



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FARMÁCIA

GABRIELA FERREIRA DE ALMEIDA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTOXICAÇÕES POR MEDICAMENTOS EM
CAMPINA GRANDE**

CAMPINA GRANDE-PB

2015

GABRIELA FERREIRA DE ALMEIDA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTOXICAÇÕES POR MEDICAMENTOS EM
CAMPINA GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sayonara Maria Lia Fook

CAMPINA GRANDE-PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A447p Almeida, Gabriela Ferreira de.

Perfil epidemiológico das intoxicações por medicamentos em Campina Grande [manuscrito] / Gabriela Ferreira de Almeida. - 2015.

34 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.

"Orientação: Profa. Dra. Sayonara Maria Lia Fook, Departamento de Farmácia".

1. Intoxicação. 2. Medicamentos. 3. Epidemiologia. 4. Toxicologia. I. Título.

21. ed. CDD 615.9

GABRIELA FERREIRA DE ALMEIDA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTOXICAÇÕES POR MEDICAMENTOS EM
CAMPINA GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Farmácia da Universidade
Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Aprovada em 30 / 11 / 15.

Sayonara Maria Lia Fook

Profª Drª. Sayonara Maria Lia Fook / UEPB

Orientadora

Lindomar de Farias Belém

Profª. Drª Lindomar de Farias Belém / UEPB

Examinadora

Saulo Rios Mariz

Prof. Dr. Saulo Rios Mariz / UFCG

Examinador

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTOXICAÇÕES POR MEDICAMENTOS EM CAMPINA GRANDE

ALMEIDA¹, Gabriela Ferreira; FOOK², Sayonara Maria Lia

RESUMO

Os medicamentos apresentam-se como o principal agente tóxico notificado pelos Centros de Intoxicações em países como Estados Unidos e Brasil. Este estudo objetivou avaliar o perfil epidemiológico das intoxicações humanas medicamentosas, atendidas no Ceatox-CG, no período de 2005 a 2014 e utilizá-lo para incrementar a discussão sobre Toxicovigilância e sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa e exploratória. Os dados epidemiológicos foram coletados através das fichas de pacientes admitidos com história de exposição e/ou intoxicação a medicamentos no Hospital de Trauma e Urgência de Campina Grande. As variáveis analisadas foram as relacionadas ao evento (sazonalidade, zona de ocorrência, circunstância), às pessoas afetadas (sexo, faixa etária e escolaridade) e ao agente tóxico (grupos de medicamentos). Na análise estatística dos dados foi utilizado o Programa SPSS® (versão 17.0). Constatou-se que se trata de eventualidade tipicamente urbana (89,7%) com predomínio do gênero feminino (68%), entre 20 e 29 anos (25,6%), com escolaridade de Ensino Fundamental (32%). A circunstância prevalente foi a tentativa de suicídio (61%) por associações medicamentosas (43,2%) seguida das classes Psicolépticos (23,8%) e Antiepilépticos (17,2%). Os benzodiazepínicos como o Diazepam (8,5%) e o Clonazepam (6,1%) foram os fármacos mais envolvidos nos eventos tóxicos ocasionados por um único agente. A evolução da maioria dos casos foi a cura (90,5%), sendo relatado 8 óbitos (0,34%). O perfil traçado neste trabalho é de grande importância para a otimização, planejamento e implantação de ações que previnam as intoxicações em todos os grupos populacionais.

Palavras chave: Intoxicação. Medicamentos. Epidemiologia

¹ Aluna de Graduação em Farmácia na Universidade Estadual da Paraíba - UEPB – Campus I.
Email: gabyferreira20101@hotmail.com

² Professora Doutora da Universidade Estadual da Paraíba –UEPB – Campus I.
Email: sayonarafook@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A exposição a agentes tóxicos é um evento comum no meio em que nos inserimos. A incidência de intoxicações por medicamentos, no Brasil, assim como em todo o mundo, constitui um grave problema de saúde pública.

Nos Estados Unidos, a American Association of Poison Control Centers (AAPCC) / National Poison Data System (NPDS), em 2013, registrou cerca de 2,2 milhões de intoxicações humanas. Os cinco grupos de substâncias mais envolvidos foram, analgésicos (11,5%), cosméticos/ produtos de higiene pessoal (7,7%), domissanitários (7,6%), sedativos / hipnóticos /antipsicóticos (5,9%) e antidepressivos (4,2%). Na categoria medicamentos, os sedativos/hipnóticos/antipsicóticos, seguido por analgésicos foram as classe de substâncias com maior aumento da taxa anual de exposições graves (MOWRY et al, 2014).

No Brasil, conforme informações do Sistema de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox) registraram-se em 2012 um total de 99.035 casos de intoxicações humanas. Os medicamentos apresentaram-se como o principal agente tóxico, respondendo por aproximadamente, 28% dos casos de intoxicação e 101 óbitos.

A região Nordeste ocupa a terceira posição no ranking geral de intoxicações no país, com o número de notificações em 16.052 casos, enquanto a região Sudeste lidera com 46.578, seguida da Sul com 20.237 casos de intoxicações. Apesar de a região Nordeste ser a quarta em notificações por exposições a medicamentos, houve um considerável aumento das intoxicações (17,97%) e óbitos (600%) por esses agentes registrados nessa região, considerando os dados dos últimos dois anos divulgados (2011 e 2012) pelo Sinitox.

São parâmetros que cooperam para a manutenção dos elevados índices de intoxicações por medicamentos: uma variedade de fármacos com segurança e eficácia duvidosas, a multiplicação de redes de farmácias e drogarias, maus hábitos e erros de prescrição médica e dispensação farmacêutica, elevados investimentos da indústria na publicidade de seus produtos, influenciando diretