



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## COMPREENENDO OS SENTIMENTOS DE FAMÍLIAS DE CRIANÇAS INTOXICADAS GRAVES

<sup>1</sup>Rosangela Christophoro, <sup>2</sup>Anaí Adario Hungaro, <sup>3</sup>Marcia Regina Jupi Guedes, <sup>4</sup>Patricia Suguyama, <sup>5</sup>Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato, <sup>5</sup>Ieda Harumi Higarashi and <sup>5</sup>Magda Lúcia Félix de Oliveira

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Docentena Universidade Estadual de Maringá. Maringá – PR, Brasil

<sup>2</sup>Enfermeira- Doutorandado Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Controle de Intoxicações – Hospital Universitário Regional de Maringá, Maringá – PR, Brasil

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Hospital Universitário Regional de Maringá. Maringá – PR, Brasil

<sup>4</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem, PAM Saúde, Maringá-PR, Brasil

<sup>5</sup>Docente. Departamento de Enfermagem e Pós-Graduação, Universidade Estadual de Maringá, Maringá – Paraná, Brasil

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 19<sup>th</sup> September, 2019

Received in revised form

14<sup>th</sup> October, 2019

Accepted 06<sup>th</sup> November, 2019

Published online 31<sup>th</sup> December, 2019

#### Key Words:

Saúde da Criança,  
Envenenamento,  
Centros de Controle de Intoxicações,  
Cuidados de Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objetivo:** Compreender os sentimentos de famílias de crianças internadas por intoxicação grave e hospitalizadas. **Metodologia:** Estudo qualitativo e descritivo, com 11 familiares de crianças atendidas em sala de estabilização do (pronto socorro) ou em unidade de terapia intensiva de um hospital ensino da região Noroeste do Paraná, e cadastradas no centro de informação e assistência toxicológica do Hospital. A coleta de dados ocorreu por meio de análise e entrevista hospitalar, gravadas e submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** O medicamento foi a principal substância tóxica e o maior número de ocorrências aconteceram acidentalmente, na residência da criança com presença de um adulto. A percepção da gravidade do acidente toxicológico e os sentimentos vivenciados por essas famílias durante a internação da criança, apontam que a assistência deve ser estendida aos familiares, que ao vivenciarem a incerteza diante do acidente acaba sendo acentuada pela dúvida acerca da conduta e tratamento a serem propostos pela equipe de saúde tornando uma experiência difícil de ser vivenciada. **Conclusão:** A situação de sofrimento deveria ser um momento de oportunidade de diálogo enfermeiros-familiares, com vistas ao acolhimento e ao comportamento preventivo.

Copyright © 2019, Rosangela Christophoro et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Rosangela Christophoro, Anaí Adario Hungaro, Marcia Regina Jupi Guedes et al. 2019. "Compreendendo os sentimentos de famílias de crianças intoxicadas graves", *International Journal of Development Research*, 09, (12), 32675-32680.

## INTRODUCTION

Os acidentes na infância são responsáveis por número expressivo de lesões e óbitos infantis. De acordo com dados divulgados pela Associação Americana de Centros de Controle de Intoxicação, no ano de 2015 47% dos casos de intoxicação registrados nos EUA foram na faixa etária de zero a seis anos (Mowry et al., 2016). No Brasil, neste mesmo ano, 58,4% dos casos de intoxicação acidental aconteceram na faixa etária de zero a nove anos (Brasil, 2017; Paiva et al., 2017). As intoxicações agudas, caracterizadas pelo aparecimento rápido e

de curta duração do efeito tóxico, destacam-se como problema emergente de saúde pública (Gurgel; Monteiro, 2016; Vieira et al., 2016; Mowry et al., 2016; Paiva et al., 2017). Representam um conjunto de sinais e sintomas clínicos ou bioquímicos, provocados pela interação de um agente químico com o sistema biológico, resultantes da exposição à substâncias químicas encontradas no ambiente (Olson, 2014; Oga; Camargo; Batistuzzo, 2014). As intoxicações na infância são eventos multicausais e complexos, que acontecem pela relação da criança, sua idade e comportamento, com um agente tóxico (Emery; Nguyen; Kim, 2014; Sales et al., 2019). No entanto, apesar da relação com o desenvolvimento e crescimento da criança, a ocorrência da intoxicação infantil não é justificada apenas por fatores inerentes à própria infância, mas também por fatores relacionados aos valores e crenças sociais dos pais

#### \*Corresponding author: Rosangela Christophoro,

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Docentena Universidade Estadual de Maringá. Maringá – PR, Brasil.

e responsáveis e às políticas públicas implementadas pelo Estado (WHO, 2014). Automedicação, armazenamento de medicamentos e produtos de limpeza em locais inadequados, e a falta de informações dos pais e responsáveis sobre manejo correto de produtos tóxicos, a propaganda indiscriminada de medicamentos e outros produtos químicos na mídia e a ausência de legislação específica são fatores de risco social para a intoxicação infantil (WHO, 2014; Heng *et al.*, 2015; Paiva *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2018). Familiares que vivenciam a intoxicação infantil leve ou com recuperação rápida dos sinais e sintomas, geralmente agem como se o episódio fosse uma ocorrência “natural” do ciclo de vida da criança. Contudo, em intoxicações graves, com maiores repercussões no estado físico e mental da criança, espera-se que aconteçam mudanças com vistas a prevenção de novos eventos (Vieira *et al.*, 2016; Gurgel; Monteiro, 2016; Sales, 2017). Nos atendimentos às urgências toxicológicas pediátricas, tem-se como princípio a manutenção da vida, por meio da estabilização das condições vitais da criança, associado à medidas de diminuição ou neutralização do agente tóxico, para minimizar futuros danos causados pela intoxicação (Olson, 2014). As salas de estabilização e reanimação dos prontos atendimentos e unidades de terapia intensiva pediátrica, são unidades especializadas para atendimento à crianças em estado grave e/ou risco de morte e que necessitam de assistência tecnológica de alta complexidade (Pêgo; Barros, 2017; Silva *et al.*, 2018). Algumas crianças se tornam temporariamente dependentes de tecnologia, necessitando de dispositivos para compensar a perda de alguma função vital e consequente manutenção da vida, tais como utilização de sondasogástrica para lavagem gástrica, traqueostomia, ventilação mecânica (Pêgo; Barros, 2017). Neste contexto, o objetivo do presente estudo é compreender os sentimentos de familiares que vivenciaram à intoxicação infantil e hospitalização da criança.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, de natureza qualitativa. Os casos índices foram 11 crianças, com idade entre um e nove anos, com diagnóstico médico de intoxicação por diversos agentes tóxicos atendido, na sala de estabilização e reanimação do pronto socorro ou na unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital de ensino. Foram incluídas no estudo a partir da ordem de admissão no Hospital, em um período de seis meses, e representadas por um familiar para a coleta de dados. Foram excluídas crianças internadas por tentativas de suicídio ou que evoluíram ao óbito como desfecho da intoxicação. Os critérios de inclusão dos familiares foram: idade igual ou superior a 18 anos (exceto se mãe da criança), residentes em área adscrita a municípios da 15ª Regional de Saúde – Paraná, que coabitavam e mantinham relação de convivência com a criança antes e após a ocorrência da intoxicação. O roteiro para entrevista, apoiado questões com dados sociodemográficos da criança, do familiar, e do evento toxicológico, constou de uma questão aberta: Fale-me sobre a repercussão do acidente toxicológico na família?. O familiar foi convidado a participar do estudo posteriormente à estabilização clínica da criança. A coleta de dados foi realizada com aplicação da técnica de entrevista em profundidade, e aconteceu durante a permanência da criança no Hospital e, em um segundo encontro domiciliar, agendado previamente com o familiar da criança. A duração média de cada encontro foi de 30 minutos, e as entrevistas foram gravadas em mídia digital. No final das entrevistas, os discursos foram transcritos integralmente por meio do programa de editor de textos

Word®. Para a análise de dados foi utilizada a Análise de Conteúdo (Bardin, 2011). Os núcleos de sentido identificados em cada entrevista foram agregados às falas correspondentes a cada um e nominadas em duas categorias: Sentimentos de gravidade do caso; e Sentimentos das famílias após evento toxicológico. O projeto de pesquisa obteve parecer favorável do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (1.159.125/2015). Para garantir o anonimato dos participantes, seus depoimentos foram identificados pela letra inicial do vínculo entre o cuidador e a criança - mãe, avó, tia-, seguida do número correspondente à ordem cronológica das entrevistas (M1, A 2, T3 ...).

