

PADRÕES MÍNIMOS DE ATENDIMENTO INICIAL À URGÊNCIA TOXICOLÓGICA PARA ABORDAGEM À CRIANÇA INTOXICADA*

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

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

Erika Okuda Tavares¹, Magda Lúcia Félix de Oliveira²

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

Descritores: Padrão de Cuidado; Envenenamento; Saúde da Criança.

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

Descriptors: Pattern of Care; Poisoning; Child's Health.

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

Descriptor: Patrón de Cuidado; Envenenamiento; Salud del Niño.

*Parte integrante da dissertação "Qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada: satisfação das famílias", apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, UEM, Maringá-PR, em 2011.

¹Enfermeira. Mestranda em enfermagem. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, UEM. Endereço: Rua José Bula, 690. Jardim Internorte. CEP: 87045-280. Maringá-PR, Brasil. E-mail: erikaokuda@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, UEM. Maringá-PR, Brasil. E-mail: mfoliveira@uem.br

INTRODUÇÃO

O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre a sociedade e o Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos sobre hospitalização e mortalidade por acidentes apontam que cerca de 50 milhões de crianças até 14 anos ficam com sequelas permanentes, e anualmente um milhão delas morrem em decorrência de acidentes no mundo. Entre os acidentes, as intoxicações são consideradas um fenômeno emergente, devido ao desenvolvimento da indústria química e farmacêutica, à facilidade de acesso a medicamentos e substâncias tóxicas, ao largo emprego de praguicidas nas áreas rurais e urbanas, à prescrição médica abusiva de psicotrópicos e à falta de cuidado adequado no manuseio de substâncias tóxicas⁽¹⁾.

Intoxicação pode ser definida como a manifestação clínica ou bioquímica ocasionada pela interação de um agente químico ou intoxicante, como tal considerada qualquer substância ou produto capaz de produzir uma reação deletéria em um organismo vivo⁽²⁾. É mais comum na faixa etária de zero a 14 anos, principalmente até os seis anos de idade, segundo estudos realizados no Reino Unido, na Inglaterra, na Bolívia e no Brasil, e constitui uma das principais causas de atendimento em unidades de atenção às urgências⁽³⁻⁵⁾.

Os primeiros momentos registrados no acompanhamento de uma criança intoxicada apontam a necessidade de se avaliar a intervenção dos profissionais de saúde. Há casos em que a criança responde imediatamente ao tratamento estabelecido, mas outros requerem cuidados intensivos e prolongados, seja por causa do agente causal da intoxicação, circunstância da exposição, quantidade do agente presente no organismo ou pela repercussão sistêmica que se instalou.

O atendimento inicial nos serviços de urgência e emergência é caracterizado pela busca da estabilização das condições vitais da pessoa humana, que se dá por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade da equipe de saúde, com ações direcionadas à manutenção da vida e

minimização de possíveis sequelas⁽⁶⁾, e a existência de padrões mínimos que norteiem a conduta dos profissionais de modo a assegurar a eficácia do processo de atenção a saúde.

Padrões mínimos podem ser compreendidos como planos de cuidados que facilitam a ordenação e o direcionamento da qualidade da assistência. Auxiliam na definição de processos e resultados de intervenções e devem considerar as condições estruturais anteriores e a qualidade com que se desenvolve a assistência dispensada ao indivíduo⁽⁷⁾.

Com relação ao atendimento à pessoa intoxicada, foram criados, a partir de 1953, os centros de assistência toxicológica em diversos países do âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS), por profissionais de saúde da área de pediatria. No Brasil, o primeiro centro foi criado em 1963, no município de São Paulo, com o objetivo de atender aos casos de intoxicação pediátrica, além de atuar no campo da pesquisa e da informação toxicológica. Ao longo do tempo seus serviços foram ampliados para o atendimento a adultos⁽⁸⁾.

Os centros de informação e assistência toxicológica (CIAT) brasileiros são unidades especializadas, responsáveis pelo fornecimento de informação e orientação sobre diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção de intoxicações. No atendimento aos casos de intoxicação, possuem protocolos para atenção às urgências voltados para o produto químico, porém há uma carência de protocolos voltados à assistência à pessoa intoxicada⁽⁸⁾.

