



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

RACHEL RABAY NOGUEIRA

**AVALIAÇÃO EM UM CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA
TOXICOLÓGICA LOCALIZADO NA CIDADE DE FORTALEZA, CEARÁ**

FORTALEZA

2016

RACHEL RABAY NOGUEIRA

AVALIAÇÃO EM UM CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA
LOCALIZADO NA CIDADE DE FORTALEZA, CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas. Área de concentração: Farmácia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim.

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Augusta Drago Ferreira.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

N715a Nogueira, Rachel Rabay.
AVALIAÇÃO EM UM CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA
TOXICOLÓGICA LOCALIZADO NA CIDADE DE FORTALEZA, CEARÁ / Rachel
Rabay Nogueira. – 2016.
103 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de
Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Ciências
Farmacêuticas, Fortaleza, 2016.

Orientação: Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim.

Coorientação: Profa. Dra. Maria Augusta Drago Ferreira.

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Pesquisa qualitativa. 3. Modelo Lógico. 4.
Centro de Informação e Assistência Toxicológica. 5. Intoxicação. I. Título.

CDD 615

RACHEL RABAY NOGUEIRA

AVALIAÇÃO EM UM CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA
LOCALIZADO NA CIDADE DE FORTALEZA, CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas. Área de concentração: Farmácia Clínica.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria Alix Leite Araújo
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Profa. Dra. Marlene Zannin
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Profa. Dra. Maria Augusta Drago Ferreira (Coorientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

À Professora Ana Paula, pela gratificante e importante orientação e por ter dado a mim o desafio de conhecer a metodologia qualitativa.

À Professora Augusta, pelo constante e incansável aprendizado a mim oferecido. E também pelos momentos de descontração e conversas de fim de tarde.

Às Professoras da minha banca examinadora, Maria Alix e Marlene, pelas colaborações e sugestões.

Aos funcionários do CEATOX, pela disponibilidade e empenho em realizar essa pesquisa.

À minha família, pelo imenso amor e dedicação a mim prestados! Muito obrigada por estarem comigo em todas as minhas conquistas, derrotas, desilusões, decepções e vitórias, compartilhando cada sentimento que vinha à tona. E sobretudo, muito obrigada pela paciência em suportar meus momentos de estresse.

Ao meu companheiro, que por vezes me deu suporte emocional para continuar com esse desafio. Muito obrigada pelo amor e carinho!!

Aos meus grandes amigos, obrigada pela compreensão da ausência em alguns momentos e por terem me ajudado a relaxar quando mais precisei.

Agradeço também aos meus colegas de trabalho, que me deram todo o suporte para assumir um novo projeto e terminar o mestrado. Sem a ajuda de vocês eu não teria conseguido, muito obrigada.

RESUMO

O elevado número de casos de acidente por animais peçonhentos e de intoxicação exógena exige, cada vez mais, que os serviços especializados na assistência e controle desses eventos toxicológicos estejam qualificados para desenvolver suas ações. Acredita-se que a avaliação seja um instrumento capaz de revelar as reais condições desses serviços, fornecendo subsídios para reconhecer suas fragilidades e aprimorá-los. O presente estudo objetivou avaliar o serviço de um Centro de Informação e Assistência Toxicológica, localizado em um hospital terciário na cidade de Fortaleza, Ceará, considerando os elementos que interferem na atuação de seus trabalhadores, como aspectos estruturais, humanos e organizacionais. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem qualitativa, que empregou o modelo lógico. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho de 2014 a outubro de 2015, por meio de observação não participante, análise documental, questionário e entrevista realizados com os profissionais do serviço. A análise dos dados ocorreu através do modelo lógico e para as entrevistas foi utilizada a análise de conteúdo. Observou-se que a área física do Centro é insatisfatória para acomodar os recursos humanos e materiais. Não há espaço disponível para o atendimento direto ao usuário, interferindo na qualidade do atendimento. Foi evidente que, em geral, o Centro é envolvido no suporte a pacientes expostos a agentes tóxicos e/ou intoxicados atendidos no hospital, entretanto, algumas vezes esse envolvimento não ocorre devido à falta comunicação entre a sua equipe e outras do hospital. Isso é agravado pela inexistência de um protocolo de atendimento padronizado e compartilhado com todos os profissionais envolvidos no atendimento ao paciente. Verificou-se que os trabalhadores do referido serviço utilizam dois diferentes Sistemas de Informação para gerar informação epidemiológica, mas não a utilizam para planejar suas ações. Considerando a realidade encontrada, concluiu-se que a reorganização do processo de trabalho merece atenção especial e pode contribuir para maior produtividade dos seus trabalhadores, uma vez que muitos dos problemas encontrados resultaram da falta de planejamento dos processos organizacionais. Além disso, a comunicação entre a equipe do Centro com as outras do hospital deve ser fortalecida, visando a assistência integral e adequada ao paciente. É imprescindível, ainda, trabalhar o entendimento dos trabalhadores acerca do uso da informação epidemiológica no gerenciamento e programação de suas atividades.

Palavras-chaves: Avaliação de Serviços de Saúde. Pesquisa qualitativa. Modelo lógico. Centro de Informação e Assistência Toxicológica. Intoxicação.

ABSTRACT

The high number of poisonings requires that specialized services on the care and control of these toxicological events have been qualified to develop their actions. It is believed that the evaluation is a tool to reveal the real conditions of these services and provide subsidies to recognize their weaknesses and improve them. This study aimed to evaluate the service of an Information Center for Toxicological Assistance, located in a tertiary hospital in Fortaleza, Ceará, considering the elements that interfere with the performance of its employees, as structural, human and organizational. This is an evaluative research with a qualitative approach, which employed the logic model. Data collection took place between the months of July 2014 to October 2015, through non-participant observation, document analysis, questionnaire and interview conducted with employees of the service. Data analysis occurred through the logical model and for the interviews was used content analysis. It was observed that the physical area of the center is unsatisfactory to accommodate the human and material resources. There is no space available for direct attendance to the user, interfering on the quality of care. It was evident that, in general, the Center is involved on the support to patients exposed to toxic agents, and / or intoxicated treated at the hospital, however, sometimes this involvement does not occur due to lack communication between its and others staff of hospital. This is compounded by the lack of a standardized treatment protocol and shared with all professionals involved in patient care. It was found that the service workers use two different information systems to generate epidemiological information, but do not use this information to plan their actions. Considering the reality found, it was concluded that the reorganization of the work process deserves special attention and can contribute to increased productivity of its employees, since many of the problems encountered resulted from the lack of planning of organizational processes. In addition, communication between the Centre's staff with other hospital should be strengthened, with a view to full and adequate patient care. It is essential also to work the understanding of workers on the use of epidemiological information in the management and programming of its activities.

Keywords: Health Services Evaluation. Qualitative research. Logical Model. Poison Control Center. Poisoning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Distribuição dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica no território brasileiro	17
Figura 2 Objetivos específicos de um Centro de Informação e Assistência Toxicológica, conforme as linhas de atuação	22
Figura 3 Esquema de modelo lógico e seus elementos	28
Figura 4 Modelo lógico para avaliação do Centro de Assistência Toxicológica do Instituto Dr. José Frota	31
Figura 5 Itinerário do atendimento, no Instituto Dr. José Frota, do paciente exposto a agentes tóxicos e/ou intoxicado	52
Figura 6 Fluxos de notificação do CEATOX	57
Figura 7 Modelo lógico após avaliação do Centro de Assistência Toxicológica do Instituto Dr. José Frota. Ceará, 2015	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRACIT	Associação Brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológica e Toxicologistas Clínicos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AAPCC	American Association of Poison Control Centers
CEATOX	Centro de Assistência Toxicológica
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CIATox	Centro de Informação e Assistência Toxicológica.
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IJF	Instituto Dr. José Frota
MS	Ministério da Saúde
NUVE	Núcleo de Vigilância Epidemiológica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRONITOX	Programa Nacional Integrado de Informação Fármaco-Toxicológica
RENACIAT	Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica
SBTox	Sociedade Brasileira de Toxicologia
SINAN	Sistema Nacional de Notificação de Agravos
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SNITF	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	12
2.1	Objetivo geral	12
2.2	Objetivos específicos	12
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
3.1	Centros de Informação e Assistência Toxicológica no Brasil: da história à produção de informação	13
3.2	O papel dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica	21
3.3	Modelo de avaliação aplicado no Centro de Assistência Toxicológica	25
4	PERCURSO METODOLÓGICO	30
4.1	Desenho do estudo	30
4.2	Contexto do estudo	32
4.3	Sujeitos do estudo	32
4.4	Instrumentos e procedimento de coleta de dados	33
4.5	Análise dos resultados	35
4.6	Categorias de análise	35
4.7	Aspectos ético	36
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1	Dados de atendimento do Centro de Assistência Toxicológica do Instituto Dr. José Frota	38
5.2	Avaliação da estrutura do Centro de Assistência Toxicológica do Instituto Dr. José Frota	41
5.2.1	<i>Condições estruturais do Centro de Assistência Toxicológica</i>	41
5.2.2	<i>Itinerário de atendimento do paciente do Centro de Assistência Toxicológica...</i>	51
5.2.3	<i>Fluxo de notificação dos casos atendidos pelo Centro de Assistência Toxicológica</i>	57
6	CONCLUSÃO	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICE	75
	ANEXO	85

1 INTRODUÇÃO

O tema da dissertação é uma avaliação em um Centro de Assistência Toxicológica em um município do Nordeste do Brasil. A avaliação é um processo essencialmente humano e realizado cotidianamente pelo senso comum e tem, em um sentido amplo, o significado de julgar, estimar, medir, classificar ou analisar criticamente alguém ou algo (MINAYO; DE ASSIS; DE SOUZA, 2005). E, a partir dessa análise crítica, podemos, então, desvendar a realidade na qual buscamos conhecer e traçar estratégias para conceber mudanças, com diferentes objetivos, nessa realidade (MINAYO; DE ASSIS; DE SOUZA, 2005).

Vários são os estudiosos e pesquisadores no campo da avaliação, bem como vários são seus conceitos e *modus operandi*. Decidiu-se considerar, nesta dissertação, a avaliação em seus aspectos fundamentais para o funcionamento do serviço, bem como ouvir os sujeitos atuantes no serviço, utilizando o modelo lógico como ferramenta para a avaliação. Através do modelo lógico é possível expor, através de um esquema visual, um serviço, sistema ou programa em condições ideais e, após a avaliação, indicar quais as fragilidades desse serviço, sistema ou programa nas condições reais. E a partir de então, subsidiar ações de melhorias (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; CASSIOLATO; GUERESI, 2010; MCLAUGHLIN; JORDAN, 1999; MEDINA *et al.*, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), devido ao grande número de ocorrências, a intoxicação exógena é um problema de saúde pública de importância global. Estima-se que aproximadamente 193.460 pessoas morreram em todo o mundo decorrente de intoxicação exógena não intencional, no ano de 2012. No mesmo ano, tal agravo gerou a perda de mais de 10,7 milhões de anos de vida saudável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Quando nos deparamos com as intoxicações exógenas intencionais o número é ainda mais alarmante. Estima-se que a ingestão intencional de inseticidas provoque 370.000 mortes por ano, estando os produtos químicos envolvidos em um número significativo de mortes resultante de suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Os acidentes ofídicos, por vezes negligenciados, também são um problema de saúde pública global. Segundo a OMS, ocorrem, aproximadamente, cinco milhões de picadas de cobra a cada ano, resultando em até 2,5 milhões casos de intoxicação e em pelo menos 100.000 mortes, além de amputações e outras incapacidades permanentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

No ano de 2012, no Brasil, foram notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) 226.053 casos suspeitos de intoxicação exógena e acidentes por animais

peçonhentos e desses, 0,47% (n=1.077) evoluiu para óbito. No estado do Ceará, no mesmo ano, foram notificados 5.585 casos; dentre os quais, 1% (n=55) evoluiu à óbito (BRASIL, 2012).

A elevada demanda dessas ocorrências exigiu que fossem criados serviços especializados no manejo, monitoramento e prevenção desses agravos. De acordo com a literatura, os primeiros serviços especializados surgiram nos Estados Unidos da América (EUA) e Europa na década de 1950 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). No Brasil, o surgimento desses estabelecimentos especializados se iniciou na década de 1970, enquanto que no Ceará o primeiro surgiu na década de 1980 (AZEVEDO, 2006; CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA, 2015).

No país, esses serviços especializados, atualmente denominados de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox), são responsáveis por fornecer aos profissionais de saúde e população em geral orientações sobre os riscos da exposição a substâncias químicas e biológicas à saúde humana, animal ou ambiental, bem como auxiliar no diagnóstico e tratamento dos casos suspeitos de intoxicação exógena e acidentes por animais peçonhentos (BRASIL, 2005), contribuindo na redução de complicações e sequelas e óbitos ocasionados por esses agravos, redução do tempo de hospitalização dos pacientes, redução dos custos de saúde, na prevenção de ocorrência de eventos toxicológicos; dentre outros (SÃO PAULO, 2014).

Considerando, portanto, a importância dos CIATox para promoção à saúde da população, bem como para o Sistema Único do Saúde (SUS), é imprescindível que esses Centros estejam estruturados e organizados de forma a fornecer um serviço de qualidade à população e aos serviços e profissionais de saúde, sendo necessário utilizar ferramentas que possibilitem acompanhar e analisar a qualidade dos serviços prestados e orientar possíveis ações de reorganização e melhoria desses estabelecimentos. É pertinente, portanto, utilizar-se como ferramenta a avaliação.

À vista das considerações levantadas, foram formuladas duas questões de investigação para avaliação do Centro de Informação e Assistência Toxicológica referência no estado do Ceará:

1. Como são percebidas e estabelecidas as condições físicas, humanas e organizacionais no Centro de Informação e Assistência Toxicológica referência no estado?
2. Como são realizados o atendimento e a notificação dos pacientes expostos a agentes tóxicos e/ou intoxicados atendidos nesta unidade especializada?

Entende-se, portanto, que a avaliação é a ferramenta que pode fornecer as respostas à estas indagações, além de permitir, através do que for encontrado, subsídios para planejar uma nova realidade e gerar futuras intervenções.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o serviço do Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX) do Instituto Doutor José Frota (IJF), considerando os elementos que interferem na atuação de seus trabalhadores, como aspectos estruturais, humanos e organizacionais.

2.2 Objetivos específicos

Analisar como a infraestrutura do Centro interfere na ação dos profissionais;

Avaliar o envolvimento dos profissionais do Centro no suporte aos pacientes expostos a agentes tóxicos e/ou intoxicados atendidos no hospital;

Avaliar a realização do registro dos casos atendidos e do uso da ferramenta epidemiológica no planejamento das ações do Centro;

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A apresentação da revisão da literatura parte da construção do processo histórico de criação dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica, por entender que esse processo foi condicionante para gerar as peculiaridades e diferenças existentes entre esses serviços no país, o que gerou a necessidade de se avaliar em específico o Centro de Assistência Toxicológica do Instituto Dr. José Frota. Abordou-se, posteriormente, as ferramentas legais que direcionam as ações e as qualificadoras para esses serviços, que são os aspectos norteadores para a avaliação. E por último, optou-se por trazer os modelos de avaliação, particularmente o adotado nessa dissertação.

3.1. Centros de Informação e Assistência Toxicológica no Brasil: da história à produção de informação

Todo dia, o homem entra em contato com diversas substâncias químicas e, dependendo da substância envolvida, sua dose, além de outras condições de exposição, como a susceptibilidade do indivíduo, elas podem exercer sua toxicidade no organismo, produzindo efeitos tóxicos, os quais podem se traduzir na ocorrência de intoxicação (OGA; CAMARGO; BATISTUZZO, 2008). Intoxicação é o conjunto de sinais e sintomas provocados pela exposição às substâncias químicas e envenenamento por toxinas de animais peçonhentos e plantas tóxicas (BRASIL, 2015).

Face ao elevado e crescente número de casos de intoxicação, os profissionais da área da saúde enxergaram a necessidade de criar setores especializados no atendimento a pessoas expostas a agentes e/ou intoxicadas dentro de unidades hospitalares e, posteriormente, fundar instituições responsáveis por monitorar e buscar a qualidade no atendimento a esses indivíduos (AZEVEDO, 2006; BOCHNER, 2013; SANTANA, 2005).

Os primeiros centros especializados no atendimento a eventos tóxicos foram criados na América do Norte e na Europa, durante a década de 1950 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). No Brasil, surgiram, a princípio, por iniciativa particular de profissionais dos serviços de saúde, que recebiam a crescente demanda desse tipo de agravo à saúde (AZEVEDO, 2006; SANTANA, 2005). Esses profissionais assumiram a responsabilidade de captar e difundir informações toxicológicas no âmbito dos seus serviços, bem como para outros serviços de saúde e para população em geral. (SANTANA, 2005).

Posteriormente, reconhecendo o impacto desse agravo à saúde da população, o poder público se sensibilizou e promoveu ações para reconhecimento, implantação e aprimoramento dessas unidades especializadas no atendimento e orientação toxicológica (AZEVEDO, 2006; BOCHNER, 2013; BRASIL, 2005; SANTANA, 2005).

No Brasil, o Centro de Controle de Intoxicações de São Paulo, localizado na cidade de São Paulo, foi o primeiro serviço especializado nesse tipo de atendimento reconhecido no país (BAROUD, 1985; BORTOLETTO, 1993). Apesar de seu reconhecimento formal ter ocorrido somente no ano de 1971, esse Centro funcionava desde 1963 como o primeiro serviço de atendimento pediátrico a crianças intoxicadas (CALDAS, MORAES; UNES, 1996 *apud* AZEVEDO, 2006). Atualmente, o estado de São Paulo conta com a cobertura de 10 centros especializados no atendimento a eventos tóxicos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015a).

Posteriormente, o Centro de Informações Toxicológicas, do Instituto de Pesquisas Biológicas da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, foi fundado em 1976 (LESSA; NICOLELLA, 2005), permanecendo como o serviço de referência no estado do Rio Grande do Sul (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015a).

Quatro anos depois, em 1980, o Centro de Informação Antiveneno (CIAVE) na cidade de Salvador, iniciou as suas atividades (SANTANA, 2005) e, ainda hoje, é referência no estado Bahia (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015a).

Em 1972, um núcleo de toxicologia já existia no Hospital João XXIII em Belo Horizonte. O serviço utilizava fichas manuais com informações sobre a toxicidade de algumas substâncias químicas e orientações no manejo de pacientes intoxicados e/ou expostos a esses agentes tóxicos. Porém, somente em 1982, o Serviço de Toxicologia foi reconhecido formalmente (BOCHNER, 2013).

Em Fortaleza, no ano de 1984, foi fundado, o Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX) (CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA, 2015), o qual, atualmente é o Centro de referência no estado do Ceará (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015a).

Vista a necessidade de ampliar o número de Centros no país, de gerar informação epidemiológica com base na consolidação dos casos registrados pelos Centros já existentes e de aprimorar o conhecimento sobre intoxicações exógenas, foi constituído, em 1980, o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SNITF), que em 1989 passou a ser denominado Programa Nacional Integrado de Informação Fármaco-Toxicológica (PRONITOX). Esse é, atualmente, o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) (BOCHNER, 2013; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015b).

O SINITOX tinha, dentre outros, o propósito de propiciar a implantação de Centros especializados em atendimento e orientação toxicológica no Brasil, a partir de um programa orçamentário específico do Ministério da Saúde (MS) para Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com o objetivo de fornecer aporte financeiro e técnico para a criação de Centros em todos os estados do país (BORTOLETTO, 1993; BOCHNER, 2013).

A principal atribuição do SINITOX, atualmente, é coordenar o processo de coleta, compilação, análise e divulgação dos casos de suspeita de intoxicação exógena e de acidente por animais peçonhentos registrados pelos Centros de Informação e Assistência Toxicologia (CIATox), existentes no Brasil (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015c). Funciona, portanto, como um sistema sentinela de vigilância para a saúde, nesse campo, e fornece subsídios para a tomada de decisão por parte das autoridades competentes (SANTANA, 2005).

Após todas essas iniciativas e incentivos, vários Centros foram implantados nos demais estados do país. Todavia, pela forma isolada de sua criação e pela falta de diretrizes regulatórias que guiassem a sua implantação, os Centros guardavam muitas diferenças entre si (SANTANA, 2005).

Evidência disto foi o resultado encontrado por Marques e colaboradores (1995) ao analisarem a interferência dos recursos disponíveis para a identificação dos casos de exposição e/ou intoxicação, para prevenção de novas ocorrências e monitoramento das consequências dos agentes tóxicos na qualidade dos dados enviados pelos Centros ao sistema SINITOX. Segundo as autoras, tratou-se do primeiro esforço de avaliação realizado nesse âmbito (MARQUES *et al.*, 1995).

No estudo, foi enviado um questionário para os 27 Centros ativos no país, o qual continha 54 questões, abertas e fechadas, divididas em categorias, a saber: organização, estrutura, recursos humanos, atividade de informação, resposta médico assistencial e atividades educativas. A partir da análise desse instrumento, as autoras identificaram uma acentuada diferença entre os 27 Centros, desde sua vinculação institucional até a definição de conceitos, sendo bastante evidenciada a ausência de padronização na rede de CIAT, no país (MARQUES *et al.*, 1995).

Além disso, as autoras salientaram a subnotificação dos eventos tóxicos por esses Centros, bem como a não periodicidade do envio dessas informações ao SINITOX. Os resultados do estudo indicaram um conjunto de fatores limitantes que deveria ser levado em conta na análise da elevada subnotificação observado no SINITOX: quantidade insuficiente de Centros para cobrir o território nacional, insuficiente grau de coordenação do Centros com outros serviços de saúde, notificações não compulsórias desses agravos e inexistência de

definições padronizadas (MARQUES *et al.*, 1995). Tais fragilidades, segundo as autoras, poderiam repercutir nas respostas assistenciais aos eventos tóxicos e na qualidade da notificação desses, sendo necessárias mudanças, visando extinguir tais limitações (MARQUES *et al.*, 1995).

Nove anos depois, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em parceria com a FIOCRUZ, realizou um estudo avaliativo para traçar um diagnóstico da situação dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica no Brasil e fornecer, posteriormente, subsídios legais para o reconhecimento e aperfeiçoamento desses serviços especializados (AZEVEDO, 2006), apresentando resultados semelhantes ao estudo anterior.

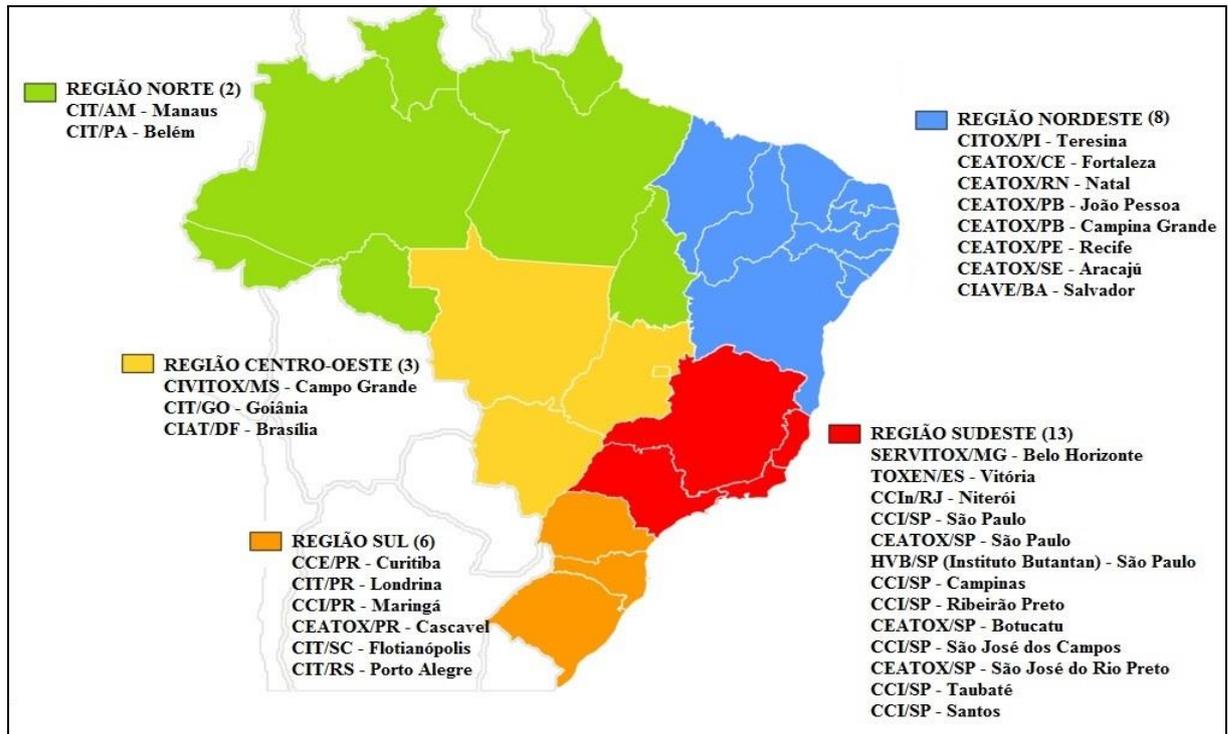
Segundo o relatório do estudo, à época existiam 34 Centros dispersos por vários estados do país. Os Centros apresentaram diferenças com relação aos serviços disponibilizados, variando desde somente prestação de informação e orientação toxicológica até assistência toxicológica presencial. Os Centros também apresentaram diferenças no que diz respeito às Instituições as quais estavam vinculados, bem como às fontes de informação utilizadas no apoio às tomadas de decisão (AZEVEDO, 2006).

Em vista disso, a ANVISA lançou mão da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 19, de 03 de fevereiro de 2005 (Anexo 1), com o objetivo de estruturar e organizar os serviços de informação e assistência toxicológica a indivíduos expostos a agentes tóxicos e/ou intoxicados, bem como qualificar os dados epidemiológicos relacionados a esses agravos (BRASIL, 2005).

Com a homologação da referida Resolução foram estabelecidos critérios para o reconhecimento dos Centros já existentes no país e parâmetros para a criação de novos. Foram então aprovadas as diretrizes para a qualificação dos Centros (BRASIL, 2005). Nesta oportunidade, também foi criada a Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (RENACIAT) (BRASIL, 2005).

