



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE HUMANIDADES - CH
MESTRADO ACADÊMICO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIEDADE**

JOSÉ AMBRÓSIO GUIMARÃES

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA EM TOXICOLOGIA CLÍNICA NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DO CEARÁ: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA**

**FORTALEZA-CE
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JOSÉ AMBRÓSIO GUIMARÃES

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA EM TOXICOLOGIA CLÍNICA NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DO CEARÁ: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA**

**FORTALEZA - CE
2010**

JOSÉ AMBRÓSIO GUIMARÃES

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA EM TOXICOLOGIA CLÍNICA NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DO CEARÁ: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Sociedade.

Orientador: Professor Doutor João Tadeu Andrade.

**FORTALEZA-CE
2010**

JOSÉ AMBRÓSIO GUIMARÃES

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA EM TOXICOLOGIA CLÍNICA NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DO CEARÁ: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Sociedade.

Aprovada em: ___/___/2010

Banca Examinadora

Professor Doutor João Tadeu Andrade (Orientador)
Universidade Estadual do Ceará

Professora Doutora Liduína Farias Almeida da Costa
Universidade Estadual do Ceará

Professor Doutor Harbans Lal Arora
Professor visitante da UFC

G963a

Guimarães, José Ambrósio

Assistência Humanizada em Toxicologia Clínica no Sistema Único de Saúde: Estudo de caso no Hospital Geral de Fortaleza/ José Ambrósio Guimarães - Fortaleza, 2010.

109p.

Orientadora: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Humanidade.

1. Humanização. 2. Assistência. 3. Toxicologia clínica. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Humanidade.

CDD: 362.10425

Dedico este trabalho à Humanidade, no sentido mais amplo de seu significado. A Humanidade do passado, do futuro e especialmente a do presente, que é composta de seres de presença – que se manifestam no apresentar-se. Entes que se dão no tempo. Na temporalidade e também na atemporalidade vivida nos sonhos, nos desejos de voar sempre mais alto, nas “utopias” dos construtores da História Humana.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus Supremo e a Tudo que Ele criou.

Aos meus pais João Facundo Guimarães e Engrácia Soares Guimarães (*in memoriam*), por seus exemplos de vida e pela vida terrena.

À Betiene Rosa Paiva Ambrósio Guimarães, por ser a esposa amorosa, mãe de nossa filha Gabriella, principal apoio e ajudante incansável nas entrevistas e digitação das mesmas e em cada momento deste percurso.

A todos os outros familiares, filhos, irmãos, tios, primos e demais parentes por fazerem parte do amor que me construiu.

Ao Professor João Tadeu Andrade por nos orientar de maneira tão humana.

Ao Professor Harbans Lal Arora, por seu trabalho incansável em prol da humanização e participação na banca de defesa.

À Professora Liduína Farias Almeida da Costa, pelo trabalho de Assistência Social no Hospital Geral de Fortaleza e também por ser membro da banca de qualificação e de defesa.

Ao Coordenador do Mestrado Acadêmico de Políticas Públicas e Sociedade Professor Geovani Jacó de Freitas pela sua paciência com os alunos.

Ao Professor Horácio, extensivo a todos os demais professores do Mestrado, por sua persistência em nos transmitir sabedoria.

À Universidade Estadual do Ceará, como instituição apoiadora do Mestrado.

Ao Hospital Geral de Fortaleza – equipe que participou direta ou indiretamente para a realização desta pesquisa.

Aos Construtores do SUS que fizeram o HumanizaSUS, facilitando a percepção e a conscientização do amor que constrói a humanização através da ação.

Ao Instituto Dr. José Frota mais conhecido como Frotão, por seu pioneirismo na assistência ao paciente intoxicado, no Estado do Ceará.

Ao Professor Doutor Roberto Wagner pela participação na banca de qualificação, pelo incentivo e apoio ao trabalho em prol da expansão da assistência ao paciente intoxicado para os demais municípios do Ceará.

Aos colegas de mestrado pelos momentos de alegria e descontração nas aulas mais complicadas.

À Grace Deodato Maia pelo incentivo ao aperfeiçoamento constante e pela primeira revisão desta dissertação.

À Ruth Helena Leite, por seu trabalho minucioso de revisão e amizade.

Aos que não constam nesta lista, pois infindável, por em algum momento contribuir para minha formação cultural, científica e espiritual. Estão todos nos nossos corações.

Às inúmeras instituições que participaram ou participam desta caminhada em prol da humanização daquele que sofre (O Paciente).

“Sabemos que serão mais felizes aqueles que praticarem maior número de ações louváveis. Já imaginaram que povo e que nação surgiriam, se todas as pessoas se unissem para praticar o bem? Um país assim seria alvo de respeito universal. Poderia ser considerado como uma parcela do Paraíso Terrestre, pois, com o tempo, desapareceriam todos os problemas de ordem moral, toda doença, toda pobreza e todo conflito. Seria como "bater com o martelo no chão" - a pancada não poderia falhar”.

OKADA, 2002.

RESUMO

O presente trabalho se dedica ao estudo de caso de assistência humanizada em toxicologia clínica no Hospital Geral de Fortaleza. Este hospital do Sistema Único de Saúde do Ceará é referência no atendimento e no fornecimento de informações para tratamento de pessoas intoxicadas e com acidentes por animais peçonhentos no Estado a partir de novembro de 2005. A hipótese inicial foi respondida dentro do esperado para um hospital público de grande porte, a qual interrogava se há indícios de assistência humanizada na clínica de paciente intoxicado e com acidentes por animais peçonhentos. Também, se o HGF é um hospital humanizado e por último se há uma cultura humanizada em seus membros. Verificou-se que o simples fato de ter passado a atender pacientes intoxicados, pode ser visto como um avanço no atendimento de uma das diretrizes do SUS e da Política Nacional de Humanização. Estava-se falando de acolhimento do HumanizaSUS e de resolutividade, um dos pressupostos do SUS. A análise dos dados empíricos resulta numa situação bastante clara que a humanização é um processo, uma mudança de comportamento e que o HGF está se inserindo nesse contexto de forma progressivamente lenta, mas positiva pelos aspectos pragmáticos da instalação de setores consolidados na prática humanística.

Palavras-chave: Humanização, Assistência, Toxicologia clínica.

ABSTRACT

This work is dedicated to the case study of humanized in clinical toxicology at the General Hospital of Fortaleza. This Hospital Health System of Ceara is a reference to service and information provision for the treatment of intoxicated persons and accidents for venomous animals in the State from November 2005. The initial hypothesis was answered within expectations for a large public hospital, which questioned whether there is evidence of humanized care in clinic with patient intoxicated and accidents for venomous animals. Also, if the hospital is a humanized HGF and finally if there is a humane culture in its members. It was found that the mere fact of having gone to serve intoxicated patients can be seen as a breakthrough in the care of one of the guidelines of the SUS and the National Policy of Humanization. In the work, was talking about hosting HumanizaSUS and solving, one of the assumptions of the SUS. The analysis of empirical data results in a situation quite clear that humanization is a process, a change of behavior and that HGF is entering that context so gradually slow but positive by the pragmatic aspects of the installation of consolidated sectors in humanistic practice.

Keywords: Humanization, Care. Clinical toxicology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
 AVC – Acidente Vascular Cerebral
 CCI - JABAQUARA - Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya em Jabaquara São Paulo
 CCI-UNICAMP - Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário de Campinas
 CCIIn - Centro de Controle de Informação Toxicológica de Niterói
 CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
 CIAT-HGF - Centro de Informação e Assistência Toxicológica do Hospital Geral de Fortaleza
 CIAVE - Centro Antiveneno da Bahia
 CNS - Conselho Nacional de Saúde
 CREMEC - Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará
 FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
 HGF - Hospital Geral de Fortaleza
 HUAP - Hospital Universitário Antônio Pedro
 IJF – Instituto José Frota
 MEC- Ministério da Educação
 MS - Ministério da Saúde
 OMS – Organização Mundial da Saúde
 ONU - Organização das Nações Unidas
 PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
 PRT7 - Procuradoria Regional do Trabalho da 7ª Região
 RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
 RENACIAT - Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica
 SESA/CE – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
 SINITOX - Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
 SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
 SUS – Serviço Único de Saúde
 TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
 UECE - Universidade Estadual do Ceará
 UFC - Universidade Federal do Ceará
 UFF - Universidade Federal Fluminense
 UNESCO – United Nations Education, Scientific and Cultural Organization
 UNICAMP - Universidade de Campinas
 UNIMED - Cooperativa de Trabalho Médico
 WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS EM SAÚDE	32
1.1 O Ser Humano e Sua Complexidade	35
1.2 Humanização na Prática de Saúde Atual	38
1.3 Humanização no Estado do Ceará	43
CAPÍTULO II AS INTOXICAÇÕES COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	47
2.1 O Ser Humano e Os Venenos	47
2.2 O Ser Humano como Paciente Intoxicado	53
2.3 Os Protocolos de Condutas	58
CAPÍTULO III RESULTADOS ENCONTRADOS	63
3.1 O Hospital e sua Conjuntura funcional	63
3.2 Compreendendo os Achados Empíricos	68
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	83

INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta um estudo de caso sobre a assistência humanizada em Toxicologia Clínica num hospital público localizado em Fortaleza, o Hospital Geral de Fortaleza - HGF.

Pela experiência e em saber o quanto a humanização faz parte do atendimento médico aos pacientes e aos seus familiares e acompanhantes é que este tema se enquadra no nosso perfil de trabalho.

Formado em Medicina e com especialização em Medicina do Trabalho, participamos da implantação do Centro de Assistência Toxicológica do Instituto Dr. José Frota - CEATOX/IJF em 1984, tendo-o dirigido por dezessete anos ininterruptos de 1988 à 2005. Fazendo, durante este período, parte da maioria dos eventos científicos relacionados ao tema toxicologia humana, no Ceará e um pouco no Brasil.

Participamos das reuniões nacionais para implantação de políticas consonantes, sendo membro da Comissão de Ética da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde - RENACIAT/ANVISA/MS, desde sua implantação em 2006. Estivemos no primeiro curso nacional de capacitação em clínica dos acidentes por animais peçonhentos no Instituto Butantã, em São Paulo, patrocinado pelo Ministério da Saúde, para resolver a crise da falta de soro anti-peçonhento e criar a figura do multiplicador com conhecimentos científicos atualizados em clínica de acidentes por animais peçonhentos, em 1987.

Preocupados pela falta de procedimentos padronizados que fossem executados pelos médicos ao atenderem nos primeiros momentos com eficiência a origem das intoxicações ou dos acidentes com animais peçonhentos, pensamos, criamos e responsabilizamo-nos pela elaboração e apresentação oficial do Protocolo de Condutas nas Intoxicações e Acidentes com Animais Peçonhentos – Tratamento Inicial junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará - CREMEC. (Figura 1, p. 18 e Figura 2, p. 19).

A partir de seu reconhecimento pelo Conselho de Medicina (ANEXO F), este Protocolo passou a fazer parte de um direcionamento facilitador de abordagem ao paciente intoxicado e especialmente dos acidentados com animais peçonhentos. Tornando-se uma diretriz clínica no Estado do Ceará. Em 2008 foi inserido no Manual de Condutas em Clínica Médica da Secretaria de Saúde do Estado (CEARÁ, 2008).

Nas páginas seguintes nos referiremos ao mesmo simplesmente com a designação de Protocolo.

Facilitamos, atualmente, a capacitação dos médicos que trabalham no Sistema Único de Saúde para o uso deste Protocolo junto aos hospitais de emergência do Estado do Ceará. Esta capacitação visa o tratamento do paciente de forma rápida, minimizando o seu sofrimento bem como de quem o atende, diminuindo as transferências para outros hospitais, na maioria das vezes, sem necessidade.

Vale salientar que isto acontece porque esta abordagem tem como fundamento básico, a visualização do paciente como um todo e não da procura do veneno causador do acidente. Por isto, é que o método utilizado nela, coloca o terapeuta de frente para os sofrimentos momentâneos do sofredor e estimula o uso de ações imediatas e inadiáveis. Como toda doença, estas patologias desencadeiam no paciente reações emocionais que podem complicar o quadro caso não se atue desta maneira.

Diferente de uma operação matemática como o ato de somar um volume mais outro volume, cujo resultado é apenas dois volumes, aqui a soma de dois sintomas simples como dor local, mais vermelhidão da pele, por exemplo, pode resultar em falência dos órgãos internos e causar a morte, caso o terapeuta pensasse nestes eventos de forma matemática, simplificada.

Coordenamos o Centro de Informação e Assistência Toxicológica do Hospital Geral de Fortaleza – CIAT-HGF, principal hospital do SUS – CE, referência estadual em toxicologia clínica, desde a sua criação em novembro de 2005.

De outro lado, ministramos a Disciplina Opcional de Toxicologia Humana: abordagem clínica, com carga horária de 20 horas, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará - UFC, desde 2005. Também somos professor do módulo de toxicologia clínica na Disciplina Clínica Médica IV, do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará - UECE, desde 2006. Esta disciplina contempla três meses de prática no HGF.

Filho de agricultor, de família religiosa, fomos enviado para um seminário franciscano em Canindé, Estado do Ceará, denominado Colégio Seráfico de São Francisco e depois para outro no Estado da Paraíba, agora Seminário Seráfico de Santo Antônio ou como é conhecido popularmente: Seminário de Ipuarana. Este seminário fica no alto de um morro, na cidade de Lagoa Seca, na Serra de Borborema, o que facilitava bastante a meditação, estimulada diariamente pelos formadores dos futuros frades, tendo passado parte de nossa adolescência, nos dois seminários, nos anos de 1962 a 1967.

Esta formação educacional com a finalidade de tornar o estudante um cidadão com valores humanitários e com capacidade pragmática de solução de problemas humanos, pode ter influenciado na decisão de ser voluntário do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH, que estava em implantação no Instituto Dr. José Frota, em 2002. Esta participação resultou na publicação de um artigo sobre saúde e espiritualidade no livro organizado pelo Padre Camiliano Antônio Augusto Mezzomo. (MEZZOMO, 2003, p. 162).

O Padre Augusto, era um dos membros da Comissão que implantou a humanização no IJF e Capelão do mesmo. Então, esse livro foi o resultado de sua forte atuação e de sua capacidade de agregação de pessoas em torno de uma proposta. Nele constam artigos de vários funcionários do hospital, como por exemplo, o nosso.

No ano de 1967, fomos expulsos do Seminário em Lagoa Seca. Saímos envergonhados. Levamos um susto enorme, pela dor de termos falhado naquilo que já estávamos acreditando ser o nosso futuro e pelo fracasso perante nossos familiares que tinham investido na possibilidade de se ter um padre na família. Como desculpa por tão grave acontecimento, canalizamos todas as nossas forças na vontade de sermos médico, também outro desejo forte de muitas famílias, na época.

O mundo vivia o auge da guerra fria, e no seminário conhecíamos defensores tanto dos Estados Unidos como da União Soviética, que se iniciara após a Segunda Guerra Mundial em 1945. O regime comunista estava sendo implantado em várias partes do planeta e isto acontecia após uma revolução geralmente sangrenta. Na América Latina, grande parte dos países estava sob o domínio militar, inclusive o Brasil. Estes regimes militares eram uma espécie de vitória dos Estados Unidos, pois impediam a implantação do Comunismo, pela União Soviética e seus aliados.

A escolha da profissão de médico tinha alguma relação com a de padre, visto que a intenção da Congregação Franciscana, mantenedora do seminário era formar missionários para trabalhar junto aos sofredores das “guerras comunistas” de então, ou seja, curar as feridas da alma.

Nesse sentido, articulamos dentro de nós a imagem de um médico missionário que poderia ir para a África curar os feridos dessas revoluções comunistas, pois recebíamos mensalmente, no Colégio, a revista “O Seminário” com notícias de que os soldados “vermelhos” como eram denominados os revolucionários soviéticos, eram extremamente

bárbaros, matavam todos os velhos e inválidos, enfim tornavam a vida dos vencidos um verdadeiro inferno.

Ao entrarmos no Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará em 1972, iniciou-se em nós a desconstrução da tal imagem do médico missionário sonhado por tantos anos. Durante a dissecação do primeiro cadáver, levamos “um choque” no nosso coração quando ouvimos a resposta de que aquele corpo que cortávamos sem qualquer experiência, não tinha nome, era um indigente, um desconhecido vindo da “Cinza”.

A “Cinza” era um “bairro” de Fortaleza, localizado onde hoje passa a Avenida Presidente Castelo Branco. O local era habitado por pessoas que viviam da “venda” do próprio corpo. Dizia-se que era difícil sair vivo de lá, se entrasse sem a devida proteção, porque a violência era a normalidade; reinava a lei do baixo meretrício. A maioria dos residentes deste bairro tinha vindo de outros estados, não tendo onde morar, e sem documentos, na visão das autoridades, justificava a indigência dos “corpos”. A maioria das casas era de papelão, muito frágeis. Uma favela na linguagem atual.

O segundo “choque” aconteceu no terceiro ano da Faculdade, quando já na Disciplina de Semiologia, ao examinar a primeira pessoa doente no Hospital das Clínicas da UFC. Estava lá novamente a figura do indigente. Era um pouco diferente, pois não podíamos cortar, por que não dizer estraçalhar seu corpo, mas podíamos esgotar sua paciência, escamotear sua dor, fechar os olhos ao seu pudor. Era também um necessitado, “não estava pagando”, sua doença já tinha passado por tantos tratamentos anteriores, que ele não se importava de se entregar totalmente à nossa inexperiência, porque também não dizer barbárie, desumanidade, imaturidade, impotência frente ao método secular do Catedrático de Ensino Médico. Naquele tempo os nossos professores eram catedráticos; tinham uma Cátedra, uma Cadeira, atualmente, Disciplina. Além de serem autoridades na Faculdade, precisávamos acreditar que eram donos de um saber inquestionável e por causa do Regime Político vigente, o aluno questionador era encaminhado para os interrogatórios da Polícia Secreta. Sabíamos de que colegas universitários desaparecidos, o foram por terem sido questionadores.

O terceiro choque foi sendo levado diariamente ao atender pacientes enfermos, pois, em grande número deles não podíamos realmente aliviar seu sofrimento. O método terapêutico ensinado era para tratar a causa da doença e não do doente. Faltava tempo para uma consulta completa para que pudéssemos ouvir todas as queixas do paciente. As filas eram enormes, os diretores apressavam nosso trabalho, com a alegativa de que tinha muita gente

para atender. Os medicamentos usados apresentavam reações adversas, intoxicavam, às vezes, matando.

Choramos durante muitas noites, mas felizmente minha mãe, meus ancestrais e também os frades do seminário haviam nos ensinado a rezar e a meditar, pois uma decepção indescritível surgiu ao terminar o curso: era mais um mecânico de corpos do que o tal sonhado médico missionário, tão bem descrito no romance de Taylor Caldwell, Médicos de Homens e de Almas.

Por esta contradição vivida no exercício da profissão, estávamos prestes a abandonar a carreira. No auge do sofrimento, passamos uma noite inteira de joelhos pedindo e ao mesmo tempo comunicando a Deus que o dia seguinte, seria o nosso último como médico. Estávamos realmente desesperados, sofridos, frustrados, revoltados com tudo.

Porém, ao chegarmos ao IJF na manhã seguinte, nossas preces haviam sido ouvidas, o problema fora sanado. Fomos escolhidos para fazermos um curso em São Paulo, sobre tratamento de acidentes com animais peçonhentos, em 1987. Ao voltarmos, passaríamos a ministrar treinamentos em todo o Estado do Ceará, para resolver as dificuldades relacionados ao tema, com o desconhecimento do saber peculiar aos casos brasileiros, o acumulado saber dos cientistas nacionais e até da falta de soro anti-peçonhento, que aconteceu no entorno de 1984 a 1987 pois o fabricante deixara de forma imprevisível de fornecer o produto. A missão principal era ser o facilitador responsável para capacitar os profissionais de saúde em educação continuada. Éramos o representante do Ceará nesse Curso Nacional

Aproveitamos sobremaneira a estada em São Paulo, para conhecer, aprender e também a tratar os outros tipos de intoxicações, no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya no bairro Jabaquara - CCI de Jabaquara.

Na volta, assumimos a direção do CEATOX/IJF e o papel de facilitador dos cursos de capacitação em Acidentes por Animais Peçonhentos, fazendo parte do então embrião do SUS atual, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS.

O SUDS tinha as mesmas características do SUS, e desencadeou um movimento nacional para sua implantação em todos os municípios do País. Um de seus componentes era o Conselho Municipal de Saúde. Participamos da implantação de oito deles incluindo o de Fortaleza-CE, como membro da Comissão Regional da Primeira Regional de Saúde do Estado do Ceará, nos anos de 1987.

Após ministrarmos diversos cursos sobre a clínica de acidentes por animais peçonhentos (ANEXO H Fotos 1 a 8) e atendermos algumas centenas de pacientes com patologias relacionadas aos animais venenosos, esperávamos uma melhoria contínua nos diagnósticos destes casos. Mas, a impressão que se tinha é que não vinha acontecendo à assimilação da aprendizagem desejada, então algo novo, desconhecido precisava ser desbravado, ser feito.

Procurando resolver parte do enigma, corremos em busca das novas abordagens, novas tecnologias de ensino/aprendizagem. Encontramos uma nova maneira de facilitação do emprego de conhecimentos técnicos extensos, sobre a forma de protocolos de condutas. Este novo jeito de melhorar o atendimento estava surgindo em larga escala nas abordagens médicas de emergência. Atualmente, quase todas as patologias têm o seu Protocolo, uma espécie de diretriz a ser seguida. O Conselho Federal de Medicina do Brasil encampou o “Projeto Diretrizes”, que tinha como objetivo incentivar todas as especialidades médicas fazerem o seu¹.

Então, elaboramos um Protocolo Específico sobre Condutas nas Intoxicações e Acidentes com Animais Peçonhentos: Tratamento Inicial em 2005, para facilitar o atendimento destes procedimentos e entregue às autoridades de saúde para sua implantação. As Figuras 1 e 2, nas páginas seguintes, mostram sua versão final.

O Protocolo, na verdade é composto pelas duas partes, mostradas nas figuras 1 e 2, apostas uma ao lado da outra, compondo um conjunto harmônico e de fácil visualização, quando fixado em local de atendimento. Sendo a primeira parte à esquerda e a segunda parte à direita. Neste trabalho, está disposto em duas partes apenas para facilitar a leitura, pois se mostrado por inteiro numa página apenas, as letras ficariam muito pequenas e assim ilegíveis.

Quando o terapeuta o examina para aplicar seu conteúdo, consulta inicialmente a primeira parte (Figura 1), seleciona em qual item os sintomas do paciente se enquadram e em seguida visualiza os tratamentos correspondentes na segunda parte (Figura 2)

O leitor verá logo abaixo das figuras demonstrativas do Protocolo, dois exemplos de como o mesmo é utilizado na prática.

¹ Projeto Diretrizes, disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/amb.php>

Figura 1: Protocolo de Condutas nas Intoxicações e Acidentes por Animais Peçonhentos-primeira parte.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA	
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ - SUS - CEARÁ	
CONDUTAS NAS INTOXICAÇÕES E ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS	
I - PACIENTE ASSINTOMÁTICO COM SUSPEITA DE SUBSTÂNCIA POUCO TÓXICA	TRATAMENTO INICIAL - TI
A - MEDICAMENTOS A BASE DE HORMÔNIO, VITAMINAS, ETC	4 e 7
B - SABÕES, GIZ, TINTAS PLÁSTICAS, ETC	4 e 8
C - COBRAS NÃO CORAIS COMO A SALAMANTA, CANINANA, ETC	4 e 7
D - COBRA CORAL	5 e 9
E - ESCORPIÃO NÃO PEÇONHENTO	4 e 7
II - PACIENTE ASSINTOMÁTICO COM SUSPEITA DE SUBSTÂNCIA PERIGOSA	
A - MEDICAMENTOS	5, 8, 15 e 16
B - PRAGUICIDAS	5, 9, 15 e 16
C - PARAQUAT	5, 10, 15 e 16
III - PACIENTE COM LESÕES CÁUSTICAS DE VIAS DIGESTIVAS	5 e 11
IV - PACIENTE COM INGESTÃO DE DERIVADOS DE PETRÓLEO COMO QUEROSENE	33
V - PACIENTE COM MIOSE, SUDORESE, SIALORRÉIA, FASCICULAÇÕES, ETC.	5, 6, 12, 15, 17, 18 e 33
VI - PACIENTE COMATOSO COM ESTABILIDADE CARDIORESPIRATORIA	5, 6, 15, 17 e 33
VII - PACIENTE COMATOSO COM INSTABILIDADE CR	5, 6, 12, 13, 15, 17 e 33
VIII - PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	12 e OUTROS SN
IX - PACIENTE COM CONVULSÃO GENERALIZADA	19 e OUTROS SN
X - PICADA DE COBRA PEÇONHENTA	
A - COM DOR E EDEMA LOCAL LEVE, TC ALTERADO OU NÃO	4, 5 e 20
B - COM DOR E EDEMA LOCAL MODERADO, TC ALTERADO OU NÃO	4, 5 e 21
C - COM DOR E EDEMA LOCAL GRAVE, TC ALTERADO OU NÃO	4, 5, 22 e 33
D - COM OS SINTOMAS ACIMA, MAS COM SUSPEITA DE SURUCUCU (PACIENTE PROVENIENTE DA SERRA DE BATURITÉ)	4, 5, 23 e 33
E - COM PTOSE PALPEBRAL, PARALISIA DO GLOBO OCULAR, DIPLOPIA, DOR MUSCULAR LEVE	4, 5, 24 e 33
F - COM PTOSE PALPEBRAL, PARALISIA DO GLOBO OCULAR, DIPLOPIA, DOR MUSCULAR MODERADA	5, 25 e 33
G - COM PTOSE PALPEBRAL, PARALISIA DO GLOBO OCULAR, DIPLOPIA, SEM DOR MUSCULAR	5, 26 e 33
XI - PICADA DE ESCORPIÃO	
A - SOMENTE COM DOR LOCAL	4, 33, 34 e 35 SN
B - COM SINTOMAS SISTÊMICOS LEVES	5, 27 e 33
C - COM SINTOMAS SISTÊMICOS COMO ARRITIMIAS, CONVUNÇÕES, ETC.	5, 28 e 33
XII - PICADA DE ARANHA LOXOCÉLES (MARRON)	
A - COM MANCHA NECRÓTICA, HALO ISQUÊMICO CERCADO POR HALO ERITEMATOSO, EDEMACIADO LEVEMENTE	5, 11 e 29
B - COM MANCHA NECRÓTICA, HALO ISQUÊMICO CERCADO POR HALO ERITEMATOSO, EDEMACIADO MODERADAMENTE	5, 11, 30 e 33
XIII - PICADA DE VIUVA NEGRA (NO CEARÁ: "JANDUINHA") COM DOR MUSCULAR GENERALIZADA, SUDORESE INTENSA	5, 31 e 34
XIV - PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL	14 E OUTROS SN
XV - PACIENTE COM SINTOMAS MAL DEFINIDOS	5, 33 E OUTROS SN
XVI - PACIENTE COM INTOXICAÇÃO CRÔNICA, SEQUELAS, ETC.	32

Fonte: CREMEC, 2005.