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

Há necessidade de desenvolver e aprimorar estratégias que incluam os pais nos cuidados, mas para isto é preciso identificar as condições locais e, propor estratégias específicas aos profissionais que lidam com a família⁽⁹⁾. A garantia da qualidade do atendimento em serviços de urgência e emergência é primordial para que a instituição e seus trabalhadores cumpram com a missão de produzir saúde, bem como promover a qualidade de vida de seus usuários⁽¹⁰⁾.

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

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

MÉTODO

O estudo é descritivo e apresenta os padrões mínimos de assistência voltados ao atendimento inicial à criança intoxicada. Para a construção dos padrões mínimos foi estabelecido pelas autoras um modelo lógico de estrutura e processo de atendimento inicial à criança intoxicada da unidade estudada. O Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM), é uma instituição pública referenciada como tipo II para atendimento em urgência e emergência, dispõe de 31 leitos para observação clínica e internação no pronto-socorro.

Neste nível de complexidade, é a única porta de entrada da região Noroeste do Paraná exclusiva para usuários do SUS. No Pronto Socorro do Hospital Universitário Regional de Maringá (PS/HUM), são atendidas urgências traumático-cirúrgicas, ortopédicas e clínicas (clínica médica, ginecologia, obstetria e pediatria).

O estudo ocorreu no período de janeiro a março de 2010, realizado pelas autoras, como parte de dissertação de mestrado que avaliou a satisfação das famílias com a qualidade do atendimento inicial à criança intoxicada em uma unidade de atenção às urgências.

O modelo de estrutura para atendimento inicial à criança intoxicada na unidade de urgências foi confeccionado a partir dos eixos de Acolhimento e Classificação de Risco em Unidades de Urgência (ACCR) da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS, adaptados à unidade estudada⁽¹¹⁾.

Foram utilizados como diretrizes teóricas para a construção dos padrões mínimos, o módulo IV, *Atendimento Inicial ao Paciente Intoxicado*, do Curso de Toxicologia promovido pela Anvisa/Renaciat⁽¹²⁾, documentos e literatura técnico-científica sobre o tema e a experiência das autoras em um centro de informação toxicológica. Foram contemplados apenas os eixos de alta e média complexidade do ACCR (vermelho e verde), por tratar-se de um estudo que teve como enfoque o atendimento inicial à criança intoxicada.

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

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

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

Apresentação dos padrões mínimos de atendimento inicial à criança intoxicada

Serão apresentados os padrões mínimos quanto à estrutura e o processo de atendimento e os respectivos aspectos estabelecidos. Estes foram discutidos com dados existentes na literatura sobre cada tema. Para a estrutura do atendimento inicial à criança intoxicada, foram estabelecidos padrões mínimos nos aspectos de tempo de espera e conforto do ambiente.

O tempo de espera/acolhimento inicial foi dimensionado para todos os espaços da estrutura de

atendimento, sendo padrão o atendimento imediato para aquelas crianças que foram acolhidas no eixo vermelho do ACCR e o tempo máximo de trinta minutos para as acolhidas no eixo verde do ACCR.

O tempo é importante para o homem nas diversas áreas do conhecimento e tem uma finalidade em cada área, por isso é estudado, medido, analisado e avaliado tanto qualitativa como quantitativamente. A questão do tempo nos serviços de saúde, em algumas situações em que ocorre a demora no atendimento, leva à formação de filas, que tornam a espera inevitável⁽¹³⁾.

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

Uma pessoa está confortável em um ambiente quando se sente em neutralidade em relação a ele. No caso dos ambientes hospitalares, a arquitetura pode ser um instrumento terapêutico se contribuir para o bem-estar físico do paciente, com a criação de espaços que, além de acompanharem os avanços da tecnologia, desenvolvam condições de convívio mais humanas⁽¹⁴⁾.

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

Os aspectos éticos e relacionais do atendimento foram padronizados quanto à privacidade, ao direito à

informação e à dignidade e cortesia dos profissionais (Quadro 1).

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

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

A privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, que pode ser garantida por meio de divisórias ou cortinas e elementos móveis, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado⁽¹¹⁾.

O inciso II do segundo princípio da carta dos direitos dos usuários do SUS, assevera que é direito dos cidadãos receber informações e esclarecimentos por parte da equipe de saúde, de forma clara, objetiva e respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitando-se os limites éticos no tocante a hipóteses diagnósticas, diagnósticos confirmados, exames solicitados, objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos, riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas, duração prevista do tratamento proposto, finalidade dos materiais coletados para exames, evolução provável do problema de saúde⁽¹⁵⁾.