Atualmente, o Brasil conta com 32 CIATox, vinculados à RENACIAT, localizados em 18 estados e no Distrito Federal, dentre os quais está o CEATOX, como é possível visualizar na Figura 1 (SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS, 2015a).

Figura 1 – Distribuição dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica no território brasileiro.



Fonte: BOCHNER, 2013 (adaptação); SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS, 2015a.

A partir dessas regulamentações, os CIATox vinculados à RENACIAT passaram a contribuir e participar dos sistemas públicos de toxicovigilância e farmacovigilância, disponibilizando os dados de atendimento para a produção de informação epidemiológica, através do sistema SINITOX. Entretanto, o envio dos dados ao SINITOX, ainda hoje, não é compulsório, ou seja, os Centros enviam os dados de forma espontânea, o que acarreta a descontinuidade no processamento dessas informações e a dificuldade de análise das tendências ao longo de um período (AZEVEDO, 2006; MARQUES *et al.*, 1995). Esse fato pode ser evidenciado através dos dados disponibilizados no SINITOX, como é possível visualizar na Tabela 1.

Os dados compilados e divulgados pelo SINITOX não contemplam os casos de intoxicação e/ou exposição humana a agentes tóxicos atendidos por todos os CIATox existentes no país, além de se restringirem aos casos que foram atendidos por esses estabelecimentos de saúde específicos, refletindo, portanto, a realidade local de cada Centro e, conseqüentemente, subestimando o número de ocorrências desse agravo à saúde em âmbito nacional.

Tabela 1 - Casos Registrados de Intoxicação Humana, de Intoxicação Animal e de Solicitação de Informação por Região e por Centro. Brasil, 2011.

Região/Centro	Vítima		Humana		Animal	Informação	Total	
	N	%	N	%	N	N	N	%
NORTE	2828	2,67	27		44		2899	2,56
CIT/AM – Manaus	838	0,79	17		2		857	0,76
CIT/PA – Belém	1990	1,88	10		42		2042	1,81
NORDESTE	14027	13,24	-		9		14036	12,41
CIAT/CE – Fortaleza	268	0,25	-		-		268	0,24
CEATOX/CE – Fortaleza	3255	3,07	-		-		3255	2,88
CEATOX/PB - João Pessoa	2399	2,27	-		1		2400	2,12
CIT/RN – Natal	...	...	...		...		...	...
CEATOX/PB - Campina Grande	1728	1,63	-		2		1730	1,53
CEATOX/PI – Teresina	99	0,09	-		6		105	0,09
CIAT/PE – Recife	1812	1,71	-		-		1812	1,60
CIAVE/BA - Salvador	...	...	...		...		...	...
CIT/SE – Aracaju	4466	4,22	-		-		4466	3,95
SUDESTE	55234	52,17	796		849		56879	50,30
ST/MG - Belo Horizonte	10590	10,00	-		-		10590	9,36
CCI/ES - Vitória	14371	13,57	9		11		14391	12,73
CCI/RJ - Niterói	722	0,68	12		-		734	0,65
CCI/SP - São Paulo	7012	6,62	212		143		7367	6,51
CEATOX/SP - São Paulo	14502	13,70	554		620		15676	13,86
CCI/SP - Campinas	4431	4,19	-		16		4447	3,93
CCI/SP - Ribeirão Preto	...	...	...		...		...	...
CEATOX/SP - Botucatu	757	0,71	1		7		765	0,68
CCI/SP - São José dos Campos	666	0,63	-		-		666	0,59
CEATOX/SP - São José do Rio Preto	1613	1,52	8		52		1673	1,48
CCI/SP - Taubaté	570	0,54	-		-		570	0,50
CEATOX/SP - Presidente Prudente	...	...	...		...		...	...
CCI/SP - Santos	...	...	...		...		...	...
SUL	20137	19,02	885		1905		22927	20,27
CCE/PR - Curitiba	...	...	...		...		...	...
CCI/PR - Londrina	...	...	...		...		...	...
CCI/PR - Maringá	...	...	...		...		...	...
CIT/SC - Florianópolis	...	...	...		...		...	...
CIT/RS - Porto Alegre	20137	19,02	885		1905		22927	20,27
CENTRO - OESTE	13649	12,89	90		2607		16346	14,45
CIT/MS - Campo Grande	1661	1,57	22		429		2112	1,87
CIAVE/MT - Cuiabá	703	0,66	-		-		703	0,62
CIT/GO - Goiânia	7059	6,67	26		1838		8923	7,89
CIT/DF - Brasília	4226	3,99	42		340		4608	4,07
T o t a l	105875	100	1798		5414		113087	100
%	93,62		1,59		4,79		100	

Fonte: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2011. Legenda: ... (dado numérico não disponível); - (dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento).

Contudo, reconhecendo a notoriedade dos eventos tóxicos como agravos à saúde da população, o MS, através da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, atualizou a Lista de Notificação Compulsória, na qual incluiu as intoxicações exógenas e os acidentes por animais peçonhentos entre os agravos à saúde decorrentes de causas externas acidentais ou intencionais de notificação compulsória (BRASIL, 2010a). Sendo assim, todo estabelecimento de saúde que atender um indivíduo acometido por uma intoxicação exógena

ou um acidente por animal peçonhento, independentemente do nível de atendimento, deverá notificar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Até então, somente os casos de intoxicação exógena configurados como acidentes de trabalho eram de notificação compulsória (BRASIL, 2004a).

O SINAN é um Sistema de Informação que foi inicialmente implantado em 1993 nas unidades federadas e municípios, de forma gradual e heterogênea, não havendo uma coordenação e acompanhamento por parte dos gestores de saúde (BRASIL, 2007).

Em 1998, o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) retoma esse processo e constitui uma comissão para desenvolver instrumentos, definir fluxos e um novo software para o SINAN, além de definir estratégias para sua imediata implantação em todo o território nacional, através da Portaria n.º 73 de 9 de março de 1998 (BRASIL, 1998; 2007). A utilização desse sistema foi regulamentada, tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados nacional pelos municípios, estados e Distrito Federal (BRASIL, 1998; 2007).

Esse sistema é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória, entretanto é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região (BRASIL, 2007).

A alimentação desse sistema por parte dos municípios, estados e Distrito Federal produz informações que contribuem para o Componente de Vigilância em Saúde. Segundo a Portaria n.º 1.378, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde, a manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância em Saúde está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2013).

Sendo assim, a descontinuidade na alimentação do SINAN, por parte dos municípios, estados e Distrito Federal, implica no bloqueio do repasse financeiro as unidades federativas. Situação diferente da que acontece no SINITOX, uma vez que não há a obrigatoriedade e incentivo financeiro para esse repasse.

A partir de 2010, o Brasil passou, então, a contar com dois Sistemas de Informação que disponibilizam dados referentes aos casos de intoxicação e/ou exposição humana a agentes tóxicos. E a inclusão das intoxicações exógenas e acidentes por animais peçonhentos nos agravos de notificação compulsória foi um avanço para a saúde pública, pois a partir dos dados nacionais é possível conhecer de forma mais cristalina a consequência

desse agravo na saúde da população e assim traçar políticas de saúde públicas na área.

Ainda no ano de 2010, a partir da Portaria nº 298 de 9 de fevereiro de 2010, foi instituído o Grupo de Trabalho para a elaboração de diretrizes para as atividades no âmbito da Toxicologia relacionadas à vigilância e atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010b). Ressalta-se que, até então, não havia uma política nacional de saúde pública estabelecida para essa área de conhecimentos (GALVÃO *et al.*, 2013).

Foi então que em 2015, os CIATox foram instituídos como estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma, da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS, através da Portaria nº 1.678, de 2 de outubro de 2015 (BRASIL, 2015). Para o Ministério da Saúde,

as linhas do cuidado significam um arranjo organizacional dos serviços de saúde em rede, centradas no usuário, visando à integralidade das ações. Requerem profissionais trabalhando de forma integrada, capazes de perceber o usuário não como um doente, mas como uma pessoa que traz, em sua demanda, as representações de sua história e as marcas de sua forma de viver: sua inserção social, suas relações e seus saberes. Ocorrem através da utilização sincronizada de um conjunto de tecnologias e do trabalho em equipe, voltadas para o processo de receber os usuários, ouvi-los, encaminhá-los e resolver suas necessidades. Estão baseadas na potencialização do trabalho de cada membro da equipe, valorizando os saberes de cada categoria, constituindo-se no primeiro momento de um processo de resposta, que se pretende constante, às necessidades das pessoas (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, o envolvimento dos CIATox no cuidado ao paciente exposto a agentes tóxicos e/ou intoxicado que chega à uma unidade de urgência e emergência se torna quesito para a assistência integral a esse indivíduo. Além de incluir esses serviços especializados em uma política pública de saúde, a referida Portaria contribuiu para maior visibilidade e fortalecimento dos Centros como unidades de saúde.

Em decorrência dos avanços alcançados nos últimos anos no país, esperava-se uma maior homogeneidade entre esses serviços especializados. Entretanto, a lógica de criação e o desenvolvimento “solitário” dos CIATox no país deixaram como herança uma heterogeneidade - vinculações, características, denominações e serviços prestados - que não se diluirá breve e facilmente. Considerando esse aspecto, é essencial que, primeiramente, cada um dos Centros seja tratado como um estabelecimento de saúde específico, respeitando suas peculiaridades, ou melhor dizendo, seja avaliado isoladamente. Sendo assim, ao reconhecer essa realidade foi proposta a avaliação do CEATOX, o CIATox do estado do Ceará.

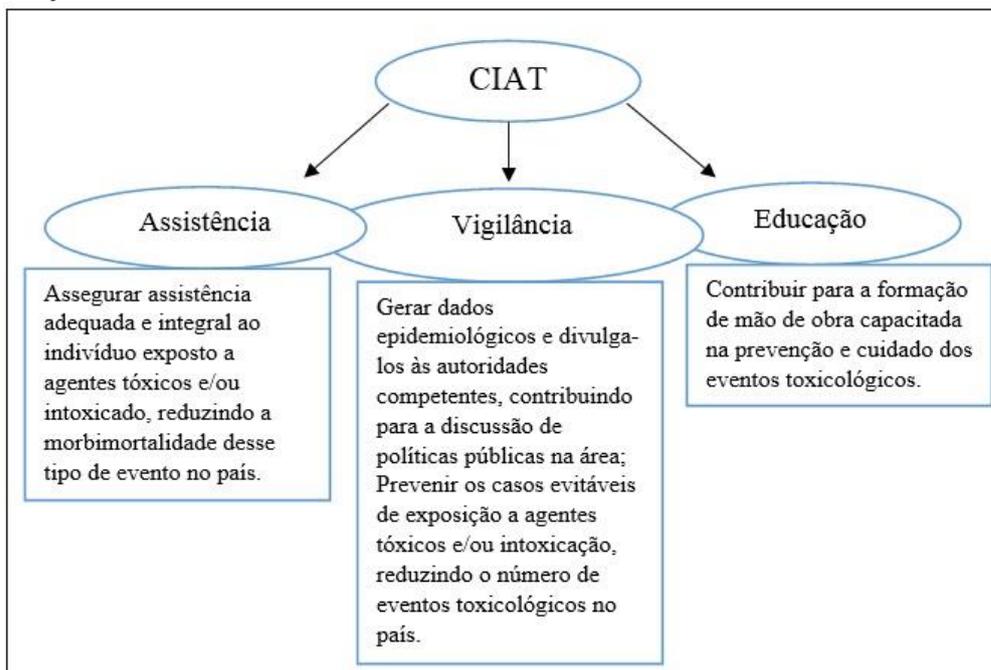
3.2 O papel dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica

No Brasil, os CIATox são regulamentados pela RDC nº19 de 03 de fevereiro de 2005, a qual, através das diretrizes para qualificação dos Centros, define e qualifica os diferentes tipos e estabelece um conjunto de atribuições, características e critérios mínimos para o seu funcionamento (BRASIL, 2005) e pela Portaria nº 1.678, de 2 de outubro de 2015, a qual incluiu os CIATox em uma política pública de saúde.

Um Centro de Informação e Assistência Toxicológica é uma unidade de saúde, de referência em Toxicologia Clínica no SUS, com atendimento em regime de plantão permanente por teleconsultoria e/ou presencial, com o objetivo de prover informação toxicológica aos profissionais de saúde e às instituições e prestar assistência aos indivíduos expostos a agentes tóxicos e/ou intoxicados, visando à redução da morbimortalidade (BRASIL, 2015). São caracterizados como setores públicos, credenciados junto aos órgãos competentes, que prestam serviços 24 horas por dia, 7 dias por semana, durante todo o ano e contribuem para os sistemas públicos de toxico e farmacovigilância, independentemente de sua vinculação (BRASIL, 2005).

Apesar das diferenças encontradas entre cada um, esses centros especializados possuem atribuições em comum e possuem objetivos específicos que se encaixam em três áreas coexistentes e integradas: assistência ao paciente, vigilância dos eventos toxicológicos e educação na área de Toxicologia, como é possível visualizar na Figura 2.

Figura 2 – Objetivos específicos de um Centro de Informação e Assistência Toxicológica, conforme as linhas de atuação.



Fonte: SÃO PAULO, 2014 (adaptação).

Cada CIATox pode recorrer a diferentes serviços e processos de trabalho, a depender das condições estruturais e organizacionais de cada um, para atingir seu objetivo final, a redução da morbimortalidade das intoxicações.

Miller e Johnson (1966 *apud* BAROUD, 1985), propuseram classificar os CIATox, baseando-se nos tipos de serviços oferecidos, o que é útil para a compreensão da abrangência da atuação dos diferentes tipos existentes em vários países. Seguindo essa lógica e reconhecendo as diferenças existentes entre os CIATox no Brasil, a ANVISA propôs, na RDC nº19/2005, a qualificação desses setores especializados (BRASIL, 2005):

Centro de Informação Toxicológica é uma unidade especializada cuja função é fornecer informação e orientação sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações e envenenamentos, assim como sobre a toxicidade das substâncias químicas e biológicas e os riscos que elas ocasionam à saúde;

Centro de Informação e Análise Toxicológica é uma unidade especializada cuja função é fornecer informação e orientação sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações e envenenamentos, assim como sobre a toxicidade das substâncias químicas e biológicas e os riscos que elas ocasionam à saúde, dispondo de laboratório especializado para apoio ao diagnóstico;

Centro de Informação e Assistência Toxicológica é uma unidade especializada cuja função é fornecer informação e orientação sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações e envenenamentos, assim como sobre a toxicidade das substâncias químicas e biológicas e os riscos que elas ocasionam à saúde, prestando assistência presencial em qualquer nível de complexidade ao paciente intoxicado e viabilizando análises toxicológicas;

Centro de Informação, Análise e Assistência Toxicológica é uma unidade especializada cuja função é fornecer informação e orientação sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações e envenenamentos, assim como sobre a toxicidade das substâncias químicas e biológicas e os riscos que elas ocasionam à saúde, dispondo de laboratório especializado para apoio ao diagnóstico e prestando assistência presencial nos vários níveis de complexidade ao paciente intoxicado (BRASIL, 2005).

Especificamente, o Centro de Assistência do Instituto Dr. José Frota realiza as seguintes atividades (CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA, 2015):

- I. Presta assessoria os profissionais de saúde, especialmente equipe médica e de enfermagem, do IJF e de outros serviços de saúde, com sugestão terapêutica atualizada, prestando assistência ao indivíduo exposto a agentes tóxicos e/ou intoxicado atendidos no IJF até sua alta hospitalar;
- II. Informa aos profissionais da saúde e à população em geral, através do atendimento presencial e telefônico, sobre intoxicação exógena e acidentes por animais peçonhentos;
- III. Armazena soros para picadas de animais peçonhentos, mantendo um estoque permanente e adequado;
- IV. Viabiliza análises toxicológicas;
- V. Atualiza protocolos clínicos-toxicológicos;
- VI. Registra os casos atendidos na Ficha de Notificação e Atendimento (ANEXO B) – ficha padronizada para todos os Centros do país – e nas Ficha de Investigação de Intoxicação Exógena (ANEXO C) e de Acidentes Por Animais Peçonhentos (ANEXO D).
- VII. Envia dados epidemiológicos ao SINITOX;
- VIII. Realiza atividades preventivas e de capacitação, como orientações para alunos secundaristas, aulas de campo para alunos de faculdade, supervisão de estágio extracurricular de Medicina e Farmácia, dentre outras.

Considerando os serviços descritos acima e a qualificação dos Centros proposta pela RDC em questão, entende-se que o CEATOX atua como um Centro de Informação e Assistência Toxicológica. Neste contexto, a ANVISA definiu alguns requisitos mínimos para o adequado funcionamento dos Centros (BRASIL, 2005), como é possível visualizar no quadro 1, que cabem aqui serem apresentados, uma vez que sustentarão a avaliação proposta para o CEATOX.

Quadro 1 – Requisitos mínimos para o adequado funcionamento de um Centro de Informação e Assistência Toxicológica, segundo a RDC nº19/2005, divididos em estrutura física, recursos humanos e materiais.

ESTRUTURA FÍSICA
Área física com mobiliário e equipamentos adequados e suficientes para a realização de suas atividades.
Os Centros que realizarem atendimento presencial deverão estar instalados em unidades hospitalares.
Local para atendimento telefônico e direto (presencial) ao público.
Acomodação para plantonistas.
Dependências para administração, acervo bibliográfico, arquivos, reunião e treinamento da equipe.
Linha telefônica exclusiva à prestação de informações para o atendimento de emergências toxicológicas.
RECURSOS MATERIAIS
Equipamentos de proteção individual e coletiva.
Biblioteca básica atualizada ¹ .
Acesso a bases de dados suficiente para a prestação de informações para o atendimento de intoxicações agudas e crônicas.
Estoque mínimo de antídotos para as necessidades regionais.
Sistema de registro de dados dos atendimentos realizados que garanta sua confidencialidade.
RECURSOS HUMANOS
Equipe: <ul style="list-style-type: none"> • um coordenador geral; • um coordenador clínico; • três médicos com experiência em toxicologia para supervisão da informação e atendimento ambulatorial; • equipe multiprofissional para o suporte presencial ao paciente intoxicado, em qualquer nível de complexidade, de acordo com a legislação em vigor; • dois plantonistas por turno, graduados (preferencialmente), ou graduandos da área de saúde treinados em informação toxicológica², para atendimento 24 horas por dia, sete dias por semana; • dois assistentes administrativos.
Coordenador do Centro – profissional de nível superior, da área de Saúde, com experiência em Toxicologia, preferencialmente em regime de tempo integral, ou dedicação mínima de 20 horas semanais em horário administrativo.
Coordenador clínico – médico com experiência em Medicina de Urgência ou Terapia Intensiva e em Toxicologia, preferencialmente em regime de tempo integral, ou dedicação mínima de 20 horas semanais, em horário administrativo.

1 – A RDC nº19/2005 sugere alguns livros para biblioteca básica – Arquivo em anexo (Anexo A).

2 – Plantonistas treinados em informação toxicológica: Graduados (preferencialmente) ou graduandos, em medicina, farmácia, enfermagem, biologia e medicina veterinária, treinados por um período mínimo de três meses.

Percebe-se, a partir do exposto, que é fundamental que tais serviços estejam capacitados, através de recursos disponibilizados, processo organizacional nítido e metas estabelecidas, com a finalidade de suprir as demandas dos usuários e serviços de saúde, no tocante a exposição a agentes tóxicos e/ou intoxicação, contribuindo, portanto, para a

integralidade da assistência. A partir desse entendimento, buscou-se elaborar um modelo de avaliação do CEATOX, serviço referência no estado, a fim de avaliar o cenário atual, identificando objetivos alcançados, fragilidades existentes, auxiliando para direcionar estratégias de aprimorá-lo.

3.3 Modelo de avaliação aplicado no Centro de Assistência Toxicológica

Avaliar, no sentido de julgar o valor das ações com o intuito de melhorá-las, é uma prática tão antiga quanto a consciência humana (SERAPIONI; LOPES; SILVA, 2011). No entanto, como prática sistemática, a avaliação de organizações e setores da sociedade é resultado do desenvolvimento de um processo de construção e reconstrução, onde inúmeras influências estão envolvidas (GUBA; LINCOLN, 2011).

No seu processo de construção, a avaliação, historicamente, possui quatro gerações. A primeira, de 1910 a 1930, é considerada pelos autores como a geração da mensuração, pois se utiliza de técnicas de medida para avaliar (GUBA; LINCOLN, 2011). A segunda geração, de 1930 a 1960, é caracterizada pela descrição dos programas – estrutura, conteúdo, forças e fragilidades – e não está centrada somente nas características dos indivíduos, sujeitos-objeto da avaliação (BROUSSELLE *et al.*, 2011; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; GUBA; LINCOLN, 2011). Na terceira geração, de 1960 a 1990, é exigido mais do que a mensuração e descrição dos programas. A avaliação se concentra no juízo de valor sobre o objeto de avaliação – seu valor intrínseco – e sua importância – seu valor extrínseco (GUBA; LINCOLN, 2011). Na quarta geração, a avaliação é marcada por uma nova abordagem metodológica que permite preencher lacunas e alcançar um grau de complexidade maior (BROUSSELLE *et al.*, 2011). A avaliação se torna um instrumento de negociação e de fortalecimento do poder, levando em conta o ponto de vista dos diferentes atores envolvidos no objeto de avaliação. O avaliador, então, passa a ter o papel de moderador, que predomina sobre suas funções de técnico, de descritor e de juiz (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; GUBA; LINCOLN, 2011; HARTZ, 1997).

No decorrer do desenvolvimento da avaliação, diversos conceitos surgiram devido a debates e a diferentes concepções acerca do assunto. É sabido que não existe um conceito único de avaliação aceito pelos *experts* e estudiosos da área. Contudo, Serapioni, Lopes e Silva (2011) consideram que os diferentes conceitos de avaliação englobam elementos consensuais e que aproximam a vasta literatura especializada no tema, a saber: I – avaliação

no sentido de emitir juízo sobre o valor ou mérito de uma intervenção que visa modificar a realidade social das comunidades; II – procedimentos de coleta sistêmicos e rigorosos que sustentem o julgamento do valor e mérito das ações; III – avaliação como uma ferramenta de subsídio no processo da tomada de decisões, ou seja, a utilização da avaliação no planejamento e gestão dos programas, serviços e políticas.

Considerando tais aspectos, decidiu-se por assumir a definição proposta por Brousselle *et al.* (2011, p.44):

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individualmente ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (BROUSSELLE *et al.*, 2011):

Para os autores, uma intervenção é “um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática”. Tal sistema é composto por cinco diferentes elementos: uma estrutura, atores individuais e coletivos e suas práticas, processos de ação, uma ou várias finalidades e um ambiente (BROUSSELLE *et al.*, 2011). Sendo assim, a concepção de avaliação se torna mais abrangente do que aquela restrita à dimensão racional da ação ou ao uso instrumental dos resultados, tendo como objeto desde as práticas do cotidiano até aquelas relacionadas com o trabalho, nos seus diversos âmbitos, o que envolve as interações sociais planejadas (VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

Adotando essa perspectiva, as práticas de saúde podem ser consideradas como objeto de avaliação, seja quando aplicadas ao cuidado individual ou em níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas (VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

Definido o foco e objetivo da avaliação, é fundamental pensar em uma estratégia metodológica para sua realização. Ação essa um tanto complexa, uma vez que avaliação em saúde admite diversas opções teórico-metodológicas, dificultando a escolha da estratégia metodológica que mais se adeque à avaliação que se deseja realizar.

Para Medina *et al.* (2008, p. 43), o objeto da investigação científica “é um construto da realidade passível de modelagem. Modelizar significa representar o objeto, seus movimentos e suas relações tendo por referência uma construção teórica: teoria do objeto-modelo”. Entretanto, o objeto-modelo por si só não auxilia muito o processo de investigação

científica, sendo importante agregar ao primeiro momento – da intuição – uma segunda condição, a razão. É necessário dotar o objeto de certas propriedades passíveis de serem tratadas pela teoria e enxertá-lo de uma teoria passível de ser confrontadas com os fatos, o real, elaborando, assim o modelo teórico (MEDINA *et al.*, 2008).

O modelo teórico é uma teoria específica de um objeto suposto real, constituída por uma teoria geral enriquecida de um objeto-modelo, tornando-a, assim, verificável (MEDINA *et al.*, 2008).

No campo da avaliação, o objeto-modelo é operacionalizado através da expressão “modelo lógico”, que é consensualmente aceita pela maioria dos avaliadores (MEDINA *et al.*, 2008) e será utilizada no presente estudo.

O modelo lógico é uma maneira sistemática e visual de apresentar e compartilhar a compreensão das relações entre os recursos disponíveis para as ações programadas e os resultados que se espera alcançar em um programa (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

Dessa forma, o modelo lógico expõe o funcionamento do programa e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos, ou seja, como eles se articulam para resolver o problema que deu origem ao programa (BEZERRA; CAZARIN; ALVEZ, 2010)

Para a construção do modelo lógico de um programa – política, programa ou serviço de saúde – é necessário percorrer cinco estágios, a saber: coletar informações relevantes a partir de fontes variadas (revisão de literatura, documentos, entrevistas); definir o problema que o programa irá resolver e seu contexto; identificar os elementos do modelo lógico; construir o modelo e verificar se o modelo produzido representa a lógica do programa (MCLAUGHLIN; JORDAN, 1999). Vários são os caminhos para o desenvolvimento de um modelo lógico, que vai depender do nível de especificidade, complexidade e dos tipos de representação visual (MEDINA *et al.*, 2008).

No presente estudo, decidiu-se por adotar o modelo que proposto por Mclaughlin e Jordan (1999), que é desencadeado pela seleção dos componentes do programa e elabora-se uma rota até os objetivos e efeitos esperados, como é possível visualizar na Figura 3.

Figura 3 - Esquema de modelo lógico e seus elementos.



Fonte: MCLAUGHLIN; JORDAN, 1999 (adaptação).