Figura 2: Protocolo de Condutas nas Intoxicações e Acidentes por Animais Peçonhentos- segunda parte.

A DO ESTADO DO CEARÁ - CREMEC

TRATAMENTO INICIAL - TI
VÁLIDO SOMENTE APÓS EXAME MÉDICO DO PACIENTE
1. TODOS OS PACIENTES DEVEM SER EXAMINADOS POR UM CLÍNICO E PREENCHIDO UMA FICHA DE NOTIFICAÇÃO
2. TAMBEM DEVE-SE ADMINISTRAR ÁGUA PARA TODOS DURANTE TODO O TRATAMENTO, EXCETO SE HOUVER, UM IMPEDIMENTO CLARO COMO OBNUBILAÇÃO, COMA, PERFURAÇÃO INTESTINAL, ETC.
3. INTERNAR TODOS OS PACIENTES QUE USAREM SORO ANTIPEÇONHENTO PARA SEREM OBSERVADOS POR PELO MENOS 24 HORAS APÓS DESAPARECEREM OS SINTOMAS.
4. HIDRATAÇÃO ORAL.
5. HIDRATAÇÃO VENOSA.
6. CORREÇÃO DA ACIDOSE COM S. RINGER-LACTATO OU BICARBONATO DE SÓDIO.
7. OBSERVAÇÃO POR 6 HORAS
8. OBSERVAÇÃO POR 12 HORAS
9. OBSERVAÇÃO POR 24 HORAS
10. OBSERVAÇÃO POR 21 DIAS
11. ACOMPANHAMENTO CIRÚRGICO
12. MONITORIZAÇÃO CARDÍACA
13. INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL
14. HEMODÍALISE
15. LAVAGEM GÁSTRICA COM SF
16. CARVÃO ATIVADO EM DOSE ÚNICA. 1G/KG/PESO NO MÁXIMO 50G DILUIDO EM 100 A 200 ML DE SF CRIANÇA 0,5G/KG, 25G NO MÁXIMO.
17. CARVÃO ATIVADO EM DOSE REPETIDA DE 6/6H. 1GKG/PESO NO MÁXIMO 50G DILUÍDO EM 100 A 200 ML DE SF POR ATÉ 3 DIAS CRIANÇA 0,5G/KG, 25G NO MÁXIMO
18. ATROPINA EV 4 AMPOLAS ATÉ DE 15/15MIM PARA MANTER PULSO ACIMA DE 70PPME/OU SEM SECREÇÃO PULMONAR CRIANÇA 0,01 A 0,05MG/KG/DOSE
19. SEDAÇÃO COM DIAZEPAN OU OUTRO SEDATIVO EM USO NO HOSPITAL
20. SORO ANTIBOTRÓPICO 4 AMPOLAS EV GOTAA GOTA INICIANDO COM 10 G/MIM
21. SORO ANTIBOTRÓPICO 8 AMPOLAS EV GOTAA GOTA INICIANDO COM 10 G/MIM
22. SORO ANTIBOTRÓPICO 12 AMPOLAS EV GOTAA GOTA INICIANDO COM 10 G/MIM
23. SORO ANTILAQUÉTICO 10 A 20 AMPOLAS EV GOTAA GOTA INICIANDO COM 10 G/MIM
24. SORO ANTICROTÁLICO 10 AMPOLAS EV GOTAA GOTA INICIANDO COM 10 G/MIM
25. SORO ANTICROTÁLICO 20 OU MAIS AMPOLAS EV GOTAA GOTA INICIANDO COM 10 G/MIM
26. SORO ANTI LAPÍDICO 10 AMPOLAS EV GOTAA GOTA INICIANDO 10G/MIN
27. SORO ANTIESCORPIÔNICO 2 AMPOLAS EV GOTAA GOTA INICIANDO COM 10 G/MIN
28. SORO ANTIESCORPIÔNICO 4 AMPOLAS EV GOTAA GOTA INICIANDO COM 10 G/MIN
29. SORO ANTILOXOCÉLICO 5 AMPOLAS EV GOTAA GOTA INICIANDO COM 10 G/MIN
30. SORO ANTILOXOCÉLICO 10 AMPOLAS EV GOTAA GOTA INICIANDO COM 10 G/MIN
31. SORO ANTILATRODÉSICO 1 A 2 AMPOLAS IM
32. ENCAMINHAMENTO PARA UM CLÍNICO PLANEJAR TRATAMENTO SINTOMÁTICO
33. TRATAMENTO SINTOMÁTICO
34. TRATAMENTO SINTOMÁTICO DA DOR
35. ANESTÉSICO SEM ADRENALINA NO LOCAL NA DOSE DE 2 A 4ML (BLOQUEIO)

JOSÉ AMBRÓSIO GUIMARÃES - MÉDICO - CREMEC 2345 - DIRETOR DO CIAT CEARÁ

Vejam os como utilizar este Protocolo, através de exemplos muito freqüentes nas emergências do Estado do Ceará:

Exemplo 1- Paciente jovem passa mal nos primeiros dias de seu emprego numa empresa agrícola e é levado ao pronto socorro pelo técnico de segurança do Trabalho. Este informa que o rapaz estava pulverizando veneno numa plantação quando uma ventania em sentido contrário lhe banhou com o conteúdo aplicado. O jovem foi piorando no caminho, quando apresentou suor muito intenso, náuseas, vômitos, diarreia fétida abundante, dor de cabeça. Num determinado momento, com a fala arrastada, balbuciou que ia morrer e, em seguida, desmaiou. Ao chegar ao hospital municipal, o clínico de plantão, além do quadro acima encontrou um paciente com miose, sialorréia, sudorese, fasciculação, desidratado, comatoso, em estado geral grave. Com estes dados ele enquadrou o caso no item V da Protocolo, aplicou o tratamento proposto ao lado: 5, 6, 12, 15, 17, 18 e 33, o que significa:

- 1) Examinar o paciente e preencher sua ficha de atendimento (Item 1);
- 2) Hidratação venosa (Item 5);
- 3) Correção da acidose com solução de ringer lactato ou bicarbonato de sódio (Item 6);
- 4) Monitorização cardíaca (Item 12);
- 5) Lavagem gástrica com soro fisiológico (Item 15);
- 6) Administrar pela sonda da lavagem gástrica, carvão ativado em doses repetidas (Item 17);
- 7) Administrar atropina endovenosa 4 ampolas até de 15 em 15 minutos para manter o pulso acima de 70 pulsações por minuto e ou sem secreções (Item 18);
- 8) Tratamento sintomático (Item 33);
- 9) Acalmar os familiares (**Humaniza SUS**);
- 10) Acompanhar clinicamente o paciente até o mesmo ficar em condições de alta.
- 11) Em caso de dúvida ligar para **Central de Regulação do Estado², fone (0xx85) 3101.5269.**

Exemplo 2 Paciente picado por escorpião, somente com dor local Item XI–A: – Tratamento: 4, 33, 34 e 35 SN (Se Necessário) O que fazer:

- 1) Examinar o paciente e preencher sua ficha de atendimento (Item 1) ;

² Setor da SESA-CE, que controla os leitos disponíveis no Estado, nos sentido de privilegiar os casos mais necessitados, avaliados por um médico de plantão permanente.

- 2) Administrar água (Item 4);
- 3) Acalmar o paciente e familiares (**Humaniza SUS**)
- 4) Tratamento sintomático (33);
- 5) Tratamento sintomático da dor (34 e 35 SN).
- 6) Acompanhar clinicamente o paciente até o mesmo ficar em condições de alta.
- 7) Em caso de dúvida ligar para **Central de Regulação do Estado, fone (0xx85) 3101.5269**.

A sensação que tivemos foi de “dever cumprido”, pois a confecção deste Protocolo para nós foi uma espécie de retribuição ao custeio de nossa capacitação, já que até hoje continuamos grato pela oportunidade. Esperamos poder retribuir ainda mais com este trabalho.

Munido deste Protocolo, o terapeuta podia resolver alguns impasses de diagnóstico junto ao paciente, mas o mesmo é apenas mais uma ferramenta, talvez uma gota d’água num oceano imenso a ser desbravado na tecnologia da humanização que o Brasil vem tentando implantar.

Temos notícias da importância do Hospital Geral de Fortaleza como um marco nessa empreitada com uma experiência bem sucedida nos últimos anos. Como por exemplo, a implantação do Serviço de Acolhimento, a criação do Rim-Art³, a criação do Conselho Gestor Local, o Grupo de Trabalho de Humanização.

O Serviço de Acolhimento foi implantado na emergência em 2009 como um dos avanços da PNH.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (BRASIL, 2004, p. 6).

O Rim-Art é uma espécie de organização a parte, que funciona nas dependências do HGF. Os funcionários e os voluntários deste programa participaram de modo muito

³ Rim-Art: <http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/projetos-especiais/rim-art>
<http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/projetos-especiais/rim-art>

consistente oferecendo inclusive a oportunidade de visualização do momento de SUS atuação no dia-a-dia (ANEXO G , FOTOS 6 e 7)

O Projeto Rim-Art teve início em março de 2001 com a finalidade de promover a melhoria da qualidade de vida do paciente renal que depende da máquina de hemodiálise e do paciente transplantado renal. O caminho escolhido para alcançar esse objetivo foi a ARTE. A iniciativa nasceu da observação de alguns profissionais da nefrologia, os quais constataram nesses pacientes uma apatia, desestímulo e um desencanto em relação à vida e ao tratamento. Convém mencionar que esses pacientes sofreram uma ruptura no seu cotidiano ao iniciarem o tratamento dialítico, tanto no que se refere à sua capacidade laborativa, como nas suas relações familiares, sociais e de lazer. Por esse motivo, a equipe da nefrologia optou em desenvolver um trabalho humanizado através da arte, onde esses pacientes pudessem encontrar um espaço para o enfrentamento de sua problemática (HGF, 2010).

O Conselho Gestor Local é uma das reivindicações populares inseridas na PNH, instalou-se recentemente no HGF, como pode ser verificado na página eletrônica do hospital⁴ e na declaração do informante número 15, citada mais adiante:

Em um modelo de gestão participativa, centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. A direção das unidades de saúde tem diretrizes, pedidos que são apresentados para os colegiados como propostas/ ofertas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Os usuários/familiares e as equipes também têm pedidos e propostas que serão apreciadas e acordadas (BRASIL, 2008, p. 56).

O Grupo de Trabalho de Humanização é também um dos instrumentos da PNH, que mesmo de maneira acanhada, cresce como uma planta tenra no hospital. Alguns informantes se refém a isto nas suas declarações, apresentada em itens específicos:

Espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade no cuidado em saúde e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde. É constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais e demais trabalhadores em cada equipamento de saúde, (nas SES e nas SMS), tendo como atribuições: difundir os princípios norteadores da PNH (BRASIL, 2008, p. 61).

Por alguns anos sentimos um alívio imenso na alma; parece que o problema havia sido resolvido, pois fizemos também um curso de abordagem ao paciente suicida com um professor doutor em antropologia médica. No curso, foram apresentadas algumas ferramentas para minorar os sofrimentos do paciente suicida e também da sua família. Serviu para suprir o que não havíamos aprendido no curso regular da Faculdade de Medicina.

⁴ <http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/instituicao/planejamento-estrategico>

Nas consultas, passamos a atender um menor número de pessoas, podendo na maioria dos casos, ouvir com detalhes a sua história e prescrever outros tratamentos como a terapia do sentido da vida, a Logoterapia, escola de psicologia criada pelo médico austríaco Viktor Emanuel Frankl (2001), PhD em psiquiatria que provou durante sua estada como prisioneiro dos campos de concentração da Alemanha, na Segunda Guerra Mundial, que o ser humano é mais que uma simples máquina. Demonstrou que somos um ser de sentido. Mesmo em situações trágicas podemos agir como um ser compassivo, tomar decisões inteligentes, decisões humanas. Mesmo nada mais fazendo com os cinco sentidos, que o tire desta situação dramática, estando na iminência inarredável da morte, o ser humano pode agir civilizadamente, pode aliviar o sofrimento de outra pessoa.

Alguns autores sustentam que sentidos e valores são “nada mais que mecanismos de defesa, formações reativas e sublimações”. Mas pelo que me toca a mim, eu não estaria disposto a viver em função dos meus “mecanismos de defesa”. Nem tampouco estaria pronto a morrer por amor às minhas “formações reativas”. O que acontece, porém, é que o ser humano é capaz de viver e morrer por seus ideais e valores! (FRANKL, 2001, p. 92)

Essa contribuição de Viktor Frankl nos acompanha até hoje, pelo menos em pensamento, quando avaliamos nossos comportamentos frente aos pacientes sofredores. Delineia tanto a formação de uma mensagem de incentivo aos mesmos para continuarem vivos, como auto-reflexão nas horas de sufoco frente ao sofrimento alheio.

Após a publicação do Protocolo pelas autoridades de saúde do Ceará, surge então a possibilidade de incremento na melhoria da assistência da saúde dos pacientes intoxicados e especialmente com acidentes por animais peçonhentos, pois o mesmo facilita o tratamento de casos graves mesmos não se visualizando a serpente causadora do acidente.

É importante salientar que um caso grave de acidente, tem essa classificação pois põe em risco a vida do paciente. No caso de um acidente pela cobra jararaca, o paciente apresenta dor intensa, inchaço, destruição do local da picada e choque hipovolêmico muitas vezes nas primeiras horas após o acidente. Este quadro pode matar rapidamente um cidadão, que na maioria dos casos estava apenas trabalhando para sustentar sua família e minutos antes estava bem de saúde.

Quando se trata de acidente crotálico⁵, o atraso no diagnóstico e na aplicação do soro anti-peçonhento pode ocorrer a morte ou seqüela grave irreversível no paciente, como a

⁵ Acidente causado pela picada de cobra do gênero *Crotalus*, conhecida popularmente como cobra cascavel.

perda da musculatura e as dificuldades decorrentes: falta de força, dificuldade ou incapacidade total para andar, respiração deficiente, etc.

Desde então o Protocolo passou a ser um instrumento que veio contribuir para o alívio de parte do sofrimento destes pacientes, tendo nascido do protagonismo dos trabalhadores da saúde; ação inserida na PNH: é a idéia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos e co-responsáveis no processo de produção de sua própria saúde. (BRASIL, 2008, p. 65)

Ouvimos de uma assessora do CIAT-HGF⁶ o relato sobre a admiração de uma mãe para o Protocolo, o que certamente aumentou o incentivo do uso do mesmo como instrumento importante e significativo na melhoria das políticas de governo. Ela, assim se pronunciou:

A pessoa que inventou este negócio só pode ser muito inteligente. O doutor que atendeu minha filha intoxicada sabe doutora, aquela que está ali naquela cama do canto, olhou para minha filha que chegou quase morrendo, correu pra cá, leu com o dedo aqui, escreveu num papel e entregou prá enfermeira. Assim que a enfermeira começou a fazer o que o doutor tinha escrito, minha filha como que ressuscitou. Eu queria que Deus me permitisse conhecer essa pessoa, mas sei que deve ser quase impossível ver uma pessoa tão importante assim. (Fala de uma mãe de paciente intoxicada, internada na Pediatria do IJF, em 2007)

Ela falou tudo isso apontando para o Protocolo que estava colado na parede da emergência de pediatria do IJF.

Outra admiradora do Protocolo, na época Chefe da Procuradoria Regional do Trabalho da 7ª Região-PRT7, órgão do Ministério Público do Trabalho, emitiu o seguinte comentário:

Nem que seja a última coisa que eu faça como chefe desta procuradoria, mas vou usar todo meu poder para tornar este instrumento conhecido das autoridades e médicos que atendem pessoas intoxicadas. Vou conseguir dinheiro para publicar num manual que possa ser facilmente transportado para o local de trabalho e todo médico possa empregar o Protocolo na hora do atendimento. (Depoimento da Procuradora da PRT7 por ocasião de um seminário sobre os problemas de venenos, que resultou na publicação de um manual contendo o Protocolo em 2006)

A referida procuradora tomou conhecimento do Protocolo quando da apresentação do mesmo em um seminário sobre os problemas causado pelos praguicidas, discutido no Fórum Estadual do Meio ambiente e Trabalho, em 2006. Este Fórum é capitaneado pela

⁶ Betiene Rosa Paiva Ambrósio Guimarães, Teóloga, assessora voluntária inicialmente do CEATOX/IJF e atualmente do CIAT-HGF.

PRT7. Dele fazem parte várias entidades como o Conselho Regional de Medicina, do qual somos representante, os sindicatos patronais e de trabalhadores, etc.

A PRT7 elaborou 7.000 manuais contendo o Protocolo e encaminhou para as autoridades jurídicas, sindicais e de saúde do Estado do Ceará, em 2007.

Também foi ouvido de uma enfermeira uma fala em favor do Protocolo, como facilitador da recuperação de pacientes intoxicados na emergência do Hospital Regional da UNIMED de Fortaleza:

Doutores, o paciente de vocês já foi embora, já recebeu alta. Ele chegou de madrugada muito mal, eu pensava que ia morrer, mas o médico de plantão fez a prescrição olhando “prum” cartaz que está fixado ali na parede. Logo que fiz os procedimentos prescritos o paciente saiu do coma, levantou e chamou o doutor que era seu colega e ele deu alta. Quase que vocês encontram ele na saída. Venham ver o cartaz. (Fala de uma enfermeira lotada na emergência do Hospital da UNIMED, em 2008)

Todos estes eventos podem ter contribuído para a diminuição do sofrimento tanto dos pacientes como dos médicos em busca de soluções efetivas e mais humanizadas na clínica de acidentes por animais peçonhentos.

Como falado antes, participávamos do então o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH do IJF. A implantação do PNHAH nasceu da necessidade da superação de problemas de desumanização na assistência de saúde, detectada pelas autoridades da área e aceitas pelo Ministério da Saúde:

O Ministro da Saúde, José Serra, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. (BRASIL, 1999, p. 9).

Como chefe do Centro de Informações e Assistência Toxicológica do IJF, tínhamos mais liberdade de estudar situações pragmáticas de humanização. Por outro lado, nessa posição éramos cobrados por uma sabedoria que não encontráramos nos cursos realizados e, portanto, a mudança para o novo requeria outros parâmetros e especialmente o fator tempo.

Estavam acontecendo muitas modificações na Medicina. Surgiam as terapias ditas alternativas que acenavam para uma mudança da terapia tradicional, como hegemônica no processo de cura das doenças. Prometiam incluir a interação entre o orgânico e o emocional. (ANDRADE, 2005).

Houve um novo olhar, uma interjeição positiva a mais no caminho da assistência humanizada. Na busca por solução para aliviar a dor dos clientes, foram expostas as causas

complexas do problema. Uma delas era a falta de um melhor entendimento do processo de cura de uma dor, que ia além daquela compreendida pela medicina oficial que havia nos Cursos de Medicina de então.

Então, para facilitar o entendimento do caminho dessa pesquisa foram descritos os componentes da trama que de certa forma justificam a necessidade de se pensar humanização de humanos, em itens distintos tais como o ser humano e sua complexidade; o ser humano e os venenos; o ser humano como paciente intoxicado; as intoxicações como problema de saúde pública; os protocolos de condutas e o Hospital Geral de Fortaleza como o local da pesquisa.

O objetivo geral foi analisar os fatores que poderiam conduzir à humanização na assistência de saúde à pacientes intoxicados e com clínica de acidente com animal peçonhento, no Hospital Geral de Fortaleza-Ce.

Tivemos como objetivos específicos, identificar aspectos relevantes de humanização na assistência de saúde à pacientes intoxicados e com clínica de acidente com animal peçonhento; examinar a percepção dos profissionais de saúde quanto às diferenças ou semelhanças na assistência de saúde de pacientes intoxicados e acidentados com animais peçonhentos em relação às demais patologias.

Questionou-se como hipótese principal, se há indícios de assistência humanizada na clínica de paciente intoxicado e com acidentes por animais peçonhentos. Também, se o HGF é um hospital humanizado e por último se há uma cultura humanizada em seus membros. Secundariamente buscou-se como aprofundar o conhecimento na área de humanização hospitalar, como entender os processos de humanização utilizados no Sistema Único de Saúde – SUS.

Esta pesquisa é eminentemente qualitativa, tendo sido utilizados dois instrumentos da pesquisa social. O primeiro foi uma entrevista semiestruturada que com a permissão dos informantes, foi gravada em um minigravador digital de voz para posterior digitação dos dados, e registrada em uma câmara fotográfica para segurança das informações. O segundo, a observação participante, aconteceu de maneira natural, por força do trabalho diário na instituição, sempre visando descortinar um método novo, uma idéia inusitada para a melhoria da assistência humanizada em toxicologia clínica.

Foram utilizados os seguintes autores: Platão, Descartes, Rousseau, Arendt, Maquiavel, Foucault, Chauí, Freire, Morin, Beker, Minayo, Goldenberg, Deslandes, Martins, Heidegger, Goldenberg, Andrade e Arora entre outros, bem como os documentos das Políticas Nacional e Estadual de Humanização, como referencial teórico do trabalho.

Trata-se de estudo de caso social e não de estudo de caso clínico.

Adaptado da tradição médica, o estudo de caso tornou-se uma das principais modalidades de pesquisa qualitativa em ciências sociais. O estudo de caso não é uma técnica específica, mas uma análise holística, a mais completa possível, que considera a unidade social estudada como um todo seja um indivíduo, uma família, uma instituição ou uma comunidade, com o objetivo de compreendê-los em seus próprios termos. (GOLDENBERG, 2004, p. 16).

A escolha do estudo de caso para esta pesquisa foi estimulada pelo nosso orientador, que é Doutor em Antropologia tendo entre seus trabalhos publicados o foco em terapias mais humanizadoras, como a Medicina Alternativa e Complementar. Outra fonte inspiradora foi a descoberta do Professor Doutor Harbans Lal Arora, encontrado por inúmeras vezes em reuniões de humanização e principalmente no seu trabalho de humanização da saúde no HGF.

Seu enfoque moderno, as Terapias Quânticas são um componente forte do que buscamos como parte do atendimento humanizado em saúde. (ARORA, 2007),

É marcante ouvir de um Doutor em sociologia uma abordagem sobre saúde, diferenciada daquela que estávamos acostumados a escutar nas reuniões e cursos tradicionais:

Diferentemente, na perspectiva das abordagens alternativas o ser humano deve ser visto com integral, não havendo barreiras entre mente, corpo e espírito. Daí denominá-las holísticas ou integrais. Deste modo, as terapias sinalizam para uma visão da saúde pensadas em termos de bem-estar integral (físico, mental, social e espiritual), como disse atrás. (ANDRADE, 2008, p. 38)

Complementando esta audição do orientador, os ensinamentos do Professor Harbans, motivo de nossa admiração e de incontável e importante público e por isto, muito importantes neste trabalho:

Os meios utilizados pela visão clássica para obter informação e conhecimento são limitados pela percepção sensorial e pelo raciocínio analítico (lógico) com características mensuráveis. Por outro lado, a abordagem quântica engloba a abordagem clássica e as características não físicas: incerteza, não linearidade, complementaridade, integração, imprevisibilidade, complexidade, sincronicidade, atemporalidade, e a espacialidade. Além disso, essa abordagem trata os aspectos qualitativos como científicos, que são classificados como não-científicos pela abordagem clássica. (ARORA, 2007, p. 13).

Do ponto de vista teórico nos baseamos na influência do trabalho de Howard S. Becker, sociólogo da Escola de Chicago, pelo fato do referido pesquisador ter vivenciado os problemas brasileiros *in loco*. O fato de ter compartilhado sua análise com cientistas brasileiros, conhecido nosso solo, sua contribuição se tornou mais relevante para a aplicação prática na solução de Políticas Públicas Brasileiras, além de ter aprofundado a pesquisa social no seu aspecto qualitativo.

A língua de um povo tem sempre nuances ininteligíveis após as traduções literais, especialmente quando se trata da descrição que envolve sentimentos. “Os problemas de qualquer tradução já são bem conhecidos. Palavras que têm um sentido certo, claramente compreendido num país e numa língua, perdem o sentido ou são enganosas em outro lugar ou língua.” (BECKER, 2007 p. 8).

O estudo de um caso para Becker pode revelar muitos segredos importantes, e se isto acontecer, servirá para a melhoria da assistência humanizada que está sendo cada vez mais importante para a política de saúde:

Já insisti que os pesquisadores devem aprender a questionar, a não aceitar cegamente o que pensam e acreditam as pessoas cujo mundo estudam. Agora preciso dizer que, ao mesmo tempo, devem prestar atenção apenas a isso. Afinal as pessoas sabem muito sobre o mundo em que vivem e trabalham. Precisam conhecê-lo para avançar em meio as suas complexidades. Devem se ajustar as suas contradições e conflitos, resolver todos os problemas que ele lança em seus caminhos. Se não conhecessem o bastante, não teriam permanecido lá por tanto tempo. Portanto elas sabem, e muito. E devíamos, tirando partido do que elas sabem incluir, em nossa amostra de coisas a examinar e ouvir, aquelas que o conhecimento comum e a prática rotineira das pessoas estudadas tornam evidentes (BECKER, 2007, p. 132).

O estudo de caso reúne o maior número de informações detalhadas, por meio de diferentes técnicas de pesquisa, com o objetivo de apreender a totalidade de uma situação e descrever a complexidade do que está ocorrendo aparentemente fragmentado, pois executado por vários autores, mas olhado como um fato social por um pesquisador atento às comunicações verbais e não verbais dos envolvidos.

A amostra seguiu a sugestão de Minayo (2009), com a amostra intencional por inclusão progressiva dirigida aos principais gestores do hospital e profissionais de saúde lotados na emergência ou que lidam com pacientes intoxicados em outros setores, que se dispuseram participar desta pesquisa.

A idéia de amostragem não é a mais indicada para certas pesquisas sociais, especialmente aquelas de cunho qualitativo. Isto se deve ao fato de o “universo” em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes. Como se vê, seria impossível demarcar o número total destas variáveis, muito menos o tamanho da amostra que seria representativa dessa totalidade. Diante disto, costumeiramente se opta por definir o número de sujeitos por inclusão progressiva (sem demarcar *a priori* o número de participantes) que é interrompida pelo critério de saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação. (MINAYO, 2009, p. 48)

A inclusão dos participantes neste estudo aconteceu através da aceitação do convite feito aos mesmos, no qual foi ressaltada a importância de sua participação como uma contribuição ao processo de melhoria contínua da Política Nacional de Humanização e da

assistência humanizada no HGF. O convite fazia parte do corpo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

As entrevistas somente foram agendadas após o recebimento do documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital – CEP/HGF, assinado em 19 de janeiro de 2010 que acompanhou todo o trabalho observando todas as implicações éticas da Resolução 196 /96 do Conselho Nacional de Saúde- CNS. (ANEXO E)

Então, no início de fevereiro do ano em curso, as entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho do entrevistado ou na sala da chefia do CIAT/HGF, quando o entrevistado, lotado em local como emergência, acolhimento, etc., não tinha uma sala apropriada para a gravação de voz.

Os dias disponibilizados foram toda segunda-feira, quinta-feira e sexta-feira pela manhã, e terça-feira e quarta-feira à tarde. Mas, por inexistir outra possibilidade, pela falta de tempo das funcionárias do Setor de Acolhimento, a entrevista da mesma foi realizada no domingo e na manhã de quarta-feira de cinzas. (FOTO 5 do ANEXO G)

As pessoas entrevistadas facilitaram o trabalho da pesquisa, tornando-o extremamente agradável e excitante no sentido da riqueza de dados e da disponibilidade para cooperação em busca do procurado, como podemos constatar nas falas de três dos entrevistados.

... O HGF está caminhando porque isso é processo e quando é processo nada é acabado, ele está caminhando dentro desse processo de humanização, já tem muitas pessoas conscientes, engajadas e isso é um caminho... (ENTREVISTA 5).

... Não está no seu total humanizado, ele está começando a entrar e as pessoas que trabalham estão começando a perceber a diferença do hospital antes da humanização e o hospital depois que começou a ser implantado a humanização... (ENTREVISTA 6).

Sim... eu enxergo como um hospital humanizado, sim... Precisa trabalhar um pouco mais...deixar mais claro a questão da humanização!!!!!! A importância, as ações...o preparo, o que o senhor disse!!! (ENTREVISTA 14).

Falas que nos dão a certeza de que algo novo, inusitado está sendo feito, apesar de se encontrar num estágio, digamos assim de casulo, temos a convicção de que num espaço de tempo muito curto, este processo de humanização de transformar em uma bela borboleta, voando e pousando em todos os hospitais do Ceará.

O material coletado foi analisado e inserido ao longo deste trabalho, dentro dos pressupostos da Política Nacional de Humanização, bem como pelo referencial teórico avaliado anteriormente.

O HGF foi o hospital escolhido por ser a mais nova e a principal referência em toxicologia clínica do Ceará. Os pacientes graves e com seqüelas de acidentes com animais peçonhentos encontram tratamento adequado de alto nível neste hospital. (FOTOS 1, 2 e 3 do ANEXO G)

Muitos casos de intoxicação grave têm sido motivo de interrogação pela pronta recuperação ou pelo fato inusitado que ocorre com os pacientes, para os profissionais da emergência hospitalar, pois como nunca haviam atendido casos semelhantes, não sabiam como estes quadros evoluíam.

Um destes pacientes chamou a atenção dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de um caso de acidente por cobra cascavel procedente do interior do Estado. O paciente evoluiu para o estado de coma e sua musculatura praticamente desapareceu por ação do veneno crotálico. Ficando seis meses internado, sendo três em coma, teve três paradas cardíacas, insuficiência renal grave, e os procedimentos de recuperação envolveram muitos profissionais como médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, etc. Então, em uma equipe qualificada, o caráter científico de seus profissionais foi muito importante para que o paciente se recuperasse e recebesse alta.

O HGF é um hospital escola com residência em praticamente todas as especialidades médicas, ele é um dos locais de internato das duas Faculdades Públicas de Medicina do Estado do Ceará e campo de estágio para centenas de alunos dos cursos de fisioterapia, enfermagem, serviço social, etc. Sendo um dos maiores centros de treinamentos do Brasil, certificado por Portaria Interministerial MS/MEC nº. 2400/2007, como hospital de ensino, atuando em 24 especialidades.

Nele são realizados procedimentos avançados para recuperar pacientes graves. Um desses procedimentos diz respeito à recuperação de pessoas com acidentes graves por animais peçonhentos como, por exemplo, a falência dos rins após centenas de picadas de abelha. A experiência de seu corpo clínico nesses casos resultou em uma publicação científica no ano de 2003. (DAHER, 2003).

O Hospital Geral de Fortaleza foi inaugurado em 23 de maio de 1969 como Hospital Geral do Serviço Público Federal, passando a ser administrado pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará em 1990. É o maior hospital da rede pública do Ceará, servindo à população cearense e, por sua referência e complexidade, também aos estados vizinhos, em diferentes áreas da saúde. Seu Centro de Transplante Renal é referência nas Regiões Norte e Nordeste. Possui o único banco de olhos do Estado. Atualmente o hospital realiza 1.150 cirurgias e 89.000 exames laboratoriais por mês.

A partir de novembro de 2005, o HGF passou a ser a referência estadual em informação e assistência toxicológica, com a inauguração de seu Centro de Informação e Assistência Toxicológica, que foi oficializado através da Portaria nº. 168/2006, publicada no Diário Oficial do Estado, em 24 de fevereiro de 2006. (CEARÁ, 2006 e FOTO 8 do ANEXO G)

Então, desta data para frente foram capacitados os profissionais da emergência e de outros setores relacionados com este atendimento. Médicos, enfermeiros e assistentes sociais tiveram aulas especiais sobre a assistência toxicológica em sua nova modalidade. Esta nova abordagem inclui itens relacionados à humanização como parte integrante da terapia como, por exemplo, a ênfase que é dada ao aforismo “tratar o paciente e não o veneno”, bem diferente do clássico usado anteriormente, “a dose diferencia o medicamento do veneno”. No primeiro se pensa na condição humana e sua complexidade para se programar a terapia. No segundo, se tenta neutralizar o veneno independente das condições subjetivas da pessoa.

Além de informar aos profissionais sobre os novos procedimentos, a capacitação teve também o objetivo de mudar vários tópicos, quase “tabus” que existiam sobre os procedimentos em relação a estes pacientes. O primeiro e mais importante diz respeito ao atendimento do paciente intoxicado como um paciente clínico, pois inexistia uma especialidade específica para tal acolhimento; o segundo se refere ao fato de o HGF passar a atender pessoas intoxicadas, o que até então não o fizera. Por último, o hospital seria desde então, campo de aulas práticas de clínica de pacientes intoxicados para os alunos da disciplina Clínica Médica IV, que contém um módulo de Toxicologia Clínica teórica e prática, do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará.

Esta capacitação foi bem aceita pelos profissionais que trabalham no HGF, como podemos comprovar durante as entrevistas destes informantes.

Sim. Recebi treinamento para atender o paciente...acolher, perguntar o nome, se preocupar com o todo não só sobre a doença...conversar com paciente, com acompanhante, ressaltando sempre o nome...e encaminhar...(ENTREVISTA 13).

O HGF é um hospital que busca essa humanização... A implantação do Acolhimento há dois anos... (ENTREVISTA 11).

Esta dissertação foi descrita em três capítulos. Na introdução justificamos o estudo nesse nível para um assunto tão palpitante no contexto atual, especialmente quando os jornais passaram a estampar notícias de superlotação dos hospitais públicos, falta de leitos em UTI, aumento de gastos com procedimentos de alta complexidade.

Imaginamos o que as pessoas dependentes desses hospitais estejam pensando. “Como será que vou ser atendido quando adoecer? Será que vai ter vaga? Será que vou ser bem atendido?... Como será que vão me atender, junto com um montão de pessoas?... Os profissionais são quase deuses? Eles resolvem tudo, mesmo com essas dificuldades?” Temos então a pretensão de avançar no esclarecimento de uma dessas questões, não tentando resolver “todos” os problemas.

O primeiro capítulo dedica-se ao estudo de uma das vertentes da humanização, ligada ao praticante desse ato humano, quando se descreve a complexidade desse ser, como um ser multifacetado e, portanto o executor de práticas também compostas de muitos fatores imbricados uns nos outros. Concluindo o primeiro capítulo, disserta-se sobre a Política de Humanização e suas implicações práticas.

O segundo capítulo versa sobre as intoxicações na saúde pública, visando deixar o leitor familiarizado com o contexto relacionado às intoxicações, especialmente no caso específico do direcionamento inusitado, que está sendo dado no Estado do Ceará, para esta situação de risco, para não dizer de pavor, causado pelos venenos e pelos animais peçonhentos.

No terceiro capítulo, constam os dados da pesquisa, os detalhes do material coletado e uma análise de seu significado. O material gravado durante as entrevistas estão disponíveis apenas nos arquivos particulares dos pesquisadores, à disposição dos interessados que necessitem estudá-lo. Trata-se de preservar a identidade dos informantes.

Nos Anexos foi incluída, a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 19/2006 da ANVISA, do Ministério da Saúde – MS, e o Regimento Interno dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica, com a intenção da divulgação dos mesmos, pois se trata de documentos fundamentais da argumentação de um direcionamento do HGF em prol da sua humanização da assistência de pacientes intoxicados e o público dificilmente os encontrará para lê.

CAPÍTULO I – HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS EM SAÚDE

Humanização no senso comum parece óbvio e redundante, já que se trata de ações executadas por seres humanos para resolver problemas humanos.

Para facilitar o entendimento de que a aparente obviedade é apenas uma capa em que se esconde numa espécie de *iceberg* de conhecimentos sobre o ser humano, são discorridos alguns temas separadamente antes de entrar nos conceitos atuais propriamente ditos sobre humanização, somente para facilitar o entendimento do todo e assim haurir um melhor resultado.

Assim, a definição de humanização aqui utilizada é aquela que veio sendo forjada ao longo da história e analisada por estudiosos que influenciaram o futuro com suas reflexões, principalmente com as que abrem a possibilidade de serem praticadas no presente, de forma pragmática, como uma roupa bem feita que possa ser usada sem ser preciso ler um extenso manual de instruções.

Dentre estas reflexões, foi utilizado o pensamento de Paulo Henrique Martins publicado em seu livro denominado “Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas”, e os documentos do Ministério da Saúde referentes à esta Política Pública Nacional.

A definição de humanização como sinônimo de um conjunto de características que define o ser humano como ser complexo, superior, capaz de equilibrar o sentimento com a razão, do amor/compaixão com a técnica; ou seja, humanização vista como uma ideia a ser sempre melhorada pela prática democrática, pela reflexão, pela revisão dos saberes científicos e das humanidades. “Nesse sentido, a Humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 8)

Somando-se a esses conceitos de ser humano amoroso e espiritualista, encontramos algumas personalidades públicas, como o Doutor Hunter Adams conhecido pelo nome de Patch Adams, que vem demonstrando na sua prática médica nos últimos 25 anos, uma nova maneira de se trabalhar em saúde:

Nos últimos 25 anos, a medicina vem definindo o campo da psiconeuroimunologia – conhecida pelo público leigo como conexão mente-corpo. Passamos a entender que as tensões (físicas, mentais e espirituais) têm um efeito na biologia e fisiologia do corpo. (ADAMS, 1999, p. 13).

Enfim, humanização como definido pelas diretrizes do Ministério da Saúde – MS, que vem gradativamente saindo dos modelos antigos de gestão verticalizada e engessada.

Esses modelos de gestão abriam pouco espaço para a prática democrática na qual os executores suportam críticas e as utilizam para melhorar os serviços em vez de punir, como na democracia de fachada, onde os usuários eram apenas cumpridores de ordens mesmo que não entendessem o que estavam fazendo ou pior, às vezes sabiam que estavam fazendo algo que não daria certo, mas por temerem o castigo ou por não saberem praticar a cidadania:

Assim entendemos humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de coresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.15)

No referencial empírico foi encontrada uma corroboração de um dos informantes, que assim se manifestou, quando interrogado o que significava humanização:

Prá mim que sou da pediatria, que é uma área muito sensível, a humanização é você atender não à doença, mas o paciente com toda a sua interação social, familiar, que a gente sabe que nosso meio NE, em todas as faixas sociais vai ser importante, mas no nosso meio de pobreza é ainda maior, no meio da comunidade que a gente atende, eu acho que é isso, ver o paciente e não a doença, ver toda a rede em que ele está situado. (ENTREVISTA 9).

Precisa-se perguntar também porque é necessário acrescentar esforço para viabilizar a prática de cuidados humanizados!

Uma resposta bastante convincente pode ser dada quando se pensa no ser humano como um ser cuja essência é o cuidado. Este cuidado tão reclamado por quem sofre, e tão pouco satisfeito na sua totalidade. Tão pouco compreendido. Uma compreensão mais adequada que parece está mudando a prática do cuidado pelos cuidadores vem de uma solução filosófica bem antiga, representada pela Fábula de Hígino.

Esta fábula se popularizou recentemente através de um dos livros de Leonardo Boff, “Saber Cuidar”. Por ser bastante instigante, vale apenas sua leitura:

Certa vez, atravessando o rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘homo’, pois foi feito de

húmus (terra) normal. (HEIDEGGER, 1995, p.263-264 *apud* AYRES, 2004, p. 3; BOFF, 2004, p.46).

Outra pode ser decorrente do que está se relatando neste trabalho, quando enfatizamos a complexidade do ser humano.

E ainda há outra, que é a mais instigadora desta pesquisa e descrita no item do ser humano como paciente intoxicado e as diferenças com as demais patologias. Em geral o paciente intoxicado morre antes de pensar que está em situação de risco. Antes de elaborar uma resposta psicológica para a pergunta feita em outras circunstâncias, como por exemplo: Por que eu? Ou, o que está acontecendo? Ou ainda, o que é isto, meu Deus?

Ayres (2004), em seu importante trabalho sobre o cuidado e a reconstrução das práticas de saúde, faz muita gente refletir sobre a contribuição de Heidegger, que estudou o cuidado a partir da Fábula de Higino. (HEIDEGGER, 2009).

Pode-se observar que essa construção filosófica tem um paralelo com a descrição do ser humano complexo e assim cheio de exigências complexas, portanto somente compreendidas quando analisadas profundamente, ou melhor, complexamente.

Ainda, Ayres introduz uma interpretação da alegoria de Higino, o desejo embutido na vontade de cada um dos personagens de fazer alguma coisa ou pedir para outro personagem fazer. Este desejo assim interpretado cabe muito bem na feitura do tema humanização como um desejo de todos e para todos os envolvidos. Humanização como sinônimo de cuidado. Cuidado em todos os sentidos, no qual nada do ser humano fica fora do contexto. Cuidado, como sentido de cura como destaca Heidegger, em *Ser e Tempo*.

Este testemunho pré-ontológico adquire um significado especial não somente por ver a “cura” como aquilo a que pertence a presença humana “enquanto vive”, mas porque essa primazia da “cura” emerge do contexto da concepção conhecida em que o homem é apreendido o composto de corpo e espírito. (HEIDEGGER, 2009, p. 266).

Tudo pode e deve ser trabalhado, melhorado para ser incluído no todo. Decorrente desta participação do outro, Ayres (2004) joga com a noção de responsabilidade com duplo sentido de “responder por si e responder para si”.

Assim chegou-se ao questionamento da necessidade de se humanizar a assistência de saúde.

1.1 O Ser Humano e Sua Complexidade

O ser humano nasceu com um potencial extraordinário. Em milhares de anos de evolução chegou-se ao atual estágio de desenvolvimento social inquestionável de um sujeito inteligente e diferente dos demais animais superiores como os macacos por exemplo.

Sua presença ou ausência em qualquer local determina como este é ou vai ficar em questão de tempo. Sua presença dinamiza o ambiente a tal ponto que sua transformação recebe outra denominação. Assim surge a sociedade. A sociedade civil. A sociedade civilizada. A civilização.

O nascimento dessa sociedade e sua evolução estão bem documentados em coleções de inúmeros sábios. Da antiga Grécia, seus filósofos nos legaram uma sabedoria que forma um dos pilares da civilização ocidental. Entre muitos, Sócrates, Platão e Aristóteles se destacam. Fazem-nos pensar duas vezes em variadas situações das nossas vidas como uma tomada de decisão, mesmo a mais simples, ou uma reflexão profunda sobre ética, como se expressa Chauí: “Por isso o patrão da Filosofia, o grego Sócrates, afirmava a primeira e fundamental verdade: “Sei que nada sei.” (CHAUI, 2001, p. 12).

Também, quando um político, governante ou mesmo um diretor de uma empresa qualquer ou mesmo de um hospital, precisa tomar uma decisão muito importante, que requer uma análise profunda e vai abranger muitas pessoas ou exigir orçamento comprometedor de grande parte dos recursos existentes, age, mesmo inconscientemente, com base nos pressupostos do pensamento dos filósofos e de outros estudiosos da condição humana. Um exemplo importante pode ser visto em Maquiavel, em um de seus livros, escrito no Século XVI:

Quando os ricos percebem que podem resistir à pressão das massas, unem-se, prestigiando um dos seus e fazendo-o príncipe, de modo a poder perseguir seus propósitos à sombra da autoridade soberana. O povo, por outro lado, quando não pode resistir aos ricos, procura exaltar e criar um príncipe dentre os seus, que o proteja com sua autoridade. (MAQUIAVEL, 2007, p. 70).

Entre tantos outros estudiosos da evolução humana, mesmo citando apenas alguns fica evidente a admiração que se tem por sua contribuição e quanto são lógicos seus raciocínios para se entender quem é este ente. Quem é o ser humano?

Quem pensa conhecer o ser humano, normalmente descreve pontos de vista de determinados componentes deste “ser complexo”. Parece natural conhecer-se o ser humano, mas na verdade este conhecimento é limitado e sempre se tem encontrado mais sobre ele em todos os períodos da história humana.

René Descartes, após reflexão profunda sobre o seu conhecimento deixou uma lição que continua influenciando e gerando um dos pressupostos do pensamento científico ocidental: “É que me vi embaraçado por tantas dúvidas e erros, que me parecia não ter tirado outro proveito, buscando instruir-me, senão o de ter descoberto cada vez mais a minha ignorância!” (DESCARTES, 2008, p. 23).

Ainda falando da complexidade desse ser, pode-se verificar a concordância de uma das estudiosas reconhecidas por suas contribuições para esclarecer melhor quem é o ser humano. Hannah Arendt, em importante tratado sobre a condição humana, alerta que abordará apenas alguns aspectos desse ser:

[...] o tema central deste livro, que aborda somente as manifestações mais elementares da condição humana, aquelas atividades que tradicionalmente, e segundo a opinião corrente, estão ao alcance de todo ser humano. Por esta e outras razões, a mais alta e talvez a mais pura atividade de que os homens são capazes – atividade de pensar – não se inclui nas atuais considerações. Sistemáticamente, portanto, o livro limita-se a uma discussão do labor, do trabalho e da ação [...] (ARENDR, 2008, p. 13).

Rousseau, em seu tratado sobre a origem das desigualdades humanas, faz qualquer leitor refletir sobre o que a maioria das sociedades ainda hoje se baseia para criar documentos e normas de condutas humanas: “O primeiro sentimento foi o de sua existência; seu primeiro cuidado, o de sua conservação.” (ROUSSEAU, 2007, p. 61).

Também, se faz necessário analisar porque se precisa de tantas leis, normas e regulamentos para se atuar de forma tão simples como quando se precisa agir para dar atenção ao semelhante que sofre, Vale apenas ver a citação de Rousseau na mesma obra, quando contesta Hobbes, um dos influentes das teorias sociológicas postas em prática na maioria dos povos ocidentais ditos democráticos:

Além disso, há outro princípio que Hobbes não percebeu e que tendo sido dado ao homem para suavizar em certa circunstância a ferocidade de seu amor próprio ou o desejo de se conservar em estado anterior ao nascimento desse amor, tempera o ardor que ele tem por seu bem-estar com sua repugnância inata de ver seu semelhante sofrer. Não creio que haja contradição alguma a temer em atribuir ao homem a única virtude natural que o detratou mais extremados das virtudes humanas é forçado a reconhecer. Refiro-me à piedade, disposição conveniente a seres tão fracos e sujeitos a tantos males como nós, virtude tanto mais universal, e tanto mais útil ao homem que precede nele o uso de toda a reflexão e tão natural que os próprios animais dão às vezes sinais sensíveis delas. Sem falar da ternura das mães pelos filhos e dos perigos que afrontam para protegê-los [...] (ROUSSEAU, 2007, p. 51).

E, ainda, por que estas leis produzem resultados? Porque se precisa arquitetar tantas normas e regulamentos, tantos programas de humanização e suas regulamentações. E, também porque às vezes funcionam tão bem como se fosse algo intrínseco da natureza

instintiva e outras não tão bem. Uma consideração valorosa pode também ser buscada no mesmo autor em outro livro:

A passagem do estado de natureza ao estado civil produz no homem uma mudança muito significativa, substituindo, em sua conduta, o instinto pela justiça e dando às ações a moralidade que antes lhe faltava. É somente então que, a voz do dever sucedendo ao impulso físico e o direito ao apetite, o homem, que até então só havia considerado a si mesmo, vê-se forçado a agir segundo outros princípios e a consultar a razão antes de escutar suas inclinações. Embora nesse estado ele se prive de várias vantagens oriundas da natureza, obtém outras igualmente grandes: suas faculdades se exercitam e se desenvolvem, suas idéias se ampliam, seus sentimentos se enobrecem, sua alma inteira se eleva a tal ponto que, se os abusos dessa nova condição não o desagradassem muitas vezes abaixo daquela da qual saiu, ele deveria bendizer sem parar o instante feliz que o arrancou dali para sempre e que fez de um animal estúpido e limitado, um ser inteligente e um homem. (ROUSSEAU, 2007, p. 37).

Um desses estudos, como a linguagem e a escrita, tem tido um papel de destaque com uma variedade de facetas poderosas, no desenvolvimento desse ser especial:

A espécie humana forjou sua linguagem, durante a era pré-histórica, tanto no propósito de exprimir suas intenções e idéias, como também para servir de base no seu pensamento. Pouco sabemos sobre as várias etapas de sua elaboração, mas, presentemente a linguagem encerra um grande número de conceitos que se mostram um instrumento conveniente para uma descrição, mais ou menos, precisa, dos acontecimentos da vida quotidiana. (HEISENBERG, 1999, p. 232).

Neste trabalho, foi dada uma maior importância à linguagem pelo fato dela ser um veículo de comunicação poderoso na assistência humanizada. É através da linguagem que se produzem os acertos e correções de rumo na melhoria contínua e na análise de resultados. É conversando que se entende os sofrimentos dos pacientes de maneira mais rápida. Dialogando com o outro, desenvolve-se um caminho para a empatia, a amizade, a cooperação. Sem a linguagem nada aconteceria. A linguagem abriu um precedente inquestionável no avanço do desenvolvimento humano, especialmente com a apreensão de objetos pela mão, e em seguida pelos dedos, a prensa formada pelos dedos polegar e indicador, responsáveis diretos pelo ato de escrever.

Uma das facetas dessa complexidade humana pode ter sido essa histórica descoberta da capacidade de se expressar através da escrita, um dos fatores que distingue a espécie humana das demais, junto com seu componente cerebral filosófico/reflexivo, nas características que nos qualificam como humanos:

Quando se pensa na quantidade de idéias de que somos devedores ao uso da palavra e quanto a gramática exerce e facilita as operações do espírito, quando se pensa nas dificuldades inconcebíveis e no tempo infinito que teve a primeira invenção das línguas e que se somem essas reflexões às precedentes, então se poderá julgar quantos milhares de séculos foram necessários para desenvolver sucessivamente no espírito humano as operações de que era capaz. (ROUSSEAU, 2007, p. 44).

Esta propriedade tem gerado uma mão dupla: reflexão e evolução. A partir dela, tem-se desenvolvido um grande número de pessoas e povos civilizados, com alto nível de compreensão de sua existência e necessidades, e com essas características, são capazes de elaborar uma convivência pacífica juntamente com o desenvolvimento de tecnologias avançadas, tais como armas de guerra, máquinas industriais, etc., entre tantas outras, com poder de construir ou destruir a terra, a depender de quem as usa. Se o utilizador for mais espiritualizado ou tiver em seu íntimo uma compaixão elevada, no nível de um Dalai Lama, entre milhares de outros exemplos, constrói.

Por outro lado, se o utilizador dessa tecnologia, tiver baixo nível de compreensão, destrói, mesmo que o resultado não tenha significado para ninguém, usando os mesmos dispositivos.

1.2 Humanização na Prática da Saúde Atual

Como se descreveu antes, o ser humano é um ser complexo. Portanto ao se utilizar apenas os pressupostos do paradigma cartesiano para recuperar sua saúde, gera-se uma certa desumanização da biomedicina, pois os outros aspectos da doença são escamoteados:

Urge compreender e posicionar-se sobre o fato de que a generalização da ideologia utilitarista e mercantilista no *campo médico* está em vias de produzir uma desumanização ou tecnificação importante do sistema como todo, e das práticas de cura em particular. Do ponto de vista teórico, tal desumanização resulta da crença sustentada pelos grupos privados de que o interesse científico e econômico é mais importante que o interesse social, que a doença vale mais do que o doente, que o dinheiro e o prestígio obtidos pelos serviços médicos não têm obrigações e dívidas para com o sofrimento humano (MARTINS, 2003, p.33).

Para resgatar a humanização desejada pela população na cura de sua dor, Martins delinea uma articulação bastante lógica para esta visão de saúde total que se anseia: O Paradigma da Dádiva. Sem privilégios nem à medicina biológica, nem estigmatizá-la, mas acrescentando outros elementos que compõem a sociedade.

Reconhecendo os elementos psíquicos e simbólicos. Discute-se a própria origem etimológica do trabalho do médico como mediador, ao prescrever as doses de medicamentos para seu paciente:

Aquele que se situa entre os dois campos opostos para favorecer as suas alianças e suas pacificações – pode ser visto como o especialista em manipulação de dons. A etimologia revela. Pois é dosando justamente as doses, que ele transforma as doses em veneno em doses de remédio. O grego antigo testemunhava essa ambivalência profunda. A mesma palavra *dosis* designava, ao mesmo tempo, dose e veneno, o remédio e o dom. (MARTINS, 2003, p. 17).

Em apoio ao caráter mediador da ação do médico aparece Foucault ao descrever como era seu papel do médico, antes da atual maneira de como se pratica a medicina hospitalar nascida no século XVIII. Este papel de mediador, de estar junto por um tempo, às vezes longo, ao lado do cidadão certamente gerou prestígio, respeito à categoria e que está se degradando ou desaparecendo, entre outros fatores, pelos atos de falta de tempo:

O médico devia observar o doente e a doença, desde seus primeiros sinais, para descobrir o momento em que a crise aparecia. A crise era o momento em que se afrontavam, no doente, a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava. Nessa luta entre a natureza e a doença, o médico devia observar os sinais, prever a evolução, ver de que lado estaria a vitória da saúde e da natureza sobre a doença. A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico. Nesta luta o médico desempenhava o papel de prognosticador, árbitro, e aliado da natureza contra a doença. Esta espécie de teatro, de batalha, de luta em que consistia a cura só podia se desenvolver em forma de relação entre médico e doente. (FOUCAULT, 2008, p. 103).

Esta mediação em favor da cura, do alívio da dor, da volta à normalidade da vida saudável, acontece tanto na biomedicina cartesiana, dita científica como na figura do curador popular. “Aquele que sabe curar feridas ou simplesmente extrair verrugas, apenas pode fazê-lo por possuir um dom que lhe foi transmitido, frequentemente no leito de morte do antigo detentor de dom. (MARTINS, 2003, p.18)

Navegamos por este paradigma do dom de forma mais clara quando reconhecemos que a nova medicina é a que leva em conta as contribuições de estudos de grandes sociólogos que descrevem a relação entre medicina e sociedade demonstrando que a doença e a saúde não são meramente problemas de ordem orgânica ou fisiológica, mas dependem largamente do meio social. (MARTINS, 2003, p.27)

Sociedade como um fenômeno relacional, incerto e aberto, fundada não por categorias abstratas (indivíduo e totalidade social), mas pela circulação contínua e paradoxal de obrigações comuns, de bens simbólicos e materiais que fabricam e movimento circular e incessante, a coletividade e os indivíduos. (MARTINS, 2003, p.21)

Esta visão mais lógica de sociedade compatível com a realidade das ciências da natureza, como a física quântica com seu princípio da incerteza e ao mesmo tempo produzindo bens para o lazer (brinquedos eletrônicos com alta tecnologia), comunicação globalizada entre tantos avanços tecnológicos corroboram com a reflexão da nova ciência, da inovação de enfrentar e aceitar que a humanidade é um conjunto de seres complexos, inteligentes, mas limitados. Não mais o ser com saber absoluto.

Precisamos um dos outros, de todos os saberes, dos saberes que constroem somando, agregando valores que podem mudar com as novas descobertas.

A aventura incerta da humanidade não faz mais do que dar prosseguimento, em sua esfera, à aventura incerta do cosmo, nascida de um acidente impensável para nós, e que continua no devenir de criações e destruições. (MORIN, 2002, p.83).

Entra então, a questão do paradigma da dádiva médica como um fenômeno mais amplo na recuperação da saúde, para além da medicina de cura de órgãos ou especializado, mecanicista e cartesiano que isola o físico das emoções. Neste paradigma são envolvidas a força de recuperação natural, a interação paciente terapeuta, a responsabilidade recíproca, e a clareza das regras prescritas. O paciente é parte da terapia como um ser e não como uma soma de vários mecanismos atrelados uns aos outros. O paradigma mecanicista levou este nome pelo fato de se valorizar os mecanismos de funcionamento do fenômeno estudado, separadamente. Ele funciona muito bem para o estudo e a resolução de problemas de um automóvel, por exemplo, pois ele não pensa como os humanos. O pensamento influencia de forma poderosa no rumo de uma doença. No novo paradigma, o paciente é um componente da sociedade. Sociedade originária da dádiva, conforme se aprofunda Paulo Martins. (MARTINS, 2003).

Estamos diante de uma sociedade mais complexa, que está aceitando pensar globalmente e mesmo lentamente vai aprendendo e aceitando conviver com os diferentes, os que pensam e defendem idéias diferentes, praticam religiões diferentes. Discutem idéias adversas, mas respeitam seus praticantes.

Nesta sociedade, a participação do paciente e por extensão de seus familiares é comum, normal. Estes, participam mais, como seres conscientes de membros dessa sociedade mais complexa, o que, requer mais atenção por parte dos planejadores de Políticas Públicas de Saúde. Um novo planejamento mais democrático, mais participativo, mais realista, mais atualizado especialmente por levar em conta a nova definição de atenção à saúde, um saúde total. Não somente se detém na alocação de verbas para medicamentos e aparelhos, mas também para capacitação permanente, revisão de procedimentos que não deram certo, mudança de rumo quando um beco sem saída se apresenta.

Esta sociedade é resultante dos avanços das práticas democráticas, na qual os membros componentes da mesma são indivíduos altamente conscientes de seus deveres, e também de suas obrigações. Praticam a liberdade que respeita a si mesmo e ao outro. São autônomos do ponto de vista do pensamento. Tem um ideal universalista, abrangente. (CAPRA, 1982)

Defendem um modelo de desenvolvimento econômico sustentável. A ecologia é parte imbricada na vida de todos. O meio ambiente compreende o ser humano e os outros

seres, vivendo numa harmonia permanentemente revisada. Os valores são claros e entendidos por qualquer um e fácil de ser praticado, pois foi consolidado de forma compartilhada. (MORIN, 2002)

Parece que tem sido muito mais freqüente do que se divulga ,a falha da medicina mecanicista em atender pessoas no intuito de recuperar sua saúde:

A ineficácia operacional do biocartesianismo com relação a um número importante de patologias da atualidade fica evidenciada quando se trata de enfermidades cujos diagnósticos e curas exigem métodos que interagem a dinâmica da subjetividade, por estarem relacionados a distúrbios culturais, psíquicos, emocionais e mesmo religioso-espirituais. (MARTINS, 2003, p. 35).

Contra essa desumanização da biomedicina a sociedade vem encontrando respostas nas ditas medicinas alternativas. Estas levam em conta o ser humano total corpo com suas demandas fisiológicas perturbadas e os sentimentos de perda de qualquer natureza inclusive os imaginários, os simbólicos.

Há espaço para a participação na discussão do método mais adequado a cada caso, reciprocidade, responsabilidade mútua e mesmo pagando o preço estipulado se abre o caminho da gratidão, da dádiva médica, pois a saúde é vista como um dom que lhe foi doado pela natureza. Um dom nunca tem preço como àqueles estipulados pela economia clássica para as mercadorias palpáveis como especiarias e reses (rebanho), etc. economia que por ter se aproveitado do antigo sistema de trocas de gado por outro bem, onde gado em latim se grafa com a palavra *res* que também significa coisa, terminou se criando uma espécie de filosofia que reifica ou coisifica tudo, para facilitar o preço monetário de tudo que for equiparado a coisa.

Os escravos, por exemplo, mesmo sendo humanos, tinham um preço, pois eram qualificados como coisa, como mercadoria. No paradigma da dádiva, o ser humano passa a ser valorizado como um bem inalienável, um bem que não pode submeter-se à imposição de um preço, como as coisas. Nesta visão, há espaço para as terapias que valorizam este ser humano, reumanizado:

As terapias alternativas aparecem, logo, como um dos ícones da reação reumanizante do campo médico. Essas novas medicinas inspiram-se, inicialmente, nas bandeiras de movimentos culturais poderosos, como a contracultura na Califórnia e os novos movimentos sociais na Europa nos anos sessenta. O movimento da contracultura do oeste norte-americano foi um campo de cultivo de novos valores e práticas de meditação, a alimentação natural, as terapias de respiração, as massagens corporais, dentre outras. (MARTINS, 2003, p. 249).

Por outro lado, dentro do sistema oficial está havendo mudanças que poderão arrefecer a debandada para a alternativa total. Trata-se da incorporação de novas disciplinas

nos currículos de saúde como a psicossomática, por exemplo, e especialmente as práticas oficiais de humanização do sistema.

O novo modelo de gestão que o Brasil vem implantando na saúde através do HumanizaSUS, permeando as ações com estratégias democráticas bastante avançadas com a participação dos envolvidos em todos os níveis de decisão, é muito auspicioso e parece está obtendo a adesão de muitos trabalhadores de saúde.

A humanização passa a ser eixo articulador de todas as práticas em saúde e destaca o aspecto subjetivo presente em qualquer ação humana: olhar cada sujeito em sua história de vida e – como sujeito de coletivo – sujeito da história de muitas vidas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.11).

Esta política de cunho participativo encontrou ressonância no Estado do Ceará que está avançando nesta área, com a implantação da Política Estadual de Humanização, da atenção e gestão em saúde no Ceará pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

Como resultado destas políticas, o Hospital Geral de Fortaleza vem praticando reformas e ações administrativas, como o planejamento estratégico com visão de futuro, bem diferente das antigas diretrizes verticalizadas das políticas anteriores ao HumanizaSUS. (HGF, 2009).

Esperamos encontrar muitas mudanças que justifique tanta esperança no coração daqueles trabalhadores de saúde incansáveis, que mesmo a despeito de tanta desumanização continuam cumprindo sua missão, como uma espécie de diamante entre os cascalhos. Existem sérios indícios de que o Hospital Geral de Fortaleza abriga um número desconhecido desses heróis anônimos, e que não deve ser pequeno, pela infinidade de pessoas que para ele retornam para tratar de outras patologias, por terem notado um bom resultado na procura anterior.

Os dados empíricos seguintes mostram que a humanização de alguma forma já é praticada por alguns profissionais que lidam com a saúde dos pacientes no HGF. Vejamos:

É não. Algumas pessoas são humanizadas, algumas pessoas, alguns profissionais, setores não. Eu acho que são as pessoas, de diferentes setores, diferentes profissionais, que são humanizados que tentam agilizar os exames, que tentam atender os pacientes quando eles necessitam que lutam por uma transferência, não todos os profissionais, que passam por isso, têm profissional que num tá nem aí. Em todas as categorias, na minha, no enfermeiro, no médico, nutrição, no auxiliar, todos. (ENTREVISTA 7).

... Não. E é, porque nem todos os profissionais são iguais, por exemplo, na emergência já existe porque eles estão trabalhando diretamente na admissão, o acolhimento, tudinho, mais de uma maneira geral, não xxxxx (ENTREVISTA 3).

... Muitos locais aqui dentro sim, se você quiser eu posso até citar como UTI, eu acho o pessoal de lá fantástico, o pessoal do Berçário é maravilhoso... (ENTREVISTA 4).

Para verificar com profundidade esta questão, a pesquisa buscou interrogar quem se encontra na prática diária enfrentando estas possíveis mudanças. Esses heróis que se alimentam mais de esperança do que de outros parâmetros mais palpáveis. Decorrente da hipótese frontal surgiu uma interrogação importante: Seria o HGF um hospital humanizado? Então, se já é humanizado, pergunta-se por que pesquisar? Certamente não se está procurando descobrir a pólvora como alerta Minayo (2009).

Porém, um fato novo surgiu no contexto podendo levantar indagações. Trata-se da recente referência estadual em toxicologia clínica recebida pelo HGF. Procurou-se então encontrar a resposta para a questão fundamental dessa combinação de novos fatores acima citados da assistência humanizada em saúde. Como por exemplo, o que é humanizar? (DESLANDES, 2004).

1.3 Humanização no Estado do Ceará

Uma observação importante diz respeito ao papel do Estado do Ceará, nesse sentido. Precisa ser explicitado que todo trabalho desenvolvido pelo SUS através da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA/CE, aqui descritos, estão direcionados em prol da humanização da assistência humanizada de pacientes intoxicados e com acidentes por animais peçonhentos.

Uma destas ações diz respeito à implantação do CIAT/HGF através da Portaria nº 168/2006 publicada no Diário Oficial do Estado em 24/02/2006, dando fluência à oficialidade da aceitação pelo Sistema Estadual de Saúde, das Diretrizes do MS/ANVISA, para melhoria da assistência desses pacientes, cumprindo ou aplicando o que foi preconizado na Resolução da Diretoria Colegiada de número 19 do ano de 2006 (Anexos E e F), quando define os Centros como mecanismos facilitadores da resolução dos problemas relacionados às intoxicações.

Esta implantação vai ao encontro de um dos pressupostos fundamentais das diretrizes da PNH, especialmente a resolutividade, sem a qual todo esforço com as demais ações pode perder o sentido. Esta resolutividade foi claramente definida por ocasião da regulamentação do SUS através da Lei nº. 8080/90:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...] capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência. (BRASIL, 1990).

A Lei do SUS foi o resultado de muitas tentativas de se resolver os anseios democráticos do povo brasileiro nas lutas pela reforma sanitária, antes da Constituinte de 1988, que produziu uma constituição denominada no seu lançamento, de Constituição Cidadã. A nova carta magna da República Federativa do Brasil, que depois de vinte anos sobre o regime de exceção, voltava à Democracia. Nesta Carta Magna do Brasil foi inserido artigos sobre saúde, como um dos direitos fundamentais da população (BRASIL, 1988).

Esta importante contribuição da sociedade na construção do Sistema de Saúde iniciou-se ao longo da formação e ao mesmo tempo construção de nossa democracia e especialmente alicerçada em movimentos internacionais como a citada Conferência de Alma-Ata em 1972:

Como se pode deduzir da leitura do dispositivo e dos três primeiros artigos da Lei nº. 8080, a medicina brasileira, através de sua diletta filha – saúde pública propõe ser fiel ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, cumprir os ditames da Constituição de 1988 capitulados nos artigos 195, 196, 198, 199 e 201. Operada à luz da Lei de 15 de fevereiro de 1902 do Estado Francês, observa o relatório Lalonde – Canadá, 1974; obedecem as concepções doutrinárias proclamadas pela Organização Mundial da Saúde, referendadas e recomendadas sob a forma de propositivos universais na Conferência de Alma-Ata – URSS, 1978, de propositivos da Conferência de Ottawa – Canadá, 1986, e de Adelaide – Austrália, 1988 (RAMOS, 2008, p. 309).

A implantação desta Lei e suas diretrizes já estão mais presentes no dia a dia dos profissionais da saúde, como podemos constatar nas declarações seguintes:

Em parte. Principalmente as diretrizes mais importantes que é a preocupação com atendimento ao usuário, porque também a humanização é processo, é atitude, então essa atitude tem englobar tanto o usuário, os profissionais e até a ambiência, tudo isso faz parte do atendimento humanizado. (ENTREVISTA 5).

A gente nunca deve dizer que conhece, porque o conhecimento é muito amplo. Eu sou estudiosa dessa, dessa parte, porque a gente deve ser sempre um aprendiz porque essa política é uma coisa que vem muito trabalhada, que vem há muitos anos. Eu digo que sou aprendiz agora até porque antes eu trabalhava em uma área administrativa, eu era gerente do material de patrimônio, quando eu vim para o HGF foi quando eu me integrei e realmente agora que eu tô no pé mesmo, na questão dessa política até mesmo porque eu estou no curso de serviço social também, agora, eu tô no terceiro ano do curso de serviço social então agora que eu tô batendo de frente mesmo, com essa questão de tomar conhecimento dessa política que é xxx. (ENTREVISTA 11).

A idéia nova seria antiga... É discutir essas Diretrizes mais com as pessoas da linha de frente... As Diretrizes ficam mais nas chefias e no Serviço Social!!!!...(ENTREVISTA 19).

Esses avanços da democracia somaram-se as mudanças de valores dos bens como a saúde, que havia ganhado nova definição pela OMS. Com essa nova definição de saúde “como um completo estado de bem-estar biológico, social e psicológico e não a ausência de doença” o cidadão passa a ser mais responsável pelo controle de ações dirigidas em seu

benefício do que tinha antes, que era imposto pelo modelo doença/cura totalmente dominado pelo modelo médico/hospitalar instalado no Século XVIII:

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção muito nova, data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais. (FOUCAULT, 2008, p. 99).

Em termos históricos a instituição hospitalar e o decorrente modelo de medicina praticado dentro de suas paredes, são recentes; no entanto pelo fato de a saúde ser um bem muito poderoso, para alguns filósofos, superior à própria vida, o tempo pequeno se torna aparente ou perde o sentido de tempo mecânico, aquele tempo contado em horas, dias, meses, anos e mesmos em séculos. O que conta aí, é a densidade dos fatos. O fato social profundo.

Na verdade pura por assim dizer de acontecimentos inquestionáveis em todos os tempos e lugares. O usuário precisa, deseja e busca mesmo, é a saúde ou pelo menos a sua melhoria. Nestes termos a implantação do CIAT do HGF faz parte das discussões de melhoria dos serviços oferecidos à população e como tal, um item da humanização da assistência em toxicologia clínica. Um dos componentes básicos na aplicação das Diretrizes da Política Nacional de Humanização na condução de casos de intoxicação e de acidentes com animais peçonhentos, no Estado do Ceará.

Haja vista, a situação caótica anterior ao seu nascimento: todos os casos de intoxicação, sendo encaminhado para uma unidade de saúde municipal e o mais grave, um hospital de trauma superlotado. O Estado do Ceará tem dimensões de muitos países⁷, com distâncias superiores a 500 quilômetros da capital, e pela urgência dos casos de envenenamento, é impossível até imaginar como a população se sentia, somente em pensar numa transferência de um familiar seu, na iminência de morte e o tempo que a ambulância gastaria para chegar à Fortaleza.

Então se o paciente ao chegar ao Hospital for bem recebido, pelo profissional do atendimento, ele se sente mais seguro, e com certeza seu tempo de vida aumenta bastante, trazendo aos seus familiares ou acompanhantes a certeza de que existe uma esperança de vida para este doente.....

Com certeza... se você consegue chegar mais próximo do paciente pra saber como aconteceu a coisa..., você vai ter informação melhor, uma anamnese melhor, um número de dados mais preciso, a qualidade da informação vai ser bem melhor. (ENTREVISTA 8).

Pode, porque o paciente si sente aliviado se foi explicado à situação dele... Ele recebe o olhar... E diz obrigado. (ENTREVISTA 13).

⁷ IBGE, <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ce>

É respeito ao ser humano quando ele está fragilizado pela doença, nós seres humanos somos gregários e nós dependemos mais do outro quando está fragilizado. (ENTREVISTA 5).

Com certeza... Por trás de uma intoxicação voluntária, está o ser humano não valorizado... Até um sorriso é um caminho (ENTREVISTA 18).

Pensamos então a partir destes achados, oferecer ao leitor uma visão do estágio atual de humanização no Ceará, especialmente como caminha o HGF, o que também significa uma das respostas almejadas pela pesquisa.

CAPÍTULO 2 - AS INTOXICAÇÕES COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

As intoxicações são uma preocupação mundial como problema de saúde pública. A Organização Mundial da saúde - OMS, denunciou a cifra de 300.000 mortes por intoxicação em 2000 (WHO, 2004). Segundo a OMS, a exposição aos produtos químicos tóxicos é um grave problema em todo o planeta, e representam uma fragilidade em relação as políticas de saúde em virtude de sua prevalência, gastos elevados indefinidos pela falta de pesquisas esclarecedoras dos mesmos. Mas, a despeito deste alarme, alguns países ainda continuam deixando de fora de suas prioridades à prevenção as intoxicações, alegando já ter enorme dificuldade com as doenças infecciosas. A falta de cuidado, especialmente com as crianças, é a principal causa das intoxicações. Segundo a OMS, a educação dessas populações, solucionaria grande parte destes desastres químicos. (WHO, 2004).

No intuito de apresentar ao leitor não iniciado ao assunto, indicaremos as causas da continuidade ou persistência de um problema tão grave e gritante, e por isso talvez, se pudesse pensar de tão fácil solução, para quem não conhece o quanto são complexas as suas múltiplas causas.

Então, para minimizar ou facilitar um entendimento menos sofrido; exporemos sua multicausalidade em subitens, como: o ser humano e os venenos; o ser humano como paciente intoxicado, e os protocolos de condutas aplicados na tentativa de uma solução mais simplificada, o que não significa banalizada, pois tem bases na experiência de cientistas, com larga escala de serviços prestados.

2.1 O Ser Humano e os Venenos

Uma das maneiras mais provável de se conhecer muitos dos venenos existentes na natureza foi através do ato de se alimentar. Imaginemos o homem primitivo fazendo a primeira ingestão de frutas e mesmo folhas, há milhões de anos numa selva absolutamente desconhecida, com todo tipo de planta, entre elas as venenosas. Inegavelmente, foi um ato indescritivelmente, estonteante, sobretudo ímpar, o ato de se alimentar, uma ação fundamental na nossa sobrevivência. Ação básica para podermos executar a perpetuação da espécie. Qualquer um que se debruce sobre uma análise profunda a este respeito poderá ficar embevecido com sua complexidade, sua origem:

O primeiro sentimento do homem foi o de sua existência, seu primeiro cuidado, o de sua conservação. Os produtos da terra lhe forneciam todos os auxílios necessários. O instinto o levou a fazer uso deles. A fome e outros apetites, fazendo-o experimentar

alternadamente diversas maneiras de existir, houve uma que o convidou a perpetuar sua espécie. (ROUSSEAU, 2007, p. 61)

Esta experiência se torna mais especial para quem conhece a variedade de plantas venenosas, como a mamona, a mandioca antes de ser cozida, comigo-ninguém-pode, entre outras, em todos os recantos da floresta. Certamente muitos de nossos ancestrais morreram experimentando os cogumelos venenosos e outras tantas ervas, com substâncias semelhantes. Tal comportamento nos leva a pensar bastante, sobre nossa evolução e o que aprendemos com ela. Destas inúmeras experiências, resultaram incontáveis aprendizagens, os conhecimentos das humanidades, recentemente descrito por Edgar Morin:

Efetuar-se progressos gigantescos nos conhecimentos no âmbito das especializações disciplinares, durante o século XX. Porém, estes progressos estão dispersos, desunidos, devido justamente à especialização que muitas vezes fragmenta os contextos, as globalidades e as complexidades. Por isso, enormes obstáculos somam-se para impedir o exercício do conhecimento pertinente no próprio seio de nossos sistemas de ensino. Estes sistemas provocam a disjunção entre as humanidades e as ciências, assim como a separação das ciências em disciplinas hiperespecializadas, fechadas em si mesmas. (MORIN, 2002).

Aprendendo a se alimentar, o ser humano adquiriu um conhecimento significativo como a diferenciação das plantas tóxicas, das não tóxicas. Assim, podemos saborear inúmeras iguarias extraídas diretamente dos vegetais com muita segurança.

As plantas tóxicas são a origem de muitos venenos, e estas substâncias têm sido empregadas de diversos modos e para muitos fins. As primeiras notícias que temos falam sobre o seu uso para matar o inimigo ou o culpado como aconteceu com Sócrates na Grécia antiga: “Estavas tu mesmo, Fédon, ao lado de Sócrates, no dia em que ele bebeu o veneno na prisão...”. (PLATÃO, 2007, p. 17).

Mais recentemente, após a Segunda Guerra Mundial, o uso das substâncias tóxicas destes vegetais, consolidou-se na tentativa de controlar pragas, como os insetos e os mosquitos transmissores de doenças como a malária e a febre amarela, segundo Silva (2005, p. 896). Sabemos, portanto que a eliminação das pragas é uma utopia, porque quanto mais usamos o veneno para combatê-las, mais elas aumentam ou ficam resistentes.

Como o que está bem documentado no livro de Theo Colborn, “O Futuro Roubado” (2002), prefaciado por Al Gore, na época Vice-Presidente dos Estados Unidos da América e um dos ganhadores do Prêmio Nobel da Paz, em 2007 (O Globo, 2007), por seus trabalhos em defesa do meio ambiente, degradado pelo mau uso de venenos, principalmente.

A hipótese de trabalho ou paradigma para a prática da agricultura convencional, chamada moderna, olha os fatores que influenciam a produção, tais como o solo, lavagem e preparo do solo, adubação, pragas e controle de pragas, concorrência das ervas invasoras ou a seleção genética das variedades cultivadas, etc., de maneira

meramente analítica ou reducionista. Cada fator é encarado independentemente dos demais, como se ele se encontrasse sozinho numa caixa ou gaveta fechada. Entre as gavetas praticamente não há ligações. O raciocínio é linear. Dentro de cada gaveta, com pouca ou nenhuma ramificação lateral. Quando aparecem dificuldades, só se tratam os sintomas. (COLBORN, 2002, p. 292).

A chamada de atenção de Theo Colborn, pode ser analisada como um apelo no sentido de que os conhecimentos fragmentados de cada setor de determinado assunto, mesmo correto quando visto isoladamente, não se aplicam mais atualmente. Como ele fala, o conhecimento analítico, da ciência clássica, são reducionistas. Reduzem os problemas dos diversos setores de um determinado conjunto unitário, como no caso específico, o solo, a apenas à soma aritmética dos referidos problemas isolados. Na ciência atual, decorrente da descoberta da teoria quântica, onde se descreve que a matéria está toda conectada entre si, até o observador é parte da mesma realidade. Nessa visão, os problemas de setores isolados, não podem ser simplesmente somados uns aos outros sem se levar em conta por exemplo a influência do observador, para citar apenas um dos componentes dessa realidade. Quem compreendeu bem isto foi Edgar Morim:

Entretanto, os problemas essenciais nunca são parcelados e os problemas globais são cada vez mais essenciais. Enquanto a cultura geral comportava a incitação à busca da contextualização de qualquer informação ou idéia, a cultura científica e técnica disciplinar parcela, desune e compartimenta os saberes, tornando cada vez mais difícil sua contextualização. (MORIM, 2000, p. 39)

Os venenos mais perigosos da atualidade para o ser humano são substâncias criadas a partir de grandes movimentos sociais, como a última Guerra Mundial que se utilizou de armas químicas. Muitas dessas armas químicas se transformaram em agrotóxicos: “A produção industrial maciça dos agrotóxicos foi desencadeada após a Segunda Guerra Mundial a partir da procura de gases para matar gente.” (COLBORN, 2002, p. 4)

Daqui para frente denominaremos os agrotóxicos de praguicida para facilitar o entendimento de que são usados para eliminar pragas. Eliminamos assim, a necessidade de se tratar de agrotóxico para matar rato: raticida; agrotóxico para matar inseto: inseticida ou agrotóxico para matar erva: herbicida. Estes praguicidas são usados hoje na lavoura, nas campanhas de saúde pública como o combate ao mosquito da Dengue.

Existe uma quantidade muito grande de praguicida e muitas classificações. A mais conhecida é a utilizada pelos químicos, que os agrupam em classes. Uma dessas classes é a dos organofosforados e dos carbamatos à qual pertence o popular “Chumbinho”. (MORAIS, 1999).

Outra maneira de classificar estas substâncias é pela sua finalidade como, por exemplo, herbicidas são para matar planta; larvicida para matar larva de inseto. Estas são as

classificações mais conhecidas. Os venenos transformados em praguicidas foram introduzidos na lavoura com o propósito de eliminar os inimigos da produção de alimento. Na época se sabia pouco sobre os riscos irreparáveis à saúde como se conhece hoje.

Após 1945, surgiu um forte argumento para o uso desses praguicidas para aumentar a produção de alimento. Era uma necessidade para suprir a escassez de comida por causa da destruição das plantações pelos bombardeios da Segunda Guerra Mundial. A produção de alimentos em abundância era uma solicitação política dominante, pois a paz decorrente do fim da guerra certamente geraria um aumento das populações e, assim, a necessidade de mais comida. Escamoteou-se, então, o perigo de se morrer envenenado.

Nesse ponto os fabricantes desses venenos foram bem sucedidos, principalmente porque o uso desses produtos em curto prazo mostraram resultados favoráveis em termos de produção de grãos, pois os efeitos deletérios, tanto para as pessoas como para o meio ambiente, surgem apenas de forma visível a médio e longo prazo. Apesar destes perigos de destruição de vidas, se reconhece que estes eventos fazem parte das estratégias de sobrevivência da espécie humana, principalmente por gerar novas tecnologias, máquinas modernas, aparelhos e técnicas de aprendizagem em vários campos do conhecimento humano como as cirurgias, e a prevenção de doenças.

Aprendemos até a lidar com as situações mais difíceis. Aprendemos sobre as regras da economia. A lidar com recursos econômicos, educativos e humanos. É neste mundo, que sobrevivemos e crescemos como autores da própria evolução.

Alguns dos estudiosos dessa sobrevivência, como Edgar Morin, assim se expressa:

Não podemos conceber este mundo uno se não o concebermos duplo e contraditório. Não podemos deixar de concebê-lo simultaneamente como inacabado e decomposto, vítima de uma imensa catástrofe [...] e ao mesmo tempo encontrando nesta catástrofe os seus germes, o seu impulso, a sua esperança, a sua primavera [...] (MORIN, 1996, p.12).

Os conhecimentos recentes da neurobiologia estão avançando em direção à prova de que o ser humano cria muito mais, quanto maior for a dificuldade encontrada pela frente. Isto, já se sabia há tempos atrás, como a lição de vida, nos legada por Vitor Frankl, quando estudou o ser humano nas condições mais severas que a História relata sobre a persistência da criatividade para a conservação da humanidade: “Essas pessoas estão se esquecendo de que muitas vezes é justamente uma situação exterior extremamente difícil que dá à pessoa a oportunidade de crescer interiormente para além de si mesma.” (FRANKL, 1991, p. 72).

A despeito das dificuldades de lidar com a evolução da vida, o uso de venenos, temos como consenso universal que a educação melhora as condições de saúde das populações, onde aplicada nas condições ideais ou pelo menos muito próxima da ideal. A saúde decorrente contribui fortemente para o incremento da economia. Este incremento da economia favorece as políticas que melhoram a qualidade de vida: “O íntimo inter-relacionamento e a interdependência da saúde com o desenvolvimento econômico e social, em que a saúde ao mesmo tempo leva e está subordinada à progressiva melhoria das condições e da qualidade de vida.” (OMS, 1978, p. 15).

Nunca é demais falar que saúde é um bem superior aos outros bens como as terras, os títulos ou mesmo a inteligência. Estando com saúde o ser humano se sente bem, trabalha e produz bens. Estes bens geram outros, que geram possibilidades de expansão da presença da sociedade, onde isto acontece. Sem saúde o ser humano se sente infeliz, nada produz e para complicar consome os já existentes. Portanto, saúde e economia estão tão intrinsecamente ligados. Quando o ser humano está se sentindo feliz, diz-se que ele tem qualidade de vida. Qualidade de vida, que toda sociedade civilizada deve buscar como o alvo de todo esforço e preparação para que todos desfrutem desse bem maior e assim haja justiça social. Justiça social onde a individualidade do ser feliz gera uma sociedade feliz e esta gera a individualidade com as mesmas características, sem que ambas invadam uma a outra na consubstanciação do desejo de todos: a felicidade: “a não ser em casos patológicos, todos os seres humanos aspiram ser felizes [...]. Seja como for, a vida humana gira em torno da busca da felicidade, em torno daquilo que nosso cérebro interpreta como casa da felicidade.” (LAWSON, 1998, p. 63).

A evolução do ser humano até os nossos dias tem sido um conjunto de situações bastante complexas e, portanto, gerado um ser também complexo. Vejamos como se manifesta um dos estudiosos dessa complexidade e suas soluções junto aos órgãos que influenciam os países na tomada de decisões sobre elas como a UNESCO, o departamento da Organização das Nações Unidas – ONU, para a educação:

Uma das condições fundamentais para a evolução positiva seriam as forças emancipadoras inerentes à ciência e à técnica poderem superar as forças de morte e de servidão. Os desenvolvimentos da tecnociência são ambivalentes. Encolheram a terra e deram condição imediata de comunicação a todos os pontos do globo, proporcionaram meios para alimentar todo o planeta e assegurar a todos os seus habitantes um mínimo de bem-estar, mas ao contrário, criaram também as piores condições de morte e de destruição [...]. (MORIN, 2002, p. 74)

O bem-estar individual e por conseqüência o social, está diretamente ligado ao funcionamento vital de cada cidadão e os venenos quando em contato com o organismo vivo,

degrada seu sistema imunológico, responsável pela defesa geral ou sistêmica, contra substâncias estranhas ao organismo, vírus e bactérias invasoras. Esta defesa é muito sofisticada e complexa, pois influencia no funcionamento de todos os outros sistemas do corpo humano, como o sistema nervoso, responsável pelas relações inter e intrapessoais.

O seu bom funcionamento é fundamental para o ser humano sentir-se feliz, ter esperança, enfim saúde como define a Organização Mundial da Saúde - OMS, como um estado de bem-estar biológico, psicológico e social. (MEZZOMO, 2003, p. 20)

Por sua vez, a toxicologia é a ciência que estuda os efeitos adversos das substâncias químicas nos organismos vivos (GOODMAN; GILMAN, 2000).

Este era o conceito usual no início do século XX. Atualmente, esta definição foi ampliada:

É uma ciência multidisciplinar que, além de estudar os efeitos adversos causados por agentes químicos no homem e no meio ambiente, estuda também as propriedades físico-químicas de cada substância e avalia a segurança de seu uso. (ANDRADE FILHO, 2001, p. 23).

O desenvolvimento científico globalizado tem colocado à disposição da sociedade uma quantidade assustadora de substâncias químicas. Podemos verificar facilmente este número alarmante, nas páginas eletrônicas de pesquisa de produtos químicos. (CAS REGISTRY, 2009).

Estas substâncias químicas podem intoxicar tanto durante o processo de sua fabricação como na oportunidade de sua utilização. Também a vida por si só, como o trabalho na lavoura, e mais recentemente o turismo ecológico e o desenvolvimento sustentável, expõem os seres humanos à fauna e a flora com seus inúmeros riscos de acidentes com plantas tóxicas e animais peçonhentos (SILVA, 2005, p. 893).

O atendimento de saúde das pessoas intoxicadas, nos últimos anos vem exigindo a necessidade de busca de novos conhecimentos, tanto pelo diagnóstico de casos novos como pela exigência das mudanças de paradigmas na abordagem clínica decorrente da união do saberes científicos ao saberes da humanidade:

Ainda que o ser humano seja ao mesmo tempo biológico, psicológico e cultural, uma cortina de ferro separa o cérebro do espírito, o homem biológico do homem social [...] se é verdade que o gênero humano, cuja dialógica cérebro/mente não está encerrada, possui em si mesmo recursos criativos inesgotáveis, pode então vislumbrar para o terceiro milênio a possibilidade de nova criação cujos germes e embriões foram trazidos pelo século XX: a cidadania terrestre. E a educação, que é ao mesmo tempo transmissão do antigo e abertura da mente para receber o novo, encontra-se no cerne dessa nova missão. (MORIN, 2002, p. 72.)

Vimos assim, a passagem do desconhecimento das substâncias venenosas, para a descoberta de sua utilidade, dentro de um processo evolutivo e de acúmulo de experiências necessárias à espécie humana.

2.2 O Ser Humano como Paciente Intoxicado

O paciente intoxicado pode ser qualquer cidadão que entra em contato com um veneno e este produz um efeito danoso ao seu organismo. Inclui-se entre estas pessoas as que se acidentam com animais peçonhentos. Todas as classes sociais estão expostas. As pessoas educadas se expõem frequentemente aos produtos mais elaborados como os medicamentos utilizados algumas vezes para exterminar sua própria vida. Os camponeses são expostos aos animais peçonhentos. Os mais comuns no nosso meio são as cobras, as aranhas, os escorpiões e as abelhas venenosas. As crianças, aos produtos da limpeza doméstica. As pessoas das classes sociais desassistidas pelas políticas de atendimento de saúde, incluindo a assistência médica, se expõem a todos os produtos tóxicos, incluindo os populares como os remédios caseiros.

Falando em circunstância, vale salientar a tentativa de suicídio como um problema adicional ao atendimento de saúde. Outra situação verificada em casos de picadas de serpente, refere-se ao estigma bíblico da perda do paraíso por culpa da serpente segundo Guimarães (1991, p. 5). Este estigma causa mais sofrimento ainda, quando é menosprezado pelo profissional de saúde que o atende, dado que sua origem é antiga e decorrente de uma citação bíblica:

Então Javé Deus disse para a serpente: Por ter feito isso, você é maldita entre todos os animais domésticos e entre todas as feras. Você se arrastará sobre o ventre e comerá pó todos os dias de sua vida. Eu porei inimizade entre você e a mulher, entre a descendência de você e os descendentes dela. Estes vão lhe esmagar a cabeça, e você ferirá o calcanhar deles. (BÍBLIA SAGRADA, 1990, p. 16)

Até 1984 quando a Prefeitura Municipal de Fortaleza implantou o Centro de Assistência Toxicológica no Instituto Dr. José Frota – CEATOX/IJF, o paciente intoxicado era tratado de forma muito simplificada. Os que ingeriam substâncias tóxicas, como os praguicidas e os medicamentos, e estavam conscientes, eram imediatamente encaminhados para que o pessoal que lidava com a limpeza do ambiente, providenciasse a administração de água morna. Este procedimento provoca vômito e era isso que se desejava, com o intuito de expulsar o veneno do organismo do paciente. Se tivessem ingerido substâncias que causassem queimaduras e apresentassem lesões cáusticas eram encaminhados para o cirurgião planejar

tratamento de dilatação do esôfago. Se fossem vítimas de picadas de cobra recebiam cinco ampolas de soro antiofídico, por via subcutânea, sem qualquer outra preocupação como a possibilidade de reações adversas, por exemplo. Os demais pacientes recebiam tratamento sintomático inespecífico.

Parece haver um problema que diferencia os pacientes intoxicados daqueles com outras patologias. Uma delas se refere ao fato de os venenos normalmente já começarem a causar problema instantaneamente e somente param com a morte do paciente ou com sua neutralização ou eliminação. As outras doenças em geral têm início mais lento, como febre que aumenta e às vezes diminui para se elevar depois como nas doenças infecciosas. Outra diferença é o paciente chegar ao atendimento muitas vezes sem a aparência de um estado muito grave, mesmo na iminência de morte. Em parte, isto se deve ao fato de que a grande maioria dos pacientes intoxicados estarem bem, poucos minutos antes e sua pele, por exemplo, demorar a se deteriorar, ou seja, não demonstra a aparência de doente como acontece com os pacientes com lepra, por exemplo, que quando vão ao profissional de saúde já mostram vários sinais típicos da doença.

Com os pacientes que tentam o suicídio a situação é mais complexa ainda, quando eles rapidamente se arrependem de ter ingerido o veneno e desejam fortemente a recuperação da saúde. Este desejo pode criar um semblante de aparente salubridade que pode enganar terapeutas não capacitados no contexto.

De acordo com os dados da rede do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, no ano de 2003 foram registrados 82.716 casos de intoxicação humana no Brasil incluindo-se os acidentes com animais peçonhentos. (SINITOX, 2007). A principal circunstância é o acidente, responsável por 57,7% do total dos casos registrados principalmente por causa das picadas de cobra e escorpiões, seguidos da tentativa de suicídio com 20,3%, e da ocupacional com 6,7% (SINITOX, 2007).

O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas foi criado no ano de 1980 e tem como principal atribuição coordenar o processo de coleta, compilação, análise e divulgação dos casos de intoxicação e envenenamento registrados no país pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica localizados em 17 Estados brasileiros.

No Ceará, foram registrados 2.500 casos de intoxicação no mesmo ano, sendo que o CIAT-HGF registrou 833 e o CEATOX-IJF, registrou 1.667 casos. (SINITOX, 2007).

Está sendo questionado a senso comum de que a falta de capacitação dos acadêmicos nas faculdades de medicina e de uma Política Pública que levem em conta estes

indicadores. Especialmente porque as crianças crescem em ambiente ameaçado por produtos extremamente perigosos. Toda substância pode intoxicar, produtos de limpeza, desinfetantes e até perfumes podem causar problemas de mal estar. Mesmo que não sejam casos graves, na maioria, o simples fato de assustar, tirar a mãe, o pai ou o responsável do seu lazer, trabalho ou repouso, por si só indubitavelmente já é um transtorno. E o mais grave, é que poderia ser evitado com a educação. Educação para a vida. Educação que leva em conta a formação do cidadão consciente de seus deveres e obrigações, além de repassar informações.

De outro lado, os trabalhadores tanto da área rural como da área urbana, usam grandes quantidades de produtos químicos tóxicos, sem proteção adequada. Mulheres grávidas expõem seus filhos a esses produtos químicos, na fase inicial do desenvolvimento fetal. Os idosos, devido às mudanças de seu sistema fisiológico, são mais suscetíveis. (WHO, 2004).

Os indivíduos que mesmo sabendo ler, não tiveram uma educação para a conscientização dos problemas da vida, não aprenderam a compreender o mundo, de acordo com Freire (2006, p. 38), não conseguem entender as instruções de segurança disponíveis sobre os venenos usados. Um exemplo comum pode ser visto nos rótulos de produtos de limpeza, adquiridos em qualquer mercado, como os alvejantes, no qual são disponibilizadas instruções de cuidados com seu manuseio, de difícil entendimento. Ainda temos um problema adicional, que são os produtos clandestinos, sem estas instruções.

A educação de baixo nível em muitos países forma um contingente de pessoas incapazes de lidar com a vida saudável e os riscos inerentes ao dito “desenvolvimento sustentável”. (WHO, 2004). Primeiro porque são pressionados pelo volume enorme de outras patologias mais evidentes, como as doenças infecciosas.

Em segundo lugar, pela falta de um dimensionamento adequado da situação de risco de se adoecer e morrer intoxicado. De fato, os dados registrados pelos órgãos oficiais como o SINITOX são subestimados pelo grande número de erros no seu diagnóstico, facilmente confundidos em virtude dos danos graves dos sistemas orgânicos vitais levarem à síndromes clínicas decorrentes, com o nome do órgão mais afetado. Falência cardíaca para designar a falha do coração, por exemplo. Insuficiência respiratória para designar a falência da função do aparelho respiratório, para citar apenas estes. (SINITOX, 2007).

Por causa das dificuldades de diagnóstico de intoxicações e da possibilidade de melhoria da assistência ao paciente intoxicado, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA-CE iniciou a capacitação dos médicos e enfermeiros das emergências do Ceará,

especialmente dos ditos hospitalais pólos, localizados estrategicamente em todas as regionais de saúde, em 2005.

Para viabilizar esta capacitação de forma eficiente e eficaz a Secretaria passou a empregar o Protocolo de Condutas nas Intoxicações e Acidentes com Animais Peçonhentos, apresentado como uma diretriz clínica ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará - CREMEC.

A partir de sua aceitação pelo CREMEC, as autoridades da saúde do Ceará iniciaram uma cobrança dos subordinados para a implantação do mesmo, liberando recursos humanos e financeiros para consubstanciar este objetivo. Gerou-se então a expectativa de validação acadêmica dos resultados, como um instrumento a mais a ser utilizado pelas políticas públicas, na racionalização de recursos humanos e materiais.

Por sua vez a Cooperativa de Trabalho Médico – UNIMED, de Fortaleza publicou o Protocolo em seu Manual de Diretrizes Clínicas e também, o fixou em local de fácil visualização aos seus plantonistas da emergência geral de seu Hospital Regional de Fortaleza.

Levando em conta os conhecimentos das tecnologias educacionais atualizadas empregadas em capacitações objetivas, tem-se ensinado na resolução destes problemas, o seguinte:

[...] o primeiro atendimento do paciente intoxicado deve visar o restabelecimento da condição humana digna, facilitar ao mesmo voltar a ser feliz, ter esperança, sentir-se gente. Também as funções vitais, especialmente o pH que na maioria está ácido, requer correção imediata. A maioria dessas pessoas recebe alta curada quando atendida de forma rápida e eficaz, de preferência em emergências gerais mais próximas do ocorrido [...] (GUIMARÃES, 2007, p. 25).

Com a implantação do CEATOX, foram introduzidos métodos mais científicos, incluindo os antídotos usados na época, que tinham como escopo o aforismo de Paracelso: “Só a dose faz o veneno. A dose correta diferencia o veneno do medicamento.” (GUIMARÃES, 2002, p. 12).

Os professores do curso de farmácia da Universidade Federal do Ceará-UFC e os técnicos do Centro Antiveneno da Bahia- CIAVE tiveram importante papel na criação de uma ficha de informações toxicológicas, ainda hoje usada na maioria dos outros centros de informação do Brasil. A referida ficha foi abandonada pelo Estado do Ceará, que passou a utilizar o Protocolo aqui mencionado. Em 1988 o CEATOX passou a fazer parte do Sistema Nacional de Informação Toxico-farmacológica-SINITOX administrado pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

Assim, houve novo incremento no conhecimento das modernas abordagens terapêuticas, especialmente as relacionadas à clínica de acidente por animais peçonhentos, em um curso ministrado pelo Instituto Butantã no Estado de São Paulo.

Na tentativa de minimizar o sofrimento do médico que atende e do paciente que percorria longo caminho na busca da cura, se percebeu a necessidade de descentralização, humanização e esclarecimento de condutas para otimização do atendimento. Então, foi feito o primeiro esboço de um protocolo de atendimento. Sem um protocolo o sofrimento do médico é grande em virtude da procura de condutas entre milhares existentes nos livros de toxicologia e a variedade de facetas apresentadas pelo paciente, que variam com suas emoções, seu estado nutricional, doenças anteriores ou doenças crônicas persistentes.

Estava então criado o protocolo de orientação na conduta do primeiro atendimento ao paciente intoxicado e vítima de acidente por animais peçonhentos. O Protocolo tem como base as novas conquistas da medicina baseadas em evidência, em vivência, descritas no livro de semiologia clínica, de Celmo Celeno Porto (2004) e em um novo aforismo, desta vez publicado em um dos livros de Ciências Farmacêuticas mais consultados do planeta, editado por Goodman & Gilman em seu capítulo sobre intoxicações, a partir de 1996: “tratar o paciente e não o veneno”, (GOODMAN; GILMAN, 2000, p. 50).

Este novo aforismo é bem diferente do aforismo clássico de Paracelso, anteriormente citado.

Para que o protocolo fosse utilizado dentro dos padrões éticos vigentes, procedeu-se a devida apresentação de seu arrazoado, ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará-CREMEC. Após sua aprovação, passou-se para a fase de divulgação, citando-se o seu protocolo de número 3342/05. (ANEXO F)

Em seguida, a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará - SESA iniciou a capacitação dos médicos das principais emergências sob a jurisdição do SUS-CE, visando à aplicação pragmática do mesmo.

A partir desta capacitação e conseqüentemente da descentralização do atendimento de pacientes intoxicados, a responsabilidade do Estado foi firmada, culminando com a implantação do Centro de Informação e Assistência Toxicológica - CIAT no Hospital Geral de Fortaleza para que os médicos de todo o estado passassem a ter educação continuada sobre o tema e suporte técnico, quando necessário.

A seguir serão apresentadas as noções sobre esse Protocolo e como o mesmo pode modificar ou minimizar este problema de saúde pública, bem como sua relação com alguns dos pressupostos da Política de Humanização.

2.3 Os Protocolos de Condutas

O Protocolo de Condutas nas Intoxicações e Acidentes com Animais Peçonhentos é uma diretriz clínica para facilitar o atendimento de pacientes intoxicados na emergência. Sua inserção neste trabalho tem a finalidade de mostrar que o Sistema Único de Saúde do Ceará procura encontrar melhoria da assistência dada aos pacientes com intoxicação e acidentes com animais peçonhentos tendo em vista que ele nasceu da busca de se encontrar uma solução mais objetiva para os casos que passavam despercebidos antes desse protocolo encontrar-se disponível.

Neste instrumento estão indicados os sintomas e o tratamento inicial nas intoxicações agudas. O Protocolo foi elaborado a partir da experiência de atendimento de urgência no Hospital Municipal de Urgência do Município de Fortaleza, denominado Instituto Doutor José Frota - IJF, conhecido popularmente como Frotão, por ser um grande hospital e o maior hospital de trauma do Ceará, que nessa época (2005), era considerado também referência em atendimento de pessoas intoxicadas, então a experiência foi sendo adquirida ao longo desses anos, em parte pelas dificuldades vivenciadas durante o atendimento desses pacientes, especialmente na identificação da causa e da conduta mais adequada, pois eram milhares as variações do estado clínico dos enfermos que chegavam à emergência, atendíamos aos mesmos sentindo muita angústia por não podermos fazer o melhor.

Os procedimentos muitas vezes requerem extrema rapidez na aplicação de medidas terapêuticas sob pena do cidadão morrer enquanto, o terapeuta consulta os tratados de toxicologia geralmente extensos.

Na procura de resolver estas questões, várias investigações foram feitas aos centros de informações toxicológicas. Encontramos bastante apoio no Centro de Controle de Informação Toxicológica de Niterói, Rio de Janeiro, localizado no Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense-CCIn-HUAP-UFF; no Centro de Controle de Intoxicações da Prefeitura de São Paulo, localizado no Hospital Municipal Dr. Artur Ribeiro de Saboya em Jabaquara-CCI; no Centro de Controle de Intoxicações de Campinas, localizado no Hospital universitário da Universidade de Campinas-CCI-UNICAMP e no Centro de Informações Anti-Veneno da Bahia – CIAVE, e especialmente no Hospital Vital Brasil, do Instituto Butantan, em São Paulo.

No CCIn de Niterói destacou-se a experiência da médica Ana Cláudia Moraes, em cuja dissertação de mestrado com o tema: Contribuição para o Estudo da Intoxicação Humana por Carbamatos: o problema do “chumbinho” no Rio de Janeiro em 1999. Em seu trabalho

encontramos um protocolo bem elaborado para tratar intoxicações. Vale salientar que o protocolo por ela instituído, embora muito importante, se refere à conduta por apenas um veneno entre milhares em uso no mercado. O fato de ser bem elaborado e ainda assim ter a extensão de seis páginas torna o mesmo pouco prático na vigência de um paciente em risco de morte iminente. Os outros centros usam em geral, vários livros de toxicologia em inglês e consultam bases de dados internacionais para tirar dúvidas. O CEATOX/IJF ao longo de 20 anos utilizou vários modelos de protocolo de consulta como o livreto de autoria de seus funcionários, denominado Intoxicações Agudas: Guia Prático para Tratamento, publicado em 2002. São 123 sub-protocolos sugerindo igual número de tratamentos. (GUIMARÃES, 2002).

Vale salientar que existem milhares de venenos e animais peçonhentos e uma infinidade de gerações de sintomas decorrentes da interação do cidadão com estes tóxicos. Mas, mesmo assim, ainda era muito complicado tratar o paciente intoxicado com estes resumos disponíveis. Em 2002 passou a se contar com o apoio incansável de uma teóloga, voluntária do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar- PNHAH/IJF, que se colocou à disposição para analisar toda a situação reinante e propor soluções práticas. Na época, a mesma assessorou o coordenador do CEATOX/IJF que também era um dos membros do Comitê do PNHAH/IJF.

A voluntária fez uma análise da situação caótica em que se encontravam as inúmeras sugestões de tratamento e como especialista em análise de sistemas, organizou-os em uma planilha de *excel*. Ordenou todos os principais resumos de tratamento que eram aplicados nos mais frequentes casos de intoxicações que vinham ocorrendo no Estado do Ceará, nos últimos 15 anos. Foi fundamental nessa construção, o relato da experiência clínica de acompanhamento de milhares de casos. Após sua elaboração, foi feito um teste de sua validade, com 122 médicos e acadêmicos de medicina por ocasião de um Seminário de Toxicologia Clínica patrocinado pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA no IJF, com duração de 40 horas, em maio de 2005.

O Protocolo foi entregue para uma especialista em *marketing*, para torná-lo de fácil manuseio. Somente depois deste procedimento é que foi apresentado seu arrazoado ao Egrégio Conselho de Medicina do Ceará - CREMEC, para aprovação e publicação como diretriz clínica. O Protocolo ganhou mais visibilidade no Estado do Ceará quando a SESA publicou o mesmo em seu Manual de Condutas em Clínica. Passou então, a ser denominado de Protocolo de Condutas nas Intoxicações e Acidentes com Animais Peçonhentos. (SESA, 2008, p. 484).

No Protocolo consta um resumo disposto de forma lógica e de fácil visualização, das principais e mais frequentes síndromes clínicas toxicológicas e suas respectivas condutas em casos de intoxicação aguda, para ser utilizado nas unidades de urgências e emergências.

Tendo a finalidade de facilitar o tratamento e a recuperação da maioria dos pacientes vítimas destes transtornos, de forma rápida e eficaz, podendo melhorar e até voltar ao estado saudável somente com estes procedimentos.

Entretanto salienta-se que muitas dessas síndromes como hipóxia severa (falta de ar nos tecidos e órgãos do paciente) é quase sempre letal, sem este tipo de procedimento. Essa hipóxia é resultado muitas vezes de instabilidade respiratória causada por praguicidas de uso corrente no mundo inteiro. Muitos desses praguicidas agem consumindo um mediador químico importante nas ações fisiológicas do corpo humano, denominado colinesterase. O seu consumo desencadeia uma ação neurológica complexa. Uma dessas ações paralisa o cérebro causando a morte em poucos minutos. Outra aumenta a liberação de secreções líquidas em todo o organismo e especialmente nas vias respiratórias, obstruindo-as. Essa obstrução causa a falta de oxigênio produzindo a referida hipóxia acima citada e conseqüentemente a morte do paciente.

Uma pessoa picada por uma cobra que atravessa o seu caminho ou atrapalhou o seu trabalho, geralmente na lavoura de subsistência, fica muito assustada. A principal cobra peçonhenta do Ceará pertence ao gênero *Bothrops*, propriamente conhecida como Jararaca porque a mais estudada é a *Bothrops Jararaca*. Além do susto com o animal, seu veneno ao ser introduzido no corpo pela picada causa uma dor intensa e diferente de uma picada de agulha ou espinho, porque produz uma “queimadura” dos tecidos. Esta “queimadura” só tem fim com a morte da pessoa ou com a neutralização do veneno. A neutralização no Brasil é feita com o soro antipeçonhento.

Em segundo lugar, em número de caso vem outra cobra, chamada de Cascavel. Esta pertence ao gênero *Crotalus*, pois tem na extremidade da cauda um guizo ou chocalho que na língua latina, a língua adotada pela Ciência, significa *crotalus*. O acidente com uma Cascavel é muito mais grave do que o causado por uma Jararaca. Enquanto o acidente botrópico causa sangramento no local da ferida e dor em queimação, na maioria das vezes o paciente recupera a saúde até sem tratamento adequado; por sua vez, o acidente causado pela Cascavel na maioria leva ao óbito por ação sistêmica destruindo os músculos de todo corpo. No local da picada, causa uma anestesia e deixa pouca ou nenhuma marca, podendo passar despercebido nos primeiros minutos se o acidente ocorrer, por exemplo, quando a pessoa caminha por arbustos rasteiros que produzem arranhaduras muito comuns em quem vive e

trabalha no campo. Quando o paciente nota os efeitos do veneno, consumindo sua musculatura através de uma dor intensa e generalizada, a morte ou seqüela grave é a regra, caso o terapeuta não suspeite corretamente e aplique o soro anticrotálico no primeiro hospital em que ele deu entrada. O primeiro caso mata menos e assusta mais no início. O segundo caso, de cobra Cascavel, assusta menos no início e mata muito mais.

O uso do Protocolo de Condutas nestes casos de acidentes junto com a assistência humanizada parece aliviar mais rápido esta dor e o sofrimento como um todo. Aí se inclui o susto, o nervosismo conseqüente e o medo de morrer.

Dessa forma, este Protocolo indica procedimentos genéricos de medicina de urgência inadiáveis numa emergência clínica.

Sua necessidade surgiu por vários fatores citados a seguir:

a) A existência de milhões de substâncias químicas que podem intoxicar e matar rapidamente em questões de minutos;

b) A inexistência de antídotos para a maioria das substâncias tóxicas;

c) A diversidade e a complexidade dos animais peçonhentos causadores de acidentes;

d) Os sintomas apresentados nos casos de intoxicação são semelhantes aos apresentados pelas outras doenças atendidas diariamente nas emergências; como gripe, resfriado, gastroenterite, viroses, edema agudo de pulmão, etc. Os sintomas comuns são: mal estar geral, náuseas, vômitos, diarreia, suor abundante, dor de cabeça, palpitações, fraqueza, moleza no corpo, vista escura, tremor, fala embolada, perda de apetite, desorientação, salivação, febre, convulsão, entre outros. Apesar dos sintomas parecidos, se se tratar de um caso de gripe as conseqüências podem ser mínimas; porém, em se tratando de intoxicação, pode haver evolução até a seqüela permanente ou morte se o tratamento não for imediato;

e) Todo cidadão está exposto a estas substâncias e, por isso, pode repentinamente se encontrar numa situação de intoxicação ficando assim dependente de um diagnóstico e tratamento adequado;

f) Para servir de suporte ao profissional de saúde no diagnóstico e tratamento inicial ao paciente intoxicado facilitando a análise do caso, aliviando o sofrimento do cidadão;

g) Por não haver uma disciplina de toxicologia clínica no Ceará na formação dos médicos que atendem nas emergências.

Assim, acredita-se que este protocolo possa ser visto como mais um instrumento de humanização no atendimento dentro dos parâmetros do HumanizaSUS, pelas seguintes características:

a) É uma diretriz clínica atualizada e de fácil manuseio;

b) A sua utilização ajuda a recuperar a vida do cidadão eliminando métodos mais complexos, invasivos e causadores de maiores sofrimentos e aumento de gastos financeiros como exames laboratoriais. Por recuperar rapidamente a saúde do paciente intoxicado diminui o número de pessoas em situação que geram dúvidas no urgentista. Estas dúvidas são normalmente solucionadas com a solicitação de exames laboratoriais. Em se tratando de acidentes por animais peçonhentos sua rápida solução elimina interrogações sobre a necessidade de se procurar o animal causador da lesão. Nos casos de suspeita de intoxicações por medicamentos e outros produtos químicos a melhora do paciente de forma eficaz nos primeiros minutos do atendimento desfaz o modo antigo de se procurar a embalagem dos produtos para dar o diagnóstico de certeza. (GUIMARÃES, 2002, p. 12);

c) Põe o usuário e o trabalhador de saúde em contato um com o outro de forma clara e objetiva facilitando o diálogo necessário ao entendimento da situação de risco;

d) Por agilizar e conduzir a confiança mútua, facilitando os passos seguintes da terapêutica;

e) Liberta o terapeuta, dando-lhe autonomia na ação como descrito no documento base para gestores, da Política de Humanização do SUS:

Assim entendemos humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de coresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.15).

Para a utilização de forma eficiente deste Protocolo é necessário atender o paciente como cidadão que precisa ser cuidado com todo o respeito e atenção, pois somente assim o terapeuta terá condições de identificar os sintomas e seu enquadramento nas tabelas nele contidas que são as síndromes clínicas e os respectivos tratamentos a serem adotados.

CAPÍTULO 3 – OS RESULTADOS ENCONTRADOS

Esta pesquisa encontrou dados empíricos em duas vertentes, uma diz respeito aos dados da análise da situação do objeto da pesquisa, ou seja, o caso Hospital Geral de Fortaleza, pois está nos objetivos deste estudo. A segunda fonte resulta na coleta de entrevistas de trabalhadores de saúde do referido hospital, conforme explicado na introdução.

3.1 O Hospital e sua Conjuntura Funcional

O primeiro conjunto de dados foi resultado da análise da situação conjuntural e funcional do próprio HGF, expondo o que faz o hospital em prol da assistência humanizada em toxicologia clínica do ponto de vista funcional. Explicitada esta funcionalidade foi feito o confronto com o que preconiza a Política Nacional de Humanização da Saúde.

O HGF funciona vinte e quatro horas ininterruptamente atendendo pacientes em situação de sofrimento de qualquer categoria que a mente humana é capaz de imaginar. De início chama atenção a demanda exagerada para o porte do mesmo. Por outro lado, um serviço de acolhimento funcionando agilmente, consegue, na visão deste pesquisador, atender aos cidadãos de forma bastante eficiente. O que se vê constantemente é a “fila” andando. Este modo de atender parece satisfazer a “maioria” de forma que não somente na fila que anda, se observou também constantemente uma aparente calma na “multidão” de sofrendores esperando sua vez após este primeiro passo.

O serviço de acolhimento do hospital funciona continuamente com profissionais de enfermagem devidamente capacitados em dar atenção com uma abordagem inicial sobre a situação do sofredor com vistas à classificação de risco. Feito esta classificação o agora dito paciente é encaminhado para os devidos locais para que seja dada uma solução ao caso.

Um exemplo de classificação de risco muito frequente é o caso de parada cardíaca. Este, como os demais, citados a seguir são classificados de casos graves. Os casos graves como parada cardíaca, falência do sistema respiratório, ingestão de veneno, após a classificação feito pelo profissional do Acolhimento, são imediatamente postos na sala de reanimação cardiorrespiratória. Este procedimento por si só, já deixa a citada multidão bastante satisfeita. Observando atentamente, parece vê-la pensar: “puxa, como aqui se trabalha... no posto onde costumo me consultar, não é assim não”. Ou mesmo que não pense assim, pode se extrapolar com base no que foi descrito sobre quem é o ser humano, a compaixão intrínseca pelo outro, mesmo estando sofrendo, se meu sofrimento é menor, e o

sofredor maior tem prioridade, somente o fato de verificar isto já se sente prazer. Ver o bem é bom, faz bem.

Analisando a situação pelo lado filosófico, encontramos novamente o apoio de Rousseau, quando justifica a piedade como sentimento inato e necessário à sobrevivência e principalmente à evolução da espécie humana:

É, pois, perfeitamente certo que a piedade é um sentimento natural que, moderando em cada indivíduo a atividade do amor próprio de si mesmo, concorre para a conservação mútua se toda espécie. É ela que nos leva sem reflexão em socorro daqueles que vemos sofrer; é ela que, no estado de natureza, faz às vezes de lei, de costume e de virtude, com a vantagem de que ninguém é tentado a desobedecer à sua própria voz. (ROUSSEAU, 2007, p. 54).

Observando o caso pelo lado da literatura mais atual encontramos “o amor biologicamente explicado”, utilizado nas argumentações do cuidado segundo Boff (2004) e no paradigma da dádiva, como pano de fundo dessa paciência na espera da hora da sua cura. (MARTINS, 2003).

Os casos menos graves e de menor urgência⁸, como os acidentes vasculares cerebrais estáveis que vêm encaminhados de outros serviços, no HGF passam para os leitos da Unidade de AVC ou são transferidos para outros hospitais na ausência de vaga no mesmo.

Os casos comuns, como picada de animal peçonhento em que o paciente chega andando, sentindo dor no local da picada e os sistemas vitais do mesmo se encontram estáveis, ou seja, a classificação de risco registrou que o paciente pode ser visto no consultório da emergência, ele se dirige para a sala de espera e aguarda sua vez. São atendidos em vez de serem transferidos como anteriormente ao ano de 2005, ano da instalação do CIAT no HGF (CEARÁ, 2006).

Verificamos a seguir a evolução ocorrida no hospital em direção ao atendimento dessas pessoas, nas tabelas publicadas pelo órgão oficial de análise de dados em toxicologia no Brasil. (SINITOX, 2007).

Na Tabela 1 inexistem os dados do CIAT/HGF, pois o Centro ainda não havia sido implantado.

⁸ Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995)

Tabela 1 - Casos Registrados de Intoxicação Humana, de Intoxicação Animal e de Solicitação de Informação por Região e por Centro. Brasil, 2005.

Agente \ Vitima	Humana		Animal	Informação	Total	
	N _{O.}	%	N _{O.}	N _{O.}	N _{O.}	%
NORTE	1618	1,70809	38	57	1608	1,54
CIT\AM - Manaus	428	0,48	16	33	477	0,48
CIT-PA - Belém	1088	1,23	20	24	1132	1,09
NORDESTE	18638	21,0131	88	258	18988	18,21
CEATOX-CE - Fortaleza	2187	2,47	-	-	2187	2,10
CIT-RN - Natal	1854	2,00	2	-	1858	1,78
CEATOX-PB - João Pessoa	1158	1,31	-	118	1278	1,22
CEATOX-PB- Campina Grande	1483	1,65	-	3	1488	1,41
CAT-PE - Recife	4381	4,92	-	26	4387	4,21
CIAVE-BA- Salvador	6648	7,40	86	112	6844	6,57
CIT-SE - Aracaju	970	1,00	-	-	870	0,83
SUDESTE	28478	33,2304	224	5835	35835	34,18
ST-MG- Belo Horizonte	6483	7,20	-	5724	12187	11,69
CCI-ES- Vitoria	7527	8,40	30	82	7848	7,34
CIT-RJ- Rio de Janeiro	2410	2,72	113	83	2808	2,60
CCI-RJ- Niterói	1577	1,78	54	8	1638	1,57
CCI-SP- São Paulo	-	-	-	-	-	-
CEATOX-SP- São Paulo	-	-	-	-	-	-
CCI-SP- Campinas	4883	5,48	-	-	4883	4,88
CCI-SP- Ribeirão Preto	810	0,91	-	-	810	0,78
CEATOX-SP- Botucatu	1306	1,47	8	-	1314	1,28
CCI- São José dos Campos	735	0,83	-	-	735	0,71
CEATOX-SP- São José do Rio Preto	1257	1,42	9	30	1288	1,24
CCI-SP- Taubaté	675	0,78	-	-	876	0,65
CEATOX-SP- Marília	-	-	-	-	-	-
CEATOX-SP- Presidente Prudente	910	1,03	-	-	910	0,87
CCI-SP- Santos	725	0,82	1	8	734	0,70
HVB-SP- Butantan	218	0,25	-	-	218	0,21
SUL	30281	34,1379	852	7333	38588	37,00
CCE-PR- Curitiba	1927	2,17	7	3271	5206	4,89
CCI-PR-Londrina	1608	1,91	-	46	1744	1,67
CCI-PR- Maringá	-	-	-	-	-	-
CIT- SC-Florianópolis	7773	8,78	147	1230	8158	8,79
CIT-RS- Porto Alegre	18883	21,29	798	2777	22458	21,54
CENTRO OESTE	8790	8,80853	50	808	8448	9,08
CIT-MS- Campo Grande	1547	1,74	1	250	1807	1,73
CIAVE-MT - Cuiabá	980	1,10	-	-	880	0,94
CIT-GO- Goiânia	5852	6,60	45	258	6185	5,91
CIT-DF- Brasília	411	0,48	4	88	487	0,48
TOTAL	88702	100	1350	14183	104245	100
	85,08		1,30	13,82	100	

Fonte: MS\Fiocruz\SINITOX, 2007.

Na Tabela 2 observa-se que passam a aparecer a partir de 2006 os dados referentes ao CIAT/HGF, pois o Centro foi implantado no ano anterior, o que comprova o apoio da Política Estadual do Ceará ao paciente intoxicado, mudando uma realidade na qual o mesmo era assunto periférico ou transferido para outra esfera, no caso o município.

Tabela 2 - Casos Registrados de Intoxicação Humana, de Intoxicação Animal e de Solicitação de Informação por Região e por Centro. Brasil, 2006.

Agente \ Vitima	Humana		Animal	Informação	Total	
	N _{o.}	%	N _{o.}	N _{o.}	N _{o.}	%
NORTE	1831	1,6288	28	83	1862	1,61
CIT-AM - Manaus	718	0,63	19	83	818	0,63
CIT-PA - Belém	1115	0,90	9	10	1134	0,88
NORDESTE	16807	13,8409	88	248	15842	12,31
CIAT-CE - Fortaleza	945	0,84	-	4	848	0,73
CEATOX-CE - Fortaleza	1836	1,45	-	-	1638	1,28
CIT-RN - Natal	1481	1,31	-	19	1600	1,18
CEATOX-PB – João Pessoa	-	-	-	-	-	-
CEATOX-PB – Campina Grande	1485	1,32	-	-	1486	1,15
CEATOX-PI- Teresina	70	0,06	2	30	102	0,08
CAT-PE - Recife	2546	2,26	-	18	2584	1,93
CIAVE-BA- Salvador	6669	5,91	87	175	8831	5,35
CIT-SE - Aracaju	775	0,60	-	-	776	0,60
SUDESTE	68322	48,8488	1186	7089	64588	48,88
ST-MG- Belo Horizonte	5048	4,48	-	4880	8928	7,68
CCI-ES- Vitória	9800	8,77	42	68	9988	7,72
CIT-RJ- Rio de Janeiro	-	-	-	-	-	-
CCI-RJ- Niterói	1870	1,88	68	17	1866	1,51
CCI-SP- São Paulo	11342	10,08	285	247	11874	9,17
CEATOX-SP- São Paulo	16319	14,47	778	1771	18888	14,58
CCI-SP- Campinas	4587	4,07	-	13	4800	3,55
CCI-SP- Ribeirão Preto	1417	1,28	-	-	1417	1,09
CEATOX - SP-Botucatu	1277	1,13	8	12	1287	1,00
CCI-SP- São José dos Campos	708	0,63	-	-	708	0,55
CEATOX-SP- São José do Rio Preto	1184	1,05	2	57	1243	0,98
CCI- SP-Taubaté	717	0,64	-	-	717	0,55
CEATOX- SP-Marília	-	-	-	-	-	-
CEATOX- SP- Presidente Prudente	1174	1,04	-	-	1174	0,91
CCI- SP-Santos	780	0,70	4	28	819	0,63
HVB-SP- Butantan	-	-	-	-	-	-
SUL	30349	28,9147	1046	6218	37812	29,03
CCE-PR- Curitiba	1174	1,04	8	2805	3787	2,92
CCI-PR- Londrina	1600	1,51	-	298	1897	1,64
CCI-PR- Maringá	-	-	-	-	-	-
CIT-PR- Cascavel	-	-	-	-	-	-
CIT-SC- Florianópolis	7832	6,95	122	985	8939	6,90
CIT-RS- Porto Alegre	10844	17,42	915	2330	22889	17,67
CENTRO OESTE	8851	7,67205	63	735	8454	7,30
CIT-MS- Campo Grande	1714	1,52	43	138	1895	1,48
CIAVE-MT- Cuiabá	808	0,80	-	-	898	0,69
CIT-GO- Goiânia	5219	4,63	14	403	5838	4,35
CIT-DF- Brasília	820	0,73	11	194	1026	0,79
TOTAL	112780	100	2415	14381	128558	100
	87,04		1,88	11,10	100	

Fonte: MS\Fiocruz\SINITOX, 2007.

Tendo como base a descrição anterior de como pode evoluir um paciente intoxicado, quando não é atendido rapidamente, o leitor atento concluirá facilmente sobre o grau de sofrimento impingido ao cidadão que na maioria das vezes precisava apenas de um acolhimento, haja vista o percentual de recuperação desse tipo de patologia, observado na Tabela 3, que foi de 0,13% em relação à cura comprovada de 95,07%.

Tabela 3 Evolução dos Casos Registrados de Intoxicação Humana por agente tóxico, no HGF, no ano de 2007.

Agente	Evolução							
	Cura	Cura não Confirmada	Seqüela	Óbito	Óbito Outra circunstancia	Outra	Ignorada	Total
Medicamentos	72	-	-	-	-	6	-	78
Agrot. Uso Agrícola	7	-	-	-	-	-	-	7
Agrot. Uso Doméstico	1	-	-	-	-	-	-	1
Prod. Veterinários	1	-	-	-	-	-	-	1
Raticidas	-	-	-	-	-	-	-	-
Domissanitários	3	-	-	-	-	-	-	3
Cosméticos	-	-	-	-	-	-	-	-
Prod. Quim. Ind.	7	-	-	-	-	1	-	8
Metais	-	-	-	-	-	-	-	-
Drogas de Abuso	290	-	-	1	-	4	4	299
Plantas	3	-	-	-	-	-	-	3
Alimentos	175	-	-	-	-	3	1	179
An. Peç. Serpentes	2	-	-	-	-	2	-	4
An. Peç. Aranhas	-	-	-	-	-	-	-	-
An. Peç. Escorpiões	36	-	-	-	-	2	-	38
Outros Animais Peçonhentos - Venenos	1	-	-	-	-	-	-	1
Animais não Peçonhentos	2	-	-	-	-	-	-	2
Desconhecido	186	-	-	-	-	-	9	195
Outro	6	-	-	-	-	8	-	14
Total	792	-	-	1	-	26	14	833

Fonte: HGF, 2007.

Portanto, o simples fato de ter passado a atender pacientes intoxicados, pode ser visto como um avanço no atendimento de uma das diretrizes do SUS e da Política Nacional de

Humanização. Estamos falando de acolhimento do HumanizaSUS e de resolutividade, um dos pressupostos do SUS.

3.2 Compreendendo os Achados Empíricos

O material coletado na pesquisa é de uma riqueza inigualável para o momento histórico que se está vivendo; uma transição de uma medicina mecanicista, tecnicista e por não dizer frígida, para um novo paradigma, uma medicina, ou melhor, ainda para uma prática de cura mais humanizada, mais completa.

Esta medicina mais humanizada, ou seja, inclui a participação de ações humanas, como é enfatizado por MARTINS (2003):

Diferentemente do método objetivista, fundado sobre a observação à distância do corpo doente, o método do “sentir total”, presente em sistemas de cura de bases fenomenológicas (medicina clínica, psicoterapias corporais, medicinas xamânicas, etc.) propõe a aproximação entre curador e doente. Para terapeutas fenomenológicos, a aproximação clínica é uma condição necessária para que o mal corporal apareça na sua plenitude por uma associação de recursos que incluem a visão, mas igualmente a escuta, a intuição, o cheiro, o tato e o gosto. (MARTINS, 2003, p. 115)

Esta segunda vertente da pesquisa se refere aos dados coletados através da entrevista gravada. Estas foram registradas em minigravador digital e transcritas com a maior fidelidade possível para fazer justiça aos protagonistas da questão pesquisada.

Devido ter acontecido no próprio local de trabalho, são ouvidos bastante ruídos, que são grafados com (xxx), ou (xxxxx), a depender do tempo de perturbação. As perguntas sem sentido aparecem grafadas com (///) para evitar-se tirar a pergunta do questionário e facilitar a análise do leitor, que poderia perguntar: a pergunta foi feita ou não? Ainda consta nas respostas o recurso de se grafar com (...), a repetição de palavras e às vezes uma respiração prolongada ou uma pausa para pensar.

As entrevistas aconteceram com a eficiente colaboração da voluntária do CIAT, que iniciou sua participação neste trabalho desde a atuação como assessora no CEATOX/IJF, em 2002. Por sua atuação como aluna especial do Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, bem como na participação fiel em todas as orientações do professor orientador, será tratada desde então como pesquisadora adjunta. Isto ocorreu também por recomendação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital, para facilitar um maior aproveitamento das entrevistas especialmente as entrelinhas, as expressões corporais, poderoso instrumento de comunicação.

Pela linguagem do corpo, você diz muitas coisas aos outros. E eles têm muitas coisas a dizer. Também o nosso corpo é antes de tudo um centro de informações para nós mesmos. É uma linguagem que não mente... (WEIL, 1986, p.7).

Sua contribuição se tornou mais marcante ainda, pelo fato de ser voluntária do HGF, sem qualquer vínculo político, administrativo ou empregatício. Apesar de ser teóloga, tem larga experiência em empresas de grande porte, como analista de sistema. Por onde passou deixou sua marca registrada: as pessoas acima dos processos e das coisas. Tem atuação destacada na cooperação com os setores que necessitam de ajuda para melhoria na atuação com o público e receptividade em qualquer departamento da instituição.

Foi um momento ímpar na vida dos pesquisadores e de muita aprendizagem. Aprendizagem de conteúdo científico pragmático e de lição de vida.

O HGF é um grande hospital quando se verifica o nível de comprometimento desses *ícones* da saúde. Antecipando um fio dessa assertiva, vale mencionar a criação do Rim-Art (ENTREVISTA 1), uma verdadeira ilha de humanização, criada bem antes de se falar em diretriz humanizadora e que recebeu um prêmio nacional em 2009. (ENTREVISTA 5).

Após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, procedeu-se a fase de sensibilização e convite para a participação como entrevistado. Todos os setores ligados à assistência hospitalar foram convidados, incluindo a Diretoria Geral, Médica, de Recursos Humanos, Ouvidoria, Emergência Médica e de Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Unidade de Terapia Intensiva, Nefrologia, Hemodiálise, Ambulatório de Clínica Médica, Setor de Acolhimento e o Rim-Art. A receptividade foi total. Destes convidados, vinte e quatro marcaram data e hora para as entrevistas, embora que somente vinte, efetivamente aconteceram.

Alguns assessores com muita experiência no hospital resolveram apenas falar das facilidades e dificuldades do mesmo, como administração pública complexa e de grande porte, especialmente no montante de recursos despendidos com procedimentos de alta complexidade como transplante e captação de órgãos, cirurgias neurológicas e ortopédicas com implante de prótese de alto custo, demanda reprimida em quase todas as cirurgias realizadas apenas no HGF, procedentes de todo Estado e muitas, também para Estados vizinhos.

Percebemos, entretanto muitas vitórias ao longo dos quarenta anos de existência da Instituição. Uma delas é o Planejamento Estratégico para os anos de 2009 – 2013 que vista no site do hospital, têm norteado os interessados na melhoria contínua.⁹

Existe um “certo orgulho” para muitos profissionais de saúde em ser parte do HGF, especialmente os de maior tempo de serviço, como se expressa um ex-diretor “os mais experientes na política pública brasileira, são os que sabem ser persistentes, otimistas, a despeito de não poderem atender ou agradar a todos”.

Efetivamente conseguimos gravar vinte entrevistas. Os demais convidados, deram a entender no seu corre-corre diário que gostariam muito de contribuir, porém o tempo não lhes favorecia.

Analisando do ponto de vista funcional, os entrevistados se enquadraram assim: Chefia Médica e Chefia de Enfermagem da Emergência, Chefia Médica e de Enfermagem da UTI, Diretoria de Recursos Humanos, Ouvidoria, Chefia do Serviço Social, Chefia do Serviço de Fisioterapia, Chefia do Ambulatório de Clínica Médica, dois médicos plantonistas da Emergência, dois médicos plantonistas do Serviço de Hemodiálise, um médico do Ambulatório de Nefrologia, um médico do Ambulatório de Pediatria, uma enfermeira da UTI, uma enfermeira do Serviço de Captação de Órgãos, uma enfermeira do Rim-Art, duas enfermeiras do Serviço de Acolhimento e uma assistente social do Rim-Art.

Quanto às categorias profissionais os entrevistados se enquadram assim: nove médicos, sete enfermeiros, dois assistentes sociais, um fisioterapeuta e um administrador.

A despeito da importante contribuição em direção a uma crescente humanização nos vários setores; encontramos um grau elevado de fragilidade nas práticas humanizadas; como certa desumanização da saúde segundo Martins (2003), um aspecto presente em muitas respostas quando foi perguntado se o HGF era um hospital humanizado, foi importante ouvir que existem “ilhas” de humanização e pessoas dentro de cada categoria, humanizadas.

Vejamos algumas respostas condizentes com a fragilidade da implantação de práticas mais humanizadas:

... no grupo GTH existe ilhas...algumas pessoas ou grupos se empenhando tremendamente para que isto aconteça que exista esse diferencial no acolhimento, no atendimento e por outro lado existe uma correnteza...xxx quando v adentra o HGF...xxx A emergência...os corredores...as macas...falta de condições...xxx (ENTREVISTA 20).

... Não totalmente. Porque nós temos por ser um hospital geral, ele é um somatório de diversas clinicas e nós não podemos afirmar que todas as clínicas chegaram nesse

⁹ Planejamento Estratégico do HGF, fonte: <http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/instituicao/planejamento-estrategico>.

patamar. Se todas as clínicas chegarem a esse patamar, aí nós podemos dizer que o hospital geral será um hospital humanizado. (ENTREVISTA 1).
Falar de humanização no HGF, é preciso ter um olhar muito sensível...xxx eu sei que o HGF atende uma demanda que extrapola sua capacidade... isso atenta para a ausência de atendimento na atenção básica...xxx tem muita gente fazendo a sua parte, mas essa gente ainda é insuficiente...o HGF é um mundo...mas eu acho que a gente está caminhando bem melhor do que há alguns anos atrás. (ENTREVISTA 15).

Mesmo que exista certo grau de humanização no hospital, isto decorre mais de outros fatores anteriormente existentes, decorrentes da própria dinâmica intrínseca das diversas profissões de saúde, do que daqueles decorrentes do grau de conhecimento das Diretrizes da PNH, demonstrado pelos entrevistados.

Não, não conheço. Eu posso até está fazendo ou não fazendo, mas assim as diretrizes, assim item um, item dois, item três... Inclusive as pessoas hoje falam muito de humanização, humanização, humanização, inclusive teve a semana da enfermagem esse ano aqui no hospital que tinha assim um ritmo de humanização. Mas assim, as diretrizes, assim o que é que é, desconheço. A gente faz a parte de humanização pelo o que a gente aprende no dia-a-dia. Mas essas diretrizes especificadas mesmo, desconheço. (ENTREVISTA 3).

Conhecer, conhecer eu não diria a fundo...mas ela é diretriz para a minha ação profissional ... então qualquer coisa ...dúvida recorro à ela, tá certo... e em termos gerais a gente caminha, principalmente o SS há muito tempo pauta a ação dentro dessa...referência de humanização. A PNH veio assim trazer um respaldo, ela chega prá deixar a gente mais confortável no que a gente já reivindicava antes como profissional do SS para dar assistência aos pacientes do HGF (ENTREVISTA 15).

Não especificamente... Mas, conheço através da Terapia Intensiva. (ENTREVISTA 18).

Confrontado com o que se espera do processo de humanização da saúde, como uma Política e não mais um Programa, ou melhor, uma mudança de comportamento ou ainda a incorporação de um novo saber; o resultado da pesquisa está enfileirado com as dificuldades previstas descritas no documento básico da PNH, quando se lida com ações subjetivas:

Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p 5).

Um dado a favor de certo grau de humanização das ações de saúde vem muito mais de esforço individual do que de uma arrojada política de implantação dessas Diretrizes, como poderia se esperar quando se verifica o compromisso assumido pelas autoridades da saúde do País e do Estado, por ocasião da publicação dos documentos base. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; CEARÁ, 2004).

Falam a favor desse fator, as “ilhas” citadas anteriormente e algumas respostas dadas após perguntarmos o que se entende por humanização.

Significa tornar a assistência medica mais próxima, mais transparente, mais possível, mais acessível ao paciente e também ao prestador do serviço. (ENTREVISTA 1).

Humanização é dar segurança e conforto a nossa clientela quando procura o nosso hospital. (ENTREVISTA 2).

Humanização pra mim, pro meu eu, pra minha parte familiar, dentro do meu trabalho de uma maneira geral. Humanização eu vejo assim, você sempre se colocar no lugar do outro, como você está vendo aquele, se for um amigo de trabalho que tá com problema, eu gosto de me ver sempre assim de me ver no seu lugar e, reverter, porque a partir daí você já começa verificar a necessidade do outro, verificar se é realmente aquilo que toca o seu eu pra você verificar se é. Como você gostaria de ser atendida, por exemplo. Isso, ficar sempre do lugar do outro, é. “Faça com o outro aquilo que fizessem com você”. E quanto aos pacientes aqui eu acho que precisa urgente e, eu acho que deveria ter um programa direto sobre isso e no dia a dia ser sempre isso, porque nós trabalhamos muito mecanicamente, o paciente chega, se apresenta... (ENTREVISTA 3).

Dar uma condição para atendimento desses pacientes e ... a gente possa ajudar na recuperação porque a recuperação não se faz só com remédio, principalmente no meu trabalho que é com doente renal ela precisa conceder condições para que esse doente seja seu parceiro.(ENTREVISTA 4).

É a valorização do ser humano em todos os seus aspectos, social, psicológico e qualquer carência do ser humano eu acho que o outro puder ajudar é humanização. (ENTREVISTA 6).

Eu acredito que seria uma forma de tornar o atendimento de forma a atender as necessidades da pessoa, avaliando o problema dela, as necessidades dela, e o que se poderia fazer melhor para ajudá-la, para atendê-la.(ENTREVISTA 8).

Pra mim que sou da pediatria que é uma área muito sensível, a humanização é você atender não a doença mais o paciente com toda a sua interação social, familiar, que a gente sabe que no nosso meio né, em todas as faixas sociais vai ser importante, mais no nosso meio de pobreza é ainda maior, no meio da comunidade que a gente atende, eu acho que é isso, ver o paciente e não a doença, ver toda a rede em que ele está situado. (ENTREVISTA 9).

Eu penso que a humanização faz parte do ser humano não tem nem o que explicar... E dentro do trabalho, o trabalho na emergência é um trabalho estressante como todo hospital geral é um trabalho realmente difícil, implica muitos outros xxx, exige muitos desafios a gente ai é que tem que empregar um pouquinho do que a gente sabe por que senão a gente se perde, porque a gente faz tudo isso xxxx , enfrentar pelo paciente, para o paciente e o acompanhante que reflete muito por ver seu ente querido... Apoio a família... Ver com carinho, seus laços familiares... Saber que estamos lidamos com pessoas humanas, evitar indiferenças... (ENTREVISTA 10).

A humanização significa em primeiro momento acolher o outro, porque você não pode falar em humanizar eu digo assim é muito na minha cabeça assim??? Humanizar o humano!!!! Não deveria existir isso, trabalhar humanização já deveria ser uma coisa que fosse da nossa essência... Sair pro outro, então... Humanizar no primeiro momento é acolher... e depois fazer que aquele outro consiga receber tudo aquilo que agente tá xxx... Sem fazer... Fazer com que o outro receba... Empatia xxx (ENTREVISTA 11).

Entrando no objetivo principal da pesquisa empírica, quando se desejou saber sobre a questão específica da assistência humanizada em toxicologia clínica, foi inquirido através de uma pergunta um tanto complexa para alguns que não sabiam, por exemplo, que o HGF já atendia este tipo de cliente.

Quando se faz um estudo de caso, espera-se, entretanto descobrir o inusitado e às vezes tesouros que de outra maneira ou nas pesquisas quantitativas poderia não se conseguir. Foi essa a intenção dos pesquisadores conseguida no referencial teórico. Utilizando-se o truque de Becker para se alcançar mais. Trata-se de um truque de lingüística, um jogo de palavras, não um brinquedo, mas uma maneira de se atingir o profundo da pessoa, deixando-as mais a vontade, fazendo as mesmas se soltarem nas reflexões e assim revelarem segredos, situações que se não estivessem sem a preocupação de que poderiam revelar algo que não deviam quando, por exemplo, se perguntasse diretamente sobre a coisa em si. Foi usado o como em vez de o que, conforme sugerido pelo autor acima citado.

Perguntas “como”, quando eu as fazia, davam mais liberdade às pessoas, eram menos restritivas, convidavam-nas a responder de qualquer maneira que lhes conviesse, a contar uma história que incluísse qualquer coisa que pensassem que ela devia incluir para fazer sentido. Essas perguntas não pediam uma resposta “certa”, não pareciam estar tentando atribuir responsabilidade por más ações ou resultados a quem quer que fosse. Transmitem uma curiosidade gratuita ou desinteressada. (BECKER, 2007, p. 86).

A melhoria da atenção ao cuidador, preconizada na PNH, poderia representar um diferencial na assistência humanizada de pacientes intoxicado? Algumas respostas foram muito enfáticas, no sentido positivo para o desejo de qualquer pessoa que conheça as duas situações; o risco de se morrer intoxicado e as Diretrizes da PNH.

Pode. Não só do intoxicado mas todo paciente porque a adesão do paciente ao tratamento depende muito de como é conduzido aquele paciente, das atenções que se dá pra ele, do conhecimento que ele tem de sua patologia é muito importante, então torna também o paciente um ser ativo cooperador do seu tratamento e não fica naquela passividade de só receber, receber, e isso o cuidador. ele pode ter uma importância muito grande na melhoria do paciente atendido, porque quando o paciente ele é bem tratado ele muda a parte dele de aceitação do tratamento e você sabe que essa parte do emocional ela ajuda até na recuperação física... É mais rápido. (ENTREVISTA 5).

Eu acho que a melhoria, a humanização contribui muito e ajuda na melhoria da assistência do paciente não só o paciente intoxicado que é o público alvo da pesquisa, mas dos outros pacientes, o tratamento é uma coisa difícil pro paciente aceitar e eu acho que o esclarecimento do cuidador, orientar o paciente para o tratamento, para a aceitação, para a adesão é muito importante. (ENTREVISTA 6).

Poderia, poderia muito. Principalmente é um tipo de paciente que ele quer as coisas rapidamente, ele num pode tá esperando... (ENTREVISTA 7).

Com certeza. O cuidador de uma maneira geral ele é o alvo, depende dele muito a condução do paciente. (ENTREVISTA 9).

Total... Com certeza, claro... xxx. O cuidador sendo elemento participante... Estando e sendo informado - A Clínica Ampliada... Para que seja uma contribuição para a recuperação do paciente... A Clínica Ampliada é um dispositivo que só vai funcionar se todos os profissionais conhecerem... (ENTREVISTA 15).

Cuidador... Cuidado... Quando estamos bem, tudo fica bem... Cuido melhor do outro. (ENTREVISTA 18).

Sim, porque além dele ser um paciente fragilizado naquele momento... Ver a relação com a ambiência dele, com a vida dele, com o emocional dele, o psicológico, atividade que ele realiza então na saúde a gente não pode deixar de lado nem um aspecto, falar em bem-estar é estar bem, xxx estar em harmonia no trabalho...que ele realizar...Estar bem...(ENTREVISTA 20).

Quando a PNH privilegia as relações interpessoais como fator importante na condução de ações humanizadas, incentiva a busca de indícios de práticas nesse sentido.

A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 8)

Na análise das entrevistas encontramos dados favoráveis que poderão fortalecer o hospital, caso estas preciosidades se multipliquem com o tempo. Mesmo assim são respostas importantes para ajudar na confirmação de indícios de humanização da assistência aos pacientes intoxicados, quando somados ao conjunto de outros instrumentos do SUS.

Para muito dos entrevistados a humanização pode ser feita por todas as pessoas que trabalham no HGF, como podemos comprovar nas falas seguintes.

Sim. Sem dúvida, eu acho que ajuda a qualquer pessoa, desde a pessoa da limpeza. (ENTREVISTA 4).

Com certeza. É humanizar, é um a um, é tocar na sensibilidade de cada um, chegar mais perto do paciente... xxx... Ser humano é um poço de carência a carência afetiva está nas pessoas, eu vejo assim (xxxx). (ENTREVISTA 10).

Contribui 100 por cento. Ele vai ser mais bem atendido porque é diferente quando existe interação de toda a equipe, um vai cuidar e o outro também. (ENTREVISTA 3).

Mais uma vez foi estimulada a espontaneidade do entrevistado, argüindo como ele percebe as relações de interação pessoa-a-pessoa na diferenciação de assistência aos pacientes intoxicados de outras patologias.

Qualquer bom relacionamento entre pessoas, entre funcionários, é importantíssimo para melhorar o atendimento e o seguimento dos pacientes. (ENTREVISTA 2).

Sim. Se colocar no lugar do outro, inverter os papeis, você aprende como tratar, a minha voz é agradável se eu quiser... eu não quero que grite comigo, então eu também não vou gritar, um simples arrumar de um lençol., eu tenho uma frase comigo: um toque é tudo., se eu estou falando com o meu doente e ele está agitado e eu toco nele, ele sente automaticamente... eu não vou nem falar em termo de

energia... ele sente alguém preocupado com ele, por mais tosco que ele seja aquilo penetra e eu vou ter imediatamente uma troca e essa troca facilita, paciente de 90 anos, 80 acontece muito...(ENTREVISTA 4).

Eu já trabalhei por dezenove anos em hemodiálise, fui paciente, eu acho que o cuidar... Só esclarecer o paciente sobre a assistência que ele vai ter, sobre os procedimentos que vão ser tomados durante o tratamento dele, eu acho que isso aí faz parte da humanização, é humanização em si. (ENTREVISTA 6).

Contribui muito, Ela é fundamental, nesse primeiro atendimento porque muitas vezes pode até nem ser um acidente por animal peçonhento, e o pânico pode agravar mais o quadro, as vezes um deslocamento precipitado, inadequado do interior xxxx o paciente até se expõem a um risco, um acidente... Então esse atendimento humanizado... É fundamental. (ENTREVISTA 9).

Sim... (como é que v percebe essa diferença?)... É eu acho que é importante... Cuidando do profissional não é uma área que é tanto trabalhada... (ENTREVISTA 14).

Em relação ao protagonismo dos trabalhadores de saúde, preconizado na PNH, inquirimos de forma mais espontânea possível a respeito dessa possibilidade, de alguma novidade imperceptível ou ainda não compartilhada ou praticada pelo simples fato de ser um ser humano com a responsabilidade de produzir esse crescimento de qualidade na saúde, vislumbramos uma vontade de que a humanização se torne um caminho normal, como se questionou na definição de humanização. Humanização? Por que, se são ações feitas por humanos?

Amei essa pergunta. Eu considero que a educação é fundamental em tudo o que você vai fazer, eu acho que se você educar os profissionais, organizar treinamentos com todos, com os residentes, para que os profissionais adquiram o hábito de tratar os pacientes pelo nome, se você não é educado, não consegue exigir educação do outro, portanto todos nós precisamos de educação. (ENTREVISTA 5).

A primeira coisa que deve ser bem esclarecida quando ele entrar ele deve ser logo orientado quanto ao tratamento, orientação é muito importante, porque isso vai interferir na adesão, outra coisa também é orientar o cuidador dos cuidados, e até também orientar quanto ao meio ambiente, os cuidados... O uso da bota, o uso de luva, vai depender do contexto onde ele trabalha, e essa orientação é muito importante pra mostrar que ele vai preservar tanto a saúde dele como dos familiares..., prevenção... (ENTREVISTA 5).

Assim como você tem abordagem de paciente com AVC, você tem um protocolo, na abordagem de paciente com intoxicação exógena poderia ter uns tópicos específicos, porque muitas vezes o paciente não tem condições de se expressar xxxx uma enfermeira, uma psicóloga, suporte com assistente social, um atendimento dirigido... (ENTREVISTA 8).

Conversar mais com os profissionais, médicos, enfermagem, técnicos, nutricionistas... Trabalhar equipes... Assistência social... O que foi notificado. Retorno da estatística... Publicar... Uma revista do HGF... Qual foi a melhoria que teve... (ENTREVISTA 13).

Acolhimento é essencial e traz benefício – No bom acolhimento começa a terapêutica. (ENTREVISTA 16).

Não só para o paciente intoxicado... Para todo atendimento... o médico deveria ter todas as doenças para entender melhor o paciente, os familiares, etc. Empatia...para encontrar sua parte humana. Um encontro. (ENTREVISTA 18).

Além da equipe que já está formada... xxx que tem uma visão diferenciada do cuidado, da assistência voltada para as coisas do bem, do ser humano mesmo... (ENTREVISTA 20).

Outro ponto levantado foi que muitos dos profissionais se tornam frios, trabalham como se fossem máquinas, então às vezes, para muitos só a mudança de atitude deste profissional que lida com esses pacientes, já era um grande diferencial na humanização do hospital....

Eu acho que todo profissional que lida com a saúde não precisaria nem de uma política de humanização, precisaria só ele ter atitude, essa atitude de interação, respeito a pessoa, de compreensão, sentir pelo outro, com o outro, é compaixão mesmo...(ENTREVISTA 5).

É essencial... Em relacionamento pessoa a pessoa em todos os casos...o profissional não pode se engessar dentro de seu jaleco, de sua bata e achar que é um ser superior...uma pessoa diferente xxx a máquina nunca há de substituir o homem... e prá que isso aconteça a gente precisa saber da nossa fragilidade humana, dos nossos limites, das nossas fraquezas encarar ou outro como um ser humano xxx cheio de preocupações, cheio de problemas...com o agravo da doença, mas que haja esse contato pessoa-pessoa sem as paredes que as pessoas impõem... (as barreiras que chamam?)... As barreiras... Tem que se fazer essa ponte de interação. (ENTREVISTA 20).

O HGF, por ser um hospital de grande porte, e sobretudo, o hospital carro chefe das políticas de saúde do Estado do Ceará, e, especialmente por ser um hospital escola, assim, grande centro de formação de profissionais de saúde em todas as especialidades, poderia se extrapolar que esse grau de humanização ainda é muito pequeno, embora que haja uma esperança de dias melhores.

CONCLUSÃO

Discutimos nos capítulos deste trabalho os parâmetros que levaram aos pesquisadores dos achados empíricos se municiarem de arsenal teórico para um melhor entendimento do tema em estudo.

O primeiro capítulo destinado ao tema de Humanização e cuidados de saúde, defendeu a justificativa de que o trabalho humanizado, mesmo óbvio por ser executado por humanos necessita de estratégias porque somos um ser complexo e as nossas ações ganham a mesma linha de montagem com estas características também complexas. Insere os conceitos de humanização, demonstrando como a mesma se encontra no Ceará, principalmente.

O segundo capítulo trata das intoxicações como um problema de saúde pública com a perspectiva de familiarizar o leitor com o pano de fundo da pesquisa, tais como a relação do ser humano com os venenos, tanto na origem da evolução da espécie como dos problemas decorrentes da exposição aos mesmos. Conclui com a apresentação de um protocolo de condutas e de como o mesmo pode ser visto como um dos pilares importantes de indícios de humanização da assistência aos pacientes intoxicados e com acidentes por animais peçonhentos.

O último capítulo explicita de forma mais consistente os achados empíricos da pesquisa, trazendo para o corpo do trabalho a contribuição dos informantes, como uma justificativa do esforço despendido.

Nesse sentido podemos salientar que o presente trabalho defrontou-se com uma realidade multifacetada da Política de Saúde Brasileira no micro universo do HGF, combinando com o que se descreveu sobre o ser que pratica estas ações; o ser humano, um ser complexo. Dentro desse contexto concluiu-se que o hospital estudado está no caminho da humanização desde que continue implementando de forma progressiva e firme as Diretrizes do HumanizaSUS, e os ditames da Democracia continuem sendo um norte na Política Nacional de Humanização.

Esta humanização, mesmo incipiente pode contribuir para uma melhoria da saúde, devido ao inusitado do momento político de implantação de novas terapias de cura como as ditas terapias alternativas, que incluem uma abordagem mais integral do ser humano, abordagem mais condizente com a PNH.

Como havia sido visualizado no referencial teórico que nas pesquisas qualitativas, os dados empíricos encontrados são de uma riqueza muito grande para o avanço de uma

política, pelo seu próprio conteúdo, está-se oferecendo este conteúdo como um sinal de que o objetivo buscado foi alcançado.

Indícios de assistência humanizada em toxicologia clínica com acidentes por animais peçonhentos, no Hospital Geral de Fortaleza, traduzindo em decorrência dos dados empíricos o objetivo procurado, ou seja, analisar os fatores que podem conduzir à humanização na assistência de saúde à pacientes intoxicados e com clínica de acidente com animal peçonhento, no Hospital Geral de Fortaleza-Ce. Também, se o HGF é um hospital humanizado e por último se há uma cultura humanizada em seus membros.

Secundariamente buscou-se como aprofundar o conhecimento na área de humanização hospitalar, como entender os processos de humanização utilizados no Sistema Único de Saúde – SUS.

Os próprios informantes sugeriam implementações fundamentais, com as quais os pesquisadores desta dissertação são solidários, para a consolidação de uma Política de Humanização, tais como: Efetiva discussão das Diretrizes do HumanizaSUS com os profissionais que lidam diretamente com os pacientes, os ditos profissionais da ponta, para que vistam a camisa da Humanização definitivamente; continuação das capacitações em toxicologia Clínica, ampliando para as outras categorias, além de médicos e enfermeiros, para que a prevenção seja de fato uma norma e não apenas eventos por ocasião da detecção de riscos e, por último, que a Política de Humanização da Saúde do Estado seja ampliada para todos os municípios do Ceará e assim todos os pacientes sejam atendidos próximos do seu *habitat*, o que em termos de recuperação de saúde é fundamental, pois com o tempo todo dano à saúde pode complicar, especialmente a perspectiva de aumentar o desconforto, a perda do bem-estar ou seja, da tão desejada felicidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS, Patch, **O Amor é Contagioso**. 3.ed. Rio de Janeiro: Sextante, 1999.
- ANDRADE, João Tadeu. **O herói curador e a trajetória ritual**. Rev. Humanidades. Fortaleza, v. 20, n. 1, p. 67-77, jan./jun. 2005.
- _____. **Medicina alternativa e complementar: experiência, corporeidade e transformação**, Salvador, EDUFBA: EdUECE, 2008.
- ANDRADE FILHO. **A Toxicologia na Prática Clínica**. Belo Horizonte: Folium, 2001.
- ARENDDT, Hannah. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- ARORA, Harbans Lal. **Terapias Quânticas: Cuidando do ser inteiro**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 2007.
- AYRES, J. R. de C. M, **Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde**. Interface Botucatu 2004, v. 8, n 14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf>, acessado em 28/03/2010.
- BÍBLIA. **Edição Episcopal**. São Paulo, Paulus, 1990.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 22 fev.2010.
- BRASIL. Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>. Acesso em: 22 fev.2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização, a humanização como eixo norteador das políticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília,DF: MS, 2004.
- _____. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 4.ed. Brasília, DF: MS, 1999.
- _____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**, 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação: A Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente**, São Paulo, Ed. Cultrix, 1982.

CAS REGISTRY. Disponível em: <<http://www.cas.org/expertise/cascontent/registry/regsys.html>>. Acesso em 12 set.2009.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Condutas em clínica médica:** atenção especializada. 2. ed. Fortaleza: SESA, 2008.

_____. **Política estadual de humanização da atenção e gestão em Saúde do Ceará.** Fortaleza: SESA, 2004.

_____. **Portaria nº. 168/2006:** Cria o Centro de Informação e Assistência Toxicológica - CIAT no Hospital Geral de Fortaleza - HGF e designa servidores para compor a equipe multiprofissional e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Ceará, Fortaleza, 24 fev, 2006. p. 87-88.

CHAUI, Marilena. **Convite à filosofia.** São Paulo: Ática, 2001.

COLBORN, Theo. **O Futuro Roubado.** Porto Alegre: L&PM, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95** . Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm . Acesso em 06 de abril de 2010

DAHER, Elizabeth De Francesco; SILVA JUNIOR, G.B.; BEZERRA, G.B.; PONTES, L.B.; MARTINS, A.M.C.; GUIMARÃES, José Ambrósio. Renal Failure After Massive Honeybee Stings. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v.45, p.45 – 50, 2003.

DESCARTES, René. **Discurso do método.** São Paulo: Martin Claret, 2008.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.7-14, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**, Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido:** um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 33. ed. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2006.

GOLDENBERG, Mirian. **A Arte de Pesquisar.** Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOODMAN; GILMAN. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica.** 9.ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2001.

GUIMARÃES, J. A. **Afasta de mim esse cálice:** envenenamentos. In: Isto não se aprende na escola. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2007.

_____. **Programa Nacional de Humanização Hospitalar:** Saúde e espiritualidade. In: Fundamentos da humanização: uma visão multiprofissional. São Paulo: Loyola, 2003.

GUIMARÃES, J. A. *et al.* **Acidentes Ofídicos:** identifique, previna e trate. Fortaleza: Tipoprogresso, 1991.

_____. *et al.* **Intoxicações Agudas: Guia Prático para Tratamento.** Fortaleza: Tipoprogresso, 2002.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo.** 4.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

HEISENBERG, Werner. **Física e filosofia.** Tradução de Jorge Leal Ferreira. Brasília, DF: Ed. Universidade, 2004.

HGF. Hospital Geral de Fortaleza, cartilhas. Disponível em:
<<http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/downloads/category/26-cartilhas>>. Acesso em: 2 nov. 2009.

_____. Hospital Geral de Fortaleza, Projetos especiais. Disponível em:
<http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/projetos-especiais/rim-art>. Acesso em: 30 mar. 2010.

IBGE. Unidades da Federação: síntese dos dados geopolíticos. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ce>>. Acesso em: 03 mar. 2010.

LAWSON, Jack. **Endorfinas: a droga da felicidade.** Blumenau, SC: Eko, 1998.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MAQUIAVEL, Nicolau. **O príncipe.** São Paulo: Martin Claret, 2007.

MEZZOMO, Augusto A. *et al.* **Fundamentos da humanização: uma visão multiprofissional.** São Paulo: Loyola, 2003.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 28.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MORAES, A. C. L. **Contribuição para o Estudo da Intoxicação Humana por Carbamatos: o problema do “chumbinho” no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, 1999. Disponível em:
<http://portaldesicict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/moraesaclm/pdf/capa.pdf>. Acesso em: 05/08/2009

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1996.

_____. **Os sete saberes necessários a educação do futuro.** São Paulo: Ed. UNESCO Brasil, Cortez; 2002.

_____. **Religação dos saberes: o desafio do Século XXI.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

OKADA, Mokiti. **Alicerce do paraíso.** São Paulo: Edições FMO, 2002.

OMS. **Cuidados primários de saúde.** Brasília, DF: Ed. UNICEF do Brasil, 1984.

PLATÃO. **A República.** São Paulo: Martin Claret, 2001.

PLATÃO, Fédon. **Diálogo sobre a alma e morte de Sócrates.** São Paulo : Martin Claret, 2007.

PORTO, Celmo Celeno. **Exame Clínico:** bases para a prática médica. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PREMIO Nobel ganho por All Gore. Jornal O Globo. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Mundo/0%2C%2CMUL149120-5602%2C00.html>>. Acesso em: 29 mar. 2010.

RAMOS, Francisco Ferreira. **Evolução do pensamento e da prática médica no Brasil de 1500 a 2001.** Teresina: EdUFPI, 2008.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do contrato social.** 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

_____. **Emílio ou da educação** 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. **A origem das desigualdades entre os homens.** 2.ed. São Paulo: Escala, 2007.

SILVA, J. M. da *et AL.* Agrotóxico e Trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.10, n. 4, p.891-903, 2005.

SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas. Centro de Informação Científica e Tecnológica. Fundação Oswaldo Cruz. Casos Registrados de Intoxicação Humana e Envenenamento. Brasil. Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/tab01_brasil_2007.pdf. Acesso em: 08 ago. 2009.

WEIL, Pierre; TOMPAKOV, Roland. **O corpo fala:** a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.

WHO. **International Programme on Chemical Safety.** Guidelines on the prevention of toxic exposures: education and public awareness activity. Geneva, Switzerland, 2004.

ANEXOS

ANEXO A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ MESTRADO ACADÊMICO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIEDADE

Pesquisa para estudar assistência humanizada em Toxicologia Clínica no Sistema Único de Saúde – SUS. Estudo de Caso Social, no Hospital Geral de Fortaleza.

Desde 2003 o Ministério da Saúde incluiu a humanização como ação prioritária em saúde instituindo a Política Nacional de Humanização e o Estado do Ceará a ratificou em 2005. Em novembro de 2005 o HGF passou a ser referência em Toxicologia Clínica o que nunca acontecera em seus quase 40 anos de existência. Situação inusitada demora em ser absorvida no senso comum, **pois** precisa ser internalizada, apreendida. Será?

Categoria: Gestor [], Médico [], Enfermeiro [], Fisioterapeuta, [] Assistente Social [], Outro [] _____

Muito obrigado pela participação!

- 1 Você conhece as diretrizes da Política Nacional e Estadual de Humanização?
- 1 Como você tomou conhecimento das mesmas?
- 2 Você participa ou já participou de capacitação em humanização da Saúde?
- 3 O Hospital Geral precisa de Educação continuada em humanização?
- 4 O que significa para você, humanização?
- 5 Como você percebe as diretrizes da Política de Humanização?
- 6 O HGF é um hospital humanizado? Fale a respeito.
- 7 A melhoria da atenção ao cuidador preconizado no HumanizaSUS pode representar um diferencial na assistência de pacientes intoxicados?
- 8 A relação aberta, clara entre gestor e cuidador contribui para melhoria da assistência ao paciente intoxicado? Dê uma nota de 1 a 5: (...)
- 9 Você identificaria alguma diferença na assistência humanizada de pacientes intoxicados e de outras patologias? Quais?
- 10 As ações humanas como interação pessoa-pessoa, contribuem para melhoria da assistência ao paciente intoxicado? Como você percebe essa relação?
- 11 Fale sobre alguma ação a mais, uma idéia nova, que poderá contribuir para a assistência humanizada ao paciente intoxicado!

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
MESTRADO ACADÊMICO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIEDADE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Assistência Humanizada em Toxicologia Clínica no Sistema Único de Saúde do Ceará: Estudo de Caso no Hospital Geral de Fortaleza”.

Ela tem como objetivo analisar os fatores que podem conduzir à humanização na assistência de saúde à pacientes intoxicados e com clínica de acidente com animal peçonhento, no Hospital Geral de Fortaleza-Ce, dentro dos parâmetros da Política Nacional de Humanização – PNH e da Política Estadual de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde do Ceará.

Trata-se de um estudo de caso social e o HGF foi escolhido pelo fato de está implantando a Política Estadual de Humanização e se firmando como referência estadual em Toxicologia Clínica desde a inauguração de seu Centro de Informação e Assistência Toxicológica – CIAT, em novembro de 2005.

A pesquisa será eminentemente qualitativa e os dados serão coletados através de entrevista semi-estruturada e gravada; observação participante e grupo focal.

A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Instituição de Pesquisa.

A participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista semi-estruturada, diretamente ao pesquisador em horário a ser combinado.

As informações obtidas serão confidenciais e será assegurado o sigilo da sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, preservando-se a confidencialidade e o anonimato, bem como não haverá identificação dos nomes participantes.

Contudo, é importante salientar que, a adesão a esse projeto de pesquisa trará benefícios diretos à instituição, vindo a oferecer subsídios que possibilitem a melhoria da assistência mais humanizada de pacientes intoxicados e acidentados por animais peçonhentos.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

José Ambrosio Guimarães
 Pesquisador Responsável

Pesquisador-Endereço

Comitê de Ética em Pesquisa/HGF-Endereço

Rua Acilon Gonçalves Pinto, 350 Cs 8

Rua Ávila Goulart, nº 900 - Papicu

Eusébio – CE CEP: 61760-000

Fortaleza-CE CEP: 60175-295

Telefones: (85)3101.7077 / 9981.5739

Telefone: (85) 3101.7078

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Fortaleza, ____, de _____ de 2009.

ASSINATURA: _____

NOME LEGÍVEL: _____

ANEXO C - RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 19, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2005.

título: Resolução RDC nº 19, de 03 de fevereiro de 2005

ementa não oficial: Cria a Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica - RENACIAT.

publicação: D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 04 de fevereiro de 2005

órgão emissor: ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

alcance do ato: federal - Brasil

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 dispendo 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, 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, dispendo 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.
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 ambulatorio;

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 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;
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 nº 2473 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, CCIn, 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.

CCIn: 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.

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;

SERTOX: 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;
- 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;
- 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.

ANEXO C- SUGESTÃO DE BIBLIOGRAFIA
(Anexo do sub-item 10 do item III, Requisitos Mínimos)

Nº	Título	Autor	Editadora
1	Animais Peçonhentos no Brasil - Biologia, Clínica e Terapêutica dos Acidentes	Cardoso e Col.	
2	Antídotos, Antagonistas e Medicamentos Úteis em Toxicologia	Schvartsman	Andef
3	Artrópodes de Importância Médica. Barraviera.	Rui Ferreira Jr &Benedito	Epub
4	As Bases Toxicológicas da Ecotoxicologia	Fausto Azevedo e Alice A. da Matta	RiMa
5	Atlas de Animais Aquáticos Perigosos do Brasil	Vital Haddad Jr.	Roca
6	Cassarett and Doull's Toxicology - The basic Science of Poisons	Cassarett	New York: Macgraw-Hill
7	Clinical Management of Poisoning and Drug Overdose	Haddad & Winchester	Saunders Company
8	Clinical Veterinary Toxicology	Lorgu, Lechenet & Riviere	Blackwell Science
9	Cobras - guia prático		
10	Compendio Veterinário - 32ª Edição		Andrei
11	Compendio de defensivos agrícolas: guia prática de produtos fitossanitários para uso agrícola		Andrei
12	Cooper's toxic exposures desk reference with cd-rom	Cooper	Boca Raton
13	Dicionário de Especialidades Farmacêuticas: DEF 2003-2004		Publicações Científicas
14	Dicionário Terapêutico Guanabara: edição 2003/2004	Korolkovas & França	Guanabara Koogan
15	Disposition of Toxic Drugs and Chemicals in Man	Baselt & Cravey	Chemical Toxicology Inst.

16	Dreisbach's Handbook of Poisoning	Martin	Part
17	Drug Information Handbook	Lacy, C.F.	Hudson: Lexi
18	Drugs in Pregnancy and Lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk	Willians & Wilkins	Baltimore
19	Drug interactions: a source book of adverse interactions, their mechanisms, clinical importance and management	Stockley, I.H.	Pharmaceutical Press
20	Elenhorn's medical toxicology: diagnosis and treatment of human poisoning	Ellenhorn, M.J.	Baltimore
21	Emergency toxicology	Viccellio, P.	Philadelphia: Lippincott-Raven
22	Essentials of Toxicology	Barbara J. Streibel	Mcgraw-Hill
23	Farmacologia	Penildon Silva	Guanabara Koogan
24	Food Poisoning & Food Hygiene	Hobbs	Sing
25	Fundamentos de Toxicologia	Oga	Atheneu
26	Genetic Toxicology	Li	Crc
27	Goldfrank's Toxicologic Emergencies	Goldfrank	Norwalk, Appleton And Lange
28	Handbook of Clinical Toxicology Animal Venoms & Poisons	Meier	Crc
29	Handbook of Psychoterapy & Behavior Change	Bergin	Jw
30	Handbook of Toxicology	Derelanko	Crc
31	Inseticidas - Acaricidas, Organofosforados e Carbamatos	Midio	Roca
32	Introducción a la Toxicologia e los Alimentos	Takayuki	Acri
33	Intoxicaciones por Plantas y Hongos	Piqueras	Mas
34	Intoxicações Agudas	Schvartsman	Sarvier

35	Intoxicações Agudas - Bases do Diagnóstico Clínico-Laboratorial de Urgência	Querino & Pacheco	Revinter
36	Manual para atendimento de emergência com produtos perigosos	Abiquim	
37	Manual de Toxicologia Analítica	Moraes, Sznelwar & Fernicola	Roca
38	Medical Toxicology	Ellenhorn & Barceloux	Elsevier
39	Metais - Gerenciamento da Toxicidade	Fausto Azevedo e Alice da Matta Chasin	Atheneu
40	NeuroToxicology	Pentreath	Rout
41	Plantas Medicinais no Brasil: nativas e exóticas	Lorenzi & Matos	Instituto Plantarum
42	Plantas Medicinais e de Rituais Afro-Brasileiros II	Camargo	Ico
43	Plantas Tóxicas	Scavonne & Panizza	
44	Plantas Venenosas e Animais Peçonhentos	Schvartsman	Sarvier
45	Poisoning & Drug Overdose	Olson, Kent R.	Mcgraw-Hill Appleton & Lange
46	Produtos Químicos de Uso Domiciliar	Schvartsman	Almed
47	The Merck Index: na encyclopedia of chemicals, drugs and biologicals		Whitehouse Station: Maerck & CO
48	The Pharmacological Basis of Therapeutics	Goodman & Gilman's	Macgraw-Hill
49	The Pesticide Manual: a world compendium		England: British Crop Protection Council
50	The Venomous Reptiles in Latin America	Campbell & Lamar	Cornell University Press
51	Toxicologia	Larini	Manole
52	Toxicologia Clínica e Forense	H.R. Alcantara	Andrei
53	Toxicologia de Casarett & Doull - A Ciência Básica dos Tóxicos	Klaassen & Watkins III	Macgraw-Hill
54	Toxicologia dos Alimentos	Midio	Ernesto Reichmann

55	Toxicologia Humana e Geral	Brito Filho	Atheneu
56	Toxicologia na Prática Clínica	Andrade Filho, Campolina e Dias	Folium
57	Toxicologia Veterinária	Osweiler	Artes Médicas- Artmed-Bookman
58	Toxicologie Clinique	Bismuth, Baud, Conso & Garnier	
59	Toxicologic Emergencies	Goldfrank's	Appleton&Lange

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - SEPN 515, Bl.B, Ed.Ômega – Brasília, DF
 CEP 70770-502 - Tel: (61) 3448-1000
 Disque Saúde: 0 800 61 1997

Fonte: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=14667> Em: 22 fev. 2010

ANEXO D - REGIMENTO INTERNO DA RENACIAT

Aprovado em assembléia no dia 13/04/2005, pelos Representantes dos Centros abaixo assinados.

COMPETÊNCIAS

1º- A RENACIAT tem as seguintes competências:

- I. Racionalizar e harmonizar procedimentos técnico-científicos e administrativos entre os Centros de Informação e Assistência Toxicológicas que a compõem;
- II. Propor a incorporação sistemática de novas práticas e tecnologias nos processos de atendimento e informação em Toxicologia;
- III. Elaborar procedimentos visando à implementação de ações de prevenção do risco toxicológico;
- IV. Administrar os instrumentos necessários ao funcionamento da Rede de Centros;
- V. Assessorar as instituições responsáveis pelo estabelecimento de diretrizes e medidas que possam reduzir ou eliminar os efeitos danosos dos produtos químicos e biológicos sobre a saúde humana e o meio-ambiente;
- VI. Estabelecer as diretrizes para o desenvolvimento e atualização do Sistema de Informações sobre intoxicações, aqui englobados o instrumento de registro e notificação e o banco nacional de dados de produtos;
- VII. Promover a adesão de novos Centros à Rede, até a cobertura adequada da população nacional;
- VIII. Propor a criação de instrumentos legais que obriguem a indústria informar a constituição qualitativa e quantitativa, exata e completa, dos produtos técnicos e formulados, suas embalagens comerciais, tipos de apresentação, formas de utilização e propriedades físicas, químicas e biológicas, respeitado o segredo industrial;
- IX. Garantir acesso das unidades da Rede aos dados disponíveis na Anvisa.

COMPOSIÇÃO

Art. 2º – A RENACIAT será composta pelos Centros de Informação e Atendimento Toxicológico que atendam ao disposto pela RDC / ANVISA nº. 19, de 03 de fevereiro de 2005, pela GGTOX/ANVISA e pelo SINITOX, que terão direito a voz e voto.

Art. 3º – Cada Centro, a GGTOX e o SINITOX serão representados por seu coordenador ou seu suplente.

ESTRUTURA

Art. 4º – Para administrar a RENACIAT será constituído um Comitê Gestor que será composto por:

I – Coordenação;

II – Secretaria;

III – Comissões, que poderão ter caráter permanente ou temporário.

Art. 5º – A coordenação será exercida pela Gerência Geral de Toxicologia da ANVISA, que definirá seu representante e assessores.

Art. 6º – A secretaria será exercida por um membro eleito dentre os coordenadores dos Centros, por um total de 50% dos votos mais um, para um mandato de 2 (dois) anos. Um secretário-suplente será eleito nas mesmas condições e pela mesma ocasião.

Art. 7º – Terão caráter permanente as seguintes Comissões:

Ética;

Sistema de Informação;

Normatização, Controle e Avaliação;

Técnico-científica;

Financiamento;

Formação.

Art. 8º – As comissões serão constituídas por 3 (três) membros eleitos dentre os representantes dos Centros e 1 (um) representante da ANVISA, consideradas suas aptidões e experiências nas áreas específicas.

Parágrafo 1º – O mandato dos membros das comissões será de 2 (dois) anos.

Parágrafo 2º – Cada Comissão escolherá consensualmente um Coordenador, a quem caberá a direção dos trabalhos e a divulgação das deliberações.

Art. 9º – Ao Coordenador da RENACIAT cabe:

I. Convocar e coordenar as reuniões, ordinárias e extraordinárias, da RENACIAT;

II. Propor e implementar o programa anual de trabalho da Rede voltado para a Saúde Pública;

III. Indicar pessoas e entidades, especializadas, para contribuir nas discussões de assuntos específicos;

IV. Indicar um Coordenador substituto, quando do seu impedimento de participar de reuniões;

V. Decidir nos casos de divergências

Art. 10º – Ao Secretário cabe apoiar administrativamente a RENACIAT, incluindo a confecção, atualização e manutenção de arquivos e registros.

Art. 11º – São atribuições das Comissões permanentes:

I. ÉTICA: tratar dos aspectos éticos da relação

a. Dos Centros entre si;

b. Dos Centros com os Sistemas de Vigilância;

- c. Dos Centros com o CICT-FIOCRUZ, atual gestor do SINITOX;
- d. Dos Centros com a sua clientela;
- e. Dos Centros com ONGs;
- f. Dos Centros com as empresas estatais;
- g. Dos Centros com a sociedade civil;
- h. Dos Centros com empresas que produzam ou comercializem produtos susceptíveis de gerar riscos toxicológicos;
- i. Dos Centros com outras instituições;

Tendo como referência o disposto nos Códigos de Ética do Servidor Público e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

II. SISTEMA DE INFORMAÇÃO:

- a. Adequar a ficha de registro de atendimento às necessidades das instituições responsáveis pelas ações de prevenção e promoção da saúde;
- b. Garantir a implementação adequada dos mecanismos de registro e notificação dos casos atendidos;
- c. Gerir o sistema informatizado, garantindo eficiência e eficácia;
- d. Alimentar o banco de dados nacional sobre produtos.

III. NORMATIZAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

- a. Estabelecer normas de funcionamento, avaliar seu cumprimento e atualizá-las;
- b. Administrar ferramentas e instrumentos disponibilizados para a Rede;
- c. Avaliar eficiência e eficácia dos diferentes tipos de Centros à luz da RDC/ANVISA 19, de 03 de fevereiro de 2005.

IV. TÉCNICO-CIENTÍFICA:

- a. Avaliar e implementar procedimentos clínicos e analíticos e condutas propedêuticas e terapêuticas específicas do atendimento toxicológico;
- b. Avaliar projetos de estudos e pesquisas, financiadas e/ou intermediadas pela ANVISA;
- c. Definir prioridades para as publicações técnico-científicas referentes aos dados dos Centros, financiadas e/ou intermediadas pela ANVISA;
- d. Avaliar a produção de material didático e de campanhas, financiadas e/ou intermediadas pela ANVISA;
- e. Identificar e sugerir material bibliográfico, publicações, páginas Web, com o propósito de atualizar os conhecimentos na área de Toxicologia.

V. FINANCIAMENTO

- a. Identificar as fontes de financiamento e custeio para as ações desenvolvidas pelos Centros;
- b. Estabelecer critérios de repasse de recursos;
- c. Avaliar os projetos a serem financiados;
- d. Avaliar os resultados da utilização dos recursos repassados.

VI. FORMAÇÃO:

- a. Definir estratégias de formação de recursos humanos dos Centros nas diversas áreas da Toxicologia;
- b. Identificar as necessidades específicas dos Centros, no que diz respeito aos níveis de capacitação das diferentes carreiras profissionais;

- c. Avaliar eficiência e eficácia das capacitações realizadas, a partir do impacto sobre as atividades dos Centros;
- d. Definir estratégias de formação profissional em Toxicologia junto às entidades educacionais.

Art. 12º – As conclusões das Comissões serão apresentadas de forma fundamentada s representantes dos Centros, através de mensagem coletiva por correio eletrônico.

Parágrafo Único: A contestação das conclusões se fará por correspondência eletrônica, com cópia a todos os representantes de Centros, num prazo de 7 (sete) dias úteis, acompanhada de fundamentação e dirigida ao Coordenador da Rede, a quem caberá definir a conduta a ser adotada.

FUNCIONAMENTO

Art. 13º – A RENACIAT se reunirá de forma ordinária anualmente, por convocação oficial do Coordenador da Rede, anunciada com o mínimo de 30 dias de antecedência. A pauta da reunião será apresentada com o mínimo de 10 (dez) dias úteis de antecedência em relação à data do início do evento.

Parágrafo 1º – Por convocação do Coordenador da Rede ou de 3/4 (três quartos) dos Membros, a RENACIAT poderá se reunir em caráter extraordinário, com pauta definida apresentada com antecedência mínima de 7 (sete) dias úteis.

Parágrafo 2º – A solicitação de inclusão de matérias na pauta deverá ser encaminhada ao Coordenador da Rede, com o prazo mínimo de 12 (doze) dias úteis de antecedência no caso de reuniões ordinárias e de 10 (dez) dias úteis no caso de reuniões extraordinárias.

Parágrafo 3º. – É de responsabilidade do Secretário que todas as reuniões sejam registradas em ata e distribuídas por via postal e correio eletrônico a todos os representantes de Centros para apreciação e aprovação.

Art. 14º – As deliberações serão tomadas por 2/3 (dois terços) dos votos e terão vigência imediata após a Reunião, ou após publicação de instrumento legal, quando necessário.

Parágrafo Único: É vedada a representação por procuração.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 15º – O presente Regimento Interno poderá ser alterado a qualquer tempo, em reunião ordinária, desde que haja consenso entre os membros da RENACIAT, para incluí-lo em pauta.

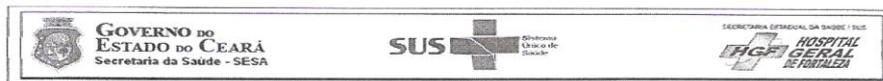
Art. 16º – Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão solucionadas por 2/3 (dois terços) dos votos dos membros da RENACIAT.

**ASSINATURAS
REPRESENTANTES DOS CIATs, SINTOX E GGTOX/ANVISA**

ESTADOS		CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICAS		ADESÃO RENACIAT	APROVAÇÃO REGIMENT O
1.	Acre	Rio Branco	VISA Est.	x	✓
2.	Amazonas	Manaus	CIAT	x	✓
3.	Bahia	Salvador	CIAVE	x	
4.	Ceará	Fortaleza	CEATOX	x	✓
5.	Distrito Federal	Brasília	CIAT	x	
6.	Espírito Santo	Vitória	TOXCEN	x	
7.	Goiás	Goiânia	CIT	x	
8.	Mato Grosso	Cuiabá I	CIAVE		
9.	Mato Grosso	Cuiabá II	?		
10.	Mato Grosso do Sul	Campo Grande	CIVITOX		
11.	Minas Gerais	Belo Horizonte	SERVITOX	x	✓
12.	Pará	Belém	CIT	x	✓
13.	Paraíba	Campina Grande	CEATOX	x	✓
14.	Paraíba	João Pessoa	CEATOX	x	
15.	Paraná	Cascavel	CIAT		
16.	Paraná	Curitiba	CIT	x	✓
17.	Paraná	Londrina	CCI	x	✓
18.	Pernambuco	Recife	CEATOX	x	
19.	Piauí	Teresina	VISA Est.	x	
20.	Rio de Janeiro	Niterói	CCI	x	✓
21.	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	CCI		
22.	Rio Grande do Norte	Natal	CIT	x	
23.	Rio Grande do Sul	Porto Alegre	CIT	x	✓
24.	Santa Catarina	Florianópolis	CIT	x	
25.	São Paulo	Botucatu	CEATOX	x	✓
26.	São Paulo	Campinas	CCI		
27.	São Paulo	Hospital Vital Brazil - São Paulo	—	x	✓
28.	São Paulo	Jabaquara - São Paulo	CCI		✓
29.	São Paulo	Marília	CEATOX		
30.	São Paulo	Maringá	CCI		
31.	São Paulo	Presidente Prudente	CEATOX	x	
32.	São Paulo	Ribeirão Preto	CCI		

33.	São Paulo	Santos	CCI	x	✓
34.	São Paulo	São José do Rio Preto	CEATOX		
35.	São Paulo	São José dos Campos	CCI		
36.	São Paulo	São Paulo - USP	CEATOX	x	✓
37.	São Paulo	Taubaté	CCI		
38.	Sergipe	Aracajú	CCI	x	✓
ÓRGÃOS FEDERAIS					
	Rio de Janeiro	SINITOX			
	Distrito Federal	Gerência Geral de Toxicologia	ANVISA	x	✓

Nota: todos os presentes se afiliaram à RENACIAT e aprovaram o Regimento Interno.

ANEXO E – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP/HGF**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/HGF**

Fortaleza, 19 de janeiro de 2010

Ilmo Sr.

Pesquisador: **José Ambrósio Guimarães**

Projeto Intitulado: **Assistência humanizada em toxicologia clínica no Sistema**

Único de Saúde do Ceará: Estudo de caso no Hospital Geral de Fortaleza

Área de conhecimento: **Ciências da Saúde / Medicina**

Data da entrada no CEP: **01/10/09**

Protocolo do CEP: **111105/09**

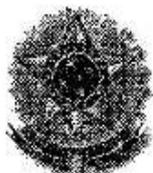
O Comitê de Ética em Pesquisa do HGF em reunião ordinária no dia 11/11/09 analisou e considerou o referido projeto **APROVADO**, pois atende as recomendações da Resolução nº 196/96do CNS/MS.

Lembramos ao pesquisador o cumprimento da referida resolução na condução científica do seu projeto e ainda a devolução dos resultados ao CEP e à comunidade.

Atenciosamente,


Dr^a. Maria Veraci Oliveira Queiroz
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/HGF

**ANEXO F - DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO PROTOCOLO DE CONDUTAS
NAS INTOXICAÇÕES E ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS, PELO
CREMEC**



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC
R Floriano Peixoto, 2021 – José Bonifácio- 60025-131
Fortaleza – Ceará Fone: 3221.6607 - Fax: 3221.6929
E-Mail: cremec@fortalnet.com.br

Fortaleza, 14 de outubro de 2005.

Ofício CREMEC n.º - 3599/2005 – SEC

Ilmo. Sr.
Dr. José Ambrósio Guimarães

Senhor Doutor,

Em resposta à correspondência de V.Sa., protocolada neste Conselho sob o n.º 3342/2005, gostaríamos de parabenizar o douto colega pelo trabalho desenvolvido sobre condutas nas intoxicações e acidentes com animais peçonhentos.

O Conselho Regional de Medicina agradece o desempenho e solicita permissão para envio de planilha para os médicos dos PSFs.

Aproveitamos a oportunidade para expressar a V. Sa., votos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lino Antonio Cavalcanti Holanda'.

Lino Antonio Cavalcanti Holanda
Secretário Geral do CREMEC

ANEXO G - FOTOGRAFIAS DOS CONTEXTOS DA PESQUISA.

FOTO 1 ENTRADA DA EMERGÊNCIA GERAL DO HGF:



FOTO 2 SALA DE ATENDIMENTO GERAL DO HGF:



FOTO 3 RECPECÇÃO DAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS:



FOTO 4 CONSULTÓRIO DE PEDIATRIA:



FOTO 5 ACOLHIMENTO DO HGF FUNCIONANDO NA ROTINA DIÁRIA:



FOTO 6 Rim-Art funcionando:



FOTO 7 INFORMANTE MOSTRANDO BANNER DO RIM-ART, QUE FOI PREMIADO NACIONALMENTE:



FOTO 8 CIAT-HGF COM A PESQUISADORA ADJUNTA DANDO INFORMAÇÕES SOBRE INTOXICAÇÕES:



ANEXO H - FOTOS DOS PRINCIPAIS ANIMAIS PEÇONHENTOS EXISTENTES NO CEARÁ

FOTO 1 - *Bothrops erythromelas* (jararaca-da-seca)

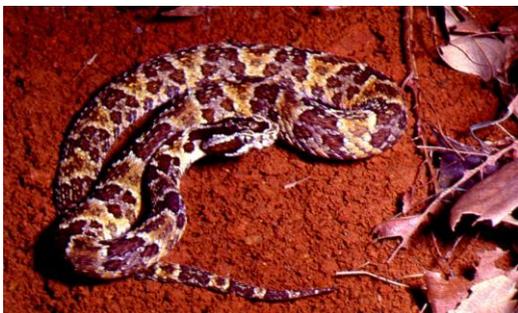


FOTO 2 – *Crotalus durissus* - Cascavel



FOTO 3 – *Lachesis muta* - Surucucu



FOTO 4 – *Micrurus frontalis* - Coral



FOTO 5 – *Tityus stigmurus*- Escorpião



FOTO 6 – *Loxoceles* – Aranha Marron



FOTO 7 – *Latrodectus* – Aranha Viuva Negra



FOTO 8 – *Apis mellifera* – Abelha peçonhenta



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)