O quarto princípio deste mesmo documento assegura ao cidadão o atendimento com vista a preservar sua cidadania durante o tratamento, observando-se os direitos de: sigilo e confidencialidade de todas as informações pessoais, ele saber os nomes dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde e ter acesso aos mecanismos de escuta a fim de poder apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços, respeitando-se a privacidade, o sigilo e a confidencialidade⁽¹⁵⁾.

Quanto aos aspectos técnicos do atendimento, para cada tipo de intoxicação existem protocolos específicos de tratamento e de medidas de atenção pré-hospitalar e hospitalar, disponibilizadas por centros de informação e assistência toxicológica. A precocidade e a competência técnico-profissional na aplicação destes protocolos estão diretamente relacionadas à sua eficácia⁽¹²⁾.

A conduta terapêutica para uma intoxicação aguda, como em qualquer urgência clínica, requer uma avaliação inicial rápida das condições clínicas do paciente para identificar e corrigir situações de risco iminente de vida ⁽¹⁶⁾. A sistemática de atendimento à pessoa intoxicada deve seguir as seguintes etapas: (1) avaliação e atendimento primário; (2) avaliação clínica e laboratorial; (3) aplicação de medidas de descontaminação e/ou tratamento específico; (4) tratamento sintomático ou de suporte.

As medidas de suporte à vida visam à estabilização das condições vitais do paciente e consistem na realização de uma série de intervenções que buscam corrigir distúrbios representativos de risco iminente de vida e manter o paciente em condições adequadas até o estabelecimento do diagnóstico definitivo e o consequente tratamento específico. O reconhecimento da síndrome tóxica ou toxissíndrome permite a identificação mais rápida do agente causal e a realização do tratamento adequado. Para tanto, é necessário realizar uma anamnese e um exame físico cuidadoso ⁽¹⁷⁾.

Exames complementares são essenciais para a avaliação clínica da criança intoxicada e podem fornecer importantes informações quanto ao diagnóstico e evolução clínica da intoxicação, bem como guiar a investigação para uma análise toxicológica específica. Quando há evidências de toxicidade moderada ou grave em intoxicações que apresentem potencial de toxicidade sistêmica e em exposições a substâncias desconhecidas, exames laboratoriais de rotina ou específicos das substâncias tóxicas envolvidas podem ser necessários ⁽¹²⁾.

Considerando-se que a prevenção das infecções hospitalares é um aspecto da humanização da atenção em saúde ⁽¹⁸⁾, foram estabelecidos como padrão mínimo de procedimentos de precaução padrão, que sejam realizados pelos profissionais de saúde, para proteção e prevenção de infecção cruzada, a lavagem ou higienização das mãos antes e após qualquer procedimento e o uso de luvas, avental, máscara e óculos de proteção na realização de procedimentos invasivos.

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

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

Quanto ao processo de atendimento, estabeleceu-se como padrão mínimo medidas para o suporte avançado de vida nos aspectos do ABCDE da ação profissional para o atendimento imediato às vítimas⁽¹⁹⁾, e o processo de anamnese clínico-epidemiológica e laboratorial, incluindo entrevista, exame físico, verificação de sinais vitais e coleta de material biológico para exames complementares.

Foram considerados como medidas de intervenção específica para o tratamento da criança intoxicada a descontaminação, o uso de soroterapia e antídotos e a realização de procedimentos para tratar os sinais e sintomas da intoxicação⁽¹²⁾.

Medidas de descontaminação servem para a diminuição ou interrupção da absorção do agente tóxico.

É a etapa em que se procura diminuir a exposição do organismo ao agente, seja reduzindo o tempo e/ou a superfície de contato ou a quantidade do agente em contato com o organismo. Compreende um conjunto de medidas de grande importância, na tentativa de impedir o desenvolvimento da intoxicação, mas na prática, tem sua eficácia limitada por uma série de fatores, principalmente o tempo de instituição dos procedimentos^(2,17).

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

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

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

A exposição oral constitui a principal via de introdução do agente tóxico das intoxicações. Diante disso, a lavagem gástrica é um método de descontaminação gástrica amplamente utilizado em unidades de urgência. É bastante segura, se bem realizada, e eficiente, se realizada pouco tempo após a ingestão do agente tóxico; entretanto não remove com eficácia plantas tóxicas, pílulas e cápsulas não dissolvidas, especialmente fármacos de liberação lenta ou controlada ou com cobertura entérica⁽¹⁷⁾.