## RESULTADOS

A maioria das crianças era do sexo masculino, com faixa etária até três anos. O medicamento foi a principal substância tóxica, notificado em seis casos, seguido dos produtos domissanitários, e o acidente individual aconteceu em sete casos (Quadro 1). O maior número de ocorrências foram registradas na residência da criança e, em todos os casos, foi informada a presença de um adulto no momento do acidente; destes, nove eram mães. Grande parte dos agentes tóxicos era armazenado na cozinha (Quadro 1). Nenhum entrevistado informou o hábito de manter os agentes tóxicos em armários fechados.

### (Quadro 1)

As crianças foram transportadas imediatamente a um serviço de saúde e oito delas foram assistidas no Hospital até uma hora após a intoxicação. Na admissão da criança, predominaram os efeitos clínicos gastrintestinais, neurológicos e cardiovasculares (Quadro 2).

### (Quadro 2)

O Quadro 3 apresenta o tratamento inicial das crianças intoxicadas, e o local de internação. A permanência do internado variou de um a quatro dias; todas as crianças receberam alta hospitalar melhorada, sem evidências de sequelas ou complicações clínicas.

### (Quadro 3)

De acordo com a classificação da gravidade dos casos de intoxicação infantil (Heng *et al.*, 2015; Butt, 2012), seis casos foram considerados moderados, e cinco graves. Oito crianças permaneceram em observação clínica na Unidade de Pronto Socorro, duas internadas na Enfermaria e uma criança foi internado em unidade de terapia intensiva. Dos entrevistados, 10 eram mulheres, sete mães das crianças; a idade variou de 23 a 57 anos; escolaridade máxima ensino médio completo, duas desempregadas, e quatro desenvolviam apenas atividades no lar. Nove famílias utilizavam os serviços públicos as Unidades Básicas de Saúde como serviços de saúde, e referiram insatisfação pela demora no atendimento e falta de medicamentos.

**Sentimentos de Gravidade do Caso:** Quanto à gravidade do acidente toxicológico, dez familiares perceberam o acidente como grave, e uma mãe considerou a intoxicação como pouco grave. A percepção do acidente como grave foi evidenciada pela inquietação gerada nas entrevistas ao referir o acidente toxicológico e nas consequências negativas desencadeadas

pelo evento nos âmbitos emocional, familiar e social. Embora nem sempre expresso de forma direta, a gravidade inicial das intoxicações colocou as famílias muito próximas à sensação morte e luto, provocou sentimentos de medo e angústia, principalmente até o início da assistência hospitalar.

*Ele falava que o coração ia sair pela boca... Eu achava que ele ia morrer. (M1)*

*Eu achei que era uma coisa muito séria... ele começou a perder o ar (dispneia), começou a inchar muito (edema)... começou a perder a respiração... Liguei no serviço de saúde e no SAMU (Serviço Atendimento Móvel de Urgência), eles me orientaram... (M7)*

A mãe que referiu a intoxicação como um “evento simples”, desconhecia a gravidade dos sintomas, pois a intoxicação ocorreu no ambiente hospitalar quando a criança foi medicada com dose inadequada de um medicamento. Preocupados com a criança, nove entrevistados procuraram inicialmente auxílio de familiares, como marido, irmãos, tia, amigo de trabalho e vizinhos, antes de transportarem a criança ao serviço de saúde. Em dois casos foram realizados procedimentos de primeiro socorros domiciliares: as mães realizaram a retirada do agente tóxico da cavidade oral das crianças, e, após, realizaram descontaminação local com água, procedimentos considerados corretos no atendimento de primeiros socorros.

*Quando vi o que aconteceu, pedi ajuda pra minha irmã pra levar ele ao UPA (Unidade de Pronto Atendimento)... antes lavei a boca dele com água. (M4). Ele estava meio molinho e vomitando, minha tia falou que a planta era venenosa e que deveria levar (ele) para o hospital (M10). Eu vi ele vomitando... passando mal... a vizinha também achou que eu tinha que levar (ele) para receber atendimento hospitalar. (M11)*

**Sentimentos das Famílias após o Evento Toxicológico:** Os sentimentos vivenciados pelas famílias após a estabilização clínica da criança foram expressos de diferentes formas e em vários níveis de intensidade pelos familiares (Figura 1). O medo, conceituado como um estado emocional provocado pela consciência que se tem diante do perigo (Bueno, 2016), foi relatado pelos familiares entrevistados por meio da incerteza do que iria acontecer e possível risco de morte da criança intoxicada.