Para delinear o modelo lógico é importante estar nítido aspectos essenciais do programa, que pode ser um programa, política ou serviço de saúde (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010):

- I. Problema que o originou;
- II. Objetivos geral e específicos;
- III. Público alvo;
- IV. Componentes e atividades realizadas pelo programa, ou seja, os meios utilizados para atingir os resultados esperados;
- V. Estrutura necessária para o funcionamento do programa, que é composta por três componentes: estrutura física (estruturação dos diferentes recursos financeiros, humanos, materiais), estrutura organizacional (conjunto de leis, regulamentos, regras, convênio e fluxos que definem como os recursos serão divididos e trocados) e estrutura simbólica (conjunto de crenças, representações e valores, que permitem aos diferentes atores envolvidos na intervenção comunicar-se entre si e dar sentido a suas ações).

O passo seguinte à elaboração do modelo lógico do programa é a descrição do seu funcionamento na prática. A análise das informações pode ser feita através de uma matriz comparativa entre as informações registradas em documentos e aquelas apreendidas por métodos e técnicas utilizadas na avaliação (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Ao produzir o modelo de desempenho ideal e compará-lo com a realidade apreendida, é possível identificar áreas críticas do programa (CASSIOLATO; GUERESI, 2010; MCLAUGHLIN; JORDAN, 1999) e, conseqüentemente, auxiliar na tomada de decisões dos responsáveis por ele, a fim de serem traçadas estratégias para a melhoria das intervenções de saúde, no caso específico do estudo, podendo então resultar na assistência de qualidade aos usuários do sistema de saúde e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida desses (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

O modelo lógico é uma estratégia oportuna para avaliação em saúde, uma vez que

algumas dificuldades – obscuridade em documentos oficiais e falta de consenso entre os atores envolvidos acerca da operacionalização e resultados esperados de um programa/política/serviço de saúde – são encontradas quando se pretende avaliar uma intervenção, e estas podem ser superadas através da referida estratégia (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

Sendo assim, utilizou-se as recomendações propostas nas ferramentas legais da ANVISA e do MS, bem como os achados na literatura, para elaborar o modelo lógico a ser seguido como referência para a avaliação.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa que empregou diferentes técnicas de coleta de dados e utilizou como recurso metodológico o modelo lógico.

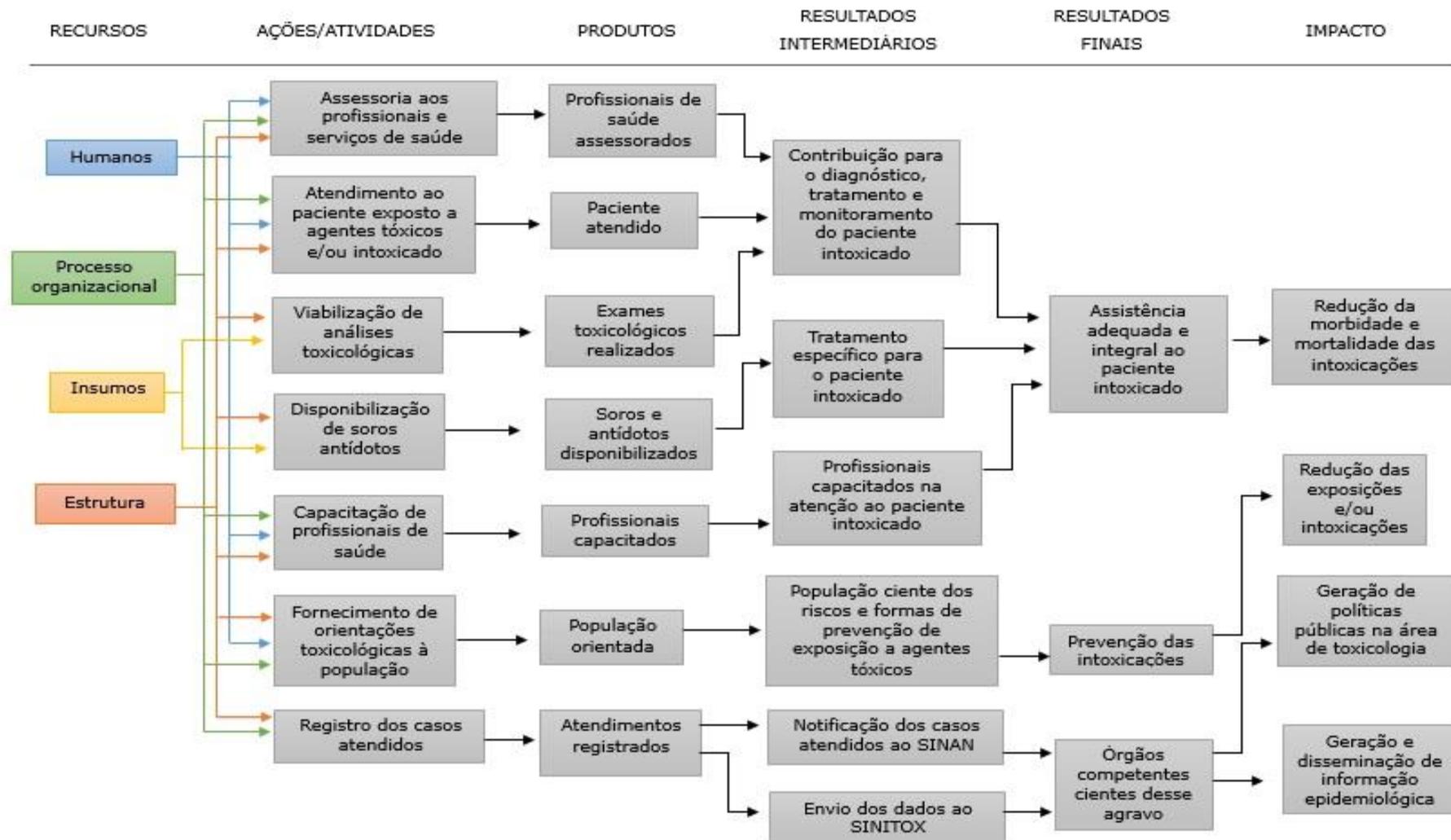
A pesquisa avaliativa consiste em analisar, mediante métodos científicos válidos, o grau de adequação entre os diferentes componentes de uma intervenção. Trata-se de analisar a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se encontra (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

A combinação das diferentes técnicas, observação sistemática, análise documental, questionário e entrevista, para a coleta de dados objetivou a aproximação, o aprofundamento e a compreensão do objeto a ser estudado (MINAYO; DE ASSIS; SOUZA, 2005).

Através do modelo lógico foi possível expor, através de um esquema visual, a teoria de funcionamento do CEATOX, expondo como deveria ser sua operacionalização na forma ideal (Figura 4), tendo em vista apresentar, posteriormente, o modelo encontrado na realidade, e dessa forma, identificar possíveis fragilidades associadas aos elementos que o integram (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; CASSIOLATO; GUERESI, 2010; MCLAUGHLIN; JORDAN, 1999; MEDINA *et. al.*, 2008).

A partir dos achados, foi possível elaborar a matriz de funcionamento do Centro na realidade (Figura 7), na qual as fragilidades identificadas no estudo foram evidenciadas na forma de linhas tracejadas na matriz, originando uma última coluna com o que foi possível avaliar ou não.

Figura 8 – Modelo lógico para avaliação do Centro de Assistência Toxicológica do Instituto Dr. José Frota.



4.2 Contexto do estudo

O estudo foi desenvolvido no Centro de Assistência Toxicológica, localizado no Instituto Dr. José Frota, Fortaleza/CE.

O Instituto Dr. José Frota é um hospital terciário de referência no estado em atendimento a pessoas poli traumatizadas, queimadas e intoxicadas. O IJF é considerado o maior hospital de urgência e emergência do estado, possuindo uma capacidade instalada de 446 leitos. Dentre as especialidades e serviços prestados no Hospital, está o Centro de Assistência Toxicológica.

O CEATOX é o serviço de referência no estado em atendimento e orientação toxicológicos para profissionais e serviços de saúde, indivíduos expostos a agentes tóxicos e/ou intoxicados e população em geral. O Centro é integrado aos demais serviços do IJF, principalmente à urgência e emergência e ao laboratório de análises clínicas, sua equipe é composta por um médico coordenador, sete farmacêuticos plantonistas e dois funcionários administrativos, além de 10 estagiários bolsistas, sendo quatro estudantes de medicina e seis de farmácia, funcionando em regime de plantão de 24 horas os sete dias da semana (CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA, 2015).

4.3 Sujeitos do estudo

Decidiu-se por selecionar os trabalhadores do CEATOX por entender que o envolvimento com o serviço possibilitaria apreender relatos e informações pertinentes aos objetivos do estudo, como problemas internos ligados à gestão, carências com respeito a sua estrutura e organização e relações entre os agentes que prestam o cuidado ao paciente exposto e/ou intoxicado atendido no IJF.

Quando abordados, eles foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, bem como acerca do sigilo e da confidencialidade das respostas direcionadas ao instrumento. Após o aceite, procedeu-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Usuário, e em seguida os instrumentos foram aplicados. A pesquisa contou com a participação de nove trabalhadores do CEATOX. Houve uma recusa.

Os trabalhadores tinham idade entre 35 e 59 anos, com uma média de idade de 47,2 anos. O tempo de serviço no CEATOX variou entre dois e 30 anos. Quanto à titulação, quatro possuíam mestrado, dois na área das Ciências Farmacêuticas, com área de concentração em Farmácia Clínica, um em Farmacologia e o último na área Médica.

Para preservar o anonimato dos sujeitos, decidiu-se por denominá-los como profissional em saúde (PS) e apresentar suas falas em ordem sequencial: PS1, PS2 até PS9.

4.4 Instrumentos e procedimento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho de 2014 a outubro de 2015, por meio de observação não participante, análise documental, questionário e entrevista com os profissionais.

Inicialmente, foi realizada a observação não participante do CEATOX. Essa etapa permitiu à pesquisadora compreender e apreender a realidade social dos sujeitos. A observação ocorreu por meio de um roteiro de observação (APÊNDICE A) elaborado a partir da Resolução que regulamenta os CIATox (BRASIL 2005) e adaptado do modelo proposto por Victora, Knauth e Hassen (2000). Pensou-se em acompanhar, *a priori*, um plantão-dia e um plantão-noite de cada profissional do Centro, porém foi possível acompanhar somente um plantão-noite. Esta fase compreendeu um período de quatro meses, de julho a outubro de 2014, no qual houve pelo menos uma visita por semana no CEATOX.

O roteiro de observação abordou os seguintes aspectos:

- I. Equipe atuante no CEATOX;
- II. Espaço físico interno e externo ao Centro;
- III. Relação de trabalho dos profissionais do Centro entre si e com outros profissionais do hospital;
- IV. Processo organizacional, no tocante ao atendimento e notificação dos eventos tóxicos;
- V. Recursos físicos e materiais;
- VI. Sinalização e acesso ao Centro;

Durante esse período foi percebido um incômodo de alguns sujeitos do serviço com relação à avaliação proposta. A partir daí, ocorreram reuniões com os profissionais e coordenação com o intuito de esclarecer os objetivos da avaliação e as potenciais melhorias advindas de sua realização.

Posteriormente, iniciou-se a fase de análise documental, na qual foram levantadas as informações do Centro através de documentos oficiais, tais como, atas de reunião, ocorrência diária do plantão, organograma do serviço e dados de notificação. A análise documental ocorreu até o final da coleta de dados.

A partir dos relatórios de atendimento foi possível compilar 10 anos de atendimento do serviço, considerando as seguintes variáveis:

- I. Relacionadas à exposição: agente envolvido, circunstância e zona;
- II. Relacionadas ao indivíduo: sexo e faixa etária.

Em seguida, foi aplicado um questionário (APÊNDICE B), nos meses de março a junho de 2015, aos trabalhadores do Centro. O questionário abrangeu elementos internos do CEATOX, como:

- I. Estrutura física: área disponível para atividade do Centro, sala de atendimento direto ao cliente interno e externo, sinalização do Centro no hospital, localização acessível, localização próxima à urgência e emergência, local de armazenamento de soros e antídotos, linhas telefônicas;
- II. Recursos materiais: disponibilidade de equipamentos de proteção individual e coletiva, disponibilidade de biblioteca básica, acesso à internet, acesso à base de dados, banco de antídotos e soro, banco de dados de atendimento próprio;
- III. Recursos humanos: presença de coordenadores, plano de educação continuada dos funcionários de saúde, participação de eventos em toxicologia (congressos, simpósios, outros), permanente atualização através de convênios com Instituições envolvidas com a Toxicologia;
- IV. Processo organizacional: fluxo de atendimento ao paciente, protocolo de assistência, registro dos atendimentos, notificação dos casos atendidos, produção e divulgação de dados epidemiológicos, orientação técnico-científica a equipes de saúde e população em geral, discussão dos dados gerados, reuniões de planejamento do serviço.

A aplicação do questionário objetivou conhecer a impressão de cada profissional, acerca dos aspectos acima descritos, a fim de serem aprofundados alguns desses pontos nas entrevistas.

Finalmente, foram realizadas as entrevistas com sujeitos. As entrevistas foram marcadas com os sujeitos, em contato anterior, seguindo o dia e a hora mais oportuna para eles. Houve o cancelamento de algumas entrevistas, visto que a demanda do serviço impossibilitou a realização das mesmas. O período compreendido para realizar esta etapa foi de junho a outubro de 2015. As entrevistas foram realizadas seguindo um roteiro de entrevista (APÊNDICE C) com seis perguntas abertas que abrangeram aspectos como competência profissional, fluxo de atendimento e notificação, comunicação do serviço com outras unidades do hospital, percepção de práticas, dificuldades e facilidades encontradas para realização dos serviços prestados. As entrevistas foram gravadas, para assegurar a qualidade dos registros, e o material produzido foi transcrito.

4.5 Análise dos resultados

A análise dos dados ocorreu através da elaboração de um modelo lógico (Figura 4), para servir como guia para a execução da avaliação, a qual observou as recomendações da ANVISA (2005) e MS (2015), que estabelecem critérios para qualificação dos CIAT existentes no país e regulamentam suas atividades, bem como dos achados na literatura.

Mclaughlin e Jordan (1999) afirmam que os recursos, as atividades, os produtos e os resultados, de curto, médio e longo prazo ou impacto, são elementos essenciais para que ocorra a análise dos dados, contudo a análise no referido estudo só pode ser realizada até o resultado final, fazendo com que o impacto seja fruto de uma futura avaliação, uma vez que o fator tempo foi determinante para o estudo.

Ressalta-se, ainda, que apesar do estudo ter evidenciado atividades preventivas e de capacitação profissional realizadas pelo Centro, a pesquisa não propôs avaliá-las, uma vez que outros parâmetros deveriam ser abordados e seria necessário mais tempo para desenvolver a pesquisa.

As entrevistas foram trabalhadas a partir da análise temática (BARDIN, 2009), que visa descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto de análise. Essa técnica analítica é composta por três fases: pré análise (leitura exaustiva do conjunto das comunicações); exploração do material (operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto e identificação das categorias) e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (propõe inferências e realiza interpretações fundamentadas na literatura).

4.6 Categorias de análise

A avaliação da estrutura do CEATOX abrangeu as seguintes categorias:

- I. *Condições estruturais do Centro de Assistência Toxicológica*, que avaliou como as condições físicas do Centro – espaço físico disponível para realizar as atividades, a disponibilidade de soros contra picadas de animais peçonhentos e antídotos, a localização e recursos humanos – interferem nas atividades do serviço.
- II. *Itinerário de atendimento do paciente do Centro de Assistência Toxicológica*, que esclarece o processo organizacional no atendimento ao paciente exposto a agentes tóxicos e/ou intoxicado dentro do IJF e a integração do Centro nesse processo,

exibindo, portanto, o envolvimento do CEATOX no suporte aos pacientes expostos a agentes tóxicos e/ou intoxicados que são atendidos no IJF.

- III. *Fluxo de notificação dos casos atendidos pelo Centro de Assistência Toxicológica*, onde foram abordados os sistemas e metodologias para gerar a informação epidemiológica, revelando a realização ou não do registro dos casos atendidos e a utilização ou não desses dados para planejamento de ações do Centro.

4.7 Aspectos éticos

Os preceitos da ética, segundo a resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, bem como o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa sem sofrer prejuízos ou ônus, foram respeitados. A pesquisa faz parte de um projeto de maior abrangência “guarda-chuva” intitulado “ANÁLISE SITUACIONAL E DA GESTÃO DE UM CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA DO CEARÁ: PROPOSTA DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO INTEGRADAS”, o qual recebeu parecer favorável, pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos da Universidade Federal do Ceará (Plataforma Brasil), para seu início, apresentando o número, **CAAE**: 23265913.0.0000.5054 (ANEXO E).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Criação do Centro de Assistência Toxicológica do Instituto Dr. José Frota

Em março de 1984, no hospital Instituto Dr. José Frota, surgiu o Centro Antiveneno, atualmente denominado Centro de Assistência Toxicológica – CEATOX, por iniciativa particular do médico, Fábio Benevides, que contou com o apoio do Ministério da Saúde, através de convênio com o SINITOX. Nesta época, o Centro funcionava com três enfermarias, contando com o trabalho voluntário, em regime de plantão, dos acadêmicos do curso de medicina. Quatro anos depois, em agosto de 1988, iniciou-se o plantão de 24 horas com estagiários do curso de Farmácia, concursados em convênio com a Universidade Federal do Ceará (UFC) (CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA, 2015).

Entre 1989 e 1992, o Centro ficou desativado, tendo suas atividades suspensas e o atendimento ao paciente exposto a agentes tóxicos e/ou intoxicados passou a ser realizado pelos plantonistas do próprio IJF, sob a orientação da coordenação do Centro. Houve um esforço, por parte da coordenação, em reativar o serviço, que se concretizou em julho de 1992, com a formação de uma equipe de profissionais que reconheceram a importância do serviço e se prontificaram em fazer parte do Centro.

O CEATOX estava se formando, o Dr. Anastasia [coordenador à época] estava procurando por farmacêuticos e eu pedi para vir para cá. Não tinha farmacêutico, só tinha ele de médico e dois auxiliares administrativos (PS1).

O CEATOX passou a contar com a colaboração de dois farmacêuticos, dois funcionários administrativos e um coordenador médico. Até então, o serviço funcionava em horário comercial de segunda a sexta feira e, *“no final de semana o CEATOX ficava fechado, só tinha um rapaz que atuava no nível burocrático, e não tinha atendimento a noite e nem plantonista”* (PS1).

Aproximadamente um ano após sua reativação, houve a contratação de um outro farmacêutico e de estagiários do curso de Farmácia, iniciando-se o plantão de 24 horas e funcionamento diário por sete dias da semana. E no ano de 2005, o Centro passou a contar também com os estagiários do curso de medicina (CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA, 2015).

Apesar das intercorrências, o CEATOX, atualmente, é o único Centro no estado na assistência e orientação toxicológicas, integrado à Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (RENACIAT) e filiado à Organização Mundial da Saúde (OMS) (CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA, 2015).

5.1 Dados de atendimento do Centro de Assistência Toxicológica do Instituto Dr. José Frota

Em um período de 10 anos, janeiro de 2003 a dezembro de 2012, o CEATOX registrou 24.268 casos atendidos de exposição a agentes tóxicos e/ou intoxicação, como é possível observar na Tabela 2. Do total dos eventos tóxicos registrados, 38% dos casos foi referente a exposição e/ou intoxicação por animais peçonhentos/escorpião, 15,8% a medicamentos, 9,8% a animais não peçonhentos, 9,5% a agrotóxicos de uso agrícola, 7,5% a raticidas, dentre outros. Apesar do predomínio de acidentes por animais peçonhentos/escorpião na totalidade dos eventos tóxicos, a exposição e/ou intoxicação por medicamentos foi superior dentre os toxicantes envolvidos – excluindo-se os acidentes por animais peçonhentos ou não – nos eventos registrados pelo CEATOX.

Do total dos casos, 55,4% ocorreram com o sexo feminino, enquanto que 44,6% com o masculino. Houve predominância desses eventos em indivíduos nas faixas etárias entre 20 e 29 anos (24%), 30 e 39 anos (15,7%), 15 e 19 anos (11,7%), 40 e 49 anos (11,6%) e um e quatro anos (10,6%). Os eventos tóxicos ocorreram majoritariamente na zona urbana (94,8%). No tocante às circunstâncias que ocasionaram o evento, acidente individual e tentativa de suicídio foram preponderantes, correspondendo, respectivamente, à 68,01% e 26,59% do total de eventos registrados.

De acordo com os dados fornecidos pelo SINITOX, em 2012, foram registrados 99.035 casos de exposição humana a agentes tóxicos e/ou intoxicação. Dentre os quais, predominaram os casos envolvendo medicamentos (27,27%), animais peçonhentos/escorpião (12,61%), drogas de abuso (8,07%) e saneantes de uso doméstico (8,06%) (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012a). Percebe-se que os medicamentos e acidentes por animais peçonhentos, especialmente envolvendo escorpiões, são os principais casos de exposição humana a agentes tóxicos e/ou intoxicação registrados pelo CEATOX e por outros CIATox no país.

Os homens estiveram mais envolvidos nos eventos tóxicos registrados por outros Centros no Brasil no ano de 2012, correspondendo à 49,9%, enquanto que as mulheres se envolveram em 49,1% dos casos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012b), diferente dos registros do CEATOX. Em contrapartida, predominantemente, os indivíduos envolvidos nos eventos tóxicos registrado por esses CIATox estavam nas faixas etárias entre um e quatro anos (20,54%), 20 e 29 anos (17,81%), 30 e 39 anos (14,53%) e 40 e 49 anos (10,94%), assemelhando-se ao que foi registrado pelo CEATOX (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012c).

TABELA 2 – Eventos tóxicos atendidos pelo Centro de Assistência Toxicológica no período entre janeiro de 2003 a dezembro de 2012.

AGENTE TÓXICO	ANO											TOTAL	
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	N	%	
AGROTÓXICO/ USO AGRÍCOLA	127	113	334	342	292	274	222	205	229	178	2316	9,54	
AGROTÓXICO/ USO DOMÉSTICO	71	62	38	33	36	23	23	15	8	34	343	1,41	
ALIMENTOS	36	32	19	12	26	22	4	4	9	12	176	0,73	
ANIMAIS NÃO PEÇONHENTOS	322	271	213	176	183	265	197	216	331	197	2371	9,77	
ANIMAIS PEÇONHENTOS/ARANHA	8	10	8	9	10	15	8	16	6	31	121	0,5	
ANIMAIS PEÇONHENTOS/ESCORPIÃO	674	781	647	446	483	690	713	968	1968	1845	9215	38,0	
ANIMAIS PEÇONHENTOS/SERPENTES	37	37	27	11	14	22	69	36	17	162	432	1,8	
COSMÉTICOS	18	14	17	7	6	11	6	8	11	24	122	0,5	
DESCONHECIDO	18	32	19	9	14	5	22	13	1	15	148	0,6	
DOMISSANITÁRIOS	182	150	124	56	60	72	71	64	76	77	932	3,8	
DROGAS DE ABUSO	56	59	26	23	18	35	30	52	40	44	383	1,6	
MEDICAMENTOS	709	660	396	307	301	321	240	263	305	322	3824	15,8	
METAIS	2	1	1	4	1	1	0	6	3	5	24	0,1	
OUTROS	7	3	4	3	7	6	4	8	6	8	56	0,2	
OUTROS ANIMAIS PEÇONHENTOS/VENENOSOS	97	126	95	77	83	97	64	100	127	110	976	4,0	
PLANTAS	35	20	26	10	9	19	10	14	14	11	168	0,7	
PRODUTOS QUÍMICOS E INDUSTRIAIS	80	97	59	40	51	32	34	46	42	36	517	2,1	
PRODUTOS VETERINÁRIOS	43	41	34	23	33	22	26	33	29	35	319	1,3	
RATICIDAS	761	672	100	48	40	56	31	34	33	50	1825	7,5	
TOTAL	3283	3181	2187	1636	1667	1988	1774	2101	3255	3196	24268	100	

Uma situação que despertou atenção durante a pesquisa foi a abdicação dos atendimentos telefônicos serem utilizados como dados de atendimento do serviço, apesar dos profissionais mencionarem, durante as entrevistas, que todos os casos são registrados. Os atendimentos telefônicos somente são descritos no livro de ocorrência do plantão, ou seja, não são registrados na Ficha de Notificação e Atendimento do Centro (ANEXO B), que é o formulário padrão utilizado para registrar os casos atendidos e a partir dele gerar dados epidemiológicos. Dessa forma, as informações prestadas aos profissionais de outros estabelecimentos e à população em geral, via telefônica, não entram na produtividade do CEATOX, apesar desse atendimento ser reconhecido como rotineiro na fala dos profissionais entrevistados.

Nós atendemos muitas solicitações de telefone. São telefonemas que vêm do interior, às vezes de outros estados. Eles telefonam pedindo orientação no procedimento, o próprio médico, a própria enfermeira, às vezes não tem o médico na localidade, tem enfermeira [somente]. (PS2)

Os atendimentos de telefone, que são pacientes atendidos em UPA, em outros hospitais, interior, às vezes, até em outro estado. (PS3)

A ausência desses registros contribui para subnotificação de casos atendidos pelo CEATOX e afeta na produtividade do serviço. Evidencia-se isto ao explorar os dados de atendimento de outros CIATox. Apesar das diferenças geográficas e densidades demográficas, o Centro de Informação Toxicológica (CIT) do Rio Grande do Sul, em seu relatório anual, registrou 20.237 casos de exposição humana a agentes tóxicos e/ou intoxicação, somente no ano de 2012 (NICOLELLA; FERREIRA; LESSA, 2012), e o Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina, no ano de 2012 registrou 10.577 casos (CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS DE SANTA CATARINA, 2012). Ressalta-se que o primeiro Centro realiza atendimento por telefone, somente, e o último realiza atendimento presencial e por telefone.

Revela-se, ainda, que os dados fornecidos pelo CEATOX não refletem a realidade do município de Fortaleza, sequer do estado do Ceará, apesar de ser o serviço referência estadual no atendimento e orientação toxicológicos. Trata-se, portanto, da realidade local dos casos atendidos no Instituto Dr. José Frota, o que impossibilita, inclusive, avaliar o grau de articulação do Centro com outros estabelecimentos de saúde do município e estado.

Apesar da fragilidade observada, considera-se que em decorrência da longa contribuição dos CIATox, dentre os quais o CEATOX, para o alerta às autoridades competentes e à população em geral acerca da ocorrência e dos danos ocasionados pelos eventos tóxicos no país, esses eventos estão, atualmente, elencados na lista de agravos de

notificação compulsória (BRASIL, 2016) e esses serviços – CIATox – foram legalmente reconhecidos como unidade integrante à Linha de Cuidado ao Trauma no âmbito do SUS (BRASIL, 2015).

5.2 Avaliação da estrutura do Centro de Assistência Toxicológica do Instituto Dr. José Frota

5.2.1 Condições estruturais do Centro de Assistência Toxicológica

Com relação à localização, o Centro está instalado no primeiro andar do hospital, próximo à entrada de urgência e emergência. A RDC nº19/2005 não refere qual deve ser a localização dentro de uma unidade hospitalar, conseqüentemente, fragiliza-se a avaliação deste quesito. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde sugere que os CIATox estejam alocados em locais próximos às entradas de urgência e emergência de um hospital (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997), tendo em vista a resposta em tempo hábil de um serviço de saúde no cuidado ao paciente exposto a agentes tóxicos e/ou intoxicado para evitar conseqüências desfavoráveis, pois, geralmente, o tempo entre a exposição ao agente tóxico e o atendimento inicial pode interferir no desfecho do paciente e quanto mais célere for prestado o cuidado, menor a probabilidade de morbimortalidade ocasionada pelo evento tóxico (AMERICAN ASSOCIATION OF POISON CONTROL CENTERS, 2012). Entendimento semelhante foi referido por um informante da pesquisa, *quanto mais próximo for, melhor, porque a gente como CEATOX tem que estar o mais próximo possível do paciente, para ter uma agilidade maior nesse atendimento* (PS4).

Quanto à conformação estrutural, o Centro divide o espaço físico com o laboratório do hospital, totalizando, aproximadamente, 30m². São duas salas que compõem o Centro, a sala 1, que se comunica com o meio externo, através de uma janela – local em que o usuário é atendido – e com o laboratório, através de uma porta, e a sala 2 que se comunica com a sala 1 através de uma porta de vidro.

A sala 1 é em formato de retângulo, em três de suas paredes possui armários (formato de U) e no centro da sala há uma mesa de 6 lugares. Nos armários são armazenadas as Fichas de Notificação e Atendimento (ANEXO B) em pastas separadas por mês, documentos do CEATOX, livros textos e material de escritório, como papel e caneta.

Há uma geladeira para o armazenamento dos soros contra picadas de animais peçonhentos, bem como um termômetro para monitorar a temperatura da geladeira e do

ambiente. Em cima de uma parte da bancada há animais conservados no formol, que estão expostos ao público para ajudar na identificação do animal envolvido em algum acidente.

O Centro possui dois computadores, um recém montado, e uma impressora. Possui duas linhas telefônicas, uma linha atende telefonemas internos e externos e a outra é exclusiva para telefonemas externos. Existe dois flanelógrafos, um maior – com informações como, divisão dos plantões do mês, cartazes de congressos e cursos, manual de preenchimento da Fichas de Notificação e Atendimento, informativos internos do hospital, telefones de outros CIATox – e um menor – com ramais de outros setores do hospital e telefones de outros hospitais e estabelecimentos de saúde. Existe cartazes e quadros com informações sobre plantas tóxicas e animais peçonhentos distribuídos pela sala 1.

Esta sala é o suporte para realização das atividades do Centro. Nela ocorre os atendimentos telefônicos, os atendimentos presenciais – através da janela –, a avaliação dos pacientes em acompanhamento, o registro dos casos no Sistema de Informação, as reuniões dos trabalhadores com coordenação e estagiários, dentre outras.

A sala 2 é menor do que a primeira, é em formato de um quadrado. Possui armário nas suas paredes (formato de L) para guarda de materiais pessoais, equipamentos de proteção individual e materiais de higiene. Existe duas pias, uma está com torneira e a outra não. Possui um móvel com cadeira, garrafa térmica, sanduicheira e frigobar para guarda de alimentos. Nessa sala estão os colchões para o repouso dos plantonistas. São 4 colchões com capa de plástico azul. O centro da sala é vazio para ter um espaço para estender os colchões.

Esta sala é utilizada, principalmente, para a acomodação dos plantonistas durante o plantão noturno. Também é utilizada para algum momento de leitura e, em raros casos, para atender pacientes de picadas de inseto que estão com alguma lesão na pele e o profissional necessita visualizar a lesão, uma vez que é um pouco mais reservada. Alguns profissionais reconhecem que a estrutura física, especialmente a acomodação do funcionário não é adequada, *“a gente dorme no [colchão no] chão. O mesmo chão que a gente vem com sapato lá da emergência, a gente pisa, puxa o colchão e deita. Não tem acomodação adequada para o profissional. Porque você vê aqui que precisa mudar, ter um local, um dormitório para o profissional dentro do Centro”* (PS5, PS6).

Situação semelhante foi encontrada em um estudo que avaliou três unidades de alta complexidade de urgência e emergência do município de Recife. De acordo com a pesquisa, 50,79% dos profissionais participantes consideraram as condições de repouso ruins, enquanto que 25,4 % e 23,81% avaliaram como bom e regular, respectivamente. De modo geral, o conforto no ambiente de trabalho – conforto como condição de trabalho, limpeza,

condições de repouso e qualidade da refeição – foi avaliado pelos profissionais como ruim, majoritariamente, correspondendo à 57,5% (MENDES, 2009).

Outro aspecto quanto ao espaço físico, é a inexistência de uma sala de atendimento para o usuário, que é atendido através de uma janela e, na maioria das vezes, sequer entra no CEATOX, conseqüentemente o atendimento, por vezes, é rápido, vista a situação do usuário: em pé, externo ao Centro, respondendo a perguntas através de um esquadro.

Às vezes você tem que trazer o paciente aqui para dentro, fazer algum exame [clínico], ver algum ferimento que ele está, ver aquela lesão que esse paciente está sofrendo, e a gente não tem um local reservado para fazer isso. (PS6)

Somado a isso, se o usuário desejar ou necessitar adentrar o CEATOX, há de se deslocar até a entrada do laboratório – que não é próxima à janela de atendimento – e traspasar todo o laboratório. Vale salientar que, no início da coleta de dados, a porta que dava acesso ao CEATOX ficava ao lado da janela de atendimento. Contudo, houve uma reforma no local, na qual a porta foi retirada para ser construída uma área de recebimento de exames laboratoriais. Portanto, a nova conformação espacial dificultou ainda mais o acesso do usuário ao serviço.

A gente fica no atendimento presencial, que é o atendimento da janela, que é aquele paciente que você pode orientar, que são os casos das picadas de escorpião, picada de inseto não conhecido, picada de abelhas. Então, são pacientes que a gente faz esse atendimento na janela [...]. E a questão do fluxo de atendimento ficou ruim para a gente, eu já reclamei isso em outros momentos, porque antes quando tinha aquela porta ali [referindo-se à conformação anterior], [atender o] paciente que chega com a picada que, dependendo do local do corpo, para você poder ver a picada e fazer uma análise, a gente colocava o paciente aqui para dentro, agora fica muito ruim esse fluxo de passar por dentro [do laboratório]. [...]. É diferente de o paciente sentar aqui na minha frente e eu conversar com ele. E aí, a gente tem tempo, a gente tem tempo para essa consulta, essa consulta que seria uma consulta toxicológica. Só que falta oportunidade. Falta essa estrutura. (PS3)

A ausência de um espaço individualizado para o usuário receber atendimento e o trabalhador realizar suas práticas não favorece a relação usuário-profissional e não proporciona privacidade ao usuário, que acaba por omitir algumas informações relevantes para o atendimento por não se sentir à vontade ou seguro, bem como não oferece ambiente confortável para o trabalhador, o que pode reduzir sua produtividade e, até, a qualidade do serviço prestado. Esta condição também desrespeita o que está preconizado na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), que possui como uma das diretrizes a criação de “espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas”.

No que diz respeito ao espaço físico, a RDC nº19/2005 não elenca, deveras, como

um CIATox deve estar fisicamente estruturado. Entende-se que as condições mínimas estão inter-relacionadas com a realidade de cada Centro, porém, recomendações superficiais como, “área física com mobiliário e equipamentos adequados e suficientes para a realização de suas atividades” não elucidam o que deve ser considerado como adequado e suficiente. Há de predominar, portanto, o bom senso dos gestores em salvaguardar um ambiente em condições ideais e acolhedoras para o pleno funcionamento do serviço. Contudo, a percepção apreendida não evidenciou isso. O espaço físico do Centro é insuficiente para comportar seus trabalhadores, além de ser inconveniente para o desenvolvimento das práticas desses profissionais.

Portanto, é de responsabilidade do gestor, por ocasião do planejamento e da elaboração de projetos arquitetônicos, adequar o espaço físico desse estabelecimento de saúde, considerando a privacidade e individualidade dos usuários que buscam o serviço e dos profissionais que os atendem, no intuito de proporcionar atendimento satisfatório e humanizado àqueles.

Entretanto, *as dificuldades, eu acho que elas são inerentes à própria estrutura do IJF, eu acho que todo setor que você chegar você vai ver as mesmas dificuldades (PS5)*, que culmina por interferir nas práticas desenvolvidas pelo Centro e, o mais agravante, na assistência ao paciente hospitalizado. Tais condições podem contribuir para agravar o quadro do paciente e para prolongar sua permanência no hospital, incrementando os gastos hospitalares: *tem algumas peculiaridades que acabam nos afetando mais, como exemplo o paciente ficar desassistido no corredor [devido a superlotação], que deveria estar sendo monitorizado [por aparelhos] e não está, ou que está de dieta zero na prescrição, mas ele diz que está se alimentando (PS5)*.

Esta realidade não é exclusiva do IJF. Estudos realizados em outros serviços hospitalares de urgência e emergência no país revelaram a superlotação destes e o déficit nas condições estruturais e organizacionais (DUBEUX; FREESE; REIS, 2010; MENDES, 2009; O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008; SANTOS *et al.*, 2003), interferindo na satisfação dos usuários que utilizam este serviço especializado. Mendes (2009) revelou que, dos pacientes que participaram da pesquisa de avaliação dos serviços de urgência e emergência de alta complexidade de Recife, houve baixa satisfação dos usuários, principalmente com o conforto e a privacidade oferecidos por essas unidades de saúde, em que se teve uma insatisfação de 56% e 40%, respectivamente.

Segundo SANTOS *et al.* (2003), a realidade vivida pelos hospitais de urgência e emergência é decorrente de variados fatores, que abordam desde a inadequação arquitetônica

e tecnológica dessas unidades de saúde até a lógica do financiamento do sistema, ainda centrado em pagamento por procedimentos realizados. Percebe-se, portanto, que a discussão acerca de melhorias estruturais do CEATOX extrapola sua *seara*. Porém, é importante a inserção do Centro nesta discussão, devido a especificidade e a complexidade dos pacientes intoxicados, a fim de garantir uma assistência digna e resolutive a estes.

Observou-se, ainda, que o Centro não realiza análises toxicológicas *in loco*, porém o hospital conta com um laboratório de análises clínicas que realiza a dosagem de um marcador biológico. O Centro também entra em contato com outros locais com o intuito de viabilizar essas análises.

Em relação às análises toxicológicas, a gente está um pouco deficiente, porque antes tinha um laboratório de toxicologia e na antiga gestão municipal foi desativado. Hoje a única análise toxicológica que se faz é a dosagem de colíesterase sérica, que é realizada pelo laboratório [do hospital]. Nós não temos mais nenhum contato com isso. (PS1)

A única análise toxicológica que se faz aqui é a dosagem da pseudocolinesterase, quem faz é o laboratório [do hospital]. Infelizmente, aqui a gente não tem laboratório de toxicologia. E quando há necessidade a gente tem que entrar em contato com outros órgãos competentes, como IML, para poder conseguir alguma análise. A gente entra em contato na medida do possível. (PS6)

Resultado diferente foi encontrado por Roca *et al.* (2014) ao avaliar os indicadores de qualidade do atendimento toxicológico de um serviço de urgência de um hospital terciário de Barcelona. Os autores observaram que do total de 393 casos de intoxicação pediátrica atendidos no serviço, em 90,5% dos casos foi possível determinar o agente tóxico através de técnicas laboratoriais, revelando que o indicador de estrutura avaliado está conforme com o preconizado na literatura (ROCA *et al.*, 2014) e colaborada com melhor direcionamento da assistência ao paciente.

A escassez na realização de análises toxicológicas pode dificultar, por vezes, o manejo do paciente e a indicação segura de um tratamento, pois não há como confirmar, através de exames, a exposição ou não a um determinado agente tóxico. Sendo assim, o Centro rotineiramente contribui com o diagnóstico e tratamento do paciente através da avaliação das síndromes tóxicas, que são conjunto de sintomas característicos de determinadas intoxicações a depender do agente envolvido, o que depende, dentre outros, da experiência do profissional no serviço. É necessária, portanto, a discussão da implementação de análises laboratoriais para detectar, qualitativa ou quantitativamente, o agente tóxico em questão, a fim de aprimorar a assistência aos usuários do serviço.

Com relação aos recursos materiais disponibilizados para o serviço, observou-se a disponibilidade ou não de um banco de soros e antídotos.

Nesse aspecto, o CEATOX possui permanente estoque de soros para picadas de animais peçonhentos. Em algumas exceções, quando o produtor nacional tem a produção reduzida ou a secretaria de saúde não consegue suprir a demanda do estado, ocorre a ruptura desse estoque.

Aqui a gente não tem, acredito que não seja, um banco de antídotos. Nós recebemos os antídotos, soro antiofídico, antiaracnídico, antiescorpiônico, nós recebemos da secretaria de saúde. Disponibilizamos para os pacientes que estão aqui no IJF, e, às vezes, se for requisitado, em um outro hospital, nós também vamos disponibilizar. Não é porque o paciente não é nosso que a gente vai negar o soro, a gente também disponibiliza. (PS5).

Em relação aos soros [para picadas de animais peçonhentos], a gente sempre tem. Houve um determinado período que faltou, mas faltou a nível nacional, que foi depois daquele período que teve aquele incêndio no Butantã, que repercutiu no Brasil inteiro. Mas a gente pede via regional. Aqui a gente pede diretamente à regional III. Então assim, toda segunda feira eu vejo o estoque de soro, eu sempre mantenho um estoque de três doses para cada serpente, para escorpião, para aranha. Então quando eu chego e vejo já que usaram, eu ligo para lá, pergunto se tem o soro, faço a requisição e o carro daqui vai pegar, sempre repõe. Quanto a isso não tem problema. (PS1)

Contudo, a situação é muito diferente quando envolve os antídotos. Foi observado que o CEATOX não participa diretamente do processo de aquisição de insumos farmacêuticos, uma vez que é de responsabilidade do serviço de Farmácia e o Centro não é vinculado a esse. Entretanto, o CEATOX trabalha em parceria com a Farmácia, solicitando a previsão de alguns itens e assessorando-a na justificativa para compra de um determinado antídoto.

O processo de compra desses insumos ocorre por licitação, que por diversas vezes fracassa, devido a pequena quantidade solicitada ou a apresentação do antídoto, a exemplo dos manipulados que são vendidos por farmácias com manipulação e que não entram na concorrência das licitações, o que pode acarretar a falta desses insumos.

A respeito desse banco de antídotos, isso é muito complicado, porque aqui a gente sempre pede, mas existe determinados antídotos que pela quantidade que você usa ser muito pouco, quando vai para licitação quase ninguém cota [...]. Isso a gente é muito deficiente, mas por conta da burocracia da instituição. (PS1)

Hoje mesmo eu estou muito angustiada, porque, se aqui é um Centro de referência, era primordial que tivesse checado e não faltasse nenhum antídoto. Hoje eu estou em um plantão que não tem o carvão ativado apropriado para dar para o paciente. O que que eu faço? Então é muito angustiante ainda acontecer isso no centro de referência do estado. (PS7)

Situação semelhante foi encontrada por Salmerón, Munerb e Xarau (2006). Os autores avaliaram a disponibilidade qualitativa de antídotos, considerando os diferentes níveis de assistência, para o tratamento de intoxicações por diferentes agentes tóxicos nas redes hospitalar e extra hospitalar em um Distrito da Catalunha. Os autores revelaram que hospitais terciários, secundários e primários apresentaram disponibilidade de, respectivamente, 55%,

54% e 39% dos antídotos recomendados de acordo com sua complexidade (SALMERÓN; MUNER; XARAU, 2006). Em contrapartida, em um estudo mais recente, um serviço de urgência de um hospital terciário de Barcelona apresentou 95,2% de disponibilidade dos antídotos recomendados para o tratamento de intoxicações pediátricas, sendo esse indicador de estrutura avaliado como aceitável (ROCA *et al.*, 2014).

No Brasil, a aquisição e manutenção de estoque de antídotos necessário ainda possui outro agravante, que é a disponibilidade dos antídotos no mercado. Galvão *et. al.* (2013) apontaram que dos 41 antídotos considerados como necessários para o tratamento de intoxicações, 27 são registrados no Brasil – possuem autorização para a comercialização – e destes, somente 16 estão disponíveis em formas farmacêuticas adequadas para o tratamento adequado das intoxicações, sendo assim, grande parte dos produtos requer importação ou é comercializada em apresentações impróprias à terapia. Ademais, somente um terço dos 41 antídotos está incluído na relação de medicamentos essenciais do país, agravando ainda mais esse panorama (GALVÃO *et. al.*, 2013).

A limitação de recursos terapêuticos para tratar especificamente uma intoxicação pode comprometer a assistência prestada ao paciente, vez que os antídotos, quando indicados, tornam-se um dos tratamentos mais eficazes para uma intoxicação, quando utilizados de forma correta. É necessário o CEATOX buscar alternativas que minimizem essa limitação de recursos, com a perspectiva de melhorar o serviço prestado e contribuir para assistência adequada.

É emergente a discussão acerca da elaboração de uma lista estadual de antídotos, bem como a sua programação, aquisição e distribuição. Entende-se que essa demanda é de responsabilidade das secretarias de saúde do estado e municípios, mas a participação do CEATOX se torna relevante por motivos que vão desde o conhecimento da importância desses antídotos até a indicação correta dos mesmos. Nessa perspectiva, é imprescindível haver a estreita relação entre o Centro e as secretarias de saúde para iniciar essa discussão no estado, no intuito de beneficiar os pacientes intoxicados e os serviços que atendem essa demanda.

No que diz respeito aos recursos humanos, observou-se que o CEATOX não cumpre, integralmente, com a recomendação da ANVISA (BRASIL, 2005), considerando a constituição da sua equipe. Soma-se a isto, a composição da equipe somente por plantonistas farmacêuticos, restringindo o campo de atuação e a área de conhecimento do serviço à esfera farmacêutica. É pertinente ampliar esse campo de atuação no intuito de possibilitar a troca de conhecimento e experiência com outras áreas, como Biologia, Enfermagem, Medicina e

Medicina Veterinária, e, possivelmente, aprimorar a informação e o atendimento toxicológicos prestados.

A referida Resolução recomenda, ainda, que os plantonistas de um CIATox sejam profissionais treinados por um período mínimo de três meses, denominando-os como plantonistas treinados em informação toxicológica (BRASIL, 2005). Contudo, tal informação é vaga, pois não esclarece como deve ocorrer, o que deve ser abordado e quem deve fornecer este treinamento, ficando à critério do próprio Centro em elaborá-lo e conduzi-lo.

No caso específico do CEATOX, os plantonistas recém-chegados assumem o plantão após um período de acompanhamento com o colega veterano. E apesar de terem tido contado com a área da Toxicologia durante a sua graduação, uma vez que todos são farmacêuticos, para alguns plantonistas foi uma realidade totalmente diferente.

Até então eu nunca tinha tido contato com Toxicologia nem com nada. Vim para cá mesmo zerada, sem noção, só mesmo com o que a gente aprende na faculdade [de Farmácia], que é bem diferente, às vezes, do que a gente vê aqui na realidade. (PS1)

Cheguei aqui em fevereiro de 2011, recebi um treinamento com os próprios colegas, foi muito bom esse treinamento. Era um serviço totalmente novo para mim pelo perfil de atendimento que se faz aqui. (PS3)

Em contrapartida, por estar instalado em um hospital de nível terciário, a assistência ao paciente exposto a agentes tóxicos e/ou intoxicado ocorre pela equipe multiprofissional – médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapêuticas, psicólogos, dentre outros – do IJF, respeitando-se, em parte, o que é recomendado na RDC nº19/2005 (BRASIL, 2005).

A quantidade de trabalhadores no Centro por vezes deixa a desejar, vista a demanda do serviço e a magnitude das práticas desenvolvidas, podendo comprometer o atendimento ao paciente em tempo hábil. Além disso, o desfalque de um trabalhador, por motivo e tempo quaisquer, provoca um rearranjo na equipe para encobrir esse desfalque.

A gente trabalha na capacidade limite de funcionários. No caso de você adoecer, de você ter que tirar uma licença, os outros ficam sobrecarregados. Claro que a parte do estagiário já ajuda muito, porque a gente não tem condições de levar um plantão desses nas costas sozinho. Não é que seja muito trabalho, o problema é que as vezes as coisas acontecem em um momento só: o telefone chama, a emergência chama, paciente chega na porta, pelo menos no meu caso, eu tenho que sair para resolver algum problema que é do setor. Então se tivesse mais pessoal isso seria fácil. (PS1)

A nossa equipe de plantão diária, que conta apenas com um farmacêutico e um estagiário, ela pode estar sobrecarregada em algumas situações, por quê? São vários os dias de plantão que a gente tem aqui, que acontece ao mesmo tempo de um paciente chegar na pediatria e outro chegar na emergência, paciente adulto. E a gente acaba tendo que escolher para poder dar prioridade aquele atendimento. [...]. Acaba que, de alguma forma ou de outra, alguém vai sair prejudicado. (PS4)

Esta situação não é “privilégio” do CEATOX. Em um estudo realizado em Campinas, que avaliou os serviços de urgência e emergência do referido município, dos oito serviços avaliados, em 87,5% e 62,5% as equipes médica e de enfermagem, respectivamente, estavam incompletas (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2011).

Vale ainda ressaltar que a fragilidade na realização de algumas atividades anteriormente realizadas pelo Centro, como ações preventivas, pode ser consequência da mão de obra sobrecarregada, que acaba por priorizar suas ações no cuidado ao paciente.

Atividades preventivas a gente sempre pensou em fazer muito e isso é muito importante. Principalmente nessas escolas, nos bairros, na periferia. Já fizemos muito em anos anteriores, mas agora a gente está até um pouquinho deficiente. (PS1)

Eu acho que poderia ser feito muito mais, dentro desse item aqui, “Conjunto de esforços sistemáticos desenvolvidos mediante métodos e técnicas próprias com a finalidade de informar e esclarecer aos serviços de saúde e à população em geral”. Se você fala em população em geral, é uma comunidade, uma comunidade como Fortaleza de quase três milhões de pessoas. Eu entendo, eu gosto de ver isso bem macro, [porque] do jeito que a informação chega diretamente até você, tem aquela pessoa que não tem esse contato direto com o Centro, então tem que chegar nela. (PS3)

Acrescentado a isto, os assuntos burocráticos e administrativos do Centro são realizados por uma plantonista, que durante o seu plantão se divide entre as atividades clínicas e as atividades administrativas.

Além da parte clínica, de acompanhar os estagiários, tenho, a rotina burocrática de fazer escala, de fazer incentivo, de ver quem falta, ver a programação dos soros, de resolver todo o setor burocrático, tudo sou eu quem resolve. Quando eu chego eu passo a revista em tudo. Hoje eu já olhei os soros, já vi as fichas dos pacientes que tiveram alta desde quarta-feira que eu tive aqui, já estava fazendo a escala do próximo mês e já vou ver quem está de férias, quem não está, vou bater as férias. Então assim, além da rotina clínica, do atendimento ao paciente, eu tenho uma rotina burocrática, que, como agora eu só estou um dia na semana, eu não tenho tempo para nada. Tem que ir no setor pessoal resolver algum problema, o dinheiro de fulano não saiu, eu tenho que ir lá resolver, então eu tenho só esse dia, porque a quarta à noite não funciona e no sábado também é fechado. (PS1)

A concentração de atividades em um único profissional compromete a continuidade de realização destas atividades e sobrecarrega o profissional, o que pode interferir nos resultados produzidos e, conseqüentemente, gerar prejuízos ao serviço e seus usuários.

O trabalho em equipe é uma forma de organizar o serviço, onde os profissionais, de acordo com seus saberes e com os recursos disponíveis, buscam a melhor solução que cada problema exige (BRASIL, 2006), contribuindo, assim, para serviços assistenciais mais integrais e resolutivos e para mudança nos processos de trabalho (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008).

Nesta perspectiva, é necessário que os trabalhadores do Centro rediscutam a responsabilidade e divisão dessas atividades e fortaleçam a cultura de trabalho em equipe como meio para reorganização do serviço, no intuito de promover ações sistemáticas, diretivas e resolutivas.

Quanto à qualificação profissional, quatro profissionais relataram ter feito pós-graduação, sendo que duas se concentravam na área de Ciências Farmacêuticas, uma na área de Farmacologia e uma na área Médica, mas que abordou aspectos toxicológicos por se tratar de um mestrado envolvendo danos renais devidos aos acidentes por animais peçonhentos.

Quanto à minha formação, eu fiz especialização em bioquímica, mestrado em Farmácia Clínica, especialização em farmácia hospitalar, especialização em gestão pública. [...]. [O contato com a clínica] só a questão da farmácia clínica, mestrado em Farmácia Clínica, mas a parte de Toxicologia Clínica, só a partir do ingresso aqui no CEATOX. (PS7)

Quanto a formação profissional, específico na área de Toxicologia, não tive uma pós-graduação nesses moldes de ou mestrado ou especialização. Tenho mestrado em Farmacologia e ainda estou no doutorado em Farmacologia também. [...]. Não é ideal para as atividades que a gente desenvolve aqui no Centro, mas pelo menos é o que há de mais próximo, pelo menos no estado do Ceará, o que há de mais próximo da Toxicologia hoje em dia ainda é a Farmacologia. (PS4)

Atenta-se para a fragilidade na qualificação formal desses profissionais para o atendimento na área da Toxicologia Clínica, sendo a vivência dentro do serviço, bem como o compartilhamento dos conhecimentos e experiências entre os colegas, os guias para sua capacitação.

Essa fragilidade é um reflexo do panorama nacional. A insuficiente capacitação formal de profissionais de saúde em Toxicologia Clínica é discutida há tempos pelos CIATox (AZEVEDO, 2006). A não obrigatoriedade da disciplina de Toxicologia na graduação de alguns cursos da área da saúde, como Medicina e Enfermagem, e a não regulamentação da especialidade de Toxicologista estão dentre as principais causas destacadas pelos CIATox para o atendimento inadequado aos pacientes intoxicados em alguns estabelecimentos de saúde (AZEVEDO, 2006). Contudo, em 2012, através da Resolução nº 2.005/2012, houve a inclusão da Toxicologia Médica como área de atuação da Medicina no país, o que pode ser visto como um avanço na área (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

É fundamental, entretanto, que o debate acerca desta problemática continue e que o envolvimento de setores como universidades, estabelecimentos de saúde e Ministérios da Saúde e Educação seja fortalecido, uma vez que a demanda é real, crescente e exige, cada vez mais, a presença de profissionais tecnicamente capacitados na cobertura desses pacientes.

5.2.2 Itinerário de atendimento do paciente do Centro de Assistência Toxicológica

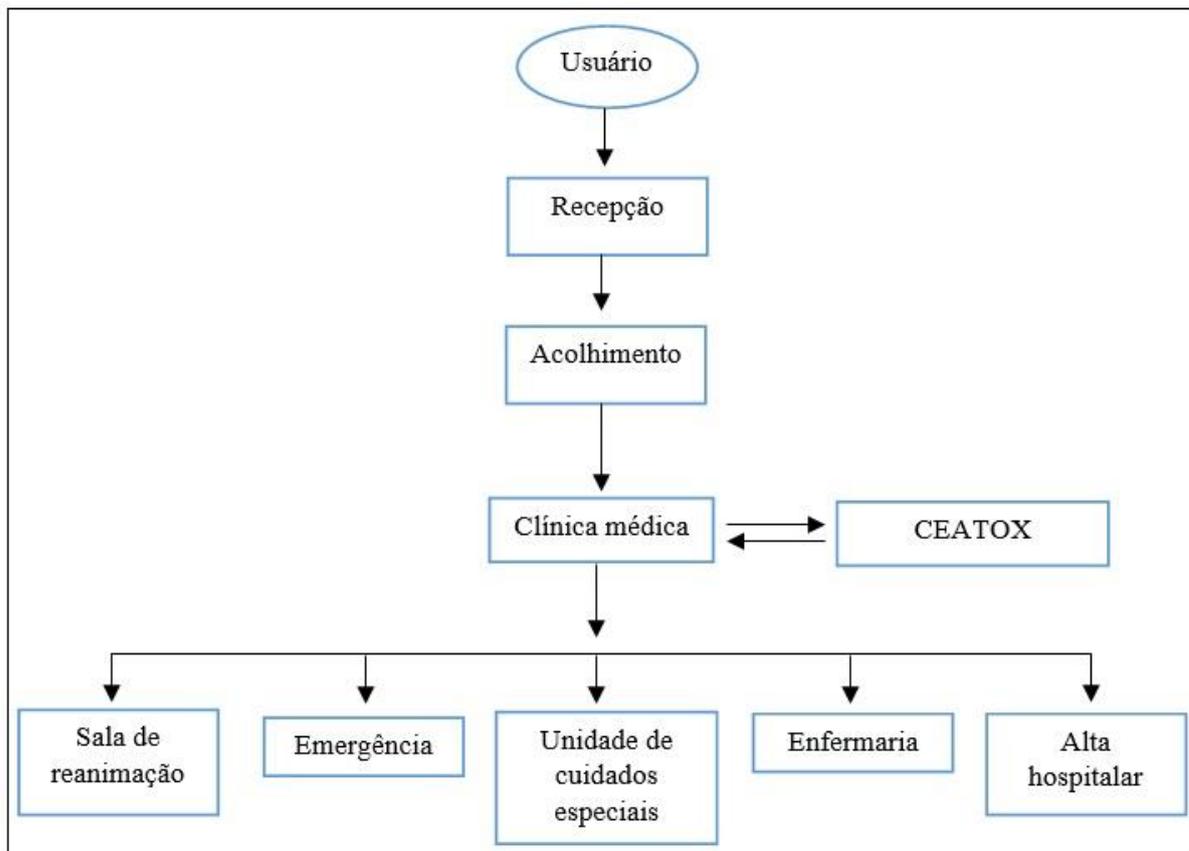
O paciente, ao chegar no IJF, vai à recepção da emergência, onde fornece os dados do registro geral (RG) – nome, idade, nome da mãe – e endereço. Após esse primeiro atendimento, é direcionado ao acolhimento, uma sala próxima à entrada da emergência, que conta com o serviço de enfermeiros e técnicos de enfermagem. A sala é bem pequena e conta com dois computadores e cadeiras para os pacientes e funcionários.

No acolhimento é realizada uma avaliação clínica, pautada pelas diretrizes do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2010), na qual é utilizado um método de triagem que fornece ao profissional uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas, ou seja, ocorre a classificação de risco do paciente, a partir da sua condição clínica, indicando qual a prioridade de atendimento deste, que pode ser desde não urgente até urgente.

O acolhimento trabalha com um sistema informatizado, que comporta inserir os dados clínicos do paciente e seu problema de saúde. O referido sistema elenca as especialidades as quais o acolhimento direciona o paciente, dentre as quais o CEATOX não está incluído. Evidencia-se, portanto, a ausência de integração do Centro no atendimento inicial do paciente.

Posteriormente, o paciente é encaminhado para o serviço que necessita. No caso do paciente exposto a agentes tóxicos e/ou intoxicado, ele é encaminhado ao consultório do clínico geral ou, nos casos mais graves, vai direto para sala de reanimação. O clínico, quando julga necessário, solicita o parecer do CEATOX. E, após esse atendimento inicial, o indivíduo pode permanecer na emergência, ser encaminhado para alguma unidade de cuidado especial, ser encaminhado para alguma enfermaria ou receber alta, como é possível visualizar na Figura 5.

Figura 5 – Itinerário do atendimento, no Instituto Dr. José Frota, do paciente exposto a agentes tóxicos e/ou intoxicado.



Fonte: Elaborada pela autora

Apesar do itinerário de atendimento se concentrar no encaminhamento inicial do paciente ao clínico geral, observou-se que não existe um único itinerário, pois ora o paciente segue do acolhimento para o CEATOX, ora segue do acolhimento ao clínico e depois ao Centro.

Aqui nós temos duas formas de atendimento. Quando o paciente vem diretamente ao CEATOX ou quando nós vamos até a emergência. Isso vai depender muito do paciente, do caso, da intoxicação, quando é, por exemplo, picada de escorpião, que é o mais simples, os casos mais simples que a gente tem, geralmente o paciente vem ao CEATOX. [...]. Às vezes o paciente vem para cá, já foi visto pelo médico, às vezes ele foi visto pelo médico, passou pela sala de medicação [sala de administração de medicamentos que fica na área da emergência], já foi medicado e aqui é o último atendimento. Mas às vezes não, às vezes é o primeiro atendimento, então isso é muito variado. O paciente pode passar pelo médico, ir para o CEATOX, depois sala de medicação. Ou então vir para cá, depois o médico e a sala de medicação. Então é totalmente variável. (PS5)

O paciente, ele dá entrada, existe o acolhimento da enfermagem. Nós temos várias situações rotineiras que acontecem aqui. Então eu vou explicar cada uma, passo a passo. Existem profissionais da enfermagem que mandam o paciente direto para janela, essa janelinha aqui é conhecida. Quando menos a gente espera, a pessoa está batendo ali. E quando a gente vai ver, é paciente. Isso é comum, muito comum. O paciente já vir direto para janela. E o fluxo correto deveria ser o acolhimento, encaminhar para o clínico e o clínico solicitar que o profissional do CEATOX vá auxiliá-lo no diagnóstico e no tratamento daquele paciente. Mas o que a gente

observa é que o que? Que esse fluxo tem várias formas de acontecer e uma delas é essa que eu falei. (PS6)

Percebe-se que não há uma uniformidade de condutas para o atendimento inicial, o que pode prejudicar a assistência do indivíduo. Ainda assim, rotineiramente o CEATOX é acionado, apontando que há o entendimento, por parte dos profissionais do IJF, da importância em envolver esse serviço especializado no cuidado ao paciente. Todavia, em determinadas situações não há comunicação efetiva da equipe assistencial, especialmente a médica, com a equipe do CEATOX, o que compromete seu envolvimento nesse primeiro cuidado.

Observou-se que a falha de comunicação ocorre, principalmente, pela frágil relação entre as equipes assistenciais e a do Centro e que, possivelmente, é acentuada pela ausência de um protocolo de atendimento ao paciente exposto a agentes tóxicos e/ou intoxicado institucionalizado e compartilhado com todos os envolvidos nesse atendimento dentro do hospital.

Acredita-se que tal achado também possa estar relacionado pela alta rotatividade dos profissionais no hospital, pois as equipes assistenciais trabalham em escala de plantão e o tempo de interação das equipes, entre um plantão e outro, é pequeno e dificulta o processo comunicativo.

O paciente chega, vai para o atendimento médico, atendimento que nós chamamos, que é o clínico, que é o atendimento de urgência e emergência, nós entramos nesse meio. Depois o médico, se interessar a ele e dependendo da cabeça dele, se tiver bem aberta para essa equipe multidisciplinar, ele solicita a avaliação do CEATOX, daí nós vamos até a sala do médico (PS2)

Nesse momento [atendimento do indivíduo], como o hospital já tem aquela, aquela cultura de ser intoxicado é acionado o Centro, mais de 90% das vezes, ou o médico ou o técnico de enfermagem, automaticamente, já comunica o Centro que há um paciente intoxicado. [...]. Muito poucos escapa à gente. [...]. O que está faltando? Protocolos de atendimento, e aí não são somente fichas toxicológicas, mas é aquele protocolo de atendimento, para que isso aí também seja incorporado à equipe. (PS8)

É um serviço que ainda deixa a desejar por conta desse entrave [não acionamento do CEATOX] que tem dentro do hospital, porque se fosse dentro já de um protocolo, paciente intoxicado, paciente com picada, dentro de um protocolo de atendimento tivesse o nosso parecer, seria bem melhor trabalho. (PS3)

No intuito de minimizar essa problemática, os profissionais do Centro realizam busca ativa de pacientes intoxicados que estão na emergência.

Outra maneira a gente vai encontrar apenas o paciente quando a gente vai fazer busca ativa, porque isso é rotina da gente, fazer busca ativa. Quando a gente não tem paciente, a gente sempre dá uma volta na emergência e nessa volta é comum

encontrar pacientes que não foram relatados para o Centro. (PS6)

O envolvimento desse serviço especializado na assistência ao paciente interfere positivamente no desfecho do cuidado, como foi evidenciado por Galvão et. al. (2011). Os autores observaram que pacientes intoxicados assistidos por um CIATox tiveram seu tempo de hospitalização reduzido em, aproximadamente, três dias e meio quando comparado com pacientes que não tiveram o acompanhamento desse serviço. Para os pesquisadores, o resultado encontrado pode representar a melhoria na assistência ao paciente intoxicado, além de uma importante forma de contenção de custos na área da saúde, especificamente na rede de atenção terciária, que está apresentando despesas em constante crescimento no país (GALVÃO et. al., 2011). Outro estudo, realizado pela Associação Americana de Centros de Controle de Intoxicação, revelou que os CIATox podem gerar economia de mais de 1 bilhão de dólares por ano em gastos hospitalares nos Estados Unidos da América (AMERICAN ASSOCIATION OF POISON CONTROL CENTERS, 2012).

Revela-se, portanto, a relevância do envolvimento desse serviço no cuidado ao paciente e, conseqüentemente, na economia em saúde. Além disso, o CEATOX é uma unidade de cuidado integrante da Linha de Cuidado ao Trauma, que, conforme recomenda a literatura, deve estar organizada de forma a assegurar a sistematização de um conjunto de práticas desenvolvidas para o enfrentamento do problema de saúde e o atendimento das necessidades dos usuários (TEIXEIRA, 2011). Para tanto, é necessário traçar estratégias de organização desse atendimento, dentro do IJF, através da elaboração e implementação de protocolos de organização de serviços de saúde e protocolos clínicos, com a finalidade de promover assistência integral e adequada ao paciente exposto e/ou intoxicado.

A elaboração e institucionalização de protocolos contribui para o desenvolvimento das ações de saúde e devem ser empregados com critérios técnicos, científicos e políticos, podendo ser úteis à organização do processo de trabalho e à construção do modelo de atenção, na possibilidade de se reduzir a variação de práticas clínicas, proporcionando mais efetividade e eficiência no cuidado às pessoas (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Para efetivação desse instrumento gerencial, é necessário que haja um acordo de funcionamento entre todos os envolvidos no atendimento do usuário do serviço de saúde em relação aos fluxos traçados e processos de trabalho. Acordo que deve ser firmado pelas chefias, coordenadores e gerências, sobre a compreensão de que os serviços de saúde devem se organizar centrados no usuário, onde os fluxos entre os diversos serviços funcionem de forma harmônica, tranquila e organizada e devem ser garantidos, assegurando, assim, o acesso aos usuários (FRANCO; SANTOS; SALGADO, 2011a).

Entendendo que a equipe do CEATOX atua como protagonista e possui corresponsabilidade na assistência integral ao paciente exposto a agentes tóxicos e/ou intoxicado, é pertinente levantar a discussão, junto aos gestores do IJF, acerca da organização do atendimento a este paciente através da adoção de protocolos, no intuito de envolver ativamente o Centro nesse processo.

É sabido, contudo, que a elaboração e implantação desse instrumento gerencial não garante *per si* o cumprimento dos fluxos e o envolvimento de todos os profissionais na cadeia de cuidado. Roca et al. (2013), ao avaliarem a qualidade do cuidado nas intoxicações pediátricas em um serviço de urgência em Barcelona, revelaram que, apesar de o serviço ter disponível todos os protocolos de atendimento para as intoxicações em crianças e adolescentes mais frequentes e graves, alguns indicadores de processo, como a realização de eletrocardiograma em pacientes com intoxicação por agentes cardiotônicos e a administração de carvão ativado dentro das primeiras 2 horas após a hospitalização, apresentaram resultados inaceitáveis, correspondendo, respectivamente, à 87% e 83,5% de conformidade.

Sendo assim, torna-se essencial a estreita interação entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado ao paciente, melhor dizendo, a prática do trabalho em equipe. Um informante do estudo considera a localização do Centro como espaço facilitador para isto, *se a gente estivesse in loco, dentro da emergência, facilitaria a interação com os outros profissionais de saúde* (PS4).

Estar no local do primeiro atendimento pode contribuir para maior entrosamento entre as diferentes equipes do IJF, pois estarão compartilhando um espaço para o atendimento ao usuário do serviço; entretanto, considera-se que, “a comunicação pode ser entendida como o alicerce de nossas relações interpessoais, tornando-se necessária e essencial, instrumental para entender e facilitar o cuidado, melhor dizendo, o cuidado pode estar associado à prática de comunicar-se” (BROCA, 2011). Neste contexto, mais relevante do que estar *in loco* na entrada de urgência e emergência, como sugere o informante, é traçar estratégias de sensibilização das outras equipes assistenciais na comunicação efetiva com o Centro, contribuindo para o trabalho multiprofissional em equipe dentro do IJF.

No intuito de fortalecer essa comunicação, o CEATOX implantou a discussão de sessões clínicas, abertas aos profissionais e estudantes em saúde do IJF. Essa iniciativa está gerando resultados positivos, uma vez que inicialmente atingia somente os estudantes, mas se expandiu aos profissionais do hospital.

A gente fez uma sessão recentemente e ver os servidores do IJF participando querendo aprender mais sobre os casos que a gente tem enfrentado. [...]. Antes a gente fazia as sessões, eram basicamente só os alunos das faculdades [...]. Hoje a

gente tem essa alegria. (PS8)

Entende-se, entretanto, que essa iniciativa não é o bastante para sensibilizar grande parte da equipe assistencial, sendo necessário a implantação de outras ações mais impactantes. A literatura aponta a contribuição da ação gerencial na promoção de uma melhor comunicação entre profissionais dentro de uma unidade de saúde, sobretudo ao compartilhar com clareza o projeto institucional, a finalidade do processo de trabalho e os objetivos do serviço, no intuito de assegurar o compromisso das equipes com tal projeto e com as necessidades de saúde dos usuários e da população (FRANCO; SANTOS; SALGADO, 2011b; PEDUZZI *et al.*, 2011).

Em sentido oposto, o CEATOX esteve, por muito tempo, desamparado pela ausência de uma gestão direta atuante. Tal histórico provocou situações frágeis, como a possibilidade de perda de espaço físico e, inclusive, do espaço profissional, decorrente da falta de reconhecimento deste serviço.

Entretanto, foi possível observar que este panorama está mudando, muito pelo contínuo empenho dos profissionais do Centro, mas também pela colaboração da nova coordenação atuante, promovendo ações de divulgação do CEATOX, de educação continuada e de pesquisa.

Quando ela [coordenadora] veio trabalhar aqui com a gente, contando desses meus quatro anos, eu já tive vários, já teve alguns coordenadores, ela é a primeira que senta, que tem interesse, que discute. Essas oportunidades dos ensaios clínicos, tudo isso veio enriquecer demais. (PS3)

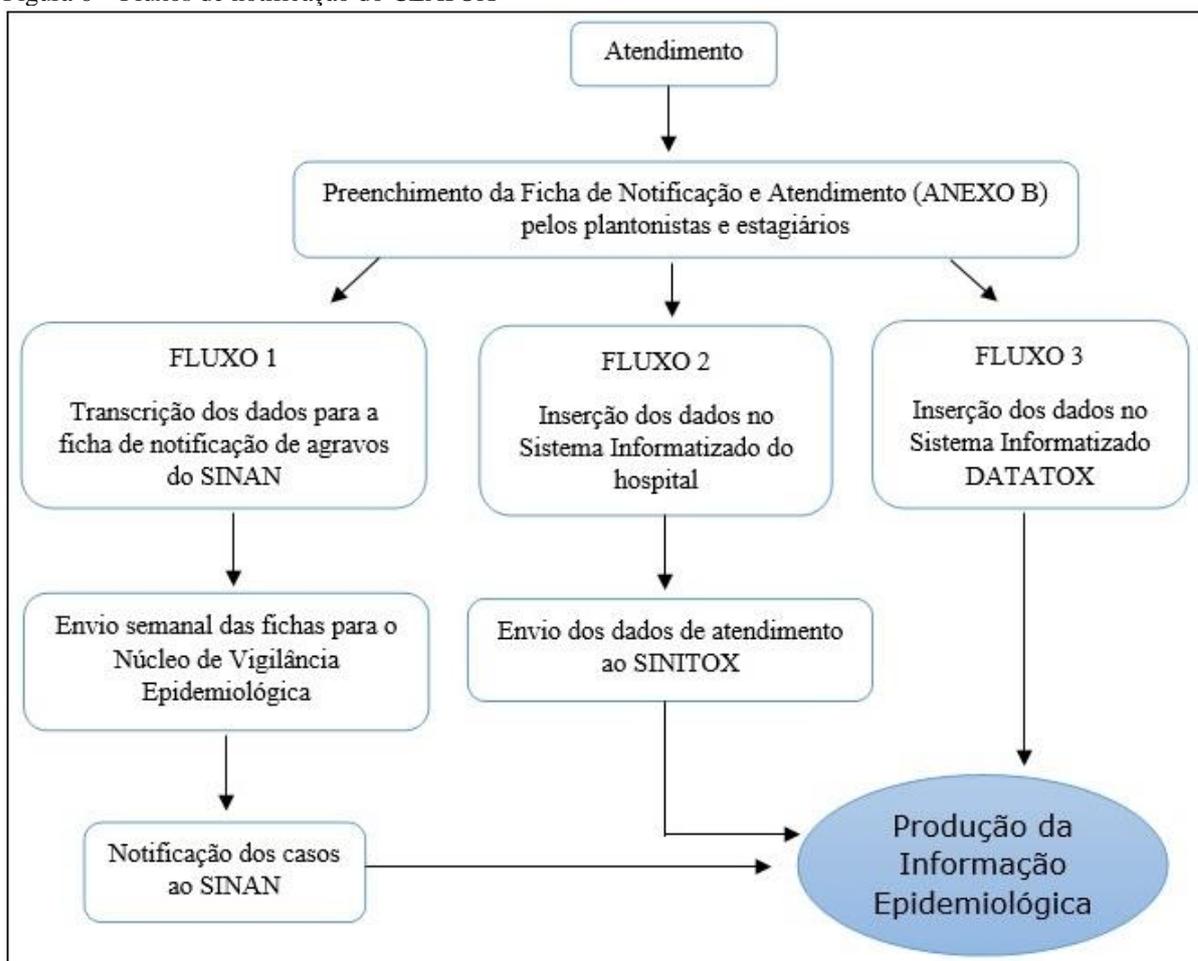
Hoje nós temos uma chefia que é atuante. Por muito tempo nós não tínhamos, e hoje nós nos sentimos mais amparados, porque nós temos uma chefia atuante, que está chegando sempre, levando nossas demandas para direção para que a gente possa atender isso [atribuições]. Também possibilitando que a gente tenha um tratamento diferenciado com esses dados, que até então nós não fazíamos trabalho e hoje a gente já tem essa visão de fazer, de divulgar, de publicar, que [antes] não tinha. (PS5).

Sendo assim, vê-se que a estreita relação dos profissionais do Centro e a chefia bem como uma maior participação desta chefia junto aos gestores do IJF são aspectos cruciais para a divulgação e reconhecimento do CEATOX dentro do hospital, sendo, portanto, um dos pontos facilitadores para a elaboração e implementação de protocolos que garantam a assistência integral ao paciente, e, sobretudo, para o seguimento desses instrumentos, uma vez que a comunicação e a troca de experiência entre os diferentes profissionais envolvidos fortalecem o cuidado integral.

5.2.3 Fluxo de notificação dos casos atendidos pelo Centro de Assistência Toxicológica

O CEATOX possui diferentes Sistemas de Informação para inserir, compilar os dados de atendimento e gerar informação epidemiológica, conforme Figura 6.

Figura 6 – Fluxos de notificação do CEATOX



Fonte: Elaborada pela autora.

Todos os casos atendidos presencialmente são registrados na Ficha de Notificação e Atendimento, doravante denominada de Ficha. O seu preenchimento ocorre a partir da entrevista com o próprio paciente ou acompanhante, bem como pela transcrição dos dados fornecidos na ficha de atendimento do hospital, que é a ficha elaborada durante primeiro atendimento do paciente, no acolhimento.

A Ficha foi elaborada por uma comissão coordenada pelo SINITOX e composta por profissionais de alguns CIATox, com intuito de padronizar os dados gerados por esses serviços e melhor trabalhá-los. Em agosto de 2000 passou por uma atualização, sendo seu modelo e manual de preenchimento divulgados em janeiro de 2001, estando, atualmente, em

uso (BOCHNER, 2013; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2001).

A Ficha pode ser dividida em três partes:

- I. Identificação do indivíduo exposto e/ou intoxicado ou do indivíduo que solicita uma informação ao CIATox – contempla aspectos como nome, idade, sexo, ocupação, município, nome da mãe, dentre outros;
- II. Dados do atendimento – aborda a forma de atendimento, se é telefônica ou presencial e o local onde ocorreu o atendimento, data e hora;
- III. Dados do evento – aborda aspectos desde o tipo de ocorrência até o desfecho final do paciente.

Após seu preenchimento, as informações são repassadas para os sistemas informatizados gerando os diferentes fluxos assinalados:

- *Fluxo 1*

Nos dias úteis, uma funcionária administrativa transcreve as informações contidas na Ficha para uma das fichas do SINAN, a depender do tipo de agravo, que pode ser a Ficha de Investigação de Intoxicação Exógena ou a Ficha de Investigação de Acidentes Por Animais Peçonhentos. Semanalmente, a funcionária entrega as repassa para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) do IJF. Vale salientar que essa atividade é exclusiva da funcionária e quando a mesma não está no CEATOX a transcrição e repasse não ocorre. Durante suas férias, funcionários do NUVE se direcionam ao Centro para realizar esta função.

O NUVE, em posse das fichas, realiza a notificação através do sistema do SINAN, seguindo o Calendário Epidemiológico, que é o calendário de envio das notificações às Secretarias de Saúde, referente a cada ano, disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Ressalta-se que o NUVE realiza um controle de qualidade das informações que estão nas fichas e preenche as informações que não estão assinaladas, uma vez que eles têm acesso às informações dos pacientes que foram hospitalizados no IJF.

Atenta-se que há o distanciamento desse fluxo por parte dos plantonistas, o que gera a falta de conhecimento acerca dos objetivos, recursos e benefícios do SINAN.

Eu não conheço, eu não tenho muita informação de como é que esse dado ele é tratado lá no NUVE, que são os dados que vão para o SINAN. Eu desconheço como é, porque o farmacêutico não participa muito desse processo. (PS5)

É, o SINAN é a Fátima quem registra essas fichas, [por isso] não sei te dizer. Tem o setor de epidemiologia e é lá que alimentam o sistema, tem uma enfermeira que é a responsável por isso. A única coisa que a Fátima faz é transcrever para as fichas do SINAN e entregar para o setor, onde digitam e alimentam o sistema. (PS1)

- *Fluxo 2*

Os dados das Ficha de Notificação e Atendimento são digitados, predominantemente durante os dias úteis, no Sistema Informatizado do IJF. Essa atividade é realizada principalmente por uma funcionária administrativa e uma plantonista. O sistema contempla as mesmas informações da Ficha. A maioria dos ícones do sistema são de preenchimento obrigatório, impedindo que o arquivo seja salvo com dados não preenchidos.

O referido sistema gera sete tabelas, uma geral que contempla o número de casos segundo as substâncias/agentes tóxicos envolvidos e seis em formato 2x2, contendo somente números absolutos, sem porcentagem ou médias. As tabelas são apresentadas segundo número de casos por substância/agente tóxico versus as variáveis sexo, zona, evolução, circunstância, faixa etária e óbito no período de um ano. As tabelas são padronizadas de acordo com as exigências do SINITOX e são enviadas, por e-mail, aos responsáveis pela inserção dos dados no referido sistema.

Vale salientar que, os dados que estavam sendo inseridos no Sistema Informatizado do IJF eram referentes ao ano de 2014, ou seja, apresentando um ano de atraso na compilação e repasse dos dados.

Os plantonistas também não atuam diretamente no Fluxo 2, entretanto foi possível observar que há maior entendimento acerca do sistema e para quem as informações epidemiológicas produzidas são encaminhadas.

Tem esse primeiro sistema, que foi o sistema do SINITOX que é um sistema nacional. Está um pouco atrasado, porque quando ele foi implantado, a gente não se adaptou e tivemos que fazer a nossa versão. Então, a gente passou muito tempo sem atualizar esses dados, mas depois a gente conseguiu fazer um programa adaptado para a nossa realidade e enviar os dados para o SINITOX. Nós estamos digitando o ano de 2014 ainda, mas assim, eu tenho certeza que daqui para o final do ano a gente coloque em dia. (PS1)

- *Fluxo 3*

Diariamente, os plantonistas e estagiários do CEATOX digitam os dados da Ficha para o sistema informatizado denominado Sistema Brasileiro de Dados de Intoxicações (DATATOX). O DATATOX é um sistema de registro e acompanhamento de dados de toxicologia clínica, mantido pela ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA E TOXICOLOGISTAS CLÍNICOS (ABRACIT) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA E TOXICOLOGISTAS CLÍNICOS, 2012b).

No referido sistema, é possível inserir os dados contemplados na Ficha, bem como informações adicionais como, evolução do paciente, fotos do evento (mais específico para acidentes com animais peçonhentos), resultados de exames realizados, ou seja, as informações clínicas e toxicológicas quanto ao evento são mais exploradas nesse fluxo em comparação com os dois primeiros. Além disso, é possível realizar a análise estatística dos dados inseridos.

Este sistema pode ser utilizado como uma ferramenta gerencial para organização da rotina de trabalho e organização do serviço em termos de disponibilidade de mão de obra nos dias e horários com maior demanda, visto que permite agendar as visitas de acompanhamento dos pacientes e identifica os horários e dias da semana que ocorrem maior número de atendimentos.

É importante informar que o CEATOX iniciou o manuseio no referido sistema no ano de 2015. Os plantonistas e estagiários foram treinados por um dos plantonistas que havia tido contato anterior com o sistema, e diariamente os novos casos são adicionados no sistema, a fim de alimentá-lo em tempo real.

Percebe-se que há o envolvimento direto dos plantonistas, que consideram o sistema como o mais adequado em fornecer informações específicas das intoxicações, o que contribui para elaborar um banco de dados com informações relevantes acerca de casos e condutas. Porém, não há um entendimento acerca do emprego desse sistema no planejamento de ações, a nível local, regional ou nacional.

Na hora que a gente quer, a gente acessa, ver aqueles casos, que tem dados laboratoriais. Tem os dados estatísticos. Pelo menos o da ABRACIT, você pode colocar fotos, você pode por várias informações. (PS6)

Então esse talvez, de todos eles, eu acho que é o que a gente consegue ter mais informações a respeito da intoxicação em si, específica. A gente consegue retirar também informações mais completas, mas que, por enquanto, no meu ponto de vista, ele ainda é o único que não tem tanta repercussão quanto os demais, pelos menos a nível nacional, estadual e municipal. (PS4)

Atenta-se que há uma superposição de informações no tocante ao registro e notificação dos casos atendidos, gerada a partir de falta de organização de fluxos e processo de trabalho, o que pode trazer prejuízos como, redução de produtividade e falta de compreensão do motivo da realização de uma atividade (FRANCO; SANTOS; SALGADO, 2011a).

O registro dos eventos toxicológicos é uma ação necessária e essencial de um

CIATox, uma vez que as informações geradas fornecem o panorama acerca desses agravos na população e são utilizadas para direcionar medidas curativas e preventivas desses eventos. Contudo, a superposição de meios e sistemas para gerar a informação epidemiológica provoca a falta de nitidez do que é produzido, para que é produzido e como é empregado na programação e direcionamento de ações preventivas e curativas na saúde pública no tocante às intoxicações, como foi apresentado por uma informante.

Qual a finalidade de tanta informação, mas que, efetivamente, nada é feito? Não se tem programa, não se tem uma linha de cuidado nessa área, não se tem uma organização específica no atendimento de emergência voltada para essa área de intoxicação, não se tem financiamento para isso. Talvez a planilha do SUS ainda não conta com atendimento de intoxicações nas tabelas lá de repasse. Então, na verdade é como eu disse, eu não sei o porquê de tanta informação se nada é feito com isso. (PS4)

Apesar da fala ser pertinente, é notório que os eventos toxicológicos são, cada vez mais, tratados como problema de saúde pública. O Ministério da Saúde, em 2002, através da Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002, reconheceu a intoxicação exógena como urgência clínica frequente em pacientes adulto e pediátrico, reforçando, assim, a necessidade de mão de obra qualificada para o atendimento adequado a estes pacientes nas unidades de urgência e emergência do país (BRASIL, 2002). E, partir de 2010, os eventos toxicológicos foram incluídos na lista de agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2010).

Entretanto, os CIATox não estavam inseridos, até então, na Rede de Atenção à Saúde como estabelecimentos referência no atendimento, assistência e orientação toxicológicas, uma vez que a RDC nº19/2005 propôs diretrizes para o seu funcionamento e regulamentação, mas não os inseriu dentro de uma Política Pública de Saúde na área, o que evidencia o distanciamento e falta de reconhecimento desses serviços dentro do SUS. Essa realidade pode ter contribuído para o entendimento do informante.

Observou-se, ainda, que o Centro não utiliza as informações que gera, as repassa para os órgãos competentes, mas não enxerga o que pode ser produzido a partir dessas informações.

As informações são utilizadas mediante solicitação. O CEATOX ele participa de muitos eventos, como palestras educativas, mas isso sempre parte de um convite que é feito e a gente está à disposição para isso, mas não tem uma rotina para isso, realmente os dados eles são repassados. Eu acredito que eles são utilizados a partir do SINAN, que aí os dados vão ser compilados a nível nacional e aí essas informações acredito que ela seja utilizada, mas isso é uma coisa muito distante da nossa realidade, a gente não tem acesso a isso, como é que esses dados tão sendo tratados. (PS5)

Entende-se que a informação epidemiológica pode ser utilizada como um instrumento de gestão para direcionar as ações dentro de um serviço de saúde. Conhecer o

perfil dos pacientes, os agravos à saúde e condutas clínicas mais frequentes contribuem para o planejamento do serviço, no caso específico, desde a seleção de antídotos até a organização do processo de trabalho. E seu constante acompanhamento possibilita detectar mudanças no perfil dos eventos toxicológicos, permitindo, assim, o serviço se adequar à nova realidade. É pertinente, portanto, que esse entendimento seja incorporado à equipe do CEATOX.

Destaca-se que os diferentes sistemas utilizados pelo Centro, também, contribuem para a fragmentação das informações produzidas e dificulta o acesso aos dados, pois diferentes fontes podem ser utilizadas na busca dessas informações, que podem, por vezes, apresentar variações. Nessa perspectiva, é importante a discussão, dentro do CEATOX, acerca da padronização de único sistema. É relevante tal discussão, contudo não é recente nem exclusiva do Centro em questão; há alguns anos os CIATox debatem acerca da adoção de sistema único de informação ou da possibilidade de integração entre os diferentes sistemas existentes com o objetivo reduzir essas informações fragmentadas e melhorar o acesso aos dados (AZEVEDO, 2006).

Acredita-se que a elaboração do DATATOX seja fruto desses debates e que a adoção desse sistema pode contribuir para a padronização dos dados e possibilitar o acompanhamento em tempo real da ocorrência dos eventos toxicológicos no país. Além de ser uma importante ferramenta gerencial para organização dos serviços. Considera-se, ainda, sua utilização como base de dados de condutas clínicas, contribuindo para inovação do tratamento das intoxicações.

Entretanto, o SINAN é sistema de informação utilizado pelo Ministério da Saúde para acompanhar a ocorrência desses agravos na população, elaborar ações de controle e fornecer apoio financeiro para as ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos municípios e estados, devendo ser constantemente alimentado para que essas ações sejam implementadas, o que torna imprescindível a sua utilização pelos serviços de saúde, principalmente os serviços de saúde público, conforme regulamentado na Portaria N° 1.378, de 9 de julho de 2013 (BRASIL, 2013). Nesta perspectiva, é necessário que haja a comunicação entre os dois sistemas. Contudo, enquanto isso, é importante que seja traçado, dentro de cada Centro, uma metodologia de trabalho que viabiliza a utilização dos dois sistemas, sem gerar redundância de atividade e prejuízo para o serviço.

Vê-se a necessidade, ainda, de uma maior divulgação do SINAN para a equipe e coordenação do CEATOX no intuito de revelar a finalidade e contribuições deste para os estabelecimentos de saúde e para as ações no âmbito das intoxicações exógenas e acidentes por animais peçonhentos.

Outro aspecto também observado foi a incompletude das Fichas de Notificação e Atendimento por partes dos profissionais do Centro.

A primeira ficha que entra no hospital [ficha de atendimento do paciente preenchida na recepção], eles nunca pedem o grau de escolaridade do paciente. Ele só pede mesmo a idade e às vezes nem isso, às vezes é muito incompleta, às vezes não tem nem também o nome da mãe. [...]. A dificuldade é mais assim, por falta do empenho das pessoas que trabalham às vezes assim. Como eu disse, é desde a primeira ficha que não é feito direito o preenchimento, aí dificulta mesmo a segunda [Ficha de Notificação e Atendimento], que às vezes, não sei o porquê, de não preencher tudo certo. Então, assim, sempre a gente debate muito nas reuniões, a gente pede muito e quando os estagiários vão entrando a PS1 sempre orienta, ensina como fazer tudo. Aí é aquele negócio, se você quer preencher direito você preenche, mas tem uns que não ligam muito para essa parte. Aí tem mais que orientar, pedir para as pessoas terem consciência do que estão fazendo (PS9).

Resultado semelhante foi encontrado por Mendes (2009) ao avaliar o preenchimento dos prontuários dos pacientes atendidos em unidades de urgência e emergência da cidade de Recife. O autor revelou que em 32,9% dos prontuários a evolução médica não contemplava a história clínica do paciente e o exame físico realizado e que em 45,7% a evolução da enfermagem não contemplava a identificação do paciente (MENDES, 2009). Matsuda, Silva e Evora (2006) também encontraram resultados semelhantes: “a maioria dos registros efetuados pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem da instituição estudada, não foram mencionadas a data, a hora e a identificação do profissional”.

Pazos *et al.* (2011) também evidenciaram a fragilidade nos registros dos atendimentos toxicológicos no serviço de urgência de um Hospital Universitário de Barcelona. Os autores observaram que dos 400 casos de ingestão voluntária de medicamentos atendidos no hospital em um período de 2 anos, em menos de 5% dos casos foi evidenciado, através dos registros em prontuário, a realização de cuidados básicos como, aferição da pressão arterial, verificação da temperatura corporal, e não foi possível averiguar, por falta de registro, se em todos os casos de ingestão de medicamentos cardiotônicos o eletrocardiograma foi realizado (ECHARTE *et al.*, 2011).

Essa prática pode comprometer na produtividade do trabalho e no manejo do paciente, uma vez que falta informações que sustentem condutas a serem adotadas. Além disso, pode comprometer a qualidade da informação produzida, omitindo ou alterando indicadores importantes que são acompanhados ao longo de um período, dificultando, assim, a análise de tendência dessas variáveis.

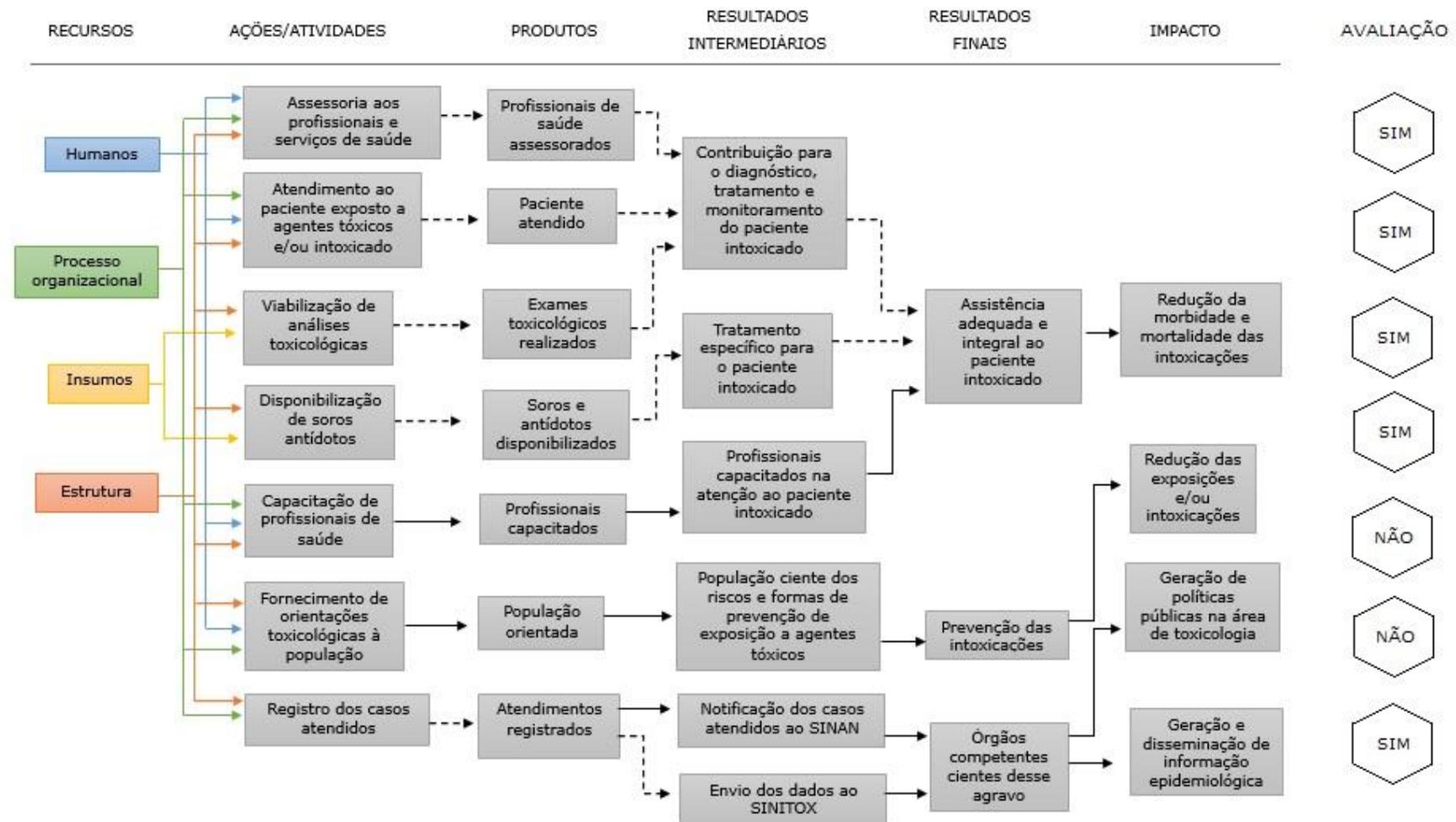
A falta de padronização nas terminologias utilizadas e no preenchimento da Ficha também foram identificadas, o que revela a não utilização do Manual de Preenchimento do instrumento de trabalho, a Ficha de Notificação e Atendimento.

Um estudo que avaliou a padronização das terminologias utilizadas pelos CIATox existentes no país também revelou a utilização de diferentes terminologias utilizadas (SANTANA; BOCHNER; GUIMARÃES, 2011). O estudo foi realizado a partir de um instrumento contendo 20 situações problema que deveriam ser respondidas seguindo os procedimentos que são adotados na rotina de trabalho dos Centros, procurando assegurar e reproduzir, de forma mais fidedigna possível, a realidade da prática cotidiana de cada serviço. A pesquisa também dispôs de entrevistas com alguns profissionais e coordenadores de alguns Centros selecionados (SANTANA; BOCHNER; GUIMARÃES, 2011).

O estudo evidenciou a falta de padronização e de um entendimento uniforme por parte dos Centros nos casos abordados, uma vez que várias categorias de tipos de eventos toxicológicos foram assinaladas para uma mesma situação problema. Além disso, as autoras observaram, através das entrevistas, o uso escasso do Manual de Preenchimento da Ficha de Atendimento e Notificação, o qual esclarece sobre o preenchimento da ficha utilizada pelos CIATox (SANTANA; BOCHNER; GUIMARÃES, 2011).

As informações obtidas a partir dos registros de atendimento possibilitam a monitorização espaço-temporal de epidemias no país, bem como o acompanhamento da disseminação de doença por categoria de exposição, contribuindo, assim, para as ações para sua prevenção e controle, sendo imprescindível, portanto, que essas informações sejam de boa qualidade para maior eficiência dessa vigilância (FELIX *et al.*, 2012). Desse modo, a ausência de informação nas variáveis epidemiológicas, contribui para registros inconsistentes e de baixa confiabilidade (FELIX *et al.*, 2012). Sendo assim, é necessário haver o entendimento em comum, por parte dos plantonistas e coordenação do Centro, da importância do preenchimento completo dessas fichas e de sua padronização, no intuito de assegurar a qualidade e confiabilidade dos dados produzidos.

Figura 7 – Modelo lógico após avaliação do Centro de Assistência Toxicológica do Instituto Dr. José Frota. Ceará, 2015.



6 CONCLUSÃO

Observou-se que os dados epidemiológicos disponibilizados pelo CEATOX se referem aos casos de exposição humana a agentes tóxicos e/ou intoxicação que são atendidos no Instituto Dr. José Frota, melhor dizendo, refletem a realidade local dos casos atendidos no hospital e não a realidade municipal e estadual, apesar de ser o serviço referência no estado do Ceará em atendimento e orientação toxicológica. Essa prática subestima o número real de atendimentos do serviço e compromete sua produtividade.

Considerou-se que a infraestrutura à qual o CEATOX está submetido é deficiente e interfere de forma negativa no desenvolvimento das práticas realizadas pelos trabalhadores desse serviço, inclusive atravancando a possibilidade de expansão das atividades para outras áreas que não a assistência ao paciente. Essa deficiência engloba desde aspectos relacionados à estrutura física do próprio hospital como a organização do processo de trabalho interno do Centro.

Identificou-se que na grande parcela dos casos de exposição humana a agentes tóxicos e/ou intoxicação que chegam ao hospital, o Centro participa ativamente do atendimento inicial e acompanha o paciente até a alta hospitalar. Contudo, a falha na comunicação entre os profissionais do CEATOX e as outras equipes do hospital, acrescido da falta de protocolos clínicos para esse tipo de atendimento, possibilita a variação de práticas clínicas, como o acionamento ou não do Centro, e fragiliza, portanto, o envolvimento desse serviço no suporte aos pacientes atendidos no hospital.

Constatou-se que apesar do Centro possuir diferentes Sistemas de Informação para inserir e compilar os dados de atendimento não há o entendimento do que é produzido e quais ações são geradas a partir desses dados. Percebeu-se, ainda, que o CEATOX não utiliza os dados epidemiológicos como ferramenta gerencial para direcionar e planejar futuras ações.

Em vista os aspectos apreendidos na pesquisa, é emergente que o Centro elabore um plano de trabalho, enxugando os fluxos existentes e distribuindo de maneira mais harmônica a demanda de trabalho entre as atividades realizadas e seus profissionais, no intuito de reorganizar o processo de trabalho atual e contribuir para uma maior produtividade e resolutividade do serviço, especialmente no que diz respeito aos fluxos de notificação dos casos atendidos. Para condução dessa iniciativa, são cruciais a negociação desse plano de trabalho, através de reuniões, e o entendimento em comum entre os trabalhadores e a coordenação do Centro, beneficiando a todos os envolvidos.

É necessária, ainda, a discussão no Centro acerca do não registro dos atendimentos telefônicos, a fim de que os profissionais e coordenação cheguem no entendimento em comum de que essa ação é relevante e precisa ser acompanhada, uma vez que envolve diretamente a valorização, a produtividade do serviço e a produção de dados epidemiológicos na área da Toxicologia.

Recomenda-se também que sejam elaboradas estratégias de fortalecimento e aprimoramento das ações voltadas à capacitação profissional e prevenção dos eventos toxicológicos, visto o impacto positivo que podem gerar na saúde da população. É sabido que o serviço tem uma boa relação com diferentes Faculdades existentes na cidade de Fortaleza, pensa-se que o trabalho em conjunto com essas Instituições possibilitaria a realização de variados projetos, desde a realização de Cursos Livres até a disseminação da informação toxicológica nas comunidades.

Haja vista os aspectos mencionados, cabe, portanto, aos profissionais e a coordenação do CEATOX apreender e trabalhar o que foi identificado, levando em consideração as prioridades do serviço e a viabilidade em se conduzir futuras mudanças.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Anvisa cria Disque-Intoxicação**. Brasília: ANVISA, 2006. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2006/140306.htm>>. Acesso em: jan. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA E TOXICOLOGISTAS CLÍNICOS. **Sobre ABRACIT**. Associação brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológica e Toxicologistas Clínicos, 2012a. Disponível em: <http://www.abracit.org.br/abracit_site/index.php?option=com_content&view=article&id=31&Itemid=20>. Acesso em: já. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA E TOXICOLOGISTAS CLÍNICOS. **Sistema Brasileiro de Dados de Intoxicações**. Associação brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológica e Toxicologistas Clínicos, 2012b. Disponível em: <<http://datatox.abracit.org.br/>>. Acesso em: fev. 2016.
- AMERICAN ASSOCIATION OF POISON CONTROL CENTERS. **Value of the Poison Center System**. American Association of Poison Control Centers, 2012. Disponível em: <https://aapcc.s3.amazonaws.com/files/library/Value_of_the_Poison_Center_System_FINAL_9_26_2012_-_FINAL_FINAL_FINAL.pdf>. Acesso em: fev. 2016.
- AZEVEDO, J. L. S. DE. **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. 247p. Dissertação (Mestrado em Políticas públicas e gestão ambiental) – Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, Lda., 2009.
- BAROUD, R. Concepção e organização de um centro de controle de intoxicações. **Rev. saúde públ.**, n.19, p.556-65, 1985.
- BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; DE FRIAS, P. G. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 65-78.
- BOCHNER, R. Informação sobre intoxicações e envenenamentos para a gestão do SUS: um panorama do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v.7, n.2, 2013. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/472/1123>>. Acesso em: out. 2015.
- BORTOLETTO, M.E. **Tóxicos, Civilização e Saúde: contribuição à análise dos sistemas de informações tóxico-farmacológicas no Brasil**. 1990. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio, Rio de Janeiro, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Portaria n.º 73, de 9 de março de 1998. Constitui comissão para desenvolver os instrumentos, definir fluxos e no novo software do Sinan. **Boletim de Serviço da FUNASA**, Brasília, 20 mar. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, n.º 81, 29 abr. 2004a. Seção 1, p. 37-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n.º 19, de 03 de fevereiro de 2005. Cria a Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica - RENACIAT. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, n.º 25, 4 de fev. 2005. Seção 1, p. 39.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN**: normas e rotinas. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.472, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 1 set. 2010. Seção 1, p. 50-51. (2010a)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 298, de 9 de fevereiro de 2010**. Institui Grupo de Trabalho para elaboração das diretrizes para as atividades das áreas da Toxicologia no Sistema Único de Saúde (SUS). (2010b). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0298_09_02_2010.html>. Acesso em nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/animais>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional

de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>. Acesso em: jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.678, de 2 de outubro de 2015. Institui os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) como estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma, da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, nº 191, 06 de out. 2015. Seção 1, p.55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, nº 32, 18 de fev. 2016. Seção 1, p.23-24.

BROCA, P. V. **O processo de comunicação na equipe de saúde hospitalar**. 2011. Monografia (Especialização em Comunicação e Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação**. Brasília: Instituto de pesquisa econômica aplicada, 2010. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/pdf/multissetorial/nota_tecnica_IPEA.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA. **Histórico do CEATOX**. Fortaleza: Centro de Assistência Toxicológica, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.005/2012**. Dispõe sobre a nova redação dos Anexos II e III da Resolução CFM nº 1.973/2011, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/2005_2012.pdf>. Acesso em 25 mar. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Avaliação dos serviços de urgência e emergência do município de Campinas/SP**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/avaliacao_PS_campinas_2011.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2016.

COSTA, R. K. S.; ENDERS, B. C.; MENEZES, R. M. P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. **Cienc Cuid Saude**, v.7, n.4, p. 530-36. 2008.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; REIS, Y. A. C. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.8, p. 1508-1518. 2010.

PAZOS, J. L. E.; Echarte Pazos JL1*, Aguirre Tejado A1, Clemente Rodríguez C1, Iglesias Lepine ML2, León Bertrán N3,

Labordeta de la Cal V3, Skaf Peters E1 y Supervía Caparrós A1

FELIX, J. D.; ZANDONADE, E.; AMORIM, M. H. C.; DE CASTRO, D. S. Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste - Brasil (1998 a 2007). **Ciência e saúde coletiva**, v.17, n.4, p. 945-53. 2012.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para prática nas Instituições. *In: Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais.* SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Orgs.). Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

FRANCO, C. M.; SANTOS, S. A.; SALGADO, M. F. Linha de cuidado integral: uma proposta da organização de rede de saúde. *In: PESSOA, L. R.; SANTOS, E. H. A.; TORRES, K. R. B. O. Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde.* Rio de Janeiro: ENSP, 2011a.