A descontaminação cutânea por meio de remoção das vestes e lavagem corporal continua sendo a medida básica no atendimento imediato. A lavagem deve ser feita com água corrente, com especial atenção ao couro cabeludo, região retroauricular, axilas, umbigo, região genital e subungueal⁽¹⁷⁾.

A via respiratória é uma via de grande absorção de gases e vapores, elementos que podem comprometer tanto as vias aéreas superiores quanto os alvéolos; por isso a descontaminação das vias aéreas deve ser realizada o mais precocemente possível, pois diminui o contato da substância com o organismo. O contato ocular com substâncias químicas pode acarretar lesões graves, devendo-se agir rapidamente a fim de evitar lesões permanentes na córnea⁽¹²⁾.

Para o uso de antídotos e soroterapia antiveneno, os antídotos foram divididos em específicos e inespecíficos. Para a soroterapia antiveneno foram estabelecidos como padrões a realização de exames laboratoriais para averiguar a necessidade da soroterapia e procedimentos padronizados pelo Ministério da Saúde antes, durante e após a soroterapia⁽²¹⁾ (Quadro 4).

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

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

Os antídotos específicos atuam em casos de intoxicações ocasionadas por uma determinada substância química ou por um grupo químico definido de substâncias, e os inespecíficos, quando modificam a toxicocinética ou a toxicodinâmica de agentes químicos de grupos diversos⁽¹⁷⁾.

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

A vitamina K é utilizada em casos de hemorragia devido à intoxicação por raticidas cumarínicos ou induzida pela heparina. A atropina é usada em intoxicações por inseticidas organofosforados, contrapondo-se aos efeitos muscarínicos deste. A pralidoxima age contrapondo-se aos efeitos nicotínicos dos organofosforados e pode ser usada concomitantemente com a atropina em casos de intoxicações por organofosforados⁽¹²⁾.

O uso do carvão ativado pode retardar ou acelerar a passagem do agente tóxico para o intestino, principalmente se o paciente não estiver posicionado adequadamente. Não há necessidade de realizar

lavagem gástrica em casos de ingestão de doses pequenas e moderadas, se o carvão ativado puder ser administrado prontamente. A dose usual é de 1 g/kg, em suspensão aquosa, porém o aspecto desagradável pode dificultar o uso quando administrado por via oral. Sua eficácia diminui com o tempo, e os melhores resultados são observados na primeira hora após a ingestão do tóxico⁽¹⁷⁾.

O azeite de oliva age formando uma película protetora da mucosa do trato gastrointestinal em caso de intoxicações por produtos corrosivos, em que a lavagem gástrica é contraindicada⁽²⁰⁾.

A soroterapia antiveneno, quando indicada, é fundamental para tratar adequadamente pacientes picados pela maioria dos animais peçonhentos. O objetivo do tratamento é neutralizar a maior quantidade possível de veneno circulante. Sua administração deve ser preferencialmente realizada a nível hospitalar⁽²¹⁾.

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

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

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

A intensidade da dor é que vai definir o tipo de analgésico a ser usado no tratamento. Dores intensas podem exigir analgésicos narcóticos, particularmente morfina. Alguns casos, como os de picada de animais peçonhentos, por exemplo, podem exigir anestesia local ou bloqueio anestésico⁽¹⁷⁾.

Antieméticos são indicados nos casos em que os vômitos representam grave risco de broncoaspiração, e contribuem para o estabelecimento de distúrbios hidroeletrólíticos, nos casos de ingestão de substâncias cáusticas e na presença de hematêmese⁽¹²⁾.

Nos casos de intoxicação, os medicamentos antitérmicos usuais podem não ser eficazes e mascarar o quadro clínico, pois nestes casos os mecanismos de hipertermia geralmente não são mediados pelos sistemas das prostaglandinas. Assim, medidas físicas são as mais recomendadas, como envoltórios úmidos e frios, compressas frias, bolsas de gelo e fricção com esponja úmida. A hipotermia pode ser tratada com medidas físicas externas de aquecimento^(12,17).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os padrões ora apresentados serviram de referência para a elaboração de um instrumento que avaliou a satisfação de usuários de um serviço de atenção às urgências, porém acredita-se que sua aplicabilidade possa contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à criança intoxicada e sua família, principalmente para a enfermagem, que tem atuação direta sobre o cuidado prestado aos pacientes.

Os padrões podem contribuir para que a assistência ao intoxicado se torne mais ágil, eficaz e completa, na medida em que apresentam uma sequência lógica e normas para o atendimento.

Uma das limitações encontradas na realização deste estudo foi a inexistência de documentos e referências com evidência em saúde e de enfermagem voltados ao atendimento inicial ao intoxicado. A realização de novos estudos que visem ao intoxicado, e não somente ao agente causal da intoxicação, talvez possa contribuir para a elaboração de um protocolo padrão dirigido à assistência; porém a prevenção de novos casos de intoxicação, a começar pelo processo de assistência, deve ser ressaltada em todas as pesquisas no campo da toxicologia clínica.

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

REFERÊNCIAS

1. Azevedo ALCS, Pereira AP, Lemos C, Coelho MF, Chaves LDP. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. Rev Eletr Enf [periódico na internet]. 2010 [citado 2010 nov 11]; 12(4): [cerca de 9 p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a20.htm>.

2. Casarett LJ, Doull J. Casarett and Doull's Toxicology: the basic science of poisons. 6th ed. Kansas City: McGraw-Hill; 2001.
3. Groom L, Kendrick D, Coupland C, Patel B, Hippisley-Cox J. Inequalities in hospital admission rates for unintentional poisoning in young children. *Inj Prev* [periódico na internet]. 2006; 12(3):166-70.
4. Flores JAS. Intoxicaciones em la Unidad de Cuidados Intensivos " Ismaelillo" del Hospital del niño "Dr. Ovidio Aliaga Uria" (1997-2003). *Rev Soc Bol Ped*. 2004; 43(3):144-8.
5. Werneck GL, Hasselmann MH. Intoxicações exógenas em crianças menores de seis anos atendidas em hospitais da região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(3):302-7.
6. Pai DD, Lautert L. Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(2):231-4.
7. Chaves MHM. Padrões mínimos de assistência de enfermagem. In: *Anais do 57 Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2005 Nov. 3-7; Goiânia: ABEN Seção-GO; 2005.
8. Abracit. A inserção dos centros de informação e assistência toxicológica nas redes de atenção à saúde como serviços de apoio e referência em Toxicologia Clínica. Florianópolis: Abracit; 2009.
9. Andraus LMS, Minamisava R, Munari DB. Desafios da enfermagem no cuidado à família da criança hospitalizada. *Ciênc Cuid Saúde*. 2004; 3(2):203-8.
10. Selegim MR, Teixeira JA, Matsuda LM, Inoue KC. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. *Rev Rene*. 2010; 11(3):122-31.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Estão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Atendimento inicial ao paciente intoxicado [Internet]. 2007 [citado 2010 Fev 08]. Disponível em: <http://ltc.nutes.ufrj.br/toxicologia/modIV.htm>.
13. Arroyo CS. Qualidade de serviços de assistência à saúde: o tempo de atendimento da consulta médica [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2007.
14. Corbella O. Em busca de arquitetura sustentável para os trópicos – conforto ambiental. Rio de Janeiro: Revan; 2003.
15. Ministério da Saúde (BR). Carta dos direitos dos usuários da saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série E. Legislação de Saúde).
16. Pires MPF, Pires CEF, Feder D. Abordagem ao paciente intoxicado. *Rev Bras Med*. 1999; 56(9):861-76.
17. Schvartsman C, Schvartsman S. Intoxicações exógenas agudas. *J Pediatr*. 1999; 75(supl. 2):244-50.
18. Melo DS, Souza ACS, Tipple AFV, Neves ZCP, Pereira MS. Compreensão sobre precauções padrão pelos enfermeiros de um hospital público de Goiânia-GO. *Rev Latino-am Enferm*. 2006; 14(5):720-7.
19. Kleinman ME, Chameides L, Schexnayder SM, Samson RA, Hazinski MF, Atkins DL et al. Pediatric advanced life support. *Circulation*. 2010; 122(18):876-8.
20. Centro de Controle de Intoxicações. Hospital Universitário Regional de Maringá. Protocolo de Cáusticos. Maringá; 2009.
21. Ministério da Saúde (BR). Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animal peçonhento. 2ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2001.

Recebido: 01/09/2011

Aceito: 25/01/2012