*Nunca levei um susto tão grande na minha vida..., pronto (eu) matei meu filho! Não sabia o que fazer. Não sabia o que pensar. (M1)*

*Na hora dá um pânico na gente, é filha ... Meu pai me ligou e tranquilizou. Pensei que (ela) podia ter alguma doença no coração, mesmo depois de algum tempo do ocorrido (M5)*

O desespero, definido como uma ação ou efeito de desesperar, condição que faz com que alguém acredite estar em momento sem saída, ou a incapacidade em realizar uma ação (Bueno, 2016), evidenciou-se na fala dos entrevistados pela culpa e pela necessidade da hospitalização.

*Na hora dá um desespero na gente! Meu pai tinha me ligado e disse que a mãe deu "remédio" errado, ela está aqui no hospital. (P2)*

*Estava com medo por não saber o que iria acontecer. Eu só chorava e gritava. A única coisa que eu fazia, não tinha mais força pra fazer nada... Ela teve que ir para o hospital. (M11)*

A preocupação, o sentimento de responsabilidade em relação a algo (Bueno, 2016), foi evidenciada em relação aos procedimentos médicos, o estado clínico da criança e também, expresso por outros familiares e pessoas do convívio das famílias ao saberem da intoxicação.

*Minha irmã falou que eu tinha que levar (ele) para atendimento hospitalar. Ai fiquei mais assustada. Foi ruim, porque ia ter que fazer alguma lavagem dentro dele ... (M6)*

*Vários parentes souberam do que aconteceu ... ficaram preocupados, achando que poderia ser 'coisa pior' (M9)*

*Eu estava preocupada, porque ela não acordava logo. Pensei que poderia ter uma reação e ficar com sequela ... (M10)*

A culpa é o sentimento expresso pela responsabilidade por uma ação que ocasiona dano ou prejuízo a outra pessoa (BUENO, 2016). Foi relatada pelas famílias, a falha na função de cuidadores e de promotores da saúde e bem estar da criança, pelo julgamento próprio ou de outro familiar.

*Fiquei nervosa e irritada... Eu não sabia que estava dando remédio errado para o meu filho... dei dois dias... demorou dois dias para saber da intoxicação, o que fazer e o tratamento certo. (M1)*

*Eu (tia) acho que a mãe e avó da criança não cuidaram dele corretamente. Deixaram que (ele) encontrasse o agente tóxico. (T3)*

A irritação, definida como ação, efeito de irritar ou irritar-se (Bueno, 2016), foi relatada pelo familiar entrevistado pela ausência de ajuda de outros familiares para levar a criança ao serviço de saúde, ou pela falta de cuidado do profissional da saúde na administração da medicação da criança (intoxicação no ambiente hospitalar).

*Eu fiquei muito irritada... por não ter tido ajuda dos meus familiares para levar a criança ao serviço médico. (A8)*  
*Eu fiquei muito preocupada... Foi um acontecimento muito sério pra nós... porque ele teve intoxicação. (A9)*

## DISCUSSÃO

As características das crianças e do evento toxicológico colaboraram para o reconhecimento de alguns fatores envolvidos no acidente, como vistas a compreender os sentimentos das famílias diante do evento toxicológico. Eram crianças na primeira infância, intoxicadas nos próprios domicílios, cuidadas pelas mães, e eventos acidentais. Os achados na caracterização dos acidentes toxicológicos estudados corroboram com a literatura nacional e internacional com relação à maior exposição de crianças do sexo masculino e intoxicação na primeira infância (Sirohi et al., 2015; Brito; Martins, 2015).

**Quadro 1. Caracterização dos casos de intoxicação infantil internados. Maringá, CCI/HUM, março-outubro, 2015**

Criança	Sexo	Idade	Agente tóxico	Circunstância	Local do evento	Presença de adulto	Armazenamento do agente tóxico
1	M	8	Medicamento	Erro de administração	Residência	Mãe	Cozinha
2	F	9	Domissanitário	Erro de administração	Residência	Avó	Cozinha
3	M	2	Medicamento	Erro de administração	Residência	Mãe	*Enfermaria
4	M	1	Produto químico Industrial	Acidental	Residência	Mãe	Quarto
5	F	2	Medicamento	Acidental	Residência	Mãe	Quarto
6	F	1	Medicamento	Acidental	Residência	Mãe/avó	Cozinha
7	M	1	Domissanitário	Acidental	Residência	Mãe/pai	Banheiro
8	M	3	Medicamento	Acidental	Residência	Mãe/avó	Cozinha
9	M	3	Medicamento	Uso indevido	Residência	Mãe	Cozinha
10	M	3	Planta	Acidental	Residência de parentes	Mãe/pai	Varanda
11	M	2	Domissanitário	Acidental	Residência	Mãe/pai	Lavanderia

\*Caso ocorrido em ambiente hospitalar; Fonte: Autores da pesquisa.

**Quadro 2. Distribuição dos efeitos clínicos nos casos de intoxicação. Maringá, CCI/HUM, março outubro, 2015**

SISTEMA	EFEITOS CLÍNICOS
Gastrintestinal	Náusea, vômito, sialorréia, epigastralgia, dor em orofaringe e esôfago e distensão abdominal
Neurológico e psicomotor	Agitação, agressividade, cefaleia, distonia, convulsão e tremor
Cardiovascular	Arritmias cardíacas, taquicardia e hipotensão arterial
Cutâneo-mucoso	Hiperemia e edema
Pulmonar	Dispnéia

Fonte: Autores da pesquisa.

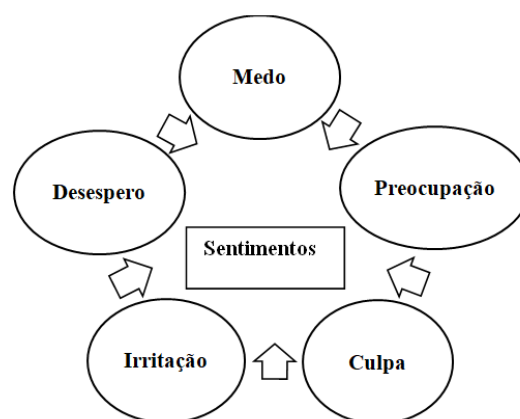
**Quadro 3. Distribuição de variáveis relacionadas ao manejo clínico inicial Maringá, CCI/HUM, março-outubro, 2015**

VARIÁVEIS	n	(%)
Tratamento inicial		
Sintomático e suporte	11	100,0
Descontaminação/ Lavagem gástrica	3	27,3
Uso de demulcente	2	18,2
Uso de carvão ativado	1	9,1
Descontaminação cutâneo-mucosa	1	9,1
Remoção mecânica do agente tóxico	1	9,1
Atendimento/ internação		
Observação clínica (até 24h)	8	72,7
Internamento em enfermaria	2	18,2
Internamento em terapia intensiva	1	9,1

Fonte: Autores da pesquisa.

As crianças do sexo masculino estão mais predispostas às intoxicações, por devido a fatores comportamentais. A partir do final do primeiro ano de vida, os meninos têm o dobro de chance de sofrer acidentes do que as meninas, diferença que aumenta com a idade (Alije *et al.*, 2014; Brito; Martins, 2015; Fukuda; Silva; Tacla, 2015; Sales *et al.*, 2019). Acredita-se que a residência seja o local mais seguro para a família, contudo a maioria dos acidentes infantis ocorre nestes locais ou em suas proximidades. Na opinião popular, a residência representa um local seguro, diante dos riscos vivenciados portão a fora, porém, a falta de prevenção pode ser explicada pela falsa sensação de segurança e proteção domiciliar (Heng *et al.*, 2015; Gurgel; Monteiro, 2016; Sales *et al.*, 2019). Os acidentes na residência guardam relação com a idade da criança e sua etapa de desenvolvimento psicomotor, mas principalmente com os aspectos socioculturais da família e parentesco, com o estilo de vida dos pais e situações facilitadoras de risco (Sales *et al.*, 2017; Noro, Torquato, 2017). A presença de um adulto não significou fator de proteção para as intoxicações infantis. Estudos evidenciaram que, na maioria dos casos de acidentes envolvendo crianças, elas estavam sob a supervisão de um adulto (Heng *et al.*, 2015; Gurgel; Monteiro, 2016; Sales *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2017; Sales *et al.*, 2019). A maioria das famílias reconheceram a gravidade do acidente toxicológico e buscaram o atendimento à criança em um serviço de saúde, próximo, de suas residências.

O início das manifestações clínicas da intoxicação depende principalmente da via de exposição, do produto e da dose, podendo ser imediato, e os efeitos clínicos estão relacionados ao tipo de sistema fisiológico afetado pelo agente tóxico. Nas exposições agudas, as substâncias químicas são rapidamente absorvidas e os efeitos produzidos geralmente são imediatos, porém, deve-se considerar o tempo e a quantidade de exposição ao agente tóxico. Em certos casos de intoxicação aguda, na ausência de sinais e sintomas, acredita-se que não houve absorção da substância, pronunciada por meio de alterações orgânicas e manifestação clínica.

**Figura 1. Sentimento das famílias após a intoxicação**

A avaliação de gravidade é a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de riscos, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro. Também implica ter conhecimento do tipo e quantidade exposto ao agente tóxico, a necessidade de intervenção como condutas em toxicologia para prevenção de absorção, aumento da eliminação e uso de antídotos e antagonistas, além da apresentação clínica da criança (Oga; Camargo; Batistuzzo, 2014; Silva *et al.*, 2018). Em alguns casos, o tempo precoce para assistência médica, impossibilita o aparecimento de sintomatologia (Oga; Camargo; Batistuzzo, 2014; Olson, 2014). Observou-se que os familiares, a maioria mães, apresentaram somente dúvidas relacionadas ao tratamento e à evolução clínica da criança, não referindo dúvidas ligadas à prevenção do evento toxicológico. Possivelmente, isso possa estar relacionado com as necessidades momentâneas do familiar, pois naquele momento a maior preocupação seria a recuperação da criança. Foi observado de maneira marcante os sentimentos que as famílias expressaram após a intoxicação, destacam-se os sentimentos de medo, desespero, preocupação e irritação, os mais evidentes nas falas. Esses sentimentos, emergiram devida ao estresse vivido pelas famílias das crianças diante da hospitalização, pela sensação de incerteza e com o ritual dos procedimentos que a criança foi submetida. A descontaminação gástrica ocorre por meio da passagem de sonda nasogástrica plástica, flexível, longa, tecnicamente introduzida desde as narinas até o estômago. Sua finalidade está no esvaziamento gástrico e a lavagem. É um procedimento estressante tanto à criança como a seus pais ou acompanhantes (Pêgo; Barros, 2017).

A hospitalização de uma criança é sempre geradora de desequilíbrio no sistema familiar: os pais podem considerar que falharam no exercício do seu papel e nas expectativas que colocaram a si próprios, o que poderá prejudicar o seu funcionamento e as capacidades de apoio ao sofrimento do filho (Ramos, 2017; Pêgo; Barros, 2017). A hospitalização da criança é desgastante, este momento acaba sendo acentuado pelo afastamento do lar e impondo a reformulação de seu cotidiano e adaptação à nova rotina para manter a unidade familiar (Pêgo; Barros, 2017). Quando a criança é hospitalizada tudo se torna diferente, a família entra em sofrimento causado pela própria situação de saúde e pela mudança de ambiente. A capacidade da família enfrentar esta situação de crise depende dos sistemas de suporte que dispõe, das experiências anteriores em acontecimentos semelhantes, da coesão entre os membros e da capacidade de utilização dos recursos exteriores ao núcleo familiar. Para os pais, a hospitalização pode significar separação do seu filho e quebra na organização do cotidiano (Okido; Zago; Lima, 2015). Quando há falta de informação sobre o estado clínico da criança, algumas idéias inadequadas perpetuadas culturalmente são reforçadas e acabam, em grande parte, sendo geradoras de sofrimento. Manter o familiar bem informado sobre os procedimentos a serem realizados e condições clínicas da criança, é essencial para diminuir o estresse da internação na família. Os pais sofrem assistindo o sofrimento do filho, especialmente nas situações em que ele é submetido a procedimentos terapêuticos dolorosos, sem que possam fazer algo para evitar ou minimizar sua dor (Pêgo; Barros, 2017). Os sentimentos vivenciados pelas famílias em suas diferentes intensidades, não podem ser ignorados, mas sim encarados e

trabalhados mediante apoio e diálogo constante da equipe junto à família. É justamente nesse processo de enfrentamento e adaptações cotidianas que se torna possível a elaboração de estratégias que capacitem os pais a lidarem com os desafios diários dessa experiência (Okido; Zago; Lima, 2015; Silva *et al.*, 2017; Sales *et al.*, 2017). O sentimento de culpa emergiu em algumas famílias, porém o acontecimento serviu para unir mais os pais em benefício do cuidado às crianças, e prestar mais atenção aos "perigos" existentes no domicílio. Corroborando com os resultados encontrados, estudos afirmam que a organização familiar geralmente responsabiliza-se pelos acidentes e atribui a ocorrência à falta de atenção no domicílio, embora a mãe/mulher continue como responsável principal pelo cuidado e pela prevenção (Gurgel; Monteiro, 2016; Silva *et al.*, 2017; Sales *et al.*, 2017). Preocupou-nos em entender os sentimentos expressos pelas famílias quanto ao atendimento que prestado à criança, pois nem sempre entendemos as mensagens que eles estão nos enviando, as quais possuem grande significado. Acreditamos que um dos grandes obstáculos para a comunicação efetiva seja o fato de nós, profissionais de saúde, nem sempre pararmos não somente para ouvir, mas escutar o que as pessoas estão tentando nos falar; e ainda o tipo de linguagem que fazemos uso, que também nem sempre é acessível para que sejamos entendidos.

## Conclusão

A maioria das crianças era do sexo masculino, com faixa etária até três anos. O medicamento foi a principal substância tóxica. O maior número de ocorrências foram na residência da criança com presença de um adulto. A percepção da gravidade do acidente toxicológico e os sentimentos vivenciados por essas famílias durante a internação da criança, apontam que a assistência deve ser estendida aos familiares, que ao vivenciarem a incerteza diante do acidente acaba sendo acentuada pela dúvida acerca da conduta e tratamento a serem propostos pela equipe de saúde tornando uma experiência difícil de ser vivenciada. A situação de sofrimento deveria ser um momento de oportunidade de diálogo enfermeiros-familiares, com vistas ao acolhimento e ao comportamento preventivo.

Os limites do estudo relacionam-se ao seu caráter qualitativo, pois os resultados devem ser interpretados e enquadrados ao contexto da sua produção. No entanto, embora a eleição do grupo investigado tenha ocorrido por conveniência e a abordagem do objeto em estudo tenha sido qualitativa, dados dos centros de assistência toxicológicas são consideradas sentinelas para vigilância e prevenção das intoxicações e são utilizados como captadores de problemas sociais emergentes. Também as características do grupo estudado, como a gravidade clínica e a exposição a produtos de alta toxicidade, torna-o significativo em relação à compreensão desse problema emergente de saúde pública. As implicações para a área de conhecimento da enfermagem diz respeito à utilização da pesquisa científica como instrumento para o diagnóstico de problemas do cotidiano do enfermeiro e das realidades assistenciais, e para indicar possibilidades de sistematização da ação cuidativa em diferentes contextos, norteadas pela promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

## REFERÊNCIAS

Alije K, RamosajA, Toro H, Azemi M, BalokuA, Sylaj B, *et al.* 2014. Acute poisoning in children; changes over the

- years, data of pediatric clinic department of toxicology. *J of Acute Disease* [Internet]. 2014 [cited 2018 June 23]; 3 (1): 56-8. Available from: [http://ac.els-cdn.com/S2221618914600123/1-s2.0-S2221618914600123-main.pdf?\\_tid=f22863dc-01de-11e6-ae07-00000aab0f27&acdnat=1460596953\\_39e0f\\_98\\_264e\\_67\\_5b55f5e7512f286dca4](http://ac.els-cdn.com/S2221618914600123/1-s2.0-S2221618914600123-main.pdf?_tid=f22863dc-01de-11e6-ae07-00000aab0f27&acdnat=1460596953_39e0f_98_264e_67_5b55f5e7512f286dca4)
- Bardin, L. 2011. Content analysis. Lisbon: Issues 70.
- Brazil. 2017. Ministry of Health. Health Surveillance Secretariat. Department of Non-Communicable Diseases and Diseases Surveillance and Health Promotion. Live: Violence and Accident Surveillance: 2013 and 2014 [electronic resource] / Ministry of Health, Health Surveillance Secretariat, Department of Non-communicable Diseases Surveillance and Health Promotion. - Brasília: Ministry of Health. Available at: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_2008\\_2009\\_violencias\\_acidente.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2008_2009_violencias_acidente.pdf). Accessed: Jan 10 2019.
- Brito, J.G., Martins, C.B. 2015. Accidental intoxication of the infant-juvenile population in households: profiles of emergency care. *Rev Esc Enferm USP*. 49 (3): 373-80.
- Bueno S. (2016). *Global School Dictionary*. 12th ed. Sao Paulo: FTD.
- Butt W. 2012. Desfecho após alta da unidade de terapia intensiva pediátrica. *J. Pediatr.*, PortoAlegre, v. 1, n. 88, jan. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572012000100001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572012000100001). Acesso em: 22 jul. 2019.
- Emery CR, Nguyen HT, Kim M J. 2014. Understanding child maltreatment in Hanoi: intimate partner violence, low self-control, and social and child care support. *J. Interpers. Violence*, Beverly Hills, v. 29, no. 7, p. 1228-1258. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24368676>. Acesso em: 12 fev. 2015.
- Fukuda, R.C., Silva, L.D.G., Tacla, M.T.G.M. 2015. Exogenous poisoning in pediatrics. *Varia Sci*. 1 (1): 26-34.
- Gurgel, A.K.C., Monteiro, A.I. 2016. Domestic accident prevention for children: perceived susceptibility by caregivers. *J. res.: fundam. care*. 8 (4): 5126-5135.
- Heng JS, Atkins J, Clancy O, Takata M, Dunn KW, Jones I, *et al*. 2015. Geographical analysis of socioeconomic factors in risk of domestic burn injury in London 2007- 2013. *Burns*.41(3):437-45.
- Mowry JB, Spyker DA, BrooksDE, Zimmerman A, Schauben JL. 2015 Annual Report os the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 33rd Annual Report. *ClinicalToxicology*.54 (10): 924-1109.
- Noro LRA; Torquato SM. 2015. Home visit: strategy of approach to social reality?. *Trab.educ. health*, v. 13, n. 1, p. 145-158. In undergraduate health courses. *Science & Collective Health*, v. 22, n.7, p. 2383-2392, 2017.
- Oga S, Camargo MM, Batistuzzo JAO. 2014. *organizers. Fundamentals of Toxicology*. 4th ed. Sao Paulo: Atheneu.
- Okido ACC, Zago MMF, Lima RAG. 2015. Technology-dependent childcare and its relationships with health care systems. *Rev. Latino-Am. Nursing*. Ribeirão Preto. 23 (2): 291-298.
- Olson KR (org.). 2014. *Manual of clinical toxicology*. Written by the professionals of the California Poison Control system [Internet]. 6th ed. Sao Paulo: McGraw Hill / Artmet; [cited 2017 Jun 14]. Available from: [http://www.saude.ufpr.br/portal/medtrab/wp-content/uploads/sites/25/2016/08/Toxicology-Manual-CI%C3%ADnica\\_pdf.pdf](http://www.saude.ufpr.br/portal/medtrab/wp-content/uploads/sites/25/2016/08/Toxicology-Manual-CI%C3%ADnica_pdf.pdf)
- Paiva A, Viana D, Martins G, Molina N, Uzam CPP. 2017. Impact of medications on poisoning in children. *Rev. Ibirapuer*, São Paulo, n. 13, p. 8-16, jan/jun.
- Pêgo CO; Barros MMA. 2017. Pediatric Intensive Care Unit: expectations and feelings of parents of severely ill children. *Rev. Bras. Ciên. Health*, Sao Caetano do Sul. V. 21, no.1 p. 11-20.
- Ramos TMCF. 2017. Prevention of domestic accidents in children: parental behavior. Dissertation: Master in Child Health Nursing and Pediatrics. Polytechnic Institute School of Health. Viseu.
- Sales CCF; Oliveira MLF. 2019. Educational practices for the prevention of child poisoning in the Family Health Strategy. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 23, no. 1, e20180140, 2019. Available at [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452019000100208&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000100208&lng=en&nrm=iso). hits on 28 Jan. Epub 10-Jan-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0140>.
- Sales CCF; Suguyama P; Guedes MRJ; Borghesan NBA; Higarashi IH; Oliveira MLF. 2017. Early childhood intoxication: home help performed by adults. *Rev. BaianaEnferm*; 31 (4): and 23766
- Silva JG DA, Gomes GC, Costa AR *et al*. 2018. The practice of self-medication in children by their parents: nursing practice. *Rev sick UFPE online*, Recife, 12 (6): 1570-7, jun. <http://doi.org/105205/1981-8963-v1216a230779p1570-1577-2018>.
- Silva MF, Fontinele DRS, Oliveira AVS, Bezerra MAR, Rocha SS. 2017. Determining factors of domestic accidents in early childhood. *J Hum Growth Dev*.27(1): 10-18.
- Sirohi S, Pandey D, Dixit S, Jain C, Deshmankar B, Raja RS. 2015. Domestic accidents: an emerging threat to community. *Int J Med Sci Pub Health* [Internet]. [cited 2017 June 14]; 4 (9): 1202-5. Available from: <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=177527>
- Vieira LJES, Moreira DP, Lira SVG 2016. (orgs). Coping with violence: subjects, strategies and contexts [electronic book] - Fortaleza: Ed UECE.
- World Health Organization. 2014. Draft health indicators for adolescents: health for the world's adolescents. Geneva, [cited 2017 June 10]. Available from: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section7>

\*\*\*\*\*