FRANCO, C. M.; SANTOS, S. A.; SALGADO, M. F. Gestão do conhecimento. *In: PESSOA, L. R.; SANTOS, E. H. A.; TORRES, K. R. B. O. Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde.* Rio de Janeiro: ENSP, 2011b.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro de Informação Científica e Tecnológica. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). **Manual de preenchimento da Ficha de Notificação e de Atendimento:** Centros de informação, de controle e de atendimento toxicológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). **Relatório anual de casos de intoxicação e/ou envenenamento 2011.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2011. Disponível em: <<http://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Tabela%201.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). **Lista de Centros de Informação Toxicológicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015a. Disponível em: <<http://sinitox.icict.fiocruz.br/centros-de-informa%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). **História do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015b. Disponível em: <<http://sinitox.icict.fiocruz.br/hist%C3%B3ria>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). **Missão do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015c. Disponível em: <<http://sinitox.icict.fiocruz.br/missao>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

GALVÃO, T. F.; SILVA, M. T.; SILVA, C. D.; BAROTTO, A. M.; GAVIOLI, I. L.; BUCARETCHI, F.; ATALLAH, A. N. Impact of a poison control center on the length of

hospital stay of poisoned patients: retrospective cohort. **Sao Paulo Med. J.**, vol.129 n.1, p. 23-29. 2011.

GALVÃO, T. F.; BUCARETCHI, F.; CAPITANI, E. M.; PEREIRA, M. G; SILVA, M. T. Antídotos e medicamentos utilizados para tratar intoxicações no Brasil: necessidades, disponibilidade e oportunidades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, (Supl.), p. 167-177. 2013.

GRAFF, S. E. **Os Centros de Toxicologia como ferramenta de saúde pública – Contribuição ao Sistema de Toxicovigilância no Brasil**. 2004. Dissertação (Mestrado em Toxicologia e Análises Toxicológicas) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Sistema de Manchester de Classificação de Risco. **Classificação de risco na Urgência e Emergência**. 1ª edição. Brasil, 2010.

GUBA, E. G., LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. Disponível em: < <http://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>>. Acesso em: jan 2014.

LESSA, C. A. S., NICOLELLA, A. Atendimentos realizados pelo Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul no período de 1980 a 2005: uma breve análise. **Toxicovigilância e Toxicologia Clínica**. 2005. Disponível em: <http://www.cit.rs.gov.br/images/stories/2005_01.pdf>. Acesso em: fev. 2015.

MARQUES, M. B.; BORTOLETTO, M. E.; BEZERRA, M. C.; SANTANA, R. A. L. DE. Avaliação da Rede Brasileira de Centros de Controle de Intoxicações a Envenenamento – CCIEs. **Cad. Saúde Públ.**, v. 11, n. 4, p.560-578. 1995.

MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P.; EVORA, Y. D. M. Apuntes/registros de enfermería: instrumento de comunicación para la calidad del cuidado?. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 89, n. 3, p. 415-421, 2006.

MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Logic models: a Tool for telling your program's performance story. **Evaluation and Program Planning**, v.22. 1999.

MENDES, C. G. M. **Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência: Uma abordagem por triangulação de métodos**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z. M. A. Uso de modelos teóricos em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In*: HARTZ, Z. M.; VEIRA-DASILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

- MINAYO, M. C. S.; DE ASSIS, S. G.; DE SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.5, p. 1637-1648. 2008.
- OGA, S.; CAMARGO, M. M. A.; BATISTUZZO, J. A. O. **Fundamentos de toxicologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2008.
- PEDUZZI, M.; CARVALHO, B. G.; MANDÚ, E. N. T.; DE SOUZA, G. C.; SILVA, J. A. M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 629-646. 2011.
- ROCA, C. G.; SANCHEZ, L. M.; BAÑOS, Y. C.; LA MAZA, V. T. V. S.; MARTÍNEZ, J. M. Q.; CUBELLS, C. L. Evaluación de los indicadores de calidad en intoxicaciones pediátricas en un servicio de urgências. **An Pediatr (Barc)**, v.80, n.1, p. 34-40. 2014.
- SALMERÓN, R. A.; MUNER, D. S.; XARAU, S. N. Disponibilidad de antídotos en los âmbitos sanitarios de Cataluña. **Med. Clin. (Barc)**, v.127, n.20, p. 770-3. 2006.
- SANTANA, R. A. L. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas: o desafio da padronização dos dados**. 2005. Dissertação (Mestrado em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- SANTANA, R. A. L.; BOCHNER, R.; GUIMARÃES, M. C. S. Sistema nacional de informações tóxico-farmacológicas: o desafio da padronização dos dados. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, (Supl. 1), p. 1191 – 1200. 2011.
- SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S. L. L.; FERRAZ, C. A.; DALLORA, M. E. L. V.; SÁ, M. F. S. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 36, p. 498-515. 2003.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Sanitária. Núcleo de Toxicovigilância. Cadernos de Toxicovigilância I: manual de Toxicovigilância. São Paulo: Centro de Vigilância Sanitária, 2014. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/Caderno%20de%20Toxicovigil%C3%A2ncia%20I%2015.04.2014%20final.pdf>>. Acesso em: out. 2015.
- SERAPIONI, M.; LOPES, C. M. N.; SILVA, M. G. C. Avaliação em saúde. *In*: ROUQUAYROL, M.Z.; SILVA, M.G.C. (Org.). **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 2011. p. 533-57.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE TOXICOLOGIA. História da SBTox. São Paulo: Sociedade Brasileira de Toxicologia, 2016. Disponível em: <<http://www.sbttox.org/>>. Acesso em: jan. 2016.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. *In*: Conferência Estadual de Saúde, 8., 2011, Salvador, **Mesa redonda**. Salvador: Conselho Estadual de Saúde, 2011.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Editora Tomo editorial, 2000.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In*: HARTZ, Z. M. A., VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F.C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, Coopmed, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for poison control**. Geneva: World Health Organization, 1997. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41966/1/9241544872_eng.pdf>. Acesso em: out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Programme on Chemical Safety. **Poisoning Prevention and Management**., 2016 World Health Organization. Disponível em: <<http://www.who.int/ipcs/poisons/en/>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

ANÁLISE SITUACIONAL E DA GESTÃO DE UM CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA DO CEARÁ: PROPOSTA DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO INTEGRADAS

DATA E HORA:

A. Espaço físico interno e externo ao Centro:

1. Conteúdo e disposição de materiais e itens:
2. Segurança e boas condições de trabalho para os funcionários?
3. Acessibilidade dos usuários? Onde ocorre o atendimento ao usuário no Centro?
4. Relação entre o ambiente interno e externo.
5. Relação das pessoas do Centro com o espaço.
6. Localização do Centro é de fácil visualização? É estratégica?

B. Linguagem e comportamento das pessoas no Centro:

1. Linguagem verbal e não verbal; tom de voz; vocabulário êmico.
2. Postural corporal; conduta; atitudes (O funcionário é pró-ativo? Demonstra interesse? Tem aptidão para passar informações ao usuário e aos estagiários do Centro? Como o funcionário passa o plantão?)

C. Relacionamentos:

1. Existe bom relacionamento entre os funcionários do próprio serviço?
2. Existe bom relacionamento entre os funcionários do Centro e os dos outros setores?
3. Há uma comunicação entre equipes?
4. Como ocorre o acionamento do Centro quando um paciente chega? É pela equipe da emergência? É através do acompanhante? É busca ativa do funcionário do Centro?

D. Equipe:

1. Como está o organograma do Centro?
2. O centro é composto por quantos funcionários? Qual a formação deles?
3. Os funcionários têm capacitação em toxicologia?
4. Existe um coordenador com responsabilidade específica para essa função?
5. Existe capacitação continuada dos funcionários? Como?
6. Os estagiários passam por alguma seleção? Como ocorre a capacitação destes?

E. Fontes de informação:

1. São utilizados banco de dados? Quais?
2. Existe uma bibliografia no Centro?
3. Acesso a internet?
4. Existem protocolos de assistência? Eles são utilizados?

F. Atendimento e informação:

1. Como ocorre? Quem atende/informa?
2. Os estagiários são capacitados para fornecer informações?
3. O registro ou a notificação de atendimento ocorre no momento do atendimento do paciente? Após o atendimento?
4. As informações para notificação são colhidas com o paciente, acompanhante ou com a equipe do primeiro atendimento?
5. Funcionário preenche a ficha por completo? Se não preenche por completo sinaliza ao colega do plantão seguinte para este completar?
6. Há o registro dos atendimentos por telefone? Como são esses registros? O telefone é exclusivo para o serviço? É ligação direta ou por ramal? É 0800? Quantos telefones?
7. Como são armazenadas as fichas e por quanto tempo?

G. Banco de dados:

1. Conhecer o banco de dados.
2. É de fácil ou difícil manuseio?
3. Acesso restrito a algum responsável? Ou todos os funcionários podem manusear?
4. Quem alimenta e de quanto em quanto tempo?
5. São gerados relatórios? Anuais? Semestrais?

6. Esses relatórios são enviados a quem?
7. Como ocorre a comunicação com o SINAN?
8. Utilizam os dados dos relatórios para tomadas de decisão?

H. Antídoto:

1. O Centro fornece informação quanto ao uso adequado?
2. O Centro fornece informação quanto à aquisição?
3. Existe estoque de antídotos? Como ocorre o seu armazenamento?
4. Como ocorre essa aquisição? Já faz parte do orçamento do hospital?

I. Laboratório:

1. O Centro tem um laboratório próprio? Ou tem convênio?
2. Todos os pacientes atendidos pelo Centro passam por análise toxicológica?
3. Quais os exames realizados?

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO AUTOAPLICADO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

ANÁLISE SITUACIONAL E DA GESTÃO DE UM CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA DO CEARÁ: PROPOSTA DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO INTEGRADAS

QUESTIONÁRIO APLICADO AO FUNCIONÁRIO DO CEATOX

DATA DA COLETA DE DADOS:

REGISTRO Nº:

CATEGORIA PROFISSIONAL:

PROFISSIONAL:

QUESTIONÁRIO			
INFORMAÇÕES GERAIS DO CEATOX			
01	HÁ QUANTO TEMPO O CEATOX ESTÁ EM FUNCIONAMENTO?		FUNC
02	O CEATOX ESTÁ DISPONÍVEL ÀS 24 HORAS POR DIA, 7 DIAS NA SEMANA?	(1) SIM (2) NÃO	HOR
03	A QUAL INSTITUIÇÃO O CEATOX É VINCULADO?		VINC
04	ESTÁ INSERIDO DENTRO DO ORGANOGRAMA DA INSTITUIÇÃO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ORG
05	QUAL(IS) A(S) FONTE(S) DE FINANCIAMENTO DO CENTRO?	(1) TERMO DE AJUSTES E METAS (2) OUTROS (ESPECIFIQUE):	FIN
06	O CENTRO FAZ PARTE DA RENACIAT?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	REN
07	O CENTRO É ASSOCIADO À ABRACIT?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ABR
08	O CEATOX PARTICIPA DOS PROGRAMAS DE ANÁLISE DE RISCO NA ÁREA DA TOXICOLOGIA?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ANAL
09	O CENTRO PARTICIPA E/OU COLABORA COM ÓRGÃOS PÚBLICOS EM PLANOS DE CONTINGÊNCIA PARA O ATENDIMENTO DE ACIDENTES OU CATÁSTROFES QUÍMICAS	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	CONT
10	NO CENTRO SÃO DESENVOLVIDAS ATIVIDADES DE ENSINO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ENS
11	SE SIM, QUE ÁREAS DE ENSINO UTILIZAM O CEATOX COMO CAMPO DE ESTÁGIO?	(1) BIOLOGIA (2) ENFERMAGEM (3) FARMÁCIA (4) MEDICINA (5) MEDICINA VETERINÁRIA (6) OUTRA:	EST
ESTRUTURA FÍSICA, RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS E PROCESSO ORGANIZACIONAL DO CEATOX			
12	QUAL A CLASSIFICAÇÃO DO SEU CENTRO?	(1) CENTRO DE INFORMAÇÃO TOXICOLÓGICA (2) CENTRO DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE TOXICOLÓGICA	CLAS

		(3) CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA (4) CENTRO DE INFORMAÇÃO, ANÁLISE E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA	
13	POSSUI ESPAÇO FÍSICO COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES QUE EXECUTA?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ESP
14	POSSUI LOCALIZAÇÃO DE FÁCIL ACESSO AO CLIENTE INTERNO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	LOCIN
15	POSSUI LOCALIZAÇÃO DE FÁCIL ACESSO AO CLIENTE EXTERNO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	LOCEX
16	DENTRO DO HOSPITAL EXISTE ALGUMA SINALIZAÇÃO QUE ORIENTE O CLIENTE INTERNO SOBRE A LOCALIZAÇÃO DO CEATOX?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	SININ
17	DENTRO DO HOSPITAL EXISTE ALGUMA SINALIZAÇÃO QUE ORIENTE O CLIENTE EXTERNO SOBRE A LOCALIZAÇÃO DO CEATOX?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	SINEX
18	POSSUI SALA DE ATENDIMENTO AO CLIENTE?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ATEN
19	SE SIM, O LOCAL PERMITE A PRIVACIDADE DO ATENDIMENTO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	PRIV
20	A LOCALIZAÇÃO DO CENTRO É PRÓXIMA AO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	URG
21	DISPÕE DE LOCAL SEGURO PARA A GUARDA DOS REGISTROS E FICHAS DE ATENDIMENTO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	GUAR
22	SE SIM, QUE LOCAL?		
23	POSSUI LINHA TELEFÔNICA EXCLUSIVA PARA ATENDIMENTO AO PÚBLICO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	TEL
24	QUAL A QUANTIDADE DE LINHAS TELEFÔNICAS?		TELNUM
25	SE SIM, A LINHA É GRATUITA?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	TELGRA
26	DISPÕE DE OUTRO MEIO DE COMUNICAÇÃO COM O PÚBLICO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	COM
27	SE SIM, QUAL(IS)?	(1) EMAIL (2) FAX (3) SITE (SÍTIOS) (4) REDES SOCIAIS – BLOG, FACEBOOK, TWITTER, INSTAGRAM	COMOUT
28	DISPÕE DE ACOMODAÇÕES PARA OS PLANTONISTAS?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ACOM
29	POSSUI ESPAÇO PARA AS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ADM
30	POSSUI ESPAÇO PARA A REALIZAÇÃO DE REUNIÕES?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	REUN
31	POSSUI ESPAÇO PARA A REALIZAÇÃO DE TREINAMENTO DA EQUIPE?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	TREIN
32	DISPÕE DE LABORATÓRIO PARA ANÁLISES TOXICOLÓGICAS?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	LAB
33	DISPÕE DE UMA LISTA DE LABORATÓRIOS DE ANÁLISES TOXICOLÓGICAS DE REFERÊNCIA REGIONAL?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	LABLIST
34	POSSUI EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	EPI
35	POSSUI EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA (EPC)?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	EPC
36	DISPÕE DE UM BANCO DE SOROS LOCALIZADO	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	BANSO

	NAS DEPENDÊNCIAS DO CENTRO?		
37	SE SIM, MANTÉM UM ESTOQUE MÍNIMO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ESTSO
38	DISPÕE DE LOCAL SEGURO PARA O ARMAZENAMENTO DOS SOROS?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ARMSO
39	DISPÕE DE UM BANCO DE ANTÍDOTOS LOCALIZADO NAS DEPENDÊNCIAS DO CENTRO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	BANANT
40	SE SIM, MANTÉM UM ESTOQUE MÍNIMO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ESTANT
41	DISPÕE DE LOCAL SEGURO PARA O ARMAZENAMENTO DOS ANTÍDOTOS?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ARMANT
42	DISPÕE DE UMA BIBLIOTECA BÁSICA PARA SUBSIDIAR A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	BIBL
43	SE SIM, DISPÕE DE ESPAÇO PARA ACOMODAÇÃO DE ACERVO BIBLIOGRÁFICO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	BIBLACO
44	DISPÕE DE OUTRAS FONTES DE INFORMAÇÕES PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	INFO
45	ESSAS FONTES DE INFORMAÇÕES ESTÃO ATUALIZADAS?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ATUAL
46	QUAIS AS FONTES DE INFORMAÇÕES PRESENTES NO CENTRO?	(1) MONOGRAFIAS DE INGREDIENTES ATIVOS (2) BIBLIOTECA PRÓPRIA (COLEÇÃO DE CASOS CLÍNICOS) (3) PROTOCOLOS DE TRATAMENTO (4) BASE DE DADOS - QUAL(IS)?	FONT
47	O ACESSO À INTERNET É RESTRITO AS PÁGINAS DE BASE DE DADOS?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	INT
48	EXISTE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE, COM EXPERIÊNCIA EM TOXICOLOGIA, RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO DO CENTRO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	COOR
49	EXISTE UM PROFISSIONAL MÉDICO, COM EXPERIÊNCIA EM MEDICINA DE URGÊNCIA OU TERAPIA INTENSIVA E EM TOXICOLOGIA, EXERCENDO A FUNÇÃO DE COORDENADOR CLÍNICO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	COORCL
50	ALGUM TREINAMENTO SOBRE O FUNCIONAMENTO E ESTRUTURA DO CENTRO É FORNECIDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ADMINISTRATIVOS INGRESSANTES?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	TREINFU
51	ALGUM TREINAMENTO SOBRE ORIENTAÇÕES TÉCNICO-CIENTÍFICAS É FORNECIDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE INGRESSANTES NO CENTRO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	TREINOR
52	EXISTE UM PLANO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA, ATRAVÉS DE CURSOS DE EXTENSÃO E ESPECIALIZAÇÃO, DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, FOMENTADO PELO CENTRO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	EDUC
53	O CENTRO INCENTIVA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PARTICIPAÇÃO DE EVENTOS (CONGRESSOS, SIMPÓSIOS) RELACIONADOS À TOXICOLOGIA?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	EVENINC
54	O CENTRO FINANCIJA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PARTICIPAÇÃO DE EVENTOS	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	EVENFIN

	(CONGRESSOS, SIMPÓSIOS) RELACIONADOS À TOXICOLOGIA?		
55	O CENTRO MANTÉM INTERCÂMBIO COM ENTIDADES E/OU INSTITUIÇÕES NACIONAIS E/OU INTERNACIONAIS ENVOLVIDAS COM TOXICOLOGIA, VISANDO A PERMANENTE ATUALIZAÇÃO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	INTERC
56	COMO OCORRE O REGISTRO DOS CASOS ATENDIDOS PELO CENTRO?	(1) FICHA MANUAL (2) FICHA DIGITAL (3) FICHA MANUAL COM EXTENSÃO DIGITAL (4) OUTRO:	REG
57	A FICHA DE NOTIFICAÇÃO E DE ATENDIMENTO DO CEATOX POSSUI UM MANUAL DE PREENCHIMENTO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	MANU
58	COMO É REALIZADO O PREENCHIMENTO DA FICHA?	(1) DE FORMA PADRONIZADA (2) DE ACORDO COM CADA FUNCIONÁRIO (3) SEGUINDO AS ORIENTAÇÕES DO MANUAL DE PREENCHIMENTO (4) OUTRO:	PREEN
59	EXISTE ALGUM CONTROLE DE QUALIDADE PARA ASSEGURAR O CORRETO PREENCHIMENTO DA FICHA?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	QUALI
60	A FICHA DE NOTIFICAÇÃO E DE ATENDIMENTO DO CEATOX É ATUALIZADA?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	FICHAT
61	QUANDO OCORREU A ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO E ATENDIMENTO?		FICHULT
62	O CENTRO POSSUI UM SISTEMA INFORMATIZADO DE REGISTRO DE DADOS DOS ATENDIMENTOS?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	SIST
63	TODOS OS FUNCIONÁRIOS DO CEATOX TÊM ACESSO A ESSE SISTEMA DE REGISTRO DE DADOS?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ACESS
64	TODOS OS FUNCIONÁRIOS DO CEATOX ALIMENTAM ESSE SISTEMA DE REGISTRO DE DADOS?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ALIM
65	A ATUALIZAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO OCORRE COM QUE FREQUÊNCIA?	(1) DIARIAMENTE (EM DIAS ÚTEIS) (2) DIARIAMENTE (TODOS OS DIAS DA SEMANA) (2) SEMANALMENTE (3) MENSALMENTE (4) OUTROS:	ATUALSIS
66	O CENTRO REGISTRA TODOS OS ATENDIMENTOS (TELEFÔNICOS E PRESENCIAIS)?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	REGAT
67	O CENTRO NOTIFICA TODOS OS ATENDIMENTOS (TELEFÔNICOS E PRESENCIAIS)?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	NOTAT
68	TODOS OS FUNCIONÁRIOS NOTIFICAM OS CASOS ATENDIDOS?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	FUNCNOT
69	A QUE SISTEMAS O CEATOX REPASSA AS NOTIFICAÇÕES?	(1) SINAN (2) SINITOX (3) OUTRO:	SISNOT

70	EXISTE UM FLUXO DEFINIDO PARA ATENDIMENTO TOXICOLÓGICO AO PACIENTE EXPOSTO E/OU INTOXICADO NO HOSPITAL?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	FLUATEN
71	EXISTE COMUNICAÇÃO ENTRE O CENTRO E AS OUTRAS EQUIPES E/OU PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS DIRETAMENTE NO ATENDIMENTO AO PACIENTE?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	COMCEN
72	EXISTE UM PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA AO PACIENTE INTOXICADO QUE ORIENTA SOBRE DIAGNÓSTICO, PROGNÓSTICO E TRATAMENTO DO MESMO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	FLUASS
73	ESSE PROTOCOLO É REPASSADO PARA AS OUTRAS EQUIPES E/OU PROFISSIONAIS QUE ESTÃO DIRETAMENTE ENVOLVIDOS NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	FLUREP
74	ESSE PROTOCOLO É ATUALIZADO COM QUAL PERIODICIDADE?	(1) CINCO ANOS (2) QUATRO ANOS (3) TRÊS ANOS (4) DOIS ANOS (5) UM ANO (6) MENOS DE UM ANO (7) OUTRO:	ATUALFLU
75	O CENTRO REALIZA MONITORAMENTO DAS INTOXICAÇÕES EM PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	MONIN
76	O CENTRO REALIZA MONITORAMENTO DAS INTOXICAÇÕES EM PACIENTES INTERNADOS EM OUTROS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	MONEX
77	O CEATOX GERA DADOS PARA A PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	DADO
78	AS INFORMAÇÕES GERADAS SÃO UTILIZADAS COMO?	(1) DISCUTIDAS NO CENTRO (2) SUBSÍDIO PARA DIRECIONAR AS AÇÕES DO CENTRO (3) DISCUTIDAS E UTILIZADAS COMO SUBSÍDIO PARA DIRECIONAR AS AÇÕES DO CENTRO (4) OUTRO:	DADOUS
79	O CENTRO PRESTA ORIENTAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO, PROGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS INTOXICAÇÕES PROVOCADAS POR SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS E BIOLÓGICAS?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ORIDIAG
80	A QUEM O CENTRO PRESTA ESSAS ORIENTAÇÕES?	(1) EQUIPE ASSISTENCIAL DO IJF (2) EQUIPE ASSISTENCIAL DE OUTROS HOSPITAIS (3) EQUIPE ASSISTENCIAL DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (4) EQUIPE ASSISTENCIAL DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	ORIEQP

		(5) PÚBLICO EM GERAL (6) OUTRO:	
81	O CENTRO POSSUI ALGUMA METODOLOGIA ESPECÍFICA PARA PRESTAR ESSAS ORIENTAÇÕES?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	METORI
82	O CENTRO PRESTA ORIENTAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DAS INTOXICAÇÕES, ASSIM COMO SOBRE A TOXICIDADE DAS SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS E BIOLÓGICAS E OS RISCOS QUE ELAS OCASIONAM À SAÚDE?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ORIPREV
83	A QUEM O CENTRO PRESTA ESSAS ORIENTAÇÕES?	(1) EQUIPE ASSISTENCIAL DO IJF (2) EQUIPE ASSISTENCIAL DE OUTROS HOSPITAIS (3) EQUIPE ASSISTENCIAL DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (4) EQUIPE ASSISTENCIAL DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (5) PÚBLICO EM GERAL (6) OUTRO:	EQPORI
84	O CENTRO POSSUI ALGUMA METODOLOGIA ESPECÍFICA PARA PRESTAR ESSAS ORIENTAÇÕES?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	ORIMET
85	O CENTRO PRODUZ MATERIAL DE CARÁTER EDUCATIVO, CIENTÍFICO E TÉCNICO, DESTINADO ÀS EQUIPES DE SAÚDE E A POPULAÇÃO EM GERAL, SOBRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS INTOXICAÇÕES?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	MATEDU
86	O CENTRO PRODUZ MATERIAL DE CARÁTER EDUCATIVO, CIENTÍFICO E TÉCNICO, DESTINADO ÀS EQUIPES DE SAÚDE E A POPULAÇÃO EM GERAL, PARA PREVENÇÃO DAS INTOXICAÇÕES?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	EDUMAT
87	O CENTRO PARTICIPA DIRETAMENTE OU EM CONVÊNIO COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO EM TREINAMENTOS DE EQUIPES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM TOXICOLOGIA?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	CONV
88	SÃO REALIZADAS REUNIÕES ENTRE OS FUNCIONÁRIOS DO CENTRO E A COORDENAÇÃO DO CENTRO?	(1) SIM (2) NÃO (3) NÃO SEI	REUFUN
89	COM QUE FREQUÊNCIA?		
90	O QUE É DISCUTIDO NESSAS REUNIÕES?	(1) AÇÕES A SEREM REALIZADAS PELO CENTRO (2) DADOS EPIDEMIOLÓGICOS (3) CASOS CLÍNICOS (4) OPORTUNIDADES DE MELHORIA DO SERVIÇO (5) ELABORAÇÃO DE PROJETOS PARA ADQUIRIR FINANCIAMENTO (6) OUTROS:	DISCREU

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

ANÁLISE SITUACIONAL E DA GESTÃO DE UM CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA DO CEARÁ: PROPOSTA DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO INTEGRADAS

Nome:

Data da coleta:

Idade:

Sexo:

Tempo de serviço no CEATOX:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Comente sobre o seu trajeto profissional, desde sua formação até as atividades que você desenvolve hoje no CEATOX, abordando tempo de serviço, vínculo empregatício, carga horária e como você desenvolve suas atividades no Centro.
2. Comente sobre o fluxo de atendimento dos pacientes intoxicados e/ou expostos a agentes tóxicos no IJF e sua participação nesse fluxo.
3. Essas são as atividades que estão propostas na RDC nº 19, de 3 de Fevereiro de 2005. Você poderia comentar sobre essas atividades dentro da sua prática?
4. Me fale sobre todo o fluxo de notificação dos pacientes atendidos no CEATOX e como você enxerga a importância dele para o serviço. Qual a sua participação nesse fluxo?
5. Comente sobre as facilidades que você identifica para desenvolver suas atividades no CEATOX.
6. Comente sobre as dificuldades que você enfrenta para desenvolver suas atividades no CEATOX. Que soluções você aponta para esses problemas? E esses problemas já foram discutido junto à coordenação? Comente sobre isso.

ANEXO

ANEXO A – Resolução da Diretoria Colegiada nº19 de 3 de fevereiro de 2005 (página 1)

RDC/ANVISA nº 19, de 3 de fevereiro de 2005.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV, do Regulamento da Anvisa, aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, c/c o art. 111, inciso I, alínea "b", § 1º do Regimento Interno aprovado pela Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000, republicada em 22 de dezembro de 2000, em reunião realizada em 18 de outubro de 2004, considerando a necessidade de estruturar e organizar a prestação da informação toxicológica e da assistência a indivíduos intoxicados, bem como qualificar os dados epidemiológicos relacionados a esses agravos; considerando a necessidade de definir critérios para o reconhecimento dos centros já existentes; considerando a necessidade de estabelecer parâmetros para a criação de novos centros, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica criada a Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica - RENACIAT.

Art. 2º Aprovar as "DIRETRIZES PARA QUALIFICAÇÃO DOS CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA" conforme Anexo.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CLAUDIO MAIEROVITCH PESSANHA HENRIQUES

ANEXO

DIRETRIZES PARA QUALIFICAÇÃO DOS CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA

Entende-se por CENTRO DE INFORMAÇÃO TOXICOLÓGICA a unidade especializada cuja função é fornecer informação e orientação sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações e envenenamentos, assim como sobre a toxicidade das substâncias químicas e biológicas e os riscos que elas ocasionam à saúde.

Entende-se por CENTRO DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE TOXICOLÓGICA a unidade especializada cuja função é fornecer informação e orientação sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações e envenenamentos, assim como sobre a toxicidade das substâncias químicas e biológicas e os riscos que elas ocasionam à saúde, e dispondo de laboratório especializado para apoio ao diagnóstico.

Entende-se por CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA a unidade especializada cuja função é fornecer informação e orientação sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações e envenenamentos, assim como sobre a toxicidade das substâncias químicas e biológicas e os riscos que elas ocasionam à saúde,

ANEXO A – Resolução da Diretoria Colegiada nº19 de 3 de fevereiro de 2005 (página 2)

prestando assistência presencial em qualquer nível de complexidade ao paciente intoxicado e viabilizando análises toxicológicas.

Entende-se por CENTRO DE INFORMAÇÃO, ANÁLISE E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA a unidade especializada cuja função é fornecer informação e orientação sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações e envenenamentos, assim como sobre a toxicidade das substâncias químicas e biológicas e os riscos que elas ocasionam à saúde, dispondo de laboratório especializado para apoio ao diagnóstico e prestando assistência presencial nos vários níveis de complexidade ao paciente intoxicado.

I- Atribuições:

1. Prestar, por intermédio de pessoal especificamente treinado, orientações de conteúdo técnico-científico aos profissionais de saúde e à população em geral, sobre exposição a substâncias químicas e biológicas que possam causar agravos à saúde humana, animal ou ambiental, enfatizando as ocorrências peculiares da sua área de abrangência.
2. Contribuir para o diagnóstico e tratamento das intoxicações e envenenamentos através de atendimento telefônico, ambulatorial ou hospitalar.
3. Realizar, ou viabilizar, análises toxicológicas em caráter de urgência e rotina para diagnóstico e monitoramento das intoxicações e envenenamentos.
4. Desenvolver e participar de atividades educativas e preventivas na área de toxicologia e toxinologia, e capacitar profissionais de saúde para o atendimento nessas áreas.
5. Registrar os atendimentos e disponibilizar os dados para a produção de informação epidemiológica.
6. Alertar as autoridades responsáveis sobre o risco de intoxicações e envenenamentos em circunstâncias que exijam providências sanitárias imediatas.
7. Fomentar, junto às Instituições responsáveis, o planejamento, a aquisição, o gerenciamento, a distribuição e a manutenção de um banco de antídotos.
8. Apoiar o Programa Nacional de Controle de Acidentes por Animais Peçonhentos.

II- Características Gerais:

Os Centros deverão apresentar como características gerais:

1. Serem públicos, credenciados junto ao órgão competente do Ministério da Saúde e integrados a todas as instâncias do Sistema Único de Saúde.

ANEXO A – Resolução da Diretoria Colegiada nº19 de 3 de fevereiro de 2005 (página 3)

2. Prestarem serviços 24 horas por dia, 7 dias por semana, durante todo o ano.

3. Contribuírem e participarem dos sistemas públicos de toxicovigilância e farmacovigilância, independentemente de sua vinculação.

III - Requisitos Mínimos:

1. Dispor de Recursos Humanos suficientes para constituir equipe multiprofissional, adequada à realização de suas atividades. (Anexo I);

2. Os Centros que prestarem assistência toxicológica presencial deverão estar instalados em unidades hospitalares, e poderão fazê-lo em nível de urgência/ emergência, internação e ambulatório;

3. Ter fontes de custeio suficientes para o cumprimento de suas atribuições, garantidas de forma expressa e permanente, por parte das instituições responsáveis por sua manutenção em nível municipal, estadual e federal;

4. Dispor de linha telefônica exclusiva, dedicada à prestação de informações para o atendimento de emergências toxicológicas;

5. Cobrir uma população não inferior a um milhão ou superior a dez milhões de habitantes, respeitadas as peculiaridades geográficas e demográficas de cada unidade da federação;

6. Ter um profissional de nível superior, da área de Saúde, com experiência em Toxicologia, responsável pela coordenação do Centro, preferencialmente em regime de tempo integral, ou dedicação mínima de 20 horas semanais em horário administrativo;

7. Ter um profissional médico para exercer a função de coordenador clínico. Este profissional deverá ter experiência em Medicina de Urgência ou Terapia Intensiva e em Toxicologia, preferencialmente em regime de tempo integral, ou dedicação mínima de 20 horas semanais, em horário administrativo;

8. Dispor de bases de dados suficiente para a prestação de informações para o atendimento de intoxicações agudas e crônicas por medicamentos, drogas de abuso, agrotóxicos, produtos químicos industriais, produtos domissanitários, plantas tóxicas, animais peçonhentos, toxinas e outras substâncias.

9. Dispor de um sistema de registro de dados dos atendimentos realizados, que garanta sua confidencialidade;

10. Dispor de uma biblioteca básica atualizada para subsidiar o atendimento e demais atividades desenvolvidas pelo Centro (Anexo II);

11. Dispor de área física com mobiliário e equipamentos adequados e suficientes para a realização de suas atividades, incluindo equipamentos de proteção individual e coletiva, local para atendimento telefônico, acomodação

ANEXO A – Resolução da Diretoria Colegiada nº19 de 3 de fevereiro de 2005 (página 4)

para plantonistas, dependências para administração, atendimento direto ao público, acervo bibliográfico, arquivos, reunião e treinamento da equipe;

12. Manter um estoque mínimo de antídotos para o atendimento das necessidades regionais;

13. Colaborar com as autoridades de saúde para a organização de uma lista de laboratórios de análises toxicológicas de referência regional, para atender demandas na área de atuação dos Centros;

IV- Requisitos Complementares

1. Fomentar a educação continuada da equipe, através de cursos de extensão, especialização e outros;

2. Produzir material de caráter educativo, científico e técnico, destinado às equipes de saúde e a população em geral, para prevenção, diagnóstico e tratamento das intoxicações;

3. Participar diretamente ou em convênio com instituições de ensino e pesquisa em treinamento de equipes de saúde em toxicologia;

4. Manter intercâmbio com entidades e instituições nacionais e internacionais envolvidas com a Toxicologia, visando a permanente atualização;

5. Participar e colaborar com órgãos públicos em planos de contingência para o atendimento de acidentes ou catástrofes químicas;

6. Participar dos programas de análise de risco na área da Toxicologia;

V - Disposições Gerais:

1. A Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica será coordenada pela Gerência Geral de Toxicologia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz será responsável pela coleta, análise e difusão dos dados produzidos pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica.

2. Os Centros que prestam informação, apoio diagnóstico laboratorial e assistência toxicológica, e que tenham interesse, poderão participar da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica, observados os critérios definidos nesta Resolução. Os que não se enquadram na presente norma terão o prazo de dois anos para fazê-lo, contados a partir da data de sua publicação.

3. As Instituições responsáveis e co-responsáveis pelos atuais Centros serão formal e imediatamente comunicadas pela ANVISA quanto ao teor do presente regulamento, suas responsabilidades e atribuições;

ANEXO A – Resolução da Diretoria Colegiada nº19 de 3 de fevereiro de 2005 (página 5)

4. Os recursos contemplados no Termo de Ajustes e Metas, acordado entre as VISAs Estaduais e a ANVISA, conforme Portaria (GM) do Gabinete do Ministro nº2473 de 29/12/2003, publicada no D.O.U. (Diário Oficial da União) em 02/01/2004, deverão complementar as outras fontes de financiamento relacionadas ao item III;

5. Os projetos elaborados pelos Centros, que visem o financiamento através do Termo de Ajuste e Metas, deverão ser encaminhados à coordenação da VISA Estadual e à ANVISA, que julgará a pertinência do repasse dos recursos.

6. A postura ética dos Centros e de seus membros será balizada pelos Códigos de Ética do Servidor Público, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e de suas respectivas categorias profissionais.

7. Para efeito do presente instrumento, entende-se por Centro os assim denominados: CAT, CCE, CCI, CCIIn, CEATOX, CIAT, CIAVE, CIT, CITF, CIVITOX, SERTOX, TOXEN.

8. Os Centros em fase de implantação e a serem implantados deverão obedecer às diretrizes propostas no presente documento.

9. As iniciativas e demandas referentes à estruturação dos Centros participantes da Rede Nacional, que não estejam contempladas neste instrumento, serão objeto de análise e avaliação pela ANVISA;

Glossário:

Assistência toxicológica: conjunto de atividades desenvolvidas presencialmente por profissionais de saúde legalmente autorizados no atendimento ao paciente intoxicado.

Atendimento toxicológico: conjunto de atividades que envolvem informação, orientação, consultoria ou assistência toxicológica.

CAT: Centro de Assistência Toxicológica e Centro de Atendimento Toxicológico.

CCE: Centro de Controle de Envenenamentos.

CCI: Centro de Controle de Intoxicações.

CCIIn: Centro de Controle de Intoxicações.

CEATOX: Centro de Assistência Toxicológica.

CIAT: Centro de Informação e Assistência Toxicológica.

CIAVE: Centro de Informações Anti-Veneno.

CIT: Centro de Informações Toxicológicas.

ANEXO A – Resolução da Diretoria Colegiada nº19 de 3 de fevereiro de 2005 (página 6)

CITF: Centro de Informações Tóxico-Farmacológicas.

CIVITOX: Centro Integrado de Vigilância Toxicológica.

Orientação toxicológica: Conjunto de esforços sistemáticos desenvolvidos mediante métodos e técnicas próprios com finalidade de informar e esclarecer aos serviços de saúde e à população em geral quanto aos riscos das substâncias químicas e biológicas, assim como medidas preventivas, diagnóstico e tratamento das intoxicações;

SERTOXX: Serviço de Toxicologia.

TOXEN: Centro de Controle de Intoxicações.

ANEXO I**PARÂMETROS RECOMENDADOS PARA CONSTITUIÇÃO DAS EQUIPES DE ATENDIMENTO POR TIPO DE CENTRO:****a) Centros de Informação Toxicológica:**

- um (01) coordenador geral;
- dois (02) médicos com experiência em toxicologia para supervisão da informação;
- dois (02) plantonistas por turno, graduados (preferencialmente), ou graduandos da área de saúde(**), treinados em informação toxicológica(**), para atendimento 24 horas por dia, sete dias por semana;
- um (01) assistente administrativo.

b) Centros de Informação e Análise Toxicológica:

- um (01) coordenador geral;
- um (01) coordenador clínico;
- dois (02) médicos com experiência em toxicologia para supervisão da informação;
- dois (02) plantonistas por turno, graduados (preferencialmente), ou graduandos da área de saúde(**), treinados em informação toxicológica(**), para atendimento 24 horas por dia, sete dias por semana;
- um (01) farmacêutico-bioquímico com treinamento em toxicologia por plantão;
- um (01) técnico de laboratório por plantão para a realização de análises toxicológicas de urgência;

ANEXO A – Resolução da Diretoria Colegiada nº19 de 3 de fevereiro de 2005 (página 7)

- dois (02) assistentes administrativos.

c) Centros de Informação e Assistência Toxicológica:

- um (01) coordenador geral;

- um (01) coordenador clínico;

- três (03) médicos com experiência em toxicologia para supervisão da informação e atendimento ambulatorial;

- equipe multiprofissional para o suporte presencial ao paciente intoxicado, em qualquer nível de complexidade, de acordo com a legislação em vigor;

- dois (02) plantonistas por turno, graduados (preferencialmente), ou graduandos da área de saúde(*), treinados em informação toxicológica(**), para atendimento 24 horas por dia, sete dias por semana;

- dois (02) assistentes administrativos.

d) Centros de Informação, Análise e Assistência Toxicológica:

- um (01) coordenador geral;

- um (01) coordenador clínico;

- três (03) médicos com experiência em toxicologia para supervisão da informação e atendimento ambulatorial;

- equipe multiprofissional para o suporte presencial ao paciente intoxicado, em todos os níveis de complexidade, de acordo com a legislação em vigor;

- dois (02) plantonistas por turno, graduados (preferencialmente), ou graduandos da área de saúde(*), treinados em informação toxicológica(**), para atendimento 24 horas por dia, sete dias por semana;

- equipe multiprofissional para o atendimento ambulatorial.

- um (01) farmacêutico-bioquímico com treinamento em toxicologia por plantão;

- um (01) técnico de laboratório por plantão para a realização de análises toxicológicas de urgência;

- três (03) assistentes administrativos.

Observações:

- carga horária mínima para médicos supervisores será de 20 horas semanais;

ANEXO A – Resolução da Diretoria Colegiada nº19 de 3 de fevereiro de 2005 (página 8)

- assistentes administrativos, de nível médio, com carga horária de 40 horas semanais, em horário comercial;

- os Centros adequarão seus recursos humanos de acordo com as suas necessidades no aumento da demanda.

(*) Serão pré-requisitos para os graduandos:

Medicina: a partir do quarto ano;

Farmácia: a partir do terceiro ano;

Enfermagem: a partir do terceiro ano;

Biologia: a partir do terceiro ano;

Medicina veterinária: a partir do terceiro ano.

(**) Plantonistas treinados em informação toxicológica: Graduados (preferencialmente) ou graduandos, em medicina, farmácia, enfermagem, biologia e medicina veterinária, treinados por um período mínimo de três meses.

Fonte: BRASIL (2005)

ANEXO C – Ficha de Investigação de Intoxicação Exógena (Anverso)

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO INTOXICAÇÃO EXÓGENA

Nº

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença INTOXICAÇÃO EXÓGENA		Código (CID10) T 65.9	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parla 5-Indígena 9- Ignorado
14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colégio) ou 2º grau 6-Ensino médio completo (antigo colégio) ou 2º grau 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica		15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30 País (se residente fora do Brasil)			
Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Situação no Mercado de Trabalho 01- Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06- Aposentado 10- Trabalhador avulso 03- Autônomo/ conta própria 07- Desempregado 11- Empregador 04- Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12- Outros 99 - Ignorado			
Dados da Exposição	34 Local de ocorrência da exposição 1. Residência 2. Ambiente de trabalho 3. Trajeto do trabalho 4. Serviços de saúde 5. Escola/creche 6. Ambiente externo 7. Outro 9. Ignorado			<input type="checkbox"/>
	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência			36 Atividade Econômica (CNAE)
	37 UF	38 Município do estabelecimento	Código (IBGE)	39 Distrito
	40 Bairro		41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)	
	42 Número		43 Complemento (apto., casa, ...)	
	44 Ponto de Referência do estabelecimento		45 CEP	
	46 (DDD) Telefone		47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
48 País (se estabelecimento fora do Brasil)				

Intoxicação Exógena

Sinan NET

SVS 09/06/2005

ANEXO D – Ficha de Investigação de Acidentes por Animal Peçonhento (Anverso)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO		Nº	
ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS					
CASO CONFIRMADO: Paciente com evidências clínicas de envenenamento, específicas para cada tipo de animal, independentemente do animal causador do acidente ter sido identificado ou não. Não há necessidade de preenchimento da ficha para casos suspeitos.					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	
	3	Código (CID10)	Data da Notificação		
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
	7	Data dos Primeiros Sintomas			
Dados de Residência	8	Nome do Paciente		9	
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	12
	13	Raça/Cor		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14	Escolaridade			
Dados Complementares do Caso	15	Número do Cartão SUS		16	
	17	UF	18	Município de Residência	
	19	Código (IBGE)		Distrito	
	20	Bairro		21	
	22	Número	23		
	24	Geo campo 1		25	
	26	Ponto de Referência		27	
Antecedentes Epidemiológicos	28	(DDD) Telefone		29	
	30	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
	31	Data da Investigação		32	
Dados Clínicos	33	Data do Acidente		34	
	35	Município de Ocorrência do Acidente:		36	
	37	Zona de Ocorrência		38	
	39	Local da Picada			
Dados do Acidente	40	Manifestações Locais		41	
	42	Manifestações Sistêmicas		43	
	44	Tempo de Coagulação			
Dados do Acidente	45	Tipo de Acidente		46	
	47	Aranha - Tipo de Acidente		48	

Animais Peçonhentos Sinan Net SVS 19/01/2006

ANEXO D – Ficha de Investigação de Acidentes por Animal Peçonhento (Verso)

Tratamento	49 Classificação do Caso <input type="checkbox"/> 50 Soroterapia <input type="checkbox"/> 1 - Leve 2 - Moderado 3 - Grave 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	51 Se Soroterapia Sim, especificar número de ampolas de soro:	
	Antibotrópico (SAB) <input type="text"/> Anticrotálico (SAC) <input type="text"/> Antiaracnídeo (SAAr) <input type="text"/> Antibotrópico-laquetico (SABL) <input type="text"/> Antielapídico (SAE) <input type="text"/> Antiloxoscélico (SALox) <input type="text"/> Antibotrópico-crotálico (SABC) <input type="text"/> Antiescorpiónico (SAEs) <input type="text"/> Antilonômico (SALon) <input type="text"/>	
	52 Complicações Locais <input type="checkbox"/> 53 Se Complicações Locais Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Infecção Secundária <input type="checkbox"/> Necrose Extensa <input type="checkbox"/> Síndrome Compartimental <input type="checkbox"/> Déficit Funcional <input type="checkbox"/> Amputação	
54 Complicações Sistêmicas <input type="checkbox"/> 55 Se Complicações Sistêmicas Sim, especificar: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória / Edema Pulmonar Agudo <input type="checkbox"/> Septicemia <input type="checkbox"/> Choque		
Conclusão	56 Acidente Relacionado ao Trabalho <input type="checkbox"/> 57 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Sim 1-Cura 2-Óbito por acidentes por animais peçonhentos 58 Data do Óbito <input type="text"/> 2 - Não 3-Óbito por outras causas 9-Ignorado 59 Data do Encerramento <input type="text"/> 9 - Ignorado	

Acidentes com animais peçonhentos: manifestações clínicas, classificação e soroterapia				
Tipo	Manifestações Clínicas	Tipo Soro	Nº ampolas	
OFIDISMO	Botrópico <i>jararaca</i> <i>jararacuçu</i> <i>urutu</i> <i>caçaca</i>	Leve: dor, edema local e equimose discreto	SAB	2 - 4
	Moderado: dor, edema e equimose evidentes, manifestações hemorrágicas discretas	4 - 8		
	Grave: dor e edema intenso e extenso, bolhas, hemorragia intensa, oligoanúria, hipotensão	12		
	Crotálico <i>cascavel</i> <i>botcininga</i>	Leve: ptose palpebral, turvação visual discretos de aparecimento tardio, sem alteração da cor da urina, mialgia discreta ou ausente	SAC	5
	Moderado: ptose palpebral, turvação visual discretos de início precoce, mialgia discreta, urina escura	10		
	Grave: ptose palpebral, turvação visual evidentes e intensos, mialgia intensa e generalizada, urina escura, oligúria ou anúria	20		
Laquetico <i>surucuru</i> <i>pico-de-jaca</i>	Moderado: dor, edema, bolhas e hemorragia discreta	SABL	10	
Grave: dor, edema, bolhas, hemorragia, cólicas abdominais, diarreia, bradicardia, hipotensão arterial	20			
Elapídico <i>coral verdadeira</i>	Grave: dor ou parestesia discreta, ptose palpebral, turvação visual	SAEL	10	
ESCORPIONISMO	Leve: dor, eritema e parestesia local	SAEsc ou SAA	---	
	Moderado: sudorese, náuseas, vômitos ocasionais, taquicardia, agitação e hipertensão arterial leve		2 - 3	
	Grave: vômitos profusos e incoercíveis, sudorese profusa, prostração, bradicardia, edema pulmonar agudo e choque		4 - 6	
ARANISMO	Leve: lesão incaracterística sem aranha identificada	SAA ou SALox	---	
	Moderado: lesão sugestiva com equimose, palidez, eritema e edema endurecido local, cefaléia, febre, exantema		5	
	Grave: lesão característica, hemólise intravascular	10		
	Foneutrismo <i>aranha-armadeira</i> <i>aranha-da-banana</i>	Leve: dor local	SAA	---
Moderado: sudorese ocasional, vômitos ocasionais, agitação, hipertensão arterial	2 - 4			
Grave: sudorese profusa, vômitos frequentes, priapismo, edema pulmonar agudo, hipotensão arterial	5 - 10			
LONONIA	Leve: dor, eritema, adenomegalia regional, coagulação normal, sem hemorragia	SALon	---	
	Moderado: alteração na coagulação, hemorragia em pele e/ou mucosas		5	
	Grave: alteração na coagulação, hemorragia em vísceras, insuficiência renal		10	

Informações complementares e observações	
Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necropsia, etc.)	

Município/Unidade de Saúde <input type="text"/> Nome <input type="text"/> Função <input type="text"/> Animais Peçonhentos Sinan Net	Cód. da Unid. de Saúde <input type="text"/> Assinatura <input type="text"/> SVS 19/01/2006
--	---

ANEXO E – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (Página 1)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Análise situacional e da gestão de um Centro de Assistência Toxicológica do Ceará: proposta de avaliação e intervenção integradas.

Pesquisador: Maria Augusta Drago Ferreira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 23265913.0.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.457.219

Apresentação do Projeto:

Emenda solicitando a prorrogação do período da coleta de dados e do prazo da pesquisa. As mudanças da proposta inicial ocorreram no cronograma e no prazo de realização da pesquisa. Tais alterações foram necessárias uma vez que, por ser um projeto financiado por uma instituição de apoio à pesquisa, o repasse da primeira parcela do financiamento atrasou e a segunda parcela ainda não foi disponibilizada. Tal situação provocou o atraso no início da coleta de dados e, conseqüentemente, no desenvolvimento e finalização da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Emenda solicitando a prorrogação do período da coleta de dados e do prazo da pesquisa. As mudanças da proposta inicial ocorreram no cronograma e no prazo de realização da pesquisa. Tais alterações foram necessárias uma vez que, por ser um projeto financiado por uma instituição de apoio à pesquisa, o repasse da primeira parcela do financiamento atrasou e a segunda parcela ainda não foi disponibilizada. Tal situação provocou o atraso no início da coleta de dados e, conseqüentemente, no desenvolvimento e finalização da pesquisa.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO E – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade
Federal do Ceará (Página 2)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.457.219

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Emenda solicitando a prorrogação do período da coleta de dados e do prazo da pesquisa. As mudanças da proposta inicial ocorreram no cronograma e no prazo de realização da pesquisa. Tais alterações foram necessárias uma vez que, por ser um projeto financiado por uma instituição de apoio à pesquisa, o repasse da primeira parcela do financiamento atrasou e a segunda parcela ainda não foi disponibilizada. Tal situação provocou o atraso no início da coleta de dados e, conseqüentemente, no desenvolvimento e finalização da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda solicitando a prorrogação do período da coleta de dados e do prazo da pesquisa. As mudanças da proposta inicial ocorreram no cronograma e no prazo de realização da pesquisa. Tais alterações foram necessárias uma vez que, por ser um projeto financiado por uma instituição de apoio à pesquisa, o repasse da primeira parcela do financiamento atrasou e a segunda parcela ainda não foi disponibilizada. Tal situação provocou o atraso no início da coleta de dados e, conseqüentemente, no desenvolvimento e finalização da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Emenda solicitando a prorrogação do período da coleta de dados e do prazo da pesquisa. As mudanças da proposta inicial ocorreram no cronograma e no prazo de realização da pesquisa. Tais alterações foram necessárias uma vez que, por ser um projeto financiado por uma instituição de apoio à pesquisa, o repasse da primeira parcela do financiamento atrasou e a segunda parcela ainda não foi disponibilizada. Tal situação provocou o atraso no início da coleta de dados e, conseqüentemente, no desenvolvimento e finalização da pesquisa.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Tedillo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

**ANEXO E – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade
Federal do Ceará (Página 3)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.457.219

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_655152 E2.pdf	08/02/2016 12:26:58		Acelto
Outros	Carta de apresentação do projeto.pdf	05/11/2013 12:01:00		Acelto
Outros	Orçamento.pdf	05/11/2013 11:57:54		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaração de anuência UFC.pdf	05/11/2013 11:53:30		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaração de anuência UJF.pdf	05/11/2013 11:50:26		Acelto
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	05/11/2013 11:49:34		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto PPSUS (Chamada 11.2013) versão final.pdf	04/11/2013 12:54:21		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	5. TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.pdf	04/11/2013 12:54:05		Acelto
Outros	Curriculo Augusta.pdf	04/11/2013 11:18:54		Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 18 de Março de 2016

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br