais de enfermagem em suas ações.

COMISSÃO DE ENFERMAGEM
ROTINA PARA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM AO
PACIENTE INTOXICADO

* ACIDENTE POR ANIMAIS PECONHENTOS

- Fazer Histórico de Enfermagem do paciente, identificando qual o acidente.
- Prescrever cuidados de enfermagem para o paciente.
- Executar as prescrições de enfermagem e médica.

PROCEDIMENTOS:

- 1 Puncionar veia com scalp 19 ou 21, ou abbocath 18;
- 2 Colher sangue para tempo de coagulação, e outros exames. Colocá-lo em um tubo de ensaio e mantê-lo na mão até sua coagulação, contando o tempo em minutos (> 30' - incoagulável);
- 3 iniciar hidratação com solução glico-fisiológica 5%. Usar o equipamento para fluidoterapia com pelo menos 4 vias;
- 4 Aplicar medicação antihistamínica protetora, segundo prescrição médica. Aguardar 15-20 minutos;
- 5 Aplicar soro antiveneno específico EV, após 15-20' do item 4. Infusão rápida e contínua (20-30 minutos) conforme prescrição médica;
- 6 Aplicar o soro com vigilância direta do enfermeiro, com carro de emergência próximo ao paciente;
- 7 Monitorizar rigorosamente a diurese do paciente (cor e quantidade);
- 8 Manter o membro afetado elevado, evitando dobrar as articulações. O membro inferior não mais que 30° e no membro superior usar meia ortopédica para elevá-lo sem comprimi-lo;
- 9 Observar e registrar em todos os turnos criteriosamente, presença de:
 - edema
 - equimoses
 - bolhas
 - hiperemia
 - calor
 - sangramentos
 - necroses
 - secreçõesno membro picado;

INTOXICAÇÕES POR INGESTÃO

* UTILIZAÇÃO DO ESVAZIAMENTO GÁSTRICO:

O esvaziamento gástrico é utilizado para favorecer a eliminação de substâncias tóxicas, retidas no estômago.

O prazo útil para o esvaziamento não parece limitar-se as primeiras 24 horas, pois tem sido encontrados medicamentos no estômago, mesmo após 24hs da ingestão de salicilatos ou barbitúricos, estes sabidamente inibidores da motilidade gastrointestinal.

Nas intoxicações podemos efetuar o esvaziamento gástrico através de:

- Indução do vômito (emese);
- Lavagem gástrica.

Estas medidas são contra indicadas quando:

- 1 A ingestão for de derivados do petróleo (querosene, gasolina e outros solventes do petróleo)
- 2 Pacientes em convulsões
- 3 Pacientes em coma
- 4 Ingestão de ácidos fortes ou alcalis cáusticos.

EXCEÇÕES:

- Quando os derivados de petróleo forem ingeridos em grandes volumes ou quando forem solventes de produtos mais tóxicos (como os pesticidas organofosforados ou organoclorados).

- Quando o paciente está em coma, mesmo após 24hs, da ingestão do agente tóxico, considerando que depressores do SNC, são inibidores da motilidade gastrointestinal.

* Em ambos os casos deve ser feito com prévia entubação orotraqueal (para que se previna aspirações e possíveis complicações pulmonares).

- Quando substâncias cáusticas forem diluentes de produtos altamente tóxicos, como os herbicidas bupiridilos (Paraquat e Diquat), a lavagem deve ser feita imediatamente e de forma cuidadosa.

INDUÇÃO DE VÔMITOS (EMESE)

O vômito pode ser induzido pela estimulação da retrofaringe com o dedo. Sua eficácia não é grande mas pode ser útil quando realizada no domicílio do paciente.

SUBSTÂNCIAS UTILIZADOS PARA LAVAGEM GÁSTRICA (Toxicologia Industrial)

- 1- Água pura para todas as substâncias (em adultos)
- 2- Solução fisiológica isotônica em crianças e nas intoxicações por sais de prata.
- 3- Água + ácido tânico (30 g/l), nas intoxicações por alcalóides, metais e ácidos.
- 4- Água + leite em pó, para querosene, gasolina, benzina, benzol, quando estritamente necessário.
- 5- Água + permanganato de potássio (1 g/10 L) nas intoxicações por alcalóide e ácido cianídrico.
- 6- Água + hipossulfito de sódio (5g/l), nas intoxicações por metais pesados.
- 7- Água + tintura de iodo (50 ml), intx. por alcalóides, mercúrio, chumbo e prata.
- 8- Água + leite de magnésia (25g/ l), intx. por ácidos e arsênico.
NUNCA USAR Bicarbonato de Sódio que desprende anidrido carbônico e pode perfurar o estômago.
- 9- Água + amoníaco (95 ml/l) , intx. por formol e formaldeído.
- 10- Água + vinagre (200 ml/l), nas intoxicações por álcalis cáusticos.

*** VOLUMES ADEQUADOS PARA LAVAGEM GÁSTRICA:**

- Recém - nascidos: 500 ml
- Lactentes (até 2 anos) : 2 a 3 litros
- Pré-escolar : 4 a 5 litros
- Escolares : 5 a 6 litros
- Adultos : 6 a 10 litros

11-Fixar a parte externa da sonda no nariz e testa e mantê-la fechada, para evitar que saia do estômago e entre ar.

12-Em crianças de baixo peso usa-se como líquido para lavagem gástrica, preferencialmente, solução fisiológica, considerando que um organismo de baixo peso tem menor tolerância a perda de eletrólitos.

13-Após a penetração da sonda no estômago deve-se, em primeiro lugar, aspirar o conteúdo gástrico, e após introduzir o líquido do lavado gástrico.

14-A quantidade de líquido a introduzir de cada vez, deve ser pequena para não forçar a passagem do conteúdo gástrico ao duodeno.

Em crianças usa-se 5ml/kg por vez. Em adultos não usar volumes superiores a 250 ml de cada vez.

15-O líquido do lavado gástrico é colocado e retirado em volumes não superiores ao acima descrito, com seringa de 50 ml conectada a extremidade livre da sonda, até completar o volume total adequado para o lavado gástrico.

*Após a execução da lavagem gástrica, deve-se iniciar, aproveitando a mesma sonda, a administração de substância adsorvente, como o carvão ativado.

O adsorvente atua quando adsorve drogas e produtos químicos às superfícies de suas partículas, prevenindo, assim sua absorção e toxicidade.

O carvão ativado é o adsorvente mais utilizado, e é eficaz contra todos os produtos químicos, exceto os cianetos.

Devido ao seu amplo espectro de capacidade adsorptiva e rapidez de ação, é considerado como o mais valioso agente isolado para tratamento das intoxicações exógenas.

DOSES PARA UTILIZAÇÃO DO CARVÃO ATIVADO:

1- CRIANÇAS - 0,5 a 1 g/kg de CARVÃO ATIVADO de 4/4 horas por sonda nasogástrica, misturado a 100 ou 200 ml de água ou solução fisiológica isotônica nas primeiras 12 horas, e após de 6/6 ou 8/8 horas por 36 a 48 horas.

2- ADULTOS - 25 gramas de CARVÃO ATIVADO, misturado a 200 ml de água ou solução fisiológica isotônica por via oral ou por sonda gástrica de 4/4 horas nas primeiras 12 horas, e após de 6/6 ou 8/8 horas por 36 a 48 horas.

*Cuidado com o risco de aspiração do carvão ativado durante a administração.

*Após 30 minutos administrar catártico salino segundo prescrição médica.

*Observar presença e aspecto das evacuações, pois pode ocorrer retenção de fezes. (as fezes apresentam coloração escura)

EMOLIENTES

SINONIMOS: Agentes oclusivos, umectantes.

CONCEITO: São gorduras ou óleos empregados como protetores e amaciantes da pele, porém principalmente como veículo para drogas mais ativas.

USOS: Externo e interno.

TIPOS: - Óleos vegetais :

- óleo de oliva
- óleo de algodão
- óleo de milho
- óleo de amêndoas
- óleo de amendoim
- óleo persa
- manteiga de cacau

-usos: - ingestão : laxantes suaves e protetores do G.I em casos de envenenamento por corrosivos.

-tópico :emolientes para a pele e mucosas.

OBS.: Os demais tipos não são empregados em toxicologia.

CATÁRTICOS

CONCEITO: Medicamento utilizado para produzir a evacuação intestinal,um purgativo forte.

USOS: No tratamento de intoxicações por venenos corrosivos, quando o tempo da ingestão é superior a 1 hora, e envenenamentos por hidrocarbonetos voláteis. Os preferidos são os catárticos salinos (sulfato de sódio e sulfato de magnético), porque agem prontamente e geralmente com toxicidade mínima.

MODO DE AÇÃO: Atuam evitando a absorção de água que, pelo seu volume, funciona como purgativo.

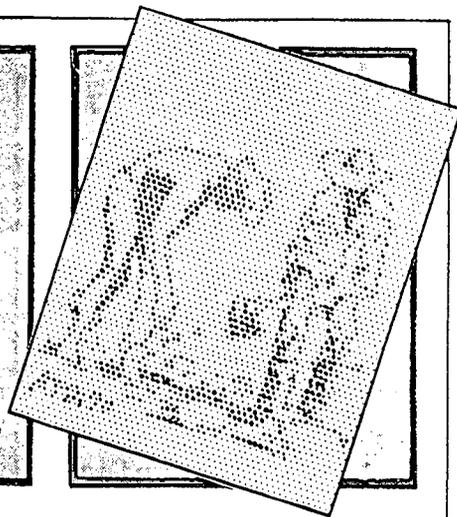
OBS.: Os catárticos ou purgativos salinos devem ser acompanhados de ingestão de grandes quantidades de água (300ml para 20g de sulfato de magnésio por exemplo), para o paciente não sofrer exposição hídrica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 DU GAS, B.W .Enfermagem Ecática. RJ, Guanabara, 4 ed, 1984.
- 2 MINISTERIO DA MARINHA, Diretoria de Saúde da Marinha, Comissão permanente de Supervisão de Medicina Operativa, Manual de Ecioeios Socorros, RJ, 1982.
- 3 MINISTERIO DA SAÚDE, Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes Ofídicos, Brasília, Edição Revisada, 1991.
- 4 PLUNKETT, E.R. Handbook of Industrial Toxicology. Australia, Edward Arnold, 3 ed, 1987.
- 5 SERVIÇO DE CONTROLE TOXICOLÓGICO, C.T.I., Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Estado do RS, Guia de Administração de Xacore de Ipeca - Carvão Ativado, RS, 1986. (píneo)
- 6 SCHMITZ, Edilza N. & Col. A Enfermagem em Pediatria e Psiquiatria. SP, Atheneu. 1ed, 1989.
- 7 SCHVARTSHAN, Samuel. Intoxicações agudas, SP, Sarvier, Monografias Médicas, vol.3, 3 ed, 1985.
- 8 VEIGA, Débora de A. et all. Manual de técnicas de Enfermagem Porto Alegre, D.C. Luzzato. 3 ed, 1990.
- 9 ZAMBRONE, Flávio A.D. et all. Toxicologia dos Agrotóxicos. Campinas, Unicamp-Cyanamid, 1991.

Cheiro de Terra

" BOLETIM DA COMISSÃO PASTORAL DA TERRA - SANTA CATARINA "



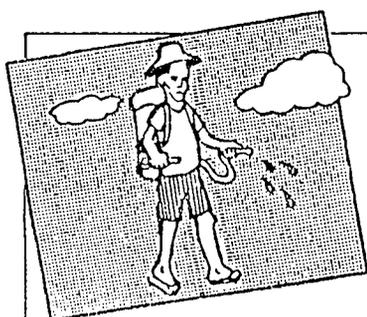
ANO 14 - Nº 78 - MARÇO/ABRIL - 1992

CONCENTRAÇÃO CATARINENSE DE JOVENS
PASTORAL DA JUVENTUDE - SC

19 ANOS DE CAMINHADA

JUVENTUDE É POVO QUE CAMINHA PARA O NOVO.
TIMBÓ - 12 de abril de 1992

TAMMY



Os agrotóxicos e o corpo humano

Francis Solange Vieira Tourinho

Em quase todas as propriedades rurais são utilizados os agrotóxicos, que são um dos principais jeitos de combater as diferentes pragas, doenças e ervas daninhas que atacam as lavouras, diminuindo a produção.

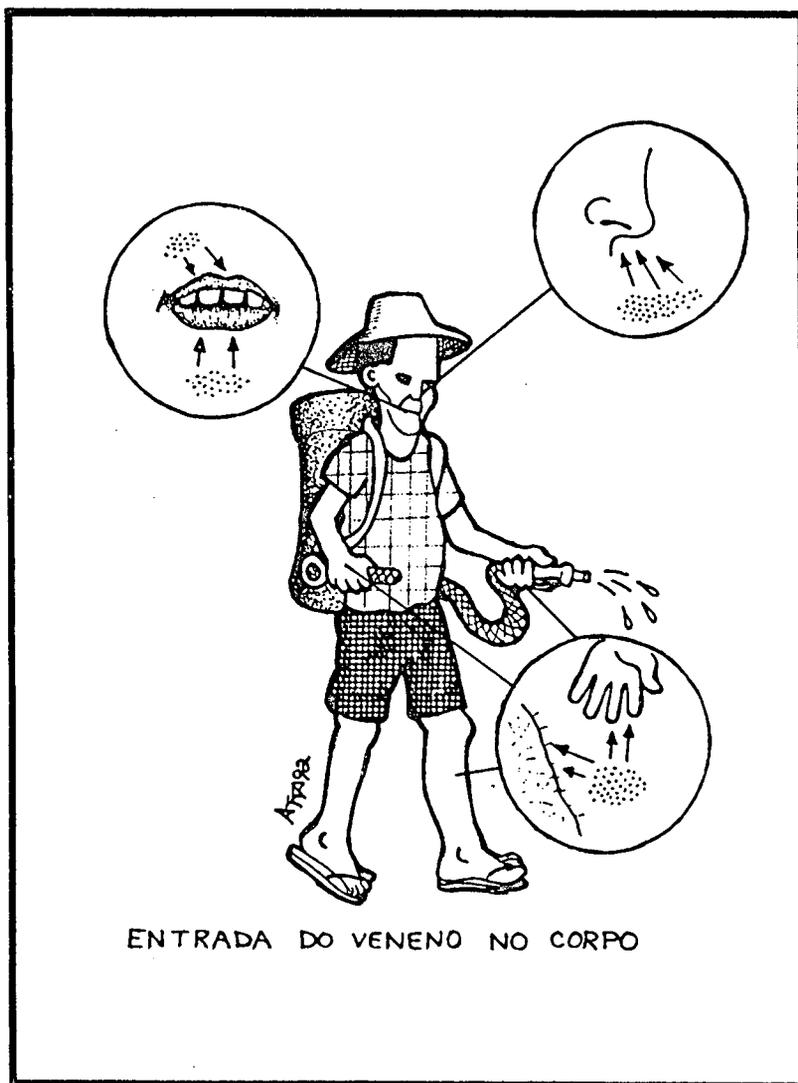
Os agrotóxicos podem causar envenenamento nas pessoas que os utilizam, nos animais e até na natureza. Assim, é importante tomar cuidados especiais para evitar estes envenenamentos.

Como acontece o envenenamento

Os venenos penetram no corpo da pessoa, de várias formas:

1) Pela pele — estes envenenamentos são os que mais acontecem. Você pode se envenenar quando está preparando ou aplicando os "venenos", quando não usa luvas, macacão ou calça e camisas de mangas compridas.

2) Pelo nariz — os agrotóxicos na forma de pó ou gases podem entrar pelo nariz e envenenar a pessoa.



3) Pela boca — o envenenamento pode ocorrer quando se está preparando ou aplicando o produto, este respingue no rosto; quando se esfrega a boca com as mãos e braços sujos de agrotóxico; ao desentupir o bico sujo do pulverizador; quando a pessoa come ou bebe depois de aplicar o veneno, sem lavar bem as mãos.

Sempre tome muito cuidado, o envenenamento pode também ocorrer através de cortes e feridas, principalmente nas mãos.

Estes ocorrem principalmente pela falta de segurança e equipamentos defeituosos e com aplicação sem materiais de proteção.

Esteja alerta para estes sintomas de envenenamento por agrotóxicos:

- . Nervosismo;
- . Ânsia de vômito;
- . Diarréia;
- . Muita saliva e suor;
- . Dores de cabeça;
- . Fraqueza;
- . Desmaios;
- . Tonturas;
- . Mal estar.

Estes são sinais de que a pessoa pode estar intoxicada pelo veneno.

Como agir em caso de envenenamento

Quando houver suspeita de envenenamento deve-se tomar medidas de Primeiros Socorros, o mais rápido possível.

. Procure imediatamente um médico levando a embalagem, rótulo, bula ou folheto explicativo do veneno;

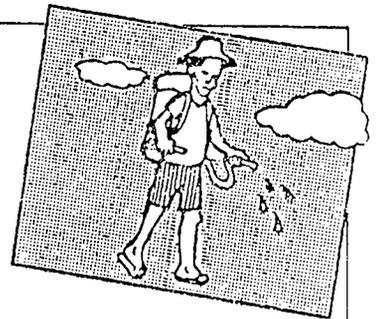
. Se o envenenamento for pela pele ou roupa, tire a roupa e tome banho imediatamente com água corrente e sabão;

. Quando os olhos forem contaminados, lave-os imediatamente com água corrente durante uns 15 minutos, não coloque mais nada nos olhos e procure um médico;

. Se alguém respirou o agrotóxico, leve o envenenado para um lugar arejado, afrouxe suas roupas, proteja a vítima do calor e do frio, e se ela não respirar ou respirar com dificuldade, faça respiração boca-a-boca;

. Quando a pessoa comeu ou bebeu o agrotóxico: Se a vítima estiver desmaiada, nunca provoque vômito, retire dentaduras, saliva ou comida da boca, não dê nada para beber. Não provoque vômito também durante convulsões e em crianças com menos de 3 anos de idade.

Quando puder provocar vômito, abaixe bem a cabeça da pessoa e coloque o dedo atrás da sua língua.



Como evitar o envenenamento

. Use os agrotóxicos exclusivamente na agricultura e silvicultura;

. Quando aplicar os venenos, use equipamentos para sua proteção, como avental, macacão, luvas, chapéu, botas, óculos e máscara. Não use se estiverem deixando passar o veneno para a pele;

. Não use equipamentos com vazamentos;

. Evite contato ou inalação do agrotóxico;

. Nunca deixe as embalagens abertas. Guarde os agrotóxicos em depósitos apropriados;

. Mantenha o agrotóxico afastado de criança, animais de criação, alimentos e rações;

. Não aplique agrotóxicos na presença de ventos fortes, nas horas mais quentes do dia, nem contra o vento;

. Não desentupa bicos, orifícios, válvulas, tubulações com a boca;

. Não lave as embalagens, tambores de mistura e equipamentos de aplicação em fontes d'água, córregos, rios.

FRANCIS SOLANGE VIEIRA TOURINHO é Acadêmica de Enfermagem e trabalha no Centro de Informações Toxicológicas, da Universidade Federal de Santa Catarina.

