



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**DAIANA KLOH
ELIS CRISTINA ZANATTA
FABIANA FARIAS**

RELATÓRIO DE PESQUISA

**ATENÇÃO DE ENFERMAGEM AO INDIVÍDUO E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE
INTOXICAÇÃO AGUDA POR MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS
QUÍMICAS: UMA PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.**

**FLORIANÓPOLIS
Junho de 2010**

**Daiana Kloh
Elis Cristina Zanatta
Fabiana Farias**

RELATÓRIO DE PESQUISA

ATENÇÃO DE ENFERMAGEM AO INDIVÍDUO ADULTO E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE INTOXICAÇÃO AGUDA POR MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS: UMA PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal de
Santa Catarina – UFSC, como requisito parcial à
obtenção do título de Graduado em Enfermagem.

Orientadores:

Prof. Dr. Antônio de M. Wosny
Prof.^a Dra. Kenya S.Reibnitz

Colaboradores Especiais:

Prof.^a Dra. Marlene Zannin
Msc. Margarete Maria de Lima

**FLORIANÓPOLIS
Junho de 2010.**

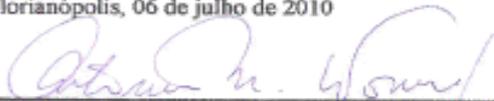


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

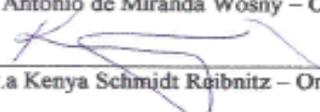
DISCIPLINA:INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

O presente trabalho destaca-se pelo tema escolhido, tendo como sujeitos do estudo clientes e equipe de profissionais de saúde do setor de emergência de um hospital universitário. Representa o compromisso das autoras com a Enfermagem, contribuindo especialmente na sistematização da assistência em casos de intoxicação aguda por medicamentos e outras substância químicas. Estudo elaborado com rigor metodológico, bem fundamentado teoricamente e adequado em conteúdo e forma. Ressalte-se a relevância do tema, assim como a possibilidade imediata de produzir transformações positivas na prática de Enfermagem em emergências toxicológicas. Também se evidencia no texto o comprometimento das autoras com o Sistema Único de Saúde, especialmente na atenção de Enfermagem em emergência hospitalar. O trabalho foi apresentado ao público acadêmico com segurança, comunicando com coerência as atividades executadas, superando os objetivos propostos.

Florianópolis, 06 de julho de 2010



Prof. Dr. Antonio de Miranda Wosny – Orientador do TCC



Prof.ª Dr.ª Kenya Schmidt Reibnitz – Orientadora do TCC

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que de forma direta ou indireta participaram da construção deste trabalho. Em especial a todos os clientes que nos cederam momentos preciosos de suas vidas, superaram a vergonha e o medo de falar sobre sentimentos e percepções...

A Deus, pela presença constante em nossas vidas, sem que seja necessário pedir pelo auxílio nas escolhas e nos confortar nas horas difíceis.

A equipe de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais da emergência e ao professor Dr. Jonas Salomão Spricigo que refletiram e construíram conosco os resultados deste projeto.

A todos os profissionais do Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina que nos mostraram as várias faces da intoxicação e suas conseqüências, que nos deram base teórica e prática para podermos debater e juntamente com os sujeitos desta pesquisa construir este trabalho. Em especial Professora Dra. Marlene Zannin e médica Adriana Barotto por todos os ensinamentos e paciência.

A Msc. Margarete Maria de Lima e as nossas supervisoras de campo, Enfermeiras Scheila Nienkotter, Luciene Silva, Lícia Shiroma que nos cederam atenção, companheirismo e cumplicidade nesta rápida caminhada em conjunto.

Agradecemos aos nossos grandes mestres, professor Antônio de Miranda Wosny e Kenya Schmidt Reibnitz, que diante de todos seus afazeres nos cederam tempo, paciência, tolerância e amizade que pretendemos cultivar ao longo de nossas vidas.

Aos nossos pais e amores por todos os ensinamentos ao longo de nossas vidas, por ensinar-nos a levantar após as quedas e sermos pessoas dignas de respeito e confiança, além de todo aporte emocional.

KLOH, D.; ZANATTA, E.C.; FARIAS, F.; Atenção De Enfermagem Ao Indivíduo Adulto E Família Em Situação De Intoxicação Aguda Por Medicamentos E Outras Substâncias Químicas: Uma Proposta De Sistematização Da Assistência. 2010. 606. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

APRESENTAÇÃO

Trata-se de um relatório da pesquisa desenvolvida como trabalho de conclusão do curso, por alunas da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem por objetivo contribuir na sistematização de procedimentos fundamentais de enfermagem ao cliente adulto com intoxicação aguda por medicamentos e outras substâncias químicas, atendido em Serviço de Emergência hospitalar adulto. A metodologia deste estudo foi baseada em uma pesquisa convergente-assistencial, de natureza qualitativa, com a contribuição da proposta do Arco da Problematização de Charles Maguerez. Utilizamos como referencial teórico as Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e a Política Nacional de Humanização do SUS. Os sujeitos da pesquisa foram nove enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, duas psicólogas, uma assistente social, três clientes intoxicados e dois familiares dos clientes intoxicados, totalizando 22 sujeitos. O período de coleta de dados compreendeu os meses de março a maio de 2010, sendo realizado em quatro etapas: análise documental; observação e registro das ações assistenciais dos enfermeiros e a percepção dos clientes a tais cuidados; entrevistas com perguntas abertas a clientes e familiares; realização de quatro oficinas com sujeitos da pesquisa. A análise dos dados obtidos foi realizada a partir da observação, entrevistas, análise documental e das oficinas realizadas segundo a proposta de Trentini e Paim. Do relatório consta capítulo de introdução, referencial teórico, metodologia, sendo que o capítulo dos resultados é apresentado sob forma de artigo, considerações finais, referências bibliográficas e apêndices.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	OBJETIVOS.....	09
2.1	OBJETIVO GERAL:	09
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	09
3	REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1	CONCEITOS BÁSICOS EM TOXICOLOGIA	10
3.2	CENTROS DE INFORMAÇÕES E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA	11
3.3	PRINCIPAIS AGENTES INTOXICANTES	13
3.4	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CIATS	14
3.5	PROCEDIMENTOS ASSISTÊNCIAS DE ENFERMAGEM	15
3.6	SISTEMATIZAÇÃO DA ENFERMAGEM	17
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
4.1	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS	18
4.2	MODELO CONCEITUAL DE HORTA.....	19
5	METODOLOGIA	20
5.1	A PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL	20
5.2	DESCRIÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA	21
5.3	SUJEITOS DO ESTUDO E TAMANHO DA AMOSTRA.....	22
5.4	COLETA DE DADOS	22
5.5	ESTRATÉGIA PARA COLETA, REGISTROS E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	23
5.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	26
5.7	CUIDADOS ÉTICOS	26
5.8	RESULTADOS	27
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICES.....	44

1 INTRODUÇÃO

À medida que o homem foi evoluindo começou a descobrir os agentes tóxicos existentes na natureza, e foi aprendendo a evitá-los ou a utilizá-los para seu próprio bem, seja para defesa, nas atividades de caça, ou com finalidade farmacológica. (Silva, 2008).

Nos últimos 50 anos devido ao acelerado desenvolvimento técnico-industrial e à explosão demográfica que o acompanhou, houve um incremento da síntese, produção e distribuição de novas substâncias químicas. Esta explosão trouxe maior conforto, benefícios e melhorias na qualidade de vida da população, além de contar com novos produtos de uso domésticos, industriais, praguicidas, medicamentos, etc. (Fonseca, 1996)

Como reflexo negativo deste acelerado desenvolvimento técnico-industrial, atualmente, as intoxicações constituem um problema de saúde pública em face das altas taxas de prevalência. (Oliveira e Menezes, 2003).

No Brasil, os dados coletados pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATs) e disponibilizados pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZa) entre os anos de 2000 a 2007, apresentam um aumento significativo nos casos de intoxicação humana. Em 2000 foram registrados 52.309 casos, já em 2007 este número passa para 82.501.

Considerando o aumento de casos e a gravidade, tem-se a necessidade de um atendimento inicial com eficácia, eficiência e efetividade ao cliente intoxicado. Oliveira e Menezes (2003) destacam que o atendimento ao cliente intoxicado em uma emergência hospitalar é diversificado de outros casos nos aspectos clínicos, patológicos e farmacológicos, e no relacionamento profissional-usuário. Os autores ressaltam ainda que há um desafio principalmente nas tentativas de auto-extermínio por toda a concepção pessoal dos profissionais envolvidos no atendimento e pela dificuldade no levantamento confiável de dados a partir dos relatos dos clientes.

Diante da complexidade do atendimento ao cliente intoxicado, a enfermagem realiza um papel fundamental no cuidado que muitas vezes tem início com o primeiro atendimento e que permanece até sua alta hospitalar. Para favorecer a sua prática cotidiana, muitas vezes utiliza-se da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o que permite que o mesmo tenha maior segurança na avaliação dos cuidados que presta, além de proporcionar o reconhecimento da profissão através de seus registros. É um modelo metodológico que proporciona o cuidado e a organização das condições necessárias para que enfermeiro desenvolva seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial. (Garcia, 2000)

Os cuidados realizados pela enfermagem ao cliente intoxicado vão desde a realização ou auxílio em procedimentos complexos e extremamente técnicos até o acompanhamento da evolução do quadro clínico e/ou prestando também suporte psicológico. Pressupondo que estes cuidados de enfermagem ao cliente intoxicado necessitam de revisão e análise de sua execução, perguntamos: **Como ocorre à sistematização dos cuidados de enfermagem ao cliente em situação de intoxicação aguda por medicamento e outras substâncias químicas?**

Acreditamos que os procedimentos fundamentais de enfermagem englobam desde técnicas de procedimentos essenciais ao cuidado de enfermagem e que se amplia no desenvolver da assistência, prestando assim, um atendimento pautado na integralidade do sujeito. Corroborando com Pinho et al (2006), a integralidade é percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência livre de reducionismo; com uma visão abrangente do ser humano, tratando como pessoas dotadas de sentimentos, desejos e aflições.

Atribuímos ao termo sistematização dos cuidados de enfermagem todo processo de cuidar do usuário em situação de intoxicação, partindo desde a construção do histórico de enfermagem (investigação), diagnósticos de enfermagem, planejamento e prescrições de enfermagem (implementação), procedimentos de enfermagem necessários para desintoxicação e a evolução do quadro clínico (avaliação).

A realização de tal sistematização procura englobar não somente a visão da enfermagem diante do cuidado, mas também, o cuidado sendo formado a partir de uma equipe interdisciplinar, em que cada profissão acrescenta seus conhecimentos e aperfeiçoa o cuidado. Além disso, esta proposta de sistematização de enfermagem convida para o despertar do cuidado englobando o familiar e demais acompanhantes hora como cuidador hora como ser sendo cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Contribuir na sistematização de procedimentos fundamentais de enfermagem ao cliente adulto com intoxicação aguda por medicamentos e outras substâncias químicas, atendido em Serviço de Emergência hospitalar adulto.

2.2 Objetivos Específicos:

Revisar na literatura os principais procedimentos de enfermagem na atenção ao cliente adulto com diagnóstico de intoxicação aguda por medicamentos e outras substâncias químicas no serviço de emergência hospitalar e a existência de cuidados aos familiares e demais acompanhantes;

Discutir e analisar através dos achados literários e com a equipe de enfermagem o cuidado integral ao cliente com diagnóstico de intoxicação aguda;

Elaborar, juntamente com a equipe de enfermagem, uma proposta de manual de rotinas de procedimentos fundamentais de enfermagem do serviço de emergência hospitalar nas situações de intoxicação aguda por medicamentos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Conceitos básicos em toxicologia

Toxicologia é uma palavra de origem grega “toxicon”, que significa “arco”. Esta denominação se dá, possivelmente, em virtude de uma das primeiras aplicações intencionais de substâncias tóxicas ao homem, através do arco-flecha. (Salgado e Fernículo, 1989)

Conforme Ferreira (2008), toxicologia é denominada como “Parte da medicina que trata dos venenos e de sua ação.” Especialistas em toxicologia a definem como:

A toxicologia é a ciência que estuda os efeitos nocivos decorrentes das interações de substâncias químicas com o organismo, sob condições específicas de exposição. Assim, toxicologia é a ciência que investiga experimentalmente a ocorrência, a natureza, a incidência, os mecanismos e os fatores de risco dos efeitos deletérios de agentes químicos. (Siqueira e Oga, 2008, p.05)

Quando nos reportamos ao termo toxicidade, para Larini e Cecchini (1998), esta é considerada uma propriedade de maior ou menor grau que as substâncias químicas possuem de gerar um estado patológico em consequência de sua introdução e interação com o organismo. A maior ou menor gravidade de ação está vinculada a diversos fatores sempre relacionados com a substância química e com o organismo que condiciona a presença do agente tóxico, em determinada concentração, no sítio específico de ação.

Agente tóxico é a entidade química capaz de proporcionar danos ao organismo, modificando suas funções ou até mesmo acarretando a morte. Veneno, atualmente é um termo popular que designa a substância química ou sua mistura que pode levar a intoxicação ou morte com baixas doses. Para alguns autores, venenos são substâncias provenientes de animais. (Siqueira e Oga, 2008)

Ao longo deste trabalho, para fins didáticos, iremos diferenciar intoxicação de envenenamento. Utilizaremos o conceito de intoxicação de Barotto et al (2009), no qual a intoxicação é considerado um conjunto de efeitos nocivos representados por manifestações clínicas (sinais e sintomas) ou laboratoriais que revelam o desequilíbrio orgânico produzido pela interação entre o agente tóxico e o sistema biológico. Enquanto envenenamento é o transtorno produzido por toxinas de origem vegetal ou animal.

3.2 Centros de Informações e Assistência Toxicológica

Segundo Silva (2008), desde os primórdios, o homem dá importância aos agentes tóxicos; sendo que à medida que foi evoluindo começou a descobrir os que existiam na natureza, e foi aprendendo a evitá-los ou a utilizá-los para seu próprio bem, seja para sua própria defesa, nas suas atividades de caça, ou com fins farmacológicos. Após este período, as intoxicações já foram descritas em relatos e anotações por egípcios, gregos e romanos e eram realizadas intencionalmente, fosse para sentenças de morte, arte ou mesmo para eliminar inimigos e assim foi utilizada por diversos povos e com diferentes finalidades.

Ainda segundo o mesmo autor, com a evolução da toxicologia como ciência, atualmente consegue-se ter conhecimento das drogas, seu mecanismo de ação, sua via de absorção, via de metabolização e via de eliminação, viabilizando assim uma abordagem dinâmica e holística ao cliente vítima de intoxicação, a fim de otimizar a assistência a este.

Esses conhecimentos só foram possíveis através do reconhecimento dos casos de intoxicação existentes no país. Segundo Bocher e Souza (2008), em 1980 foi criado o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), vinculado a FIOCRUZ, sendo responsável pela coleta, compilação, análise e divulgação dos casos de intoxicação e envenenamento registrados pela Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (RENACIAT).

O SINITOX surgiu a partir da necessidade de criar um sistema abrangente de alcance nacional capaz de fornecer informações precisas sobre agentes tóxicos as autoridades de saúde pública, aos profissionais de saúde e áreas afins, a população em geral e documentação em toxicologia e farmacologia de alcance nacional. Dessa forma, a prioridade do governo era obter dados sobre medicamentos e demais agentes tóxicos existentes no meio, a fim de que gestores, profissionais de saúde pública e a população em geral pudessem ter acesso às mais diversas formas de uso e proteção.

Os registros são realizados pelos 37 CIATs existentes no país (figura 1). Segundo Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (2004) apud Azevedo (2006, p.18):

Os CIATs são unidades especializadas que têm a função de fornecer informação e orientação sobre diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações, assim como a toxicidade das substâncias químicas e biológicas, e os riscos que elas oferecem à saúde, bem como prestar assistência ao paciente intoxicado.

Santa Catarina conta com um CIAT, denominado Centro de informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC) alocado nas dependências do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). O CIT/SC é uma unidade pública de referência no Estado na área de Toxicologia Clínica, com atendimento em regime de plantão permanente, por meio telefônico e/ou presencial, nas intoxicações e envenenamentos. Conta com uma equipe de doze funcionários fixos, sendo eles: uma supervisora; uma coordenadora clínica; quatro médicos; três farmacêuticos; dois agentes administrativos; uma bióloga. (CIT/SC, 2009). Além de acadêmicos dos cursos de biologia, farmácia, medicina, sistemas de informação e ciências da computação.

Tem por objetivo geral:

Sistematizar, ampliar e difundir o conhecimento técnico-científico no campo da Toxicologia, visando à prevenção, ao controle e ao tratamento adequado dos acidentes, riscos e danos de natureza toxicológica provocados por medicamentos, domissanitários, animais peçonhentos, plantas tóxicas, cosméticos, produtos químicos industriais, agrotóxicos, poluentes industriais e quaisquer outras substâncias potencialmente agressivas ao ser humano. (CIT/SC, 2009).

O CIT/SC é um dos membros e sede da Associação Brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológica e Toxicologistas Clínicos (ABRACIT). Esta associação é constituída pelos CIATs ligados a instituições públicas. De acordo com a ABRACIT (2008), seu objetivo principal é representar os Centros e seus profissionais junto a órgãos e conselhos governamentais executivos e legislativos, na busca de medidas de efetivo reconhecimento e valorização dos Centros.

Os profissionais dos CIATs documentam os atendimentos prestados e encaminham as fichas para um banco de notificações. Posteriormente, as informações coletadas chegam à ANVISA e ao SINITOX. A partir destas informações a ANVISA busca conhecer o impacto dos produtos comercializados na saúde da população, adotando as medidas necessárias para a redução dos agravos, em particular, as reavaliações desses produtos em uso.

Figura 1. Centros de informações toxicológicas do Brasil



Fonte: ABRACIT, 2008.

3.3 Principais agentes intoxicantes

Segundo os dados coletados pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATs) em 2007 e encaminhados para SINITOX, há mais de dez anos, os medicamentos são os principais agentes de intoxicação humana oficialmente registrado no Brasil. Dentre os 34.068 casos de intoxicação humana por medicamentos, 15.119 foram por tentativas de suicídio. Se dividirmos o número de intoxicações, retirando-se as tentativas de suicídio, pelos 365 dias do ano, obteremos quase 52 casos por dia, ou seja, um caso oficialmente registrado a cada 30 minutos. Os benzodiazepínicos, antigripais, antidepressivos, antiinflamatórios são as classes de medicamentos que mais intoxicam em nosso país.

Ainda conforme a mesma fonte, os medicamentos foram responsáveis por 30,31% das intoxicações, seguido por animais peçonhentos com 21,09% do total. Quanto aos agentes tóxicos de maior letalidade, estão os agrotóxicos com 216 óbitos, seguidos dos medicamentos com 90 óbitos; drogas de abuso com 65 óbitos e raticidas com 45 óbitos.

Segundo dados do CIT/SC (2009), desde sua inauguração em 1984 até dezembro de 2008 já foram realizados cerca de 121.621 atendimentos de intoxicação e envenenamento humano e animal; sendo que os atendimentos devido à intoxicação por medicamentos é a segunda maior causa de procura do serviço, tendo atendido no mesmo período 24.602 casos, seja por intoxicação propriamente dita, ou através de repasse de informações.

3.4 Atuação do enfermeiro nos CIATs

Para Alfaro e Lefevre (1995) apud Potter e Perry (2001, p.318): “Ao ministrar cuidados de enfermagem, o enfermeiro faz julgamentos clínicos sobre o cuidado necessário aos pacientes com base no fato, experiência e padrões de cuidado”.

A enfermagem é uma arte e uma ciência. Isto significa que um enfermeiro aprende a prestar o cuidado habilmente com compaixão, carinho e respeito à dignidade e personalidade de cada paciente. Como uma ciência, a enfermagem está fundamentada em um conjunto de conhecimentos que está sempre mudando em virtude de novas descobertas e inovações. (Potter e Perry, 2005, p.02)

Segundo Fonseca (1996), a participação da enfermeira em um centro de informação e atendimento a intoxicações é relativamente freqüente em outros países, sendo que, em alguns, chega a ser o principal profissional, que atua como especialista em informações toxicológicas. Já no Brasil, conforme a mesma autora, esta categoria tem sido pouco representada nos centros de toxicologia.

Dentro dos CIATs, o profissional da enfermagem pode estar desenvolvendo funções que vão muito além de técnicas de enfermagem; como o desenvolvimento de funções de avaliação, ensino, pesquisa e assessoria em toxicologia, sendo amparado por lei, desde que haja formação adequada para tal. Desenvolvendo o papel integrador entre as diversas atividades exercidas em emergências toxicológicas, uma vez que é o enfermeiro quem fica a maior parte do tempo ao lado dos clientes, identificando seus problemas e complicações após o incidente.

O processo de intoxicação é evidenciado por sinais e sintomas, podendo ser diagnosticado também mediante aos dados laboratoriais. Segundo Silva (2008), os sinais e sintomas que geralmente podem ser observados são: vômitos, dificuldade respiratória, perda de consciência, sonolência, confusão mental, em alguns casos erupções cutâneas, urticária,

vermelhidão, perda de equilíbrio, tontura e alucinação. E, segundo Oliveira e Menezes (2003), estes dependem do produto, da quantidade ingerida e de certas características físicas da pessoa que se intoxicou.

O profissional de enfermagem capacitado para o reconhecimento do processo de intoxicação, sensível à abordagem ao intoxicado e ao trabalho interdisciplinar, estará apto a desenvolver educação em saúde e construir redes de apoio ao intoxicado através da referência contra referência.

3.5 Procedimentos Assistências de Enfermagem

O atendimento inicial a vítima de intoxicação deve visar à estabilidade hemodinâmica, em que o enfermeiro deve estar atento a alterações respiratórias, cardiovasculares, rebaixamento do sistema nervoso central. Além disso, deve estar atento para as alterações emocionais e condições sociais que o indivíduo possui.

Em serviço de emergência, segundo Silva (2008), o enfermeiro irá realizar medidas terapêuticas gerais, e ainda as medidas específicas, e neste processo de avaliação, a interdisciplinaridade aliado a um conjunto de ações assistenciais subsidiadas pelo conhecimento técnico-científico do enfermeiro, irá proporcionar a vítima de intoxicação uma assistência holística e individualizada, colocando-o ao centro do cenário do cuidado.

Através de uma escuta qualificada, tenta-se obter o maior número de informações possíveis quanto à intoxicação, como o agente causal, quantidade, hora da exposição, via e a hora da última refeição realizada pelo cliente. (Silva, 2008)

Durante a elaboração deste trabalho enfatizamos algumas das técnicas fundamentais à assistência de enfermagem, utilizadas em casos de emergências toxicológicas, que são: sondagem nasogástrica, administração do carvão ativado, restrição física, acesso venoso periférico e sondagem vesical.

Destacamos que, antes da realização de qualquer intervenção faz-se necessário à avaliação do nível de consciência, sendo que, em escala de Glasgow igual ou inferior a oito é necessário à realização da intubação orotraqueal. O nível de consciência deverá ser monitorado constantemente durante o período de internação, já que clientes intoxicados podem apresentar subitamente rebaixamento do nível de consciência.

Em casos de intoxicação gastrointestinal, dependendo do caso e tempo de exposição conforme Filho e Moura (2001), é utilizada sondagem nasogástrica com a finalidade de

realizar o esvaziamento gástrico, ou a lavagem gástrica. Tal medida é segura apenas em clientes conscientes, ou, em casos da escala de coma de Glasgow ser inferior ou igual a oito deve ser realizada apenas se existir a possibilidade de via aérea pérvua (intubação endotraqueal) devido ao risco de broncoaspiração. O calibre da sonda nasogástrica deve ser o maior possível, já que facilitará a descontaminação gástrica. O posicionamento do cliente no desenvolvimento da técnica deve ser mantido em decúbito lateral esquerdo, reduzindo a passagem do conteúdo gástrico para a absorção intestinal e para evitar a possibilidade de broncoaspiração. Deve-se estar atento as contra-indicações desta técnica: ingestão de produtos cáusticos; submissão recente a cirurgia de estômago; suspeita de fratura de base de crânio e/ou obstrução nasal, utilizar sondagem orogástrica.

Conforme o mesmo autor, o carvão ativado é utilizado como adsorvente, pois liga-se ao agente tóxico formando um composto estável e não absorvível no trato gastrointestinal, sendo após, eliminado pelas fezes. Pode ser por via oral, sonda nasogástrica ou orogástrica. É importante atentar a possíveis complicações, como: broncoaspiração; constipação; obstrução intestinal e eventualmente perfuração de alça em áreas de pressão e isquemia; desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos.

Sempre que necessário à restrição física (imobilização, restrição de liberdade de movimentos) temporária deve ser empregada quando há riscos para segurança do cliente e/ou equipe. O cliente pode sofrer lesões e traumas, por apresentar percepção prejudicada, estar perturbado, ou apresentar convulsões, comuns em alguns tipos de intoxicação e conforme quantidade do agente tóxico utilizado. Assume-se também o risco da restrição física resultar em lesão, pois na maior parte das vezes, o cliente tende a tentativa de liberdade. Sua necessidade deve ser esclarecida ao cliente e familiar, de maneira a reduzir o impacto desta ação.

Outros procedimentos amplamente utilizados são a fluidoterapia e a sondagem vesical. Segundo Filho e Moura (2001) a implementação dos dois acessos calibrosos (jelco nº 14 ou 16) para infusão de solução cristalóide (soro fisiológico ou ringer lactato) é necessária em presença de hipotensão, para a hidratação, necessidade de receber medicamentos, etc. A sondagem vesical se faz necessária em presença de alterações hemodinâmicas e controle do débito urinário.

3.6 Sistematização da Enfermagem

A preocupação em orientar as atividades assistenciais de enfermagem com respaldo científico no Brasil teve início com a divulgação do livro intitulado “O Processo de Enfermagem”, por Wanda de Aguiar Horta em 1979 que até hoje é utilizado em muitos hospitais, inclusive no HU/UFSC.

Hoje, o enfermeiro Brasileiro, possui a sistematização da enfermagem como atividade privativa conforme a resolução n. 272 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); seguindo a mesma resolução, através da sistematização de enfermagem, o enfermeiro busca a identificação das situações saúde/doença dos indivíduos através da utilização de um método e de uma estratégia de trabalho científicos que irão subsidiar ações de enfermagem contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos.

Através do conhecimento técnico-científico e da escuta qualificada, o enfermeiro irá conseguir desenvolver as cinco etapas inter-relacionadas do processo de enfermagem que são: investigação; diagnóstico; planejamento; implementação e avaliação; prestando uma assistência humanizada, que vai além de procedimentos técnico-assistências fundamentais à assistência e que consiga ver o cliente na sua integralidade, ou seja, organizar a sistematização da enfermagem com base no ser humano (indivíduo, família e comunidade), no respeito a sua cultura, no acolhimento e no diálogo horizontal entre a equipe de saúde, clientes e seus familiares.

A inter-relação das cinco etapas do processo de enfermagem devem ocorrer de forma mais correta possível, já que erros neste processo implicam em uma determinação errônea dos problemas apresentados (diagnósticos de enfermagem) e conseqüentemente um planejamento de ação inadequado.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Política Nacional de Humanização do SUS

A Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) vem para contribuir na mudança de postura dos profissionais de saúde do Brasil quanto ao atendimento prestando a população, através de ações conjuntas dos gestores, trabalhadores, usuários e comunidade, e tem por objetivos a efetivação dos princípios do SUS (integralidade, equidade, universalidade) no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como, estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. (Brasil, 2009).

Para que a Política faça estas ações acontecerem, se faz necessário primeiramente que haja a sensibilização e a mobilização social de todos os envolvidos. Segundo Brasil (2009), através da mobilização social os atores envolvidos devem formar um grupo de trabalho de humanização (GTH); sendo este interprofissional e intersetorial. Neste grupo as pessoas devem então discutir o próprio serviço em que trabalham, ou que utilizam; visando desta forma promover melhorias.

Segundo Brasil (2009), o serviço de saúde deve garantir o uso da referência e contra-referência, a eliminação de intervenções desnecessárias, o respeito à individualidade do sujeito, ampliação do diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo um gestão participativa, entre outras diretrizes.

Sendo assim, o programa estimula os hospitais a desenvolverem seus próprios princípios de humanização. O HU/UFSC já aderiu esta política e para tal, conta com uma comissão encarregada em trabalhar com a Humanização no atendimento aos usuários, nas condições de trabalho visa resgatar da valorização da vida humana.

Um dos pontos fortes desta política é produzir mudanças na cultura de atenção à saúde como, no processo de trabalho. Logo, nossa proposta de construção do manual de sistematização de procedimentos fundamentais de enfermagem ao cliente adulto intoxicado corrobora com esta política, visando um olhar ao individuo na sua integralidade, na escuta qualificada, o acolhimento necessário ao familiar e ao cliente para que a sistematização da enfermagem não se prenda apenas na parte técnica do atendimento, onde o cliente é visto a partir e unicamente de sua doença e sim, na plenitude do ser humano.

4.2 Modelo Conceitual de Horta

Optamos em utilizar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta por considerá-lo um modelo que procura assistir o ser humano em sua integralidade, através dos componentes bio-psico-sócio-espirituais; além de ser consonante com a teoria utilizada pelos profissionais de enfermagem do HU/UFSC e com o HumanizaSUS.

Horta (1979), afirma que sua teoria apóia-se e engloba leis gerais que regem os fenômenos universais, onde a doença é resultado de desequilíbrios que causam necessidades não atendidas e, saúde, é resultado do equilíbrio dinâmico no tempo no espaço. Assim, define a NHB como tensões inconscientes ou conscientes, resultantes de desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais.

Considera o ser humano com capacidade de refletir, imaginar, com unicidade, autenticidade e individualidade, integrante do universo dinâmico e agente de mudança em seu meio ambiente. A teoria de Wanda de Aguiar Horta foi desenvolvida a partir da Teoria da motivação de Maslow que se fundamenta nas NHB que são agrupadas em 18 necessidades psicobiológicas, 17 necessidades psicossociais e duas psico-espirituais.

Neste trabalho, utilizaremos a teoria das NHB para realizar a sistematização de enfermagem ao cliente intoxicado e seus familiares desde a sua chegada ao setor de emergência até sua alta, através do histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial e de cuidados, evolução e prognóstico. Tais passos são de suma importância para que a partir de possíveis déficits no desenvolvimento da assistência possamos elaborar uma proposta de manual de sistematização da enfermagem, tomando o cliente e seus familiares como sujeitos ativos da construção deste manual.

5 METODOLOGIA

A metodologia deste estudo foi baseada em uma pesquisa convergente-assistencial (PCA), de natureza qualitativa, com a contribuição da proposta do Arco da Problematização de Charles Maguerez.

5.1 A Pesquisa Convergente-Assistencial

A escolha da metodologia PCA está ligada à intenção de juntamente com os profissionais de enfermagem adaptar em forma de manual as rotinas dos procedimentos fundamentais de enfermagem a clientes em situação de intoxicação aguda por medicamentos e outras substâncias químicas e induzir mudanças no contexto da prática assistencial que possibilitassem ações transformadoras do cuidado.

Esta modalidade de pesquisa, segundo Trentini e Paim (2004), sempre requer a participação ativa de sujeitos da pesquisa: está orientada para a resolução ou minimização de problemas na prática ou para a realização de mudanças e ou introdução de inovações nas práticas de saúde, o que poderá levar á construções teóricas; portanto a PCA é compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais representativas da situação a ser pesquisada numa relação de cooperação mútua.

A PCA caracteriza-se pela articulação intencional com a prática assistencial, surgindo a partir desta, ou seja, o processo de pesquisa flui com o processo da prática; esta estreita ligação entre a prática assistencial e o processo de pesquisa proporciona encontrar soluções para minimização dos problemas, realização de mudanças e a introdução de práticas que inovem a forma de solucionar os problemas.

Esta metodologia compõe-se de diferentes fases:

- **Fase da Concepção:** compreende a escolha da área e tema de estudo, seu desmembramento em problemas específicos, o propósito da pesquisa, a revisão de literatura sobre o tema escolhido e busca de apoio teórico para a pesquisa. Resumidamente, é a fase de identificação da realidade;

- **Fase de Instrumentação:** construção dos procedimentos metodológicos envolvendo os sujeitos da pesquisa, a técnica para coleta de dados (a partir da assistência/gerência ou educação), formas de organização dos registros dos dados e as questões éticas pertinentes ao estudo;

- **Fase Perscrutação:** neste momento é descrito detalhadamente as estratégias utilizadas para a obtenção dos dados da pesquisa. De acordo com Trentini e Paim (2004), a dinâmica do processo será movida por essas estratégias. Estas, por sua vez, nascem da criatividade do pesquisador e devem ser compatíveis e adequadas ao método;

- **Fase de Análise:** Consiste na escolha e aplicação dos métodos e técnicas utilizados para analisar as informações coletadas. Esta fase ocorreu concomitante a coleta dos dados. O processo de análise de informações consta de quatro processos genéricos, que ocorrem de maneira mais ou menos seqüencial, o primeiro é o processo de apreensão (inicia com a coleta das informações que serão codificadas a partir do tema escolhido e após, agrupadas em categorias através de notas de observação, notas teóricas, notas metodológicas e notas de cuidado); a interpretação dos dados, que por sua vez, está dividida em três momentos: síntese (análise subjetiva dos dados), teorização (interpretação à luz da fundamentação teórico-filosófica) e transferência (dar significado aos dados achados e descobertos).

5.2 Descrição do local de pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na unidade de emergência adulto do HU/UFSC por se tratar de um hospital referência em todo estado de SC, e que realiza atendimento totalmente vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), isto é, 100% gratuito.

A unidade funciona ininterruptamente, atende cerca de 400 clientes por dia, o que totaliza aproximadamente 11 mil pessoas por mês. Sua equipe é composta por 80 profissionais fixos, entre médicos, enfermeiros e funcionários técnico-administrativos e também conta com auxílio de acadêmicos dos cursos de enfermagem, medicina, nutrição, psicologia, serviço-social, farmácia.

A unidade possui uma boa infraestrutura, sendo composta por: sala de espera; de reunião; de chefia de enfermagem; consultório; medicação; procedimentos; observação; copa; almoxarifado; expurgo; copa da nutrição; sala de reanimação cardiorespiratória e quarto de repouso de enfermagem feminino e masculino, assim como, quarto de repouso da medicina feminino e masculino.

5.3 Sujeitos do estudo e tamanho da amostra

A pesquisa foi desenvolvida com nove enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, duas psicólogas, uma assistente social, três clientes intoxicados e dois familiares do cliente intoxicado, totalizando 22 sujeitos que aceitaram participar do estudo. O critério para inclusão dos sujeitos foi o compromisso manifestado pelo interesse em participar da pesquisa, ser profissional de saúde, cliente intoxicado ou familiar deste. Como critério de exclusão, utilizamos os seguintes requisitos: não ter condições emocionais para responder ao questionário; ter dificuldade de comunicação; ter déficit cognitivo.

A abordagem ocorreu através de um convite verbal, onde explicamos o intuito da pesquisa. Após esta etapa preliminar, foi efetuado o convite formal, a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a coleta de dados. Foram assinadas duas vias do TCLE, sendo que uma cópia ficou com as pesquisadoras e a outra com o participante.

5.4 Coleta de Dados

O período para coleta de dados compreendeu os meses de março, abril e maio de 2010, sendo realização nas quatro etapas abaixo:

- a) Análise documental: levantamento bibliográfico no banco de dados LILACS, SCIELO e MEDLINE acerca dos principais procedimentos de enfermagem (mobilização, sondagem nasogástrica, carvão ativado, sonda vesical de demora e alívio, punção periférica, humanização e a integralidade dos cuidados de enfermagem na emergência); reconhecimento das estatísticas anuais de intoxicação por medicamentos identificados através dos registros CIT/SC, e os registros de enfermagem a clientes atendidos em situação de intoxicação por medicamentos outras substâncias químicas na emergência do HU/UFSC;
- b) Observação e registro das ações assistenciais dos enfermeiros e a percepção dos clientes a tais cuidados;
- c) Entrevistas com perguntas abertas a clientes e familiares apoiadas em teorias e hipóteses que interessaram à pesquisa e que embasaram um amplo campo de interrogativas, originando novas estratégias de cuidados de enfermagem que foram surgindo à medida que foi sendo obtidas as respostas dos informantes. As

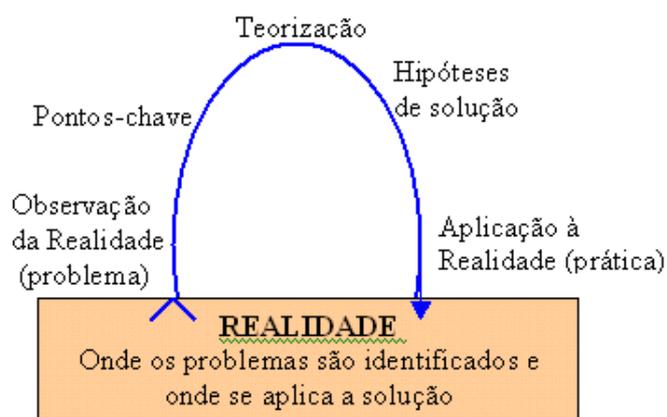
pesquisadoras realizaram as entrevistas no próprio local de estudo, de forma individual (questionário segue em apêndice);

- d) Realização de quatro oficinas com o objetivo de analisar e elaborar com os sujeitos da pesquisa um manual de cuidados aos clientes intoxicados. A primeira oficina identificou como a equipe de enfermagem realiza a sistematização dos cuidados de enfermagem aos clientes intoxicados e o que determina esta forma de atendimento de enfermagem, qual o referencial técnico seguido e quais as dificuldades encontradas. A segunda e terceira oficina objetivou a criação de uma proposta de manual para a sistematização dos cuidados de enfermagem a partir do que é realizado na prática, percepção do cliente e familiares quanto os cuidados prestados pela enfermagem, em comparação com o que é encontrado na literatura e nos protocolos de atendimento do HU/UFSC; e por fim, a quarta oficina foi para validação dos dados obtidos com a equipe de enfermagem. As oficinas foram realizadas na sala de reunião da unidade por ser um local amplo, próprio para discussões coletivas e equipado com lousa, cadeira e estrutura para utilização de data show.

5.5. Estratégia para coleta, registros e organização dos dados

A coleta de dados foi guiada pelo Arco de Maguerez, que é composto por cinco etapas que se complementam, sendo elas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Segue ilustração destas cinco etapas abaixo:

Figura 2. Arco de Maguerez.



Fonte: A Metodologia dos Desafios. Brasília, 2002. p. 35.

De acordo com o Arco de Maguerz, a primeira etapa é a observação crítica e rigorosa da realidade e definição do problema. Nesta fase, nos apropriamos dos dados que foram gerados a partir da observação da rotina do setor, problemas enfrentados na sistematização do cuidado ao cliente intoxicado, e dados referidos na primeira oficina para elaboração da segunda etapa.

A segunda fase do Arco, parte da reflexão dos dados obtidos com a primeira fase, onde foram definidas as palavras chaves obtidas e a partir dos aspectos essenciais do problema, cuja investigação e análise proporcionaram uma nova reflexão dos dados levantados.

A terceira etapa do Arco é denominada de Teorização, nesta etapa investigamos o tema estudado através de uma breve revisão de literatura, revisão dos protocolos de atendimento ao cliente intoxicado. Conforme Siqueira e Berbel (2006), isto constitui o ato de entender bem a problemática em aspectos do porque, do como, do onde, etc.

Os dados obtidos, registrados e tratados, são analisados e discutidos, buscando-se um sentido para eles, tendo sempre em vista o problema. Todo estudo, até a etapa da Teorização, deve servir de base para a transformação da realidade. Então se chega à quarta etapa – a das Hipóteses de Solução –, em que a criatividade e a originalidade devem ser bastante estimuladas para se pensar nas alternativas de solução. (Colombo e Berbel, 2007 pg. 121).

Na quarta etapa, foram formuladas suposições para os problemas levantados com os condicionamentos e limitações da própria realidade. Esta etapa foi realizada junto à equipe de enfermagem a partir da segunda e terceira oficina, onde foi possível estar observando a maneira como eles utilizaram o conhecimento construído para o atendimento ao cliente intoxicado.

A quinta e última etapa foi a Aplicação à Realidade, é a execução das hipóteses propostas em coerência com a realidade. Neste momento, nós acadêmicas, realizamos a última oficina para avaliar a proposta de manual para a sistematização dos procedimentos fundamentais de enfermagem ao cliente adulto com intoxicação aguda por medicamentos e outras substâncias químicas.

Dessa forma, completando-se as cinco etapas do Arco de Maguerez, a cadeia dialética ação – reflexão – ação se completa, partindo e retornando, sempre, da realidade.

Neste estudo, a observação e as entrevistas com familiares e clientes contemplaram os quatro passos do Arco de Maguerez; o mesmo ocorreu com as oficinas e somente na quarta oficina, foram contemplados os cinco passos através da aplicação da realidade. Esta organização pode ser melhor compreendida conforme quadro a seguir:

Quadro 1 - Organização das oficinas para a apreensão dos dados.

<i>Oficina</i>	<i>Momento do Arco</i>	<i>Participantes</i>	<i>Objetivos</i>
1 ^a	Observação da realidade Palavras chaves Teorização	Equipe de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais	Identificação de como ocorre a sistematização de enfermagem; referencial técnico seguido e dificuldades encontradas.
2 ^o e 3 ^a	Palavras chaves Teorização Hipóteses e soluções	Equipe de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais	Elaboração da proposta de manual de sistematização dos cuidados de enfermagem ao cliente intoxicado a partir do que é realizado na prática, percepção do cliente e familiares quanto os cuidados prestados pela enfermagem em comparação com o que é encontrado na literatura e nos protocolos de atendimento do HU/UFSC.
4 ^o	Observação da realidade Palavras chaves Teorização Hipóteses e soluções Aplicação a realidade	Equipe de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais	Validação dos dados

Fonte: Organização nossa.

Durante as oficinas, duas acadêmicas ficaram responsáveis em coordenar as atividades com o grupo, enquanto uma acadêmica ficou responsável em realizar a observação e registrar por escrito os dados que foram sendo levantados.

5.6 Análise dos dados

A análise de dados obtidos a partir da observação, entrevistas, análise documental e das oficinas foram realizadas segundo a proposta de Trentini e Paim (2004):

a) Processo de apreensão – esta fase tem início com a coleta de informações a partir da observação, análise documental, entrevistas e das oficinas realizadas com a equipe de enfermagem, clientes e usuários, sendo organizada a partir do Arco de Maguerez. Esta fase será finalizada quando houver dados suficientes para fazer um relato completo, detalhado, coerente e substanciado do conjunto das informações, conforme Morse e Fiel (1995) apud Trentini e Paim (2004);

b) Processo de interpretação – a partir dos dados obtidos pelo Arco e do referencial teórico utilizado, buscaremos a interpretação dos achados, com a intenção de responder à questão de pesquisa, dando significado aos achados e socializando-os com a equipe de enfermagem de modo a explicitar seus reflexos no âmbito assistencial.

5.7 Cuidados Éticos

A PCA trata da vida de seres humanos, o que requer uma explicitação ética para contextualizar as situações vividas tal qual para descobrir os avanços possíveis do conhecimento e de novas ações a partir do seu conceito. (Trentini e Paim, 2004).

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob o protocolo nº 554/09 e seguiu as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta investigações envolvendo seres humanos. (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

A participação dos atores ocorreu de forma voluntária, sem remuneração, observando as condições de pleno exercício da autonomia e liberdade individual, o que incluiu as exigências de:

- conseguimos a autorização prévia da equipe de Enfermagem para o desenvolvimento da pesquisa no setor de emergência adulto do HU/UFSC;

- obtivemos o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa, após esclarecimento dos objetivos e justificativa do estudo;
- garantimos a participação voluntária;
- mantivemos o anonimato dos sujeitos, garantindo o sigilo e confidencialidade em qualquer forma de apresentação dos dados.

5.8 Resultados

Foi acordado pelo Colegiado da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem que o capítulo de resultados do RELATÓRIO DA PESQUISA desenvolvido como TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, seja a apresentação de um artigo, elaborado conforme as normas de uma revista da escolha dos alunos e orientador. Esta decisão objetiva estimular a pronta publicação das pesquisas desenvolvidas. Chamamos atenção para o fato de que somente uma parte do “corpo de dados” obtidos é apresentada, discutida e analisada, dada a impossibilidade de construção de todos os artigos possíveis, no curto espaço de um semestre letivo.

ATENÇÃO DE ENFERMAGEM AO INDIVÍDUO ADULTO E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE INTOXICAÇÃO AGUDA POR MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS: UMA PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Daiana Kloh¹
Elis Cristina Zanatta²
Fabiana Farias²
Antonio de Miranda Wosny³
Kenya Schmidt Reibnitz⁴
Margarete Maria Lima⁵

Resumo

Este estudo contribui na sistematização de procedimentos de enfermagem ao cliente adulto com intoxicação aguda por medicamentos e outras substâncias químicas, atendido em Serviço de Emergência hospitalar. Realizou-se uma pesquisa convergente-assistencial, através do Arco da Problematização de Maguerez, fundamentada na teoria de Wanda Horta e na Política Nacional de Humanização. Os sujeitos foram enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogas, assistente social, clientes intoxicados e familiares. Os resultados demonstram construção de um manual de cuidados de enfermagem ao cliente intoxicado em sua integralidade, desde o momento de sua chegada ao hospital, dando seguimento com a formação de uma rede de apoio eficiente.

Palavras Chaves: Intoxicação; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem – EDEN.

² Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

³ Orientador. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Núcleo de Extensão e Pesquisa em Educação Popular e Saúde.

⁴ Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem – EDEN.

⁵ Enfermeira. Mestranda do PEN/UFSC. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem – EDEN.

Introdução

À medida que o homem foi evoluindo começou a descobrir os agentes tóxicos existentes na natureza, e foi aprendendo a evitá-los ou a utilizá-los para seu próprio bem, seja para defesa, nas atividades de caça, ou com finalidade farmacológica. (Silva, 2008)

Nos últimos 50 anos devido ao acelerado desenvolvimento técnico-industrial e à explosão demográfica que o acompanhou, houve um incremento da síntese, produção e distribuição de novas substâncias químicas. Esta explosão trouxe maior conforto, benefícios e melhorias na qualidade de vida da população, além de contar com novos produtos de uso domésticos, industriais, praguicidas, medicamentos, etc. (Fonseca, 1996)

Como reflexo negativo deste acelerado desenvolvimento técnico-industrial, atualmente, as intoxicações constituem um problema de saúde pública, em face das altas taxas de prevalência, (Oliveira e Menezes, 2003).

No Brasil, os dados coletados pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATs) e disponibilizados pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) entre os anos de 2000 a 2007, apresentam um aumento significativo nos casos de intoxicação humana. Em 2000 foram registrados 52.309 casos, já em 2007 este número passa para 82.501.(FIOCRUZ)

Considerando o aumento de casos e a gravidade, tem-se a necessidade de um atendimento inicial eficiente, com eficácia e efetividade ao cliente intoxicado. O atendimento ao cliente intoxicado em uma emergência hospitalar é diversificado de outros casos nos aspectos clínicos, patológicos e farmacológicos, e no relacionamento profissional-usuário, pois há um desafio principalmente nas tentativas de auto-extermínio, por toda a concepção pessoal dos profissionais envolvidos no atendimento e pela dificuldade no levantamento confiável dos dados através dos relatos do cliente.

Diante da complexidade do atendimento ao intoxicado, a enfermagem realiza um papel fundamental no cuidado que muitas vezes tem início com o primeiro atendimento ao cliente e que permanece até sua alta hospitalar. Para favorecer a sua prática cotidiana, muitas vezes utiliza-se da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), o que permite que o mesmo tenha maior segurança na avaliação dos cuidados que presta, além de proporcionar o reconhecimento da profissão através de seus registros. É um modelo metodológico que proporciona o cuidado e a organização das condições necessárias para que enfermeiro desenvolva seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial. (Garcia, 2000)

Os cuidados realizados pela enfermagem ao cliente intoxicado vão desde a realização ou auxílio em procedimentos complexos e extremamente técnicos até o acompanhamento da evolução do quadro clínico prestando apenas suporte psicológico. Sendo assim, o objetivo deste artigo é relatar a construção de uma proposta de sistematização da assistência de enfermagem ao cliente adulto com intoxicação aguda por medicamentos e outras substâncias químicas.

Atribuímos ao termo sistematização dos cuidados de enfermagem todo processo de cuidar do usuário em situação de intoxicação, partindo desde a construção do histórico de enfermagem (investigação), diagnósticos de enfermagem, planejamento e prescrições de enfermagem (implementação), procedimentos de enfermagem necessários para desintoxicação e a evolução do quadro clínico (avaliação).

A realização de tal sistematização procura englobar não somente a visão da enfermagem diante do cuidado, mais também, o cuidado sendo formado a partir de uma equipe interdisciplinar, em que cada profissão acrescenta seus conhecimentos e aperfeiçoa o cuidado. Além disso, esta proposta de sistematização de enfermagem convida para o despertar do cuidado englobando o familiar e demais acompanhantes hora como cuidador hora como ser sendo cuidado.

Referencial teórico

Optamos em utilizar a Teoria de Wanda de Aguiar Horta por ser o referencial utilizado pelos enfermeiros onde a pesquisa foi desenvolvida e que consiste em assistir o ser humano através dos componentes bio-psico-sócio-espirituais, proporcionando o levantamento de dados necessários para que o enfermeiro(a) possa direcionar as intervenções para a assistência ao paciente. (Neves, 2006)

A teoria de Wanda Horta foi desenvolvida a partir da Teoria da motivação de Maslow que se fundamenta nas NHB que são agrupadas em 18 necessidades psicobiológicas, 17 necessidades psicossociais e duas psico-espirituais, (Horta, 1979). Porém, este modelo por si só não consegue trabalhar com alguns fatores macro sociais necessários para realização da integralidade do cuidado que desejamos, sendo assim, utilizamos também a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH).

A PNH preconiza ações conjuntas dos gestores, trabalhadores, usuários e comunidade, e tem por objetivo efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (integralidade, equidade,

universalidade) no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como, estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. (Brasil, 2009).

Este programa estimula os hospitais a desenvolverem seus próprios princípios de humanização, sendo que um dos pontos fortes desta política é produzir mudanças na cultura de atenção à saúde como, no processo de trabalho.

Metodologia

A pesquisa foi desenvolvida no setor de emergência de um hospital universitário de Santa Catarina, sendo conduzida a partir de uma pesquisa convergente-assistencial (PCA), de natureza qualitativa, com a contribuição da proposta do Arco da Problematização de Charles Maguerez.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o protocolo nº 554/09. Todos os participantes foram informados antecipadamente quanto aos aspectos éticos da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme determinações da resolução 196/96. Participaram como sujeitos da pesquisa nove enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, duas psicólogas, uma assistente social, três clientes intoxicados e dois familiares do cliente intoxicado, totalizando 22 sujeitos que aceitaram participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu nos meses de março, abril e maio de 2010, sendo realizadas quatro oficinas com o objetivo de analisar e elaborar junto aos sujeitos da pesquisa, um manual de sistematização dos cuidados de enfermagem aos clientes adultos em situação de intoxicação aguda por medicamentos e outras substâncias químicas.

A primeira oficina identificou como a equipe de enfermagem realiza a sistematização dos cuidados de enfermagem, referencial teórico seguido e quais as dificuldades encontradas. A segunda e terceira oficina objetivou a construção da proposta de manual para a sistematização dos cuidados de enfermagem a partir do que é realizado na prática, percepção do cliente e familiares quanto o atendimento em geral. A quarta oficina discutiu-se sobre a criação de uma rede de apoio ao intoxicado e educação em saúde.

Toda a coleta de dados foi guiada pelo Arco de Maguerez, composto por cinco etapas que se complementam, sendo elas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. (Senai, 2002)

A análise dos dados foi realizada segundo a proposta de Trentini e Paim (Trentini e Paim), sobre o processo de apreensão e o processo de interpretação a partir do arco de Marguerez.

Resultados e discussões

Com o desenvolvimento das oficinas utilizando o Arco de Maguerez, foi sendo construída a estrutura da proposta de sistematização de enfermagem ao cliente intoxicado através de seis etapas as quais se apresentam a seguir.

Diagnóstico da realidade

A equipe de enfermagem ao ser questionada como ocorre à sistematização de enfermagem ao cliente intoxicado foi enfática ao comunicar que os principais procedimentos envolvem a verificação do nome, idade, condições em que foi encontrado, qual a substância intoxicante, quantidade e alguns perguntam o tempo de exposição.

Os cuidados a estes clientes são realizados conforme orientações médicas, já que, quando o cliente está em observação, ou seja, não está internado, a enfermagem realiza observações relatando as principais queixas do cliente e como este passou no período. Somente a partir do momento que o cliente é internado é realizada a metodologia de enfermagem, porém, a equipe não utiliza o diagnóstico de enfermagem, já que o mesmo não foi implementado pela instituição pesquisada. Conforme Lopes (2000), a utilização de diagnósticos de enfermagem tem sido alvo de debates entre os profissionais, pois alguns julgam desnecessária sua utilização no planejamento dos cuidados de enfermagem.

O motivo apresentado pela equipe para a não realização da sistematização de enfermagem se dá em virtude da grande demanda e falta de tempo para tal. Nota-se também uma forte referencia ao Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC) quanto o atendimento, ficando o mesmo responsável pela coleta de dados, avaliação, diagnóstico e o repasse de informações quanto ao cuidado.

Perceberam-se limitações da equipe de enfermagem ao atender o cliente intoxicado na sua integralidade. Durante o desenrolar das oficinas em momento algum foi citado o cuidado ao familiar, cuidado com a história de vida deste cliente, existência ou inexistência de

políticas sociais de amparo ao cliente intoxicado. Sendo o atendimento realizado de forma tecnicista e muitas vezes fragmentado, o que dificulta olhar o cliente intoxicado em sua totalidade, considerando outros aspectos que envolvem o processo de intoxicação

Notou-se o interesse da equipe em desenvolver a multidisciplinaridade de forma eficaz, no entanto, há ainda uma grande distância para desenvolvimento da interdisciplinaridade já que as trocas de saberes raramente foram observadas, assim como um diálogo aprofundado quanto o quadro do cliente. O diálogo entre as profissões está pautado em simples informações relacionadas muitas vezes a identificação do cliente e se está ou ao de alta. Porém, tanto os profissionais de psicologia como os de serviço social já acompanham as passagens de plantão da enfermagem, o que acreditamos ser um passo inicial para maior diálogo entre as profissões e a construção da interdisciplinaridade e o desenvolvimento de cuidados integrais ao cliente.

Abordagem e histórico de enfermagem

Quando nos referimos à abordagem de enfermagem ao intoxicado, estamos nos referindo à forma de nos reportarmos ao mesmo, visando obter o maior número de dados possíveis para que possamos ajudá-lo, realizar prescrições de enfermagem que visem à integralidade do ser e a formação de uma rede de apoio ao mesmo.

Em resposta aos nossos questionamentos quanto à forma que a equipe se reportava ao cliente intoxicado, obtivemos dois tipos de relatos: no primeiro, uma equipe que consegue se desvencilhar de crenças e preconceitos no momento do atendimento ao cliente intoxicado; já a outra parte da equipe relata a existência de preconceitos, onde o mesmo muitas vezes não é respeitado e nem visto em sua integralidade.

Diante destas duas visões, resgatamos com a equipe uma abordagem pautada no respeito ao ser humano e na sua autonomia, onde as circunstâncias da intoxicação não podem induzir a pré-conceitos, julgamentos ou qualquer forma de coação, pelo contrário, a escuta deve ser atenta e cuidadosa para propiciar a formação de vínculo e a obtenção da confiança do intoxicado. Tais medidas contribuirão na prestação do cuidado integral, na prevenção de novas tentativas de auto-extermínio, e/ou evitarão possíveis constrangimentos em decorrência do acidente que levou a intoxicação.

A partir do momento em que se consegue a formação de um vínculo com este cliente, tem início à coleta e dado para preenchimento do histórico de enfermagem, sendo este um

roteiro sistematizado para o levantamento de dados significativos para o enfermeiro e cliente que tornam possível a identificação de problemas: (Horta, 1979). Assim, junto aos sujeitos da pesquisa, foi construído o histórico de enfermagem simplificado e específico ao cliente intoxicado contendo cinco momentos:

No primeiro momento, a identificação do cliente, contendo dados pessoais como: nome; data de nascimento; idade; número do prontuário; sexo; peso; horário de chegada na emergência; ocupação; procedência; fone; se é gestante; complementos se forem necessários; utilização de alguma medicação; se possui alergia.

No segundo, a percepção do cliente, ou seja: identificação do agente intoxicante e quantidade ingerida; via de intoxicação; tempo de exposição; como chegou a emergência; procedimentos prévios realizados; acompanhante; contato familiar; patologia prévia; queixas em geral; se possui internações anteriores e o motivo.

No terceiro momento os problemas relacionados às NHB: sinais vitais, nível de consciência; oxigenioterapia; integridade física cutânea mucosa; eliminações; hidratação; terapêutica; segurança física; estado emocional.

O quarto e quinto momento são compostos pelas observações de enfermagem e de outras disciplinas, tentando assim maior contato entre as diversas profissões que auxiliam este cliente em busca de um cuidado interdisciplinar.

Assim, a construção do histórico de enfermagem torna-se o primeiro passo do processo de enfermagem; através da utilização de metodologia científica; permite interação enfermeiro-cliente; permite um cuidado profissional; leva a pesquisa; conduz ao diagnóstico de enfermagem; determina prioridades, orientações e observações posteriores. (Horta, 1979)

Plano assistencial de enfermagem

Após analisar os dados colhidos no histórico, são identificados os problemas de enfermagem, com as respectivas necessidades básicas afetadas e o grau de dependência do cliente em relação à enfermagem, (Horta, 1979). Estes dados são levantados a partir dos diagnósticos de enfermagem, como no hospital pesquisado não há a institucionalização do diagnóstico de enfermagem a presente sistematização não contempla esta etapa, porém, o plano assistencial foi baseado nos problemas levantados a partir do histórico de enfermagem.

Seguimos assim para o plano assistencial de enfermagem ao cliente intoxicado elaborado a partir do que já existe no hospital pesquisado, este deve ser desenvolvido

conforme os problemas levantados no histórico de enfermagem. Levantamos algumas prescrições que podem ser utilizadas como: verificar sinais vitais; observar alterações no traçado cardíaco; atentar para sinais de hipo/hipertermia; sinais e hiper/hipoglicemia; possível desnível do sistema nervoso central e escala de coma de Glasgow; alteração pupilar; alteração cutânea (palidez, rubor, cianose...); alteração respiratória (dispnéia, ortopneia, etc.); presença de ruídos respiratórios (ronco, sibilos, estertores, etc.); alterações musculares (mioclonia, ataxia, tremores...); presença e evolução de sudorese; características do lavado gástrico; alteração na mobilidade e sensibilidade cutânea; diurese e características da urina; alterações intestinais; características dos odores exalados pelo cliente entre outras.

Muitas vezes estes clientes estão completamente alterados pela substância intoxicante, sendo necessário utilizar cuidados como o uso de restrição física ao leito e química conforme prescrição. Em casos de tentativa de suicídio ou uso de drogas de abuso os cuidados devem ser intensificados no sentido de evitar possíveis fugas, apontamos duas medidas simples e que podem ser eficazes: comunicar a segurança da instituição os clientes que apresentam probabilidade de fuga e colocar em leitos distantes de portas de entrada/saída e janelas e sempre aos olhos da enfermagem.

Além disso, a enfermagem deverá atentar a alterações e/ou progressão de alterações psicológicas causadas ou não pelo intoxicante e se este cliente estiver acompanhado, a enfermagem e outras profissões deverão prestar orientações e apoio emocional ao acompanhante, aproveitar para levantar a rede de apoio que este cliente possui.

Em casos de tentativa de suicídio ou abuso de drogas, caso a instituição possua serviço de psicologia e/ou serviço social, o cliente deverá ser acompanhado por estes profissionais, formando assim, um trabalho interdisciplinar para conseguir não somente solucionar as necessidades imediatas deste cliente, mas buscar subsídios extra-hospitalares para promover a continuidade do tratamento ao mesmo. Em casos de intoxicação acidental a educação em saúde deve ser intensificada, tanto com o cliente como com seus familiares.

Com base nas prescrições de enfermagem, a evolução de enfermagem deverá ser realizada diariamente, para que seja possível analisar a eficácia e eficiência destas prescrições, sempre buscando a realização de cuidados integrais ao cliente.

Procedimentos de enfermagem

As medidas de descontaminação dependem do tipo de exposição, podendo ser: cutânea, ocular, inalatória ou gastrointestinal, (Barotto et al, 2009). A descontaminação, quando for necessária, deve ser feita o mais breve possível para: diminuir a exposição a tóxicos e toxinas; prevenir a lesão; evitar ou diminuir a lesão; reduzir a absorção de acordo com Protocolo SES/DF (2006).

Ressaltaremos aqui, apenas as principais técnicas e cuidados que a enfermagem deve ter nas intoxicações mais frequentes, destacamos os cuidados necessários no caso de intoxicação ocular. Não se deve usar colírio ou substâncias neutralizantes nos olhos, devido ao risco de aumentar a gravidade da lesão, conforme Andrade Filho et al (2001).

Nos casos de intoxicação cutânea, a enfermagem deverá atentar para a retirada de roupas contaminadas do cliente e conduzi-lo ao banho de aspersão ou no leito conforme as condições fisiológicas do mesmo.

Diante de uma intoxicação inalatória, deve-se retirar a vítima do local e estar atento aos sinais e sintomas de broncoespasmo ou edema pulmonar como dificuldade respiratória, alteração dos padrões respiratórios, cianose de extremidades, tosse, etc. Faz-se necessário também encaminhar o cliente ao banho, conforme condições fisiológica, para eliminação da substância intoxicante.

Em casos de intoxicação gastrointestinal, recomenda-se a descontaminação nas situações em que ocorre ingestão de doses potencialmente tóxica ou mesmo letal, em tempo hábil para realização desse procedimento. Quando se suspeita que a intoxicação ocorreu em menos de uma hora e não há contra-indicação pode-se realizar a lavagem gástrica. (Barotto et al, 2009).

Nos casos de intoxicação por substâncias que retardam o esvaziamento gástrico (por exemplo, antidepressivos tricíclicos, carbamazepina, anticolinérgicos), pode-se realizar a lavagem gástrica algumas horas após a intoxicação de acordo com a sintomatologia do cliente. (Barotto et al, 2009).

Há três formas de descontaminação: lavagem gástrica, carvão ativado e irrigação intestinal. Na lavagem gástrica, o volume retornado na lavagem deve sempre ser próximo ao ofertado. A análise do conteúdo que retorna sempre deve ser feita. “Intoxicados com escala de coma de glasgow inferior ou igual a oito, sempre realizar lavagem gástrica com prévia intubação orotraqueal”. (Barotto et al, 2009, p. 50)

Quanto ao uso do carvão ativado, destacamos que, o carvão ativado é administrado com o objetivo de realizar a absorção da substância tóxica em todo trato digestivo, sendo posteriormente eliminado através das fezes. A irrigação intestinal é um método raramente

utilizado, indicado para pessoas que ingeriram pacotes com drogas e para os que ingeriram grande quantidade de ferro ou metais pesados.

Elaborando um cuidado integral ao cliente: formação de rede de apoio

Antes de pensarmos em formar uma rede de apoio ao intoxicado devemos nos perguntar: O que está por trás da intoxicação? O que está por trás da tentativa de suicídio? Que rede de apoio prévia este cliente possui e como este aceita esta rede?

As respostas destes questionamentos irão nos conduzir para elaboração de uma rede de apoio realmente efetiva, em consonância com o cuidado integral ao usuário. Em instituições que possuem como componentes da equipe psicólogos e assistentes sociais terão maior facilidade na criação desta rede, tanto intra-hospitalar com após a alta do mesmo. Isso porque estes profissionais já realizam o primeiro acolhimento, identificam os fatores de riscos e o encaminhamento necessário para cada caso.

Não há um fluxograma definido para realização de encaminhamentos de clientes vítima de intoxicação e que necessitam de uma avaliação psiquiátrica e/ou acompanhamento com psicólogos. Atualmente, os encaminhamentos são realizados conforme a gravidade do caso, que podem ser conduzidos tanto para Instituto de Psiquiatria (em casos graves e risco de novas tentativas de suicídio), quanto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial/Álcool e Drogas (CAPS-AD) e município de procedência deste intoxicado em casos de baixo risco. A rede de referência de seu município, pode ser o Centro de Saúde, onde o psicólogo ou psiquiatra, quando achar necessário e se o município contar com estes profissionais, fará o acompanhamento do mesmo e o referenciará ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que acionará o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), se necessário.

É preciso também, reconhecer como são as relações familiares e os eventos ocorridos no interior da família, para conseguirmos compreender o que está por trás da intoxicação, seja ela acidental ou intencional. Considerações práticas ditam a necessidade de se dar maior atenção às relações familiares, porque a família é, freqüentemente, a primeira fonte de suporte e de influência, tornando-a parte essencial de intervenção clínica. (Pinsof e Wynne, 1995.) Cabe ressaltar que nem sempre os familiares estão preparados para prestar auxílio ao

indivíduo intoxicado e em certos casos, os familiares necessitam ser incluídos nas redes de apoio tanto quanto o intoxicado.

Redes de apoio privadas, organizações não governamentais e as mais diversas religiões também poderão ser incorporadas ao tratamento de acordo com a cultura do cliente intoxicado e as condições financeiras do mesmo.

Resgate da educação em saúde

Atualmente as propagandas deliberadas de medicamentos e o uso de substâncias lícitas produzem um reflexo negativa na forma que a população se reporta e utiliza estas substâncias, assim como, o uso indiscriminado de substâncias ilícitas que produzem sérios problemas orgânicos e sociais. Esta negatividade faz com que tenhamos que refletir sobre a real necessidade do uso principalmente dos medicamentos e demais substâncias químicas.

Medidas preventivas, reeducação alimentar, exercícios, consultas médicas e até mesmo uma análise crítica de todo o contexto (sócio-econômico e cultural) no qual o cliente está inserido devem ser contemplados e não podem ser, substituídos ou amenizados pelos medicamentos. Destacamos que, todo medicamento possui um risco sanitário intrínseco, e mesmo os de venda sem prescrição médica, devem ser consumidos com consciência e responsabilidade. (CIT/SC, 2009)

Em casos de tentativa de suicídio por medicamento ou outras substâncias químicas, é necessário que alguém próximo a este cliente afaste as substâncias tóxicas do mesmo. No caso de medicamentos de uso contínuo, recomenda-se que o familiar o administre. Pegue no centro de saúde a dosagem que o mesmo necessita e forneça a ele de forma fracionada até que o mesmo saia da crise e possa retornar ao auto-cuidado. Hoje, os centros de informação e assistência toxicológica desenvolvem um papel importante tanto em educação em saúde como na prestação de orientações a equipe de saúde.

Considerações finais

Considerando a complexidade do ser humano e a necessidade de realizarmos o cuidado baseado na integralidade deste, acreditamos que a partir das reflexões realizadas durante a construção do manual conseguimos promover melhorias na forma em que hoje os profissionais atendem/observam e se reportam a estes clientes.

Os profissionais de saúde, em especial de enfermagem, devem estar aptos a atender estes casos e conseguir ver o que cerca este indivíduo seja em casos de intoxicação acidental ou tentativas de suicídio, indo além de uma visão biomédica e mecanicista.

Esperamos assim, que outros trabalhos de enfermagem sejam desenvolvidos com atenção ao cliente intoxicado. Trabalhos interdisciplinares, independentes do quadro clínico, pois acreditamos que unidos nos aproximaremos de um cuidado integral e resolutivo.

REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica: proposta de Regulamentação dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica. In: AZEVEDO, J.L.S. **A importância dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica e sua contribuição na minimização dos agravos à saúde e ao meio ambiente no Brasil**. 2006. 247 p. (dissertação de mestrado)-UnB, Políticas Públicas e Gestão Ambiental - Universidade de Brasília.
2. ALFARO-LEFEVRE, R. Critical thinking in nursing: a practical approach, Philadelphia. In: Potter, P.A., Perry, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Tradução: GOMES, T. L.; DUARTE, L.H.; NASCIMENTO, M.I.C. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. P. 318.
3. ANDRADE FILHO, A.; CAMPOLINA, D.; DIAS, M. B. - **Toxicologia na prática Clínica**. Folium, Belo Horizonte, 2001.
4. Associação Brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológica e Toxicologistas Clínicos (ABRACIT). **O que é a ABRACIT?** Disponível em: <http://www.abracit.org.br>. Acesso em 01/05/2010.
5. BAROTTO, Adriana Mello; CORDIOLI, Maria Isabel Cunha Vieira; GRANDO, Margaret. Intoxicações agudas. In: Associação de Medicina Intensiva Brasileira; Fernando Antônio Botoni; Fernando Suparregui Dias. (Org.). **Programa de Atualização em Medicina Intensiva (PROAMI), Sistema de Educação Médica Continuada a Distância**. Porto Alegre - RS: Artmed/Panamericana Editora, 2009. P. 39-87.
6. BERBEL, Neusi Aparecida Navas; SIQUEIRA, Rosana. Trabalho em Pannel. **A teoria e a prática da Metodologia da Problematização em outras realidades, a partir dos trabalhos produzidos na UEL: uma investigação através do site de pesquisa GOOGLE**. In: VI EDUCERE - Congresso Nacional de Educação, 2006, Curitiba-PR. Anais do VI Educere-Congresso Nacional de Educação PUCPR - PRÁXIS. Curitiba - PR : Ed. Champagnat, 2006. v. 1. p. 3342-3353.
7. BOCHNER, Rosany; SOUZA, Victor Mendes Fiscina Araújo de. **Panorama das intoxicações e envenenamentos registrados no Brasil pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX)**. Revista Racine, 2008; 106 (5): 44-58. Disponível em: <http://www.racine.com.br>. Acessado em 12/12/2009.
8. BRASIL. **História do SINITOX**. Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=5 Acessado em: 31/10/2009.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196.** 1996. Brasília: CNS; 1996.
10. Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 40 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
11. BRASIL. **Resolução COFEN Nº 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras.** Rio de Janeiro, 27 ago. 2002. Disponível em: <http://www.coren-df.org.br>. Acesso em 08/11/2009.
12. BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Protocolos de Urgência e Emergência da SES/DF.** 1ª. Ed. Revisada e ampliada – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2006.285 p.: il.
13. CIT. **Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina.** Disponível em: <http://www.cit.sc.gov.br/index.php?p=cit> Acessado em: 20/05/2010.
14. COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. **A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores.** Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 28, n. 2, 2007p. 121-146.
15. FERREIRA, Aurélio. **Míni Aurélio o Dicionário da Língua Portuguesa.** 7 ed. Curitiba: Positivo, 2008.
16. FILHO AA, MOURA AD. Abordagem inicial do paciente intoxicado. In: Filho AA, Campolina D, Dias MB, editores. **Toxicologia na prática clínica.** Belo Horizonte: Folium, 2001, p. 1 - 7, 12 – 13.
17. 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. 1996, p. 66.
18. Fundação Oswaldo Cruz. **Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil.** Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/artigo5.pdf . Acessado em: 29/10/2009.
19. GARCIA TR, NÓBREGA MML. **Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo: livro resumo.** In: Anais do 52o Congresso Brasileiro de

Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife, Brasil. Recife (PE): Associação Brasileira de Enfermagem; 2000. p.680.

20. HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU 1979.

21. LARINI, L.; CECCHINI, R. A Intoxicação Como Fenômeno Biológico. In: Larini, L. **Toxicologia**. 3 ed. São Paulo: Manole, 1998.

22. LOPES, M.H.B.M. **Experiência de Implantação do Processo de Enfermagem Utilizando os Diagnósticos de Enfermagem (Taxionomia Da Nanda), Resultados Esperados, Intervenções E Problemas Colaborativos**. Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto - v. 8 - n.3. 2000, p. 115-118

23. MORSE J.M; FIELD P. **A Qualitative research methods for health professionals**. In: TRENTINI M.; PAIM L. Pesquisa Convergente Assistencial. 2 ed. Florianópolis: Editora Insular, 2004.143p.

24. NEVES, Rinaldo de Souza. **Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de reabilitação segundo o modelo conceitual de horta**. Rev. bras. enferm. [online]. 2006, vol.59, n.4, pp. 556-559.

25. OGA S.; SIQUEIRA MEPB. Introdução a toxicologia. In: Oga, S.; Camargo, MMA; Batistuzzo, JAO. **Fundamentos de toxicologia**. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

26. OLIVEIRA RDR & MENEZES JB. **Intoxicações exógenas em Clínica Médica**. Medicina, Ribeirão Preto, 36:472-479, abr./dez.2003.

27. PINHO IC, SIQUEIRA JCBA, PINHO LMO. **As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006;8(1):42-51.

28. PINSOF , WM; Wynne, LC. **The effectiveness and effi cacy of marital and family therapy: introduction to the special issue**. J Mar Fam Therapy. 1995;21(4):341-2

29. POTTER, P. A; PERRY, Anne G. **Fundamentos de enfermagem**. . 6 ed. Tradução: GOMES, T. L.; DUARTE, L.H.; NASCIMENTO, M.I.C. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. P. 2, vol. 1.

30. SALGADO, PET; FERNÍCULA, NAGG. **Noções Gerais de Toxicologia Ocupacional**. Secretária de Saúde de São Paulo, Faculdade de Ciências Farmacêuticas – UNESP. 1989.

31. SENAI. DN. **A Metodologia dos Desafios**. Brasília, 2002, 72 p. (Série Documentos Metodológicos, 1).

32. SILVA, J. C. S. **Sinais e sintomas evidenciados na intoxicação exógena por carbamato e principais procedimentos de enfermagem – prática de enfermagem baseada em evidência**. Disponível em: <http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewpaper.php?id=327&print=1&cf=2> Acessado em: 30/11/2009.

33. TRENTINI M.; PAIM L. **Pesquisa Convergente Assistencial**. 2 ed. Florianópolis: Editora Insular, 2004.143p

APÊNDICES

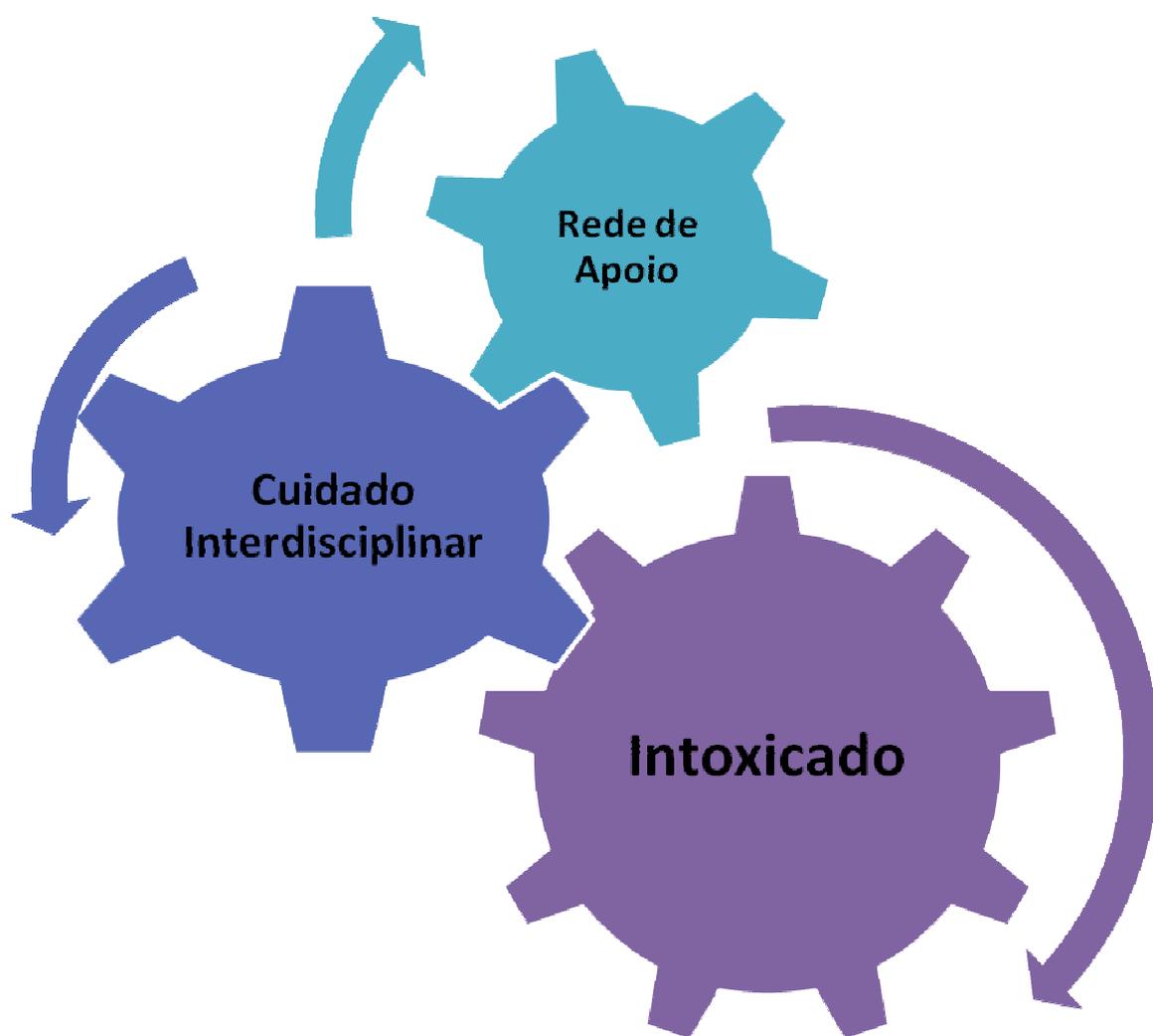
APÊNDICE A- Questionário destinado a clientes e seus familiares/acompanhantes.

Questionário:

- 1) Como você foi recebido pela equipe?
- 2) Quais os procedimentos técnicos foram realizados pela equipe de enfermagem?
- 3) Os procedimentos de enfermagem realizados pela equipe de enfermagem foram esclarecidos antes de serem executadas?
- 4) Você acha que os procedimentos de enfermagem eram realmente necessários?
- 5) Você se sentiu respeitado durante a assistência de enfermagem?

APÊNDICE B- Manual de Sistematização dos Cuidados de Enfermagem ao Cliente em Situação de Intoxicação Aguda por Medicamentos e outras Substâncias Químicas.

Manual de Sistematização dos Cuidados de Enfermagem ao Cliente em Situação de Intoxicação Aguda por Medicamentos e outras Substâncias Químicas.



**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Graduação em Enfermagem
Centro e Informações Toxicológicas de Santa Catarina**

**Manual de Sistematização dos Cuidados de
Enfermagem ao Cliente em Situação de Intoxicação
Aguda por Medicamentos e outras Substâncias
Químicas.**

Realização: Acadêmicas de Enfermagem Daiana Kloh, Elis Cristina Zanatta, Fabiana Farias. Equipe de Enfermagem, Psicologia e Serviço Social do setor de emergência do HU/UFSC.

Orientadores: Dr. Antônio de Miranda Wosny, Dra. Kenya Schmidt Reibnitz.

Colaboradores: Dra. Marlene Zannin, Enf.^a Mda. Margarete Maria de Lima.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS: Atenção Primária a Saúde

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS –AD: Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e/ou Drogas

CIATs: Centros de Informação e Assistência Toxicológica

CIT/SC: Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

CS: Centro de Saúde

EPIs: Equipamentos de Proteção Individual

ETC: Etcetera

FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz

HU: Hospital Universitário

IPQ: Instituto de Psiquiatria

RENACIAT: Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica

MDMA: Metilenodioximetanfetamina

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ONGs: Organizações Não Governamentais

SF: Soro Fisiológico

S/N: Se Necessário

SS: Serviço Social

TCC: Trabalho de Conclusão de Curso

TS: Tentativa de Suicídio

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO:

1	APRESENTAÇÃO	9
2	SÍNDROMES TOXICOLÓGICAS	6
3	EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	8
4	FLUXOGRAMA GERAL DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM	9
5	ABORDAGEM AO CLIENTE INTOXICADO	10
6	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE INTOXICADO	13
7	PROCEDIMENTOS DE DESCONTAMINAÇÃO	16
	7.1 EXPOSIÇÃO OCULAR	16
	7.2 CUTÂNEA	17
	7.3 INALATÓRIA	18
	7.4 GATRINTESTINAL	18
	7.4.1 <i>Lavagem Gástrica</i>	19
	7.4.2 <i>Carvão Ativado</i>	20
	7.4.3 <i>Irrigação Intestinal</i>	21
8	ANTÍDOTOS EXISTENTES	23
9	PLANO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM AO CLIENTE INTOXICADO	25
10	REDE DE APOIO	26
11	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	28
	REFERÊNCIAS	7

1 APRESENTAÇÃO

Este manual foi elaborado como objetivo de construir uma proposta para a sistematização dos fundamentos de enfermagem aos clientes em situação de intoxicação aguda por medicamentos e outras substâncias químicas no setor de emergência hospitalar adulto. Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

A escolha do tema foi motivada pela análise dos dados coletados pelos Centros de Informações e Assistência Toxicológicas (CIATs) e disponibilizados pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) entre os anos de 2000 a 2007, em que se observa que o número de atendimentos por intoxicação no Brasil vem crescendo significativamente. Em 2000 foram registrados 52.309 casos de intoxicação humana, já em 2007 este número passa para 82.501. Além disso, os trabalhos encontrados enfocam casos toxicológicos específicos ou o papel da enfermagem nos CIATs, sendo poucos os trabalhos referentes à abordagem ao intoxicado que englobam o olhar da enfermagem e o cuidado interdisciplinar ao intoxicado.

Considerando a complexidade do atendimento ao intoxicado, principalmente quando o motivo é Tentativa de Suicídio (TS), elaboramos este manual juntamente com a equipe de enfermagem da unidade de emergência adulto, psicologia e serviço social do Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago da Universidade Federal de Santa (HU/UFSC), Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC) e professores da UFSC.

Este manual tem início com o reconhecimento das síndromes toxicológicas, o que favorece a execução de prescrições e cuidados de enfermagem. Segue com o fluxograma de atendimento de enfermagem ao cliente intoxicado, ou seja, as ações/encaminhamentos necessários conforme os sinais e sintomas que o cliente apresenta ou pode vir apresentar. Em seguida, apresentamos a abordagem inicial de enfermagem ao intoxicado, dando maior ênfase a TS, que tem por finalidade a obtenção de dados fidedignos para a elaboração do Histórico de Enfermagem e na construção de uma rede de apoio ao mesmo. Seguimos abordando as principais medidas de descontaminação conforme tipo de exposição. Elaboramos as principais ações de enfermagem, ou seja, prescrições que podem ser utilizadas conforme as circunstâncias da intoxicação e estado clínico do intoxicado. Por fim, esquematizamos como podemos formar uma rede de apoio ao intoxicado e ações de educação em saúde.

A teoria utilizada para realizar a sistematização de enfermagem ao cliente intoxicado está pautada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e na

Política de Humanização do SUS (PNH). Optamos por utilizar a Teoria de Wanda Horta por considerarmos um modelo que procura assistir o ser humano através dos componentes bio-psico-sócio-espirituais; além de ser consonante com a filosofia utilizada pelos profissionais de enfermagem do HU e com o PNH, buscando assim, o cuidado integral ao ser humano.

A proposta deste manual prevê o cuidado realizado com a participação de uma equipe interdisciplinar, em que cada profissão acrescenta seus conhecimentos e aperfeiçoa o cuidado ao cliente intoxicado. Convidamos assim, para o despertar do cuidado integral, englobando o familiar e demais acompanhantes, hora como cuidador, hora como ser sendo cuidado.

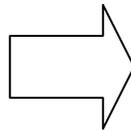
2 SÍNDROMES TOXICOLÓGICAS

A síndrome toxicológica é uma “constelação” de sinais e sintomas que sugerem uma classe específica de envenenamento. O conhecimento das síndromes é essencial para o reconhecimento do agente intoxicante (SES/DF, 2006). O reconhecimento destas síndromes é de fundamental importância, principalmente em casos em que a intoxicação não foi confirmada, o cliente não verbaliza, não quer relatar que tenha ficado exposto e/ou ingerido alguma substância, não haja testemunha que possa confirmar ou descartar a intoxicação.

Segundo Barotto et al (2009) as principais manifestações clínicas e principais agentes envolvidos são:

Síndrome Simpaticomimética ou Adrenérgica

Arritmias cardíacas (principalmente taquicardias)
Hipertensão
Palidez
Midríase
Hipertermia
Alucinações
Diaforese
Coma
Hiperreflexia
Convulsões

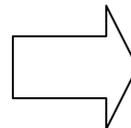


Agentes Envolvidos

Cocaína
Teofilina
Anfetaminas e derivados
Cafeína
Fenilpropanolamina
Efedrina
Ecstasy (MDMA)

Síndrome Sedativa-Hipnótica ou Opióide

Miose
Constipação
Depressão respiratória
Bradycardia
Hipotensão
Hipotermia
Sonolência
Coma



Agentes Envolvidos

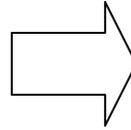
Opióides
Barbitúricos e benzodiazepínicos
As manifestações decorrentes do uso da Clonidina e da Oximetazolina podem simular a síndrome opióide.

Síndrome Serotoninérgica

Alteração do Estado Mental: agitação, delírio e coma.

Disfunção Autonômica: midríase, diaforese, hipertermia, taquicardia, instabilidade hemodinâmica.

Alteração Neuromuscular: tremores, rigidez e convulsões.

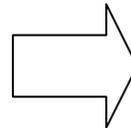


Agentes Envolvidos

Inibidores da recaptação da serotonina (principalmente se usados em associação com inibidores da monoaminoxidase) e ecstasy

Síndrome Anticolinérgica

Arritmias Cardíacas (principalmente taquicardia),
 Hipertermia
 Rubor Facial
 Coma
 Pele e mucosas secas
 Midríase
 Alucinações
 Desorientação
 Agitação
 Convulsão
 Sonolência



Agentes Envolvidos

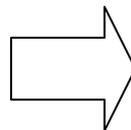
Atropina
 Vegetais beladonados
 Anti-histamínicos
 Antidepressivos tricíclicos
 Antipsicóticos
 Relaxantes musculares
 Antiparkinsonianos

Síndrome Colinérgica

Sinais Muscarínicos: náusea, vômitos, cólicas abdominais, diarreia, miose, visão turva, tosse, dispnéia, broncoespasmo, hipersecreção brônquica, cianose, edema pulmonar, sialorréia, rinorréia, lacrimejamento, sudorese profusa, incontinência urinária e fecal, bradicardia, hipotensão e parada cardíaca.

Sinais Nicotínicos: fasciculações, câibras, mioclonias, fraqueza e paralisia muscular generalizada (incluindo musculatura respiratória), ataxia, hipertensão, taquicardia, palidez, midríase e hiperglicemia.

Sinais Centrais: inquietação, agitação, labilidade emocional, cefaléia, tremores, sonolência, confusão, ataxia, hipotonia, hiporreflexia, coma, convulsões e depressão do centro respiratório.



Agentes Envolvidos

Organofosforados
 Carbamatos
 Fisostigmina e alguns cogumelos

3 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

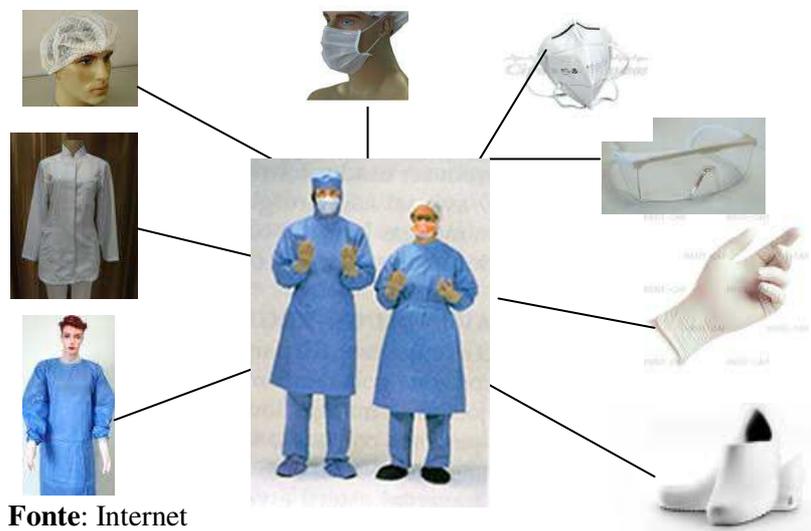
De acordo com Mafra et al (2008), os profissionais de saúde estão extremamente vulneráveis a inúmeras possibilidades de contaminação pelas mais variadas doenças transmitidas por patógenos ou substâncias tóxicas, sejam elas transmitidas por via aérea, cutânea ou através de secreções eliminadas pelo cliente.

Para se protegerem, faz-se necessário o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), ou seja, de acordo com a norma regulamentadora 6.514 de 22 de novembro de 1977 da Consolidação das Leis do Trabalho, relativa à Segurança e Medicina do Trabalho e norma regulamentadora NR – 6, “[...] considera-se equipamento de proteção individual (EPI) todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho”.

Os EPIs mais utilizados na área da saúde são: gorro, óculos, máscaras, jaleco de manga longa, avental, luvas, calça comprida, sapatos fechados. Tais dispositivos são de extrema importância tanto para segurança do profissional como do cliente que está sendo atendido e os demais clientes que ainda poderão ser atendidos por este profissional.

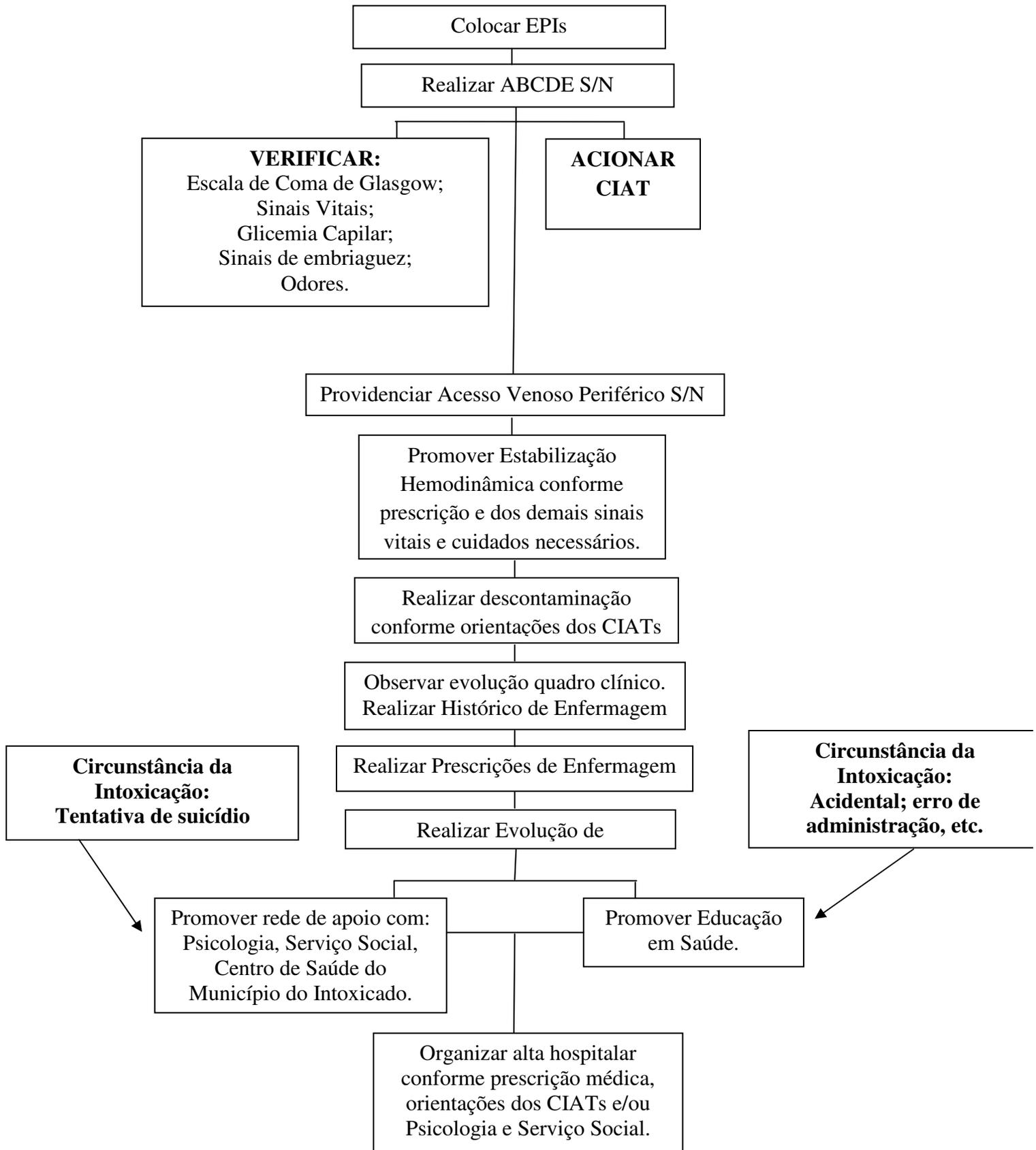
Tendo em vista que cada circunstância de intoxicação requer um tipo específico de cuidado e que o uso de EPIs é obrigatório, não iremos detalhar o tipo de EPIs necessário para cada situação. Porém, reforçamos que nos casos de intoxicação cutânea, o uso de todos os EPIs faz-se obrigatório, inclusive o gorro, pelos riscos de contaminação dos cabelos e couro cabeludo. Segue abaixo a Figura 1 com ilustrações selecionadas da internet dos EPIs existentes.

Figura 1. Equipamentos de Proteção Individual



Fonte: Internet

4 FLUXOGRAMA GERAL DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM



5 ABORDAGEM AO CLIENTE INTOXICADO

Quando nos referimos à abordagem de enfermagem ao intoxicado, estamos nos referindo à forma de nos dirigirmos ao mesmo, de nos posicionarmos, visando obter o maior número de dados possíveis para que possamos ajudá-lo e realizar prescrições de enfermagem que visem à integralidade do ser e a formação de uma rede de apoio ao mesmo.

Destacamos que, muitos dos casos de intoxicação tem como finalidade o suicídio. Conforme estatísticas do CIT/SC (2009), 58,87% dos casos de intoxicação medicamentosa foram para fins suicidas, assim como 45,50% das intoxicações por agrotóxicos e 39,64% dos casos de intoxicação por drogas de abuso. A faixa etária predominante varia entre 20 e 29 anos, ou seja, indivíduos em plena idade produtiva.

Contudo, as circunstâncias da intoxicação não podem ser um fator que induza a pré-conceitos, julgamentos ou qualquer forma de coação, pelo contrário, a escuta deve ser atenta e cuidadosa para propiciar a formação de vínculo e a obtenção da confiança do intoxicado. Tais medidas contribuirão na prestação do cuidado integral, na prevenção de novas tentativas de auto-extermínio, e/ou evitarão possíveis constrangimentos em decorrência do acidente que levou a intoxicação.

Diante das circunstâncias que envolvem a tentativa de suicídio, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000, p.08), alerta que:

“O suicídio não deve ser mostrado como inexplicável ou de uma maneira simplista. Ele nunca é o resultado de um evento ou fator único. Normalmente sua causa é uma interação complexa de vários fatores, como transtornos mentais e doenças físicas, abuso de substâncias, problemas familiares, conflitos interpessoais e situações de vida estressantes. O reconhecimento de que uma variedade de fatores contribuem para o suicídio pode ser útil.”

Devemos estar atentos as possíveis frases que o suicida pode expressar, conforme OMS (2000, p.53):

“Eu preferia estar morto”.
“Eu não posso fazer nada”.
“Eu não agüento mais”.
“Eu sou um perdedor e um peso pros outros”.
“Os outros vão ser mais felizes sem mim”.

Além disso, a OMS (2000) reforça que os sentimentos que envolvem este ser geralmente são: depressão; desesperança; desamparo e desespero.

Idéias sobre suicídio que são cultuadas e que podem induzir ao erro conforme Werlang e Botega (2004, p.53):

“Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso.” – Questionar sobre idéias de suicídio, fazendo-o de modo sensato e franco, aumenta o vínculo com o paciente. Este se sente acolhido por um profissional cuidadoso, que se interessa pela extensão de seu sofrimento.

“Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular.” – A ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério. Chegar a esse tipo de recurso indica que a pessoa está sofrendo e necessita de ajuda.

“Quem quer se matar, se mata mesmo.” – Essa idéia pode conduzir ao imobilismo terapêutico, ou ao descuido no manejo das pessoas sob risco. Não se trata de evitar todos os suicídios, mas sim os que podem ser evitados.

“Quem quer se matar não avisa.” – Pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou que se matam haviam comunicado de alguma maneira sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos.

“O suicídio é um ato de covardia (ou de coragem)”. – O que dirige a ação auto-inflingida é uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou coragem.

“No lugar dele, eu também me mataria.” – Há sempre o risco de o profissional identificar-se profundamente com aspectos de desamparo, depressão e desesperança de seus pacientes, sentindo-se impotente para a tarefa assistencial. Há também o perigo de se valer de um julgamento pessoal subjetivo para decidir as ações que fará ou deixará de fazer.

Diante da complexidade de fatores que permeiam uma intoxicação, principalmente por TS, o atendimento a este intoxicado deverá ser realizado de forma interdisciplinar e, deverá proporcionar a criação de uma rede de apoio dentro da instituição hospitalar, que deverá ser propagada para a rede assistencial do município através de uma política de referência contra referência efetiva.

O olhar atento também deve ser dirigido aos acompanhantes, esclarecendo a real situação do intoxicado e elucidando possíveis dúvidas. Faz-se necessário assim, observar

tanto a linguagem verbal como a não verbal. Através da linguagem não verbal, ou seja, através das expressões faciais, postura, gestos e etc., podem ser detectados sentimentos como angustia, medo, revolta entre outros.

6 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE INTOXICADO

1 Identificação

Nome: _____ N°. Prontuário: _____
 Idade: _____ D.N: / / Sexo: () F () M Peso: _____ Kg
 Horário de chegada na emergência: _____ Ocupação: _____
 Procedência: _____ Fone: _____
 Gestante: Sim () Não () Complementos: _____
 Faz uso de medicação Sim () Não () Quais: _____
 Alergia: _____

2 Percepções

Identificação do agente intoxicante e quantidade ingerida: _____

 Via de intoxicação: _____ Tempo de exposição: _____
 Como chegou a emergência: _____
 Procedimentos prévios realizados: _____
 Acompanhante: Sim () Não () Contato familiar: _____
 Doença de base: _____ Queixas: _____
 Internações anteriores: _____ Motivo: _____
 Horário da última refeição: _____

3 Problemas relacionados às Necessidades Humanas Básicas

Sinais Vitais

PA: _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ rpm Oximetria: _____ %
 Glicemia Capilar: _____ mg/dl T: _____ °C

Nível de Consciência

Escala de Coma de Glasgow: _____ Pupilas: _____
 Regulação Neurológica: Orientado () Desorientado () Lúcido () Alerta () Sonolento ()
 Agitação psicomotora () Outros: _____

Oxigenação

Eupneico () Dispnéia leve/moderada () Dispnéia Grave ()

Oxigenoterapia: _____

Intubação: Sim () Não ()

Integridade Física Cutânea Mucosa:

Características da Pele: _____

Lesões: _____

Eliminações

Vômito: Sim () Não () Característica: _____

Urinária: Presente () Ausente () Características: _____

Intestinal: Presente () Ausente () Características: _____

Hidratação

() Hidratado Desidratado ()

Edema: Sim () Não () Local: _____

Terapêutica

Rede Venosa: _____ Fluidoterapia: Sim () Não ()

Acesso periférico: Sim () Não () Profundo: Sim () Não ()

Condições da musculatura e tecido subcutâneo: _____

Segurança Física:

Isolamento: Sim () Não ()

Prevenção de Quedas: Sim () Não ()

Prevenção de fuga: Sim () Não ()

Estado Emocional:

Ansioso () Depressivo () Equilibrado () Introverso () Extroverso () Medo ()

Agressivo () Irritado () Carente () Oscilação de Humor ()

Outro _____

7 PROCEDIMENTOS DE DESCONTAMINAÇÃO

As medidas de descontaminação dependem do tipo de exposição, podendo ser: cutânea, ocular, inalatória ou gastrintestinal conforme Barotto et al (2009).

Seguindo Protocolo SES/DF (2006), a descontaminação deve ser feita o mais breve possível para: diminuir a exposição a tóxicos e toxinas; prevenir a lesão; evitar ou diminuir a lesão; reduzir a absorção.

7.1 Exposição Ocular

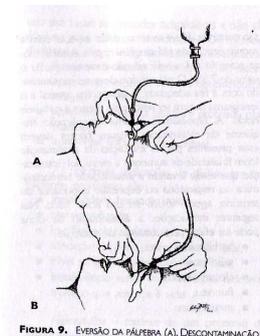
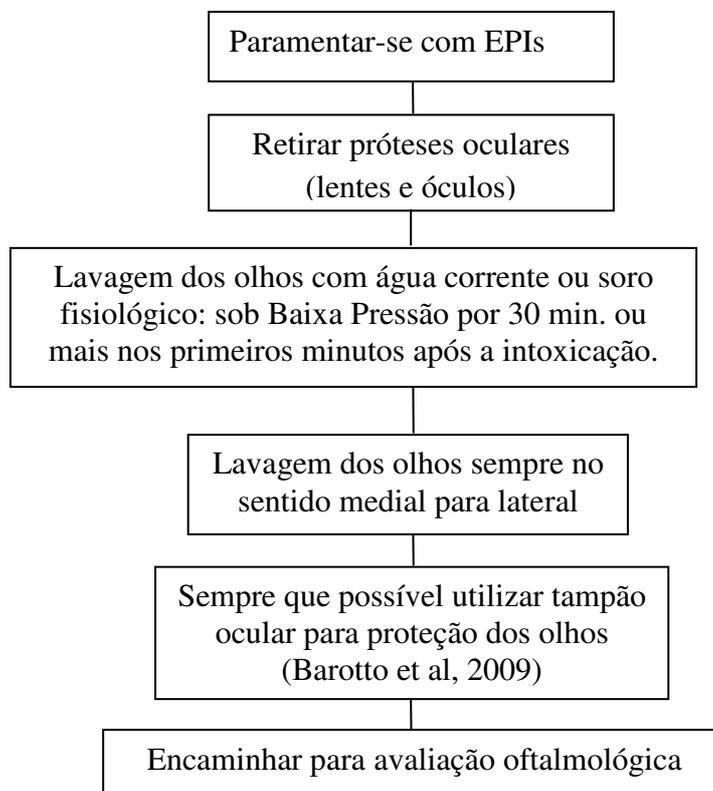


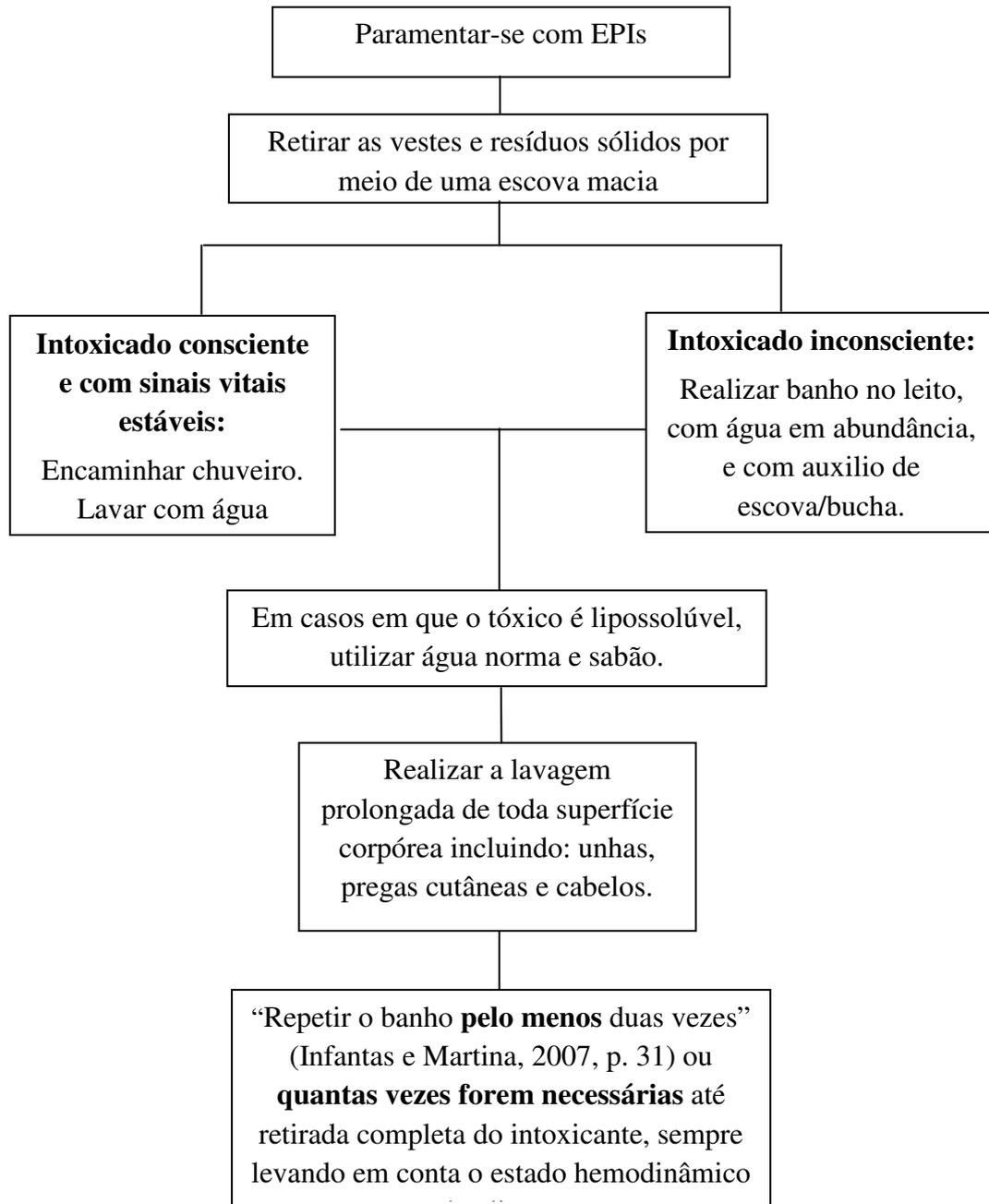
FIGURA 9. EVERSÃO DA PÁLPEBRA (A). DESCONTAMINAÇÃO

Fonte: Filho et al (2001, p. 12)

“NÃO SE DEVE USAR COLÍRIO OU SUBSTÂNCIAS NEUTRALIZANTES, DEVIDO AO RISCO DE AUMENTAR A GRAVIDADE DA LESÃO.”

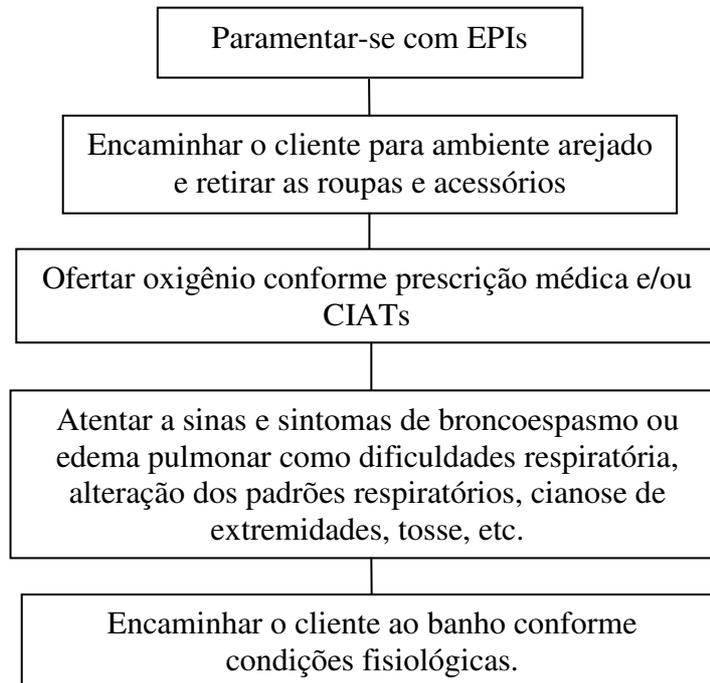
(Filho et al, 2001, p.11).

7.2 Cutânea



LAVE COM CUIDADO O LOCAL ATINGIDO PARA NÃO EXPANDIR A ÁREA DE CONTAMINAÇÃO.

7.3 Inalatória



Fonte: Internet

7.4 Gastrintestinal

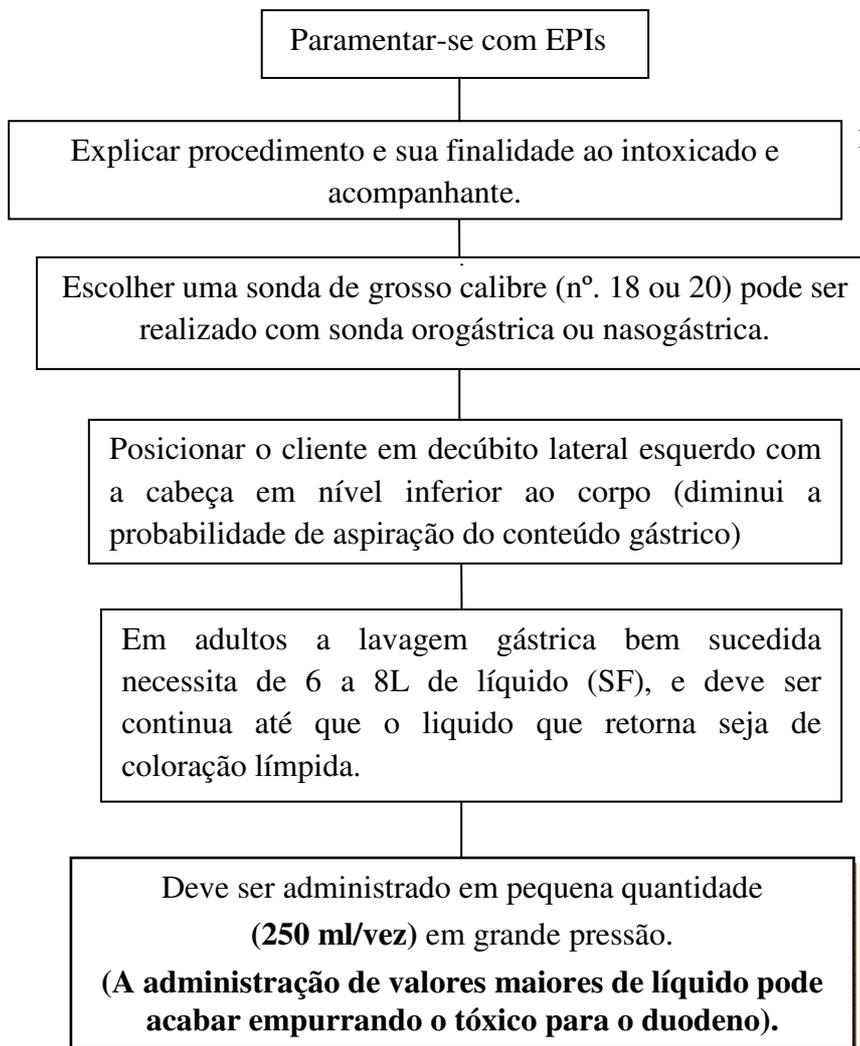
Recomenda-se a descontaminação nas situações em que ocorre ingestão de doses potencialmente tóxicas ou mesmo letais e em tempo hábil para realização desse procedimento. Quando se suspeita que a intoxicação ocorreu em menos de uma hora e não há contra-indicação pode-se realizar a lavagem gástrica, conforme Barotto et al (2009).

Seguindo ainda as autoras, em casos de intoxicação por substâncias que retardam o esvaziamento gástrico (por exemplo, antidepressivos tricíclicos, carbamazepina, anticolinérgicos), pode-se realizar a lavagem gástrica algumas horas após a intoxicação de acordo com a sintomatologia do cliente.

Apresentamos a seguir três formas de descontaminação: lavagem gástrica, carvão ativado e irrigação intestinal.

“O uso de xarope de ipeca ou de outro indutor de vômito não é medida terapêutica aceitável nos nossos dias, pelo potencial risco de dano aos tecidos, quando expostos à substância tóxica mais de uma vez, bem como pelo risco de aspiração, principalmente em casos de vias aéreas desprotegidas (coma ou convulsões).” (Oliveira e Menezes, 2003, p. 473)

7. 4.1 Lavagem Gástrica



Fonte: Andrade et al , 2001, p.

ATENÇÃO:

O volume retornado na lavagem deve sempre ser próximo ao ofertado. A análise do conteúdo que retorna sempre deve ser feita.

“Intoxicados com escala de coma de GLASGOW INFERIOR A OITO, SEMPRE realizar lavagem gástrica antecedida por INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL.”
(Barotto et al, 2009, p. 50).

Quadro 1. Contraindicação da Lavagem Gástrica**CONTRAINDICAÇÃO DA LAVAGEM GÁSTRICA:**

Glasgow oito (a menos que cliente esteja intubado);
Ingestão de solventes;
Ingestão de cáusticos ou corrosivos;
Presença de varizes de esôfago de grosso calibre;
Hematêmese volumosa;
Cirurgia recente do trato gastrointestinal;
Ingestão de sólidos pontiagudos;
Ingestão de pacotes contendo drogas.

Fonte: Barotto, A.M.; Cordioli, M.I.C.V.; Grando, M. In: Programa de Atualização em Medicina Intensiva (PROAMI). Porto Alegre: Artmed Editora, 2009, p.50.

Quadro 2. Complicações da Lavagem Gástrica.**COMPLICAÇÕES DA LAVAGEM GÁSTRICA:**

Intubação traqueal inadvertida;
Trauma de vias aéreas;
Laringoespasma;
Pneumonia aspirativa;
Perfuração de esôfago ou estômago;
Êmese excessiva;
Hemorragia gastrointestinal.

Fonte: Barotto, A.M.; Cordioli, M.I.C.V.; Grando, M. In: Programa de Atualização em Medicina Intensiva (PROAMI). Porto Alegre: Artmed Editora, 2009, p.50.

7.4.2 Carvão Ativado

O carvão ativado tem grande capacidade de adsorver várias substâncias tóxicas, diminuindo sua absorção sistêmica. O carvão ativado deve ser diluído para a administração. A diluição pode ser feita em vários líquidos, como: água, soro fisiológico, suco, refrigerante, etc. Pode ser administrado por via oral ou por sonda nasogástrica.

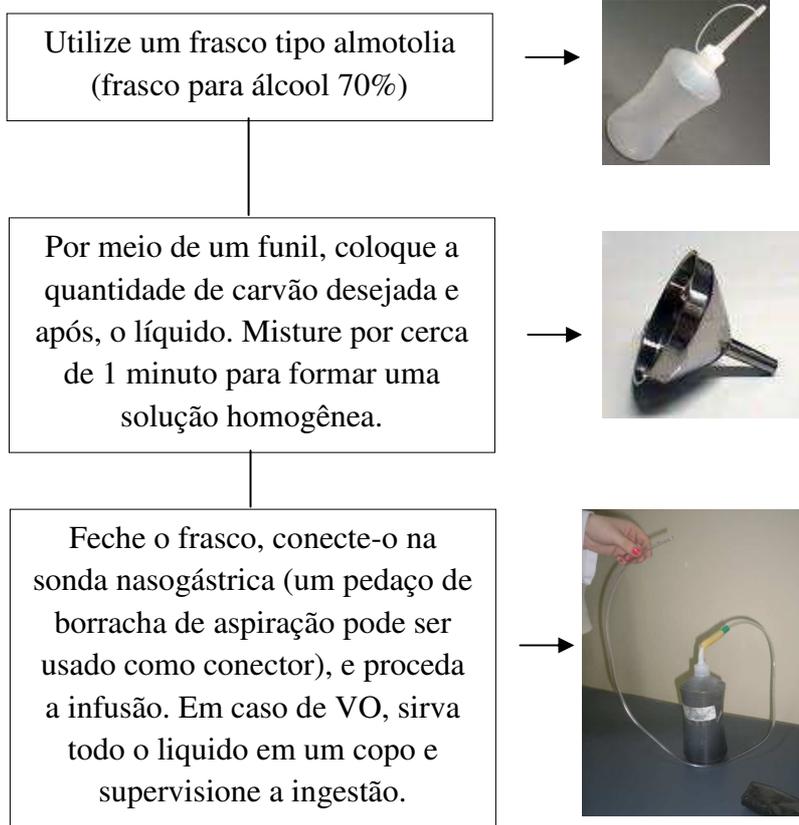
“A dose recomendada: 1g/Kg de peso, diluindo-se cada 1 g em 8 ml de líquido, com dose máxima no adulto de 50g” conforme Barotto et al (2009, p. 51).

ATENÇÃO:

Doses elevadas de carvão ativado podem induzir ao vômito e facilitar a broncoaspiração.

Destacamos que: o carvão ativado é administrado com o objetivo de realizar a absorção da substância tóxica em todo trato digestivo, sendo posteriormente eliminado através das fezes.

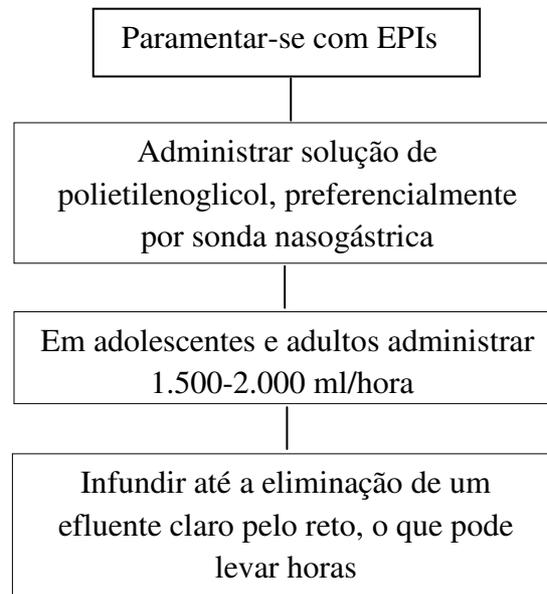
Procedimento



7.4.3 Irrigação Intestinal

Método raramente utilizado. Indicado para pessoas que ingeriram pacotes com drogas e para os que ingeriram grande quantidade de ferro ou metais pesados. Seguimos aqui as

orientações quanto ao procedimento, observações e contra-indicações citadas por Bucarechi e Baracat (2005, p. 218).



Observação: Náuseas, cólicas e vômitos podem complicar o seu uso, além do risco de aspiração pulmonar em pacientes sem proteção das vias aéreas.

Irrigação intestinal é contra-indicada em pacientes com obstrução e/ou perfuração intestinal, íleo paralítico, hemorragia gastrintestinal, êmese protraída ou instabilidade hemodinâmica.

8 ANTÍDOTOS EXISTENTES

Conforme Barotto et al (2009), diante de uma intoxicação aguda, além da manutenção das funções vitais do intoxicado, uma das prioridades é a identificação da substância tóxica para que se possa recorrer à administração de antídotos sempre que possível.

Os antídotos são substâncias que tem a capacidade de inibir ou atenuar a ação do tóxico, quelar ou aumentar a velocidade de eliminação, conforme Filho et al (2001). Assim, acabam por contrariar os efeitos tóxicos de determinadas substâncias, quer através da neutralização destas (reação antígeno/anticorpo, quelação), quer antagonizando os seus efeitos. Conforme Barotto et al (2009), há cerca de 30 antídotos disponíveis. Destes, 24 estão representados no quadro quatro de acordo com suas indicações:

Quadro 3. Lista de antídotos e indicações (continua)

Antídoto	Indicações
Azul de Metileno 1%	Metemoglobinemias causadas por nitritos, anilina e sulfonas.
Dantrolene	Hipertermia maligna e síndrome neuroléptica maligna.
Deferoxamina	Intoxicações por ferro.
Difenidramina	Reações extrapiramidais agudas.
Dimercaprol(BAL)	Intoxicações por arsênico, mercúrio e chumbo.
Edetato dissódico cálcico (Ca Na ₂ -EDTA)	Intoxicações por chumbo.
Etanol	Intoxicações por metanol e etilenoglicol.
4-metilpirazol (fomepizol)	Intoxicações por metanol e etilenoglicol.
Fitometadiona	Intoxicações por cumarínicos e derivados de indandiona.
Flumazenil	Intoxicações graves por benzodiazepínicos, principalmente em idosos e crianças, com coma e depressão respiratória.
Glucagon	Intoxicações por betabloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio.
N- acetilcisteína	Intoxicações por paracetamol.

Quadro 3. Lista de antídotos e indicações (Conclusão).

Nalaxona	Intoxicações por opióides.
Hidroxocobalamina	Intoxicações por cianetos.
Nitritos de sódio e de amila	Intoxicações por cianetos.
Tiosulfato de sódio (hipossulfito de sódio)	Intoxicações por cianetos.
Octreotide	Overdoses por hipoglicemiantes orais (sulfonilureias).
Oxigênio (oxigênio hiperbárico)	Intoxicações por monóxido de carbono e cianetos.
Penicilamina	Intoxicações por chumbo, cobre e mercúrio.
Pralidoxima	Intoxicações por organofosforados.
Sulfato de atropina	Intoxicações por anticolinesterásticos (carbamatos e organofosforados)
Sulfato de protamina	Neutralizador da heparina.
Succimer (DMSA- ácido 2,3 dimercaptosuccínico)	Intoxicações por chumbo e mercúrio.
Anticorpos antidigoxina	Intoxicações por digitálicos

Fonte: Barotto, A.M.; Cordioli, M.I.C.V.; Grando, M. In: Programa de Atualização em Medicina Intensiva (PROAMI). Porto Alegre: Artmed Editora, 2009, p. 57.



9 PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE INTOXICADO

Avaliar sinais vitais;

Atentar e registrar para sinais e hiper/hipoglicemia;

Atentar e registrar possível desnível do sistema nervoso central;

Atentar alteração cutânea (palidez, rubor, cianose...);

Atentar e registrar alterações musculares (mioclonia, ataxia, tremores...);

Observar e registrar evolução de sudorese;

Observar e registrar alteração pupilar;

Registrar características do lavado gástrico;

Avaliar diurese e características da urina;

Atentar para possíveis alterações intestinas;

Observar e registrar características dos odores;

Registrar e comunicar clientes que apresentem maior probabilidade de fugas;

Quando necessário, utilizar restrição física e química conforme prescrição;

O intoxicado por TS ou droga de abuso deverá ficar o mais longe possível de portas de entrada/saída e janelas para evitar possível fuga;

Comunicar a segurança da rede hospitalar quanto aos clientes que tenham maior probabilidade de fuga;

Registrar alterações e/ou progressão de alterações psicológicas;

Prestar orientações e apoio emocional ao acompanhante;

Levantar a rede de apoio do intoxicado;

Atentar para a necessidade de possíveis acompanhamentos (Serviço Social, Psicologia, et.).



10 REDE DE APOIO

Antes de pensarmos em formar uma rede de apoio ao intoxicado devemos nos perguntar: O que está por trás da intoxicação? O que está por trás da tentativa de suicídio? Que rede de apoio prévia este cliente possui e como este aceita esta rede?

As respostas destes questionamentos irão nos conduzir para elaboração de uma rede de apoio realmente efetiva e em consonância com o cuidado integral a este usuário.

Em instituições que possuem como componentes da equipe psicólogos e assistentes sociais terão maior facilidade na criação desta rede, tanto intra-hospitalar com após a alta do mesmo. Isso porque estes profissionais já realizam o primeiro acolhimento, identificam os fatores de riscos e o encaminhamento necessário para cada caso.

Não há um fluxograma definido para realização de encaminhamentos de clientes vítima de intoxicação e que necessitam de uma avaliação psiquiátrica e/ou acompanhamento com psicólogos. Atualmente, os encaminhamentos são realizados conforme a gravidade do caso, que podem ser conduzidos tanto para o Instituto de Psiquiatria (IPQ) (em casos graves e risco de novas TS), quanto para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) e para o município de procedência deste intoxicado em casos de baixo risco. Além de referenciar este intoxicado a rede de referência de seu município, que pode ser o Centro de Saúde (CS), onde o psicólogo ou psiquiatra, quando achar necessário, fará o acompanhamento do mesmo e o referenciará ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que acionará o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) se necessário.

IPQ é o único hospital público de Santa Catarina que presta atendimento de psiquiatria mantido pela Secretaria de Estado da Saúde e conveniado com o Ministério da Saúde. Presta atendimento intensivo e especializado de pacientes com quadros psiquiátricos graves e dependentes químicos.

Os CAPS, são instituições brasileiras que visam à substituição dos hospitais psiquiátricos e seus métodos de cuidado envolvendo a saúde mental, estes permitem que os usuários permaneçam junto às suas famílias e comunidade. Os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, entre outras atividades.

NASF/SC, conforme Brasil (2009) foi criado em 2009, a fim de atender às diretrizes organizacionais e de funcionamento estabelecidas na Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de

2008. Tem por finalidade apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da Atenção Primária a Saúde (APS). Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF.

CRAS é uma unidade pública estatal responsável pela oferta de serviços continuados de proteção social básica com o objetivo de prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos de assistência social às famílias, grupos e indivíduos em situação de vulnerabilidade social.

É preciso também, reconhecer como são as relações familiares e os eventos ocorridos no interior da família, para conseguirmos compreender o que esta por trás da intoxicação seja ela acidental ou por TS. Considerações práticas ditam a necessidade de se dar maior atenção às relações familiares, porque a família é, freqüentemente, a primeira fonte de suporte e de influência, tornando-a parte essencial de intervenção clínica (Pinsof e Wynne, 1995). Cabe ressaltar que nem sempre os familiares estão preparados para prestar auxílio ao indivíduo cliente e em certos casos, os familiares necessitam ser incluídos nas redes de apoio tanto quanto o intoxicado.

Redes de apoio privadas, Organizações Não Governamentais (ONGs) e as mais diversas religiões também poderão ser incorporadas ao tratamento de acordo com a cultura do cliente intoxicado e as condições financeiras do mesmo.

11 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Atualmente as propagandas deliberadas de medicamentos e o uso de substâncias lícitas produzem um reflexo negativo na forma que a população se reporta e utiliza estas substâncias, assim como, o uso indiscriminado de substâncias ilícitas que produzem sérios problemas orgânicos e sociais. Esta negatividade faz com que tenhamos que refletir sobre a real necessidade do uso principalmente dos medicamentos e demais substâncias químicas.

Medidas preventivas, reeducação alimentar, exercícios, consultas médicas e até mesmo uma análise crítica de todo o contexto (sócio-econômico e cultural) no qual está inserida a patologia – ou sintoma – devem ser contemplados e não podem ser, simplesmente, substituídos pelo medicamento. Além disto, todo medicamento possui um risco sanitário intrínseco, e mesmo os de venda sem prescrição médica, devem ser consumidos com consciência e responsabilidade (CIT/SC, 2009).

Em casos de TS por medicamento ou outras substâncias químicas, é necessário que alguém próximo a este cliente afaste as substâncias tóxicas do mesmo. No caso de medicamentos de uso contínuo, recomenda-se que o familiar o administre, recolha no CS a dosagem que o mesmo necessita e ofereça-o de forma fracionada até que o mesmo saia da crise e possa retomar seus cuidados.

Outras medidas simples podem fazer toda a diferença, como por exemplo:

O uso de medicamentos sempre deve ser realizado seguindo orientações médicas;

Não pratique ou incentive a auto-medicação;

Guarde os medicamentos em local seguro e longe do alcance do cliente em crise;

Mantenha os medicamentos em suas embalagens originais e com a bula;

Confira sempre a dose, via e validade dos medicamentos;

Mantenha total atenção durante a administração dos medicamentos e se usar óculos, esteja com eles;

Não dê e nem tome medicamentos no escuro;

Não guarde medicamentos no banheiro e outros lugares quentes e úmidos pelo risco de alteração da composição química dos mesmos;

Não guarde medicamentos e substâncias químicas como os agrotóxicos junto com alimentos, produtos de higiene pessoal e de limpeza;

Não guarde produtos perigosos em garrafas de refrigerantes e frascos vazios. Nunca coloque na geladeira sob qualquer hipótese;

Não faça misturas caseiras, o resultado pode ser perigoso;

Não compre produtos clandestinos (sem registro), pois os mesmos não possuem a qualidade necessária e podem trazer riscos à sua saúde;

Em caso de intoxicação ligue para o CIAT de sua região. Os CIATS são unidades públicas de referência no Estado na área de Toxicologia Clínica, com atendimento em regime 24 horas, sete dias por semana, por meio telefônico e/ou presencial, nas intoxicações e envenenamentos.

IMPORTANTE:

- Ao ligar tenha em mãos a embalagem do produto tóxico;
- Nunca provoque o vômito na vítima;
- Se for ao atendimento de emergência tenha em mãos a embalagem do produto.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE FILHO, A.; CAMPOLINA, D; DIAS, M.B. **Toxicologia na Prática Clínica**. Belo Horizonte: Folium, 2001. 343p.
2. BAROTTO, Adriana Mello; CORDIOLI, M. I. C. V.; GRANDO, M. **Intoxicações agudas**. In: Associação de Medicina Intensiva Brasileira; Fernando Antônio Botoni; Fernando Suparregui Dias. (Org.). Programa de Atualização em Medicina Intensiva (PROAMI), Sistema de Educação Médica Continuada a Distância. Porto Alegre - RS: Artmed/Panamericana Editora, 2009. P. 39-87.
3. BRASIL. **NR 6 – Equipamento de Proteção Individual – EPI**. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_06_.pdf. Acesso em 20/04/2010.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
5. BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Protocolos de Urgência e Emergência da SES/DF**. 1ª. Ed. Revisada e ampliada – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2006. 285 p.
6. BUCARETCHI, F.; BARACAT, E.C.E. **Exposições tóxicas agudas em crianças: um panorama**. J. Pediatr. (Rio J.) v. 81, n.5 suppl.0 Porto Alegre, 2005, p.218.
7. CIT. **Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina**. Disponível em: <http://www.cit.sc.gov.br/index.php?p=cit> Acessado em: 20/05/2010.
8. CIT/SC. **Projeto de Monitoração de Propaganda de Produtos sujeitos à Vigilância Sanitária**. Disponível em: <http://www.cit.sc.gov.br/propaganda/>. Acesso em 25/05/2010.
9. Fundação Oswaldo Cruz. **Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil**. Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/artigo5.pdf. Acessado em: 29/10/2009.
10. INFANTAS,V.; MARTINA, M. **Guía de manejo general del paciente intoxicado agudo**. Rev. Soc. Peru. Med. Interna: 2007, 20(1):29-33.

11. MAFRA et al. **Percepção dos Enfermeiros sobre a importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual para Riscos Biológicos em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** O Mundo da Saúde São Paulo: 2008, 32(1):31-38.
12. OLIVEIRA, R.D.R; MENEZES, J.B. **Intoxicações exógenas em Clínica Médica.** Medicina, Ribeirão Preto, 2003. 473 p.
13. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: Um Manual Para Profissionais Da Mídia.** Genebra, 2000. 53p.
14. Organização Mundial da Saúde, transtornos mentais e comportamentais – departamento de saúde mental. **Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção primária.** Genebra, 2000. 08p. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf
Acessado em: 23/05/2010.
15. PINSOF, W.M.; WYNNE, L.C. **The effectiveness and efficacy of marital and family therapy: introduction to the special issue.** J Mar Fam Therapy. 1995;21(4):341-2.
16. WERLANG, B.G.; BOTEGA, N.J. **Comportamento Suicida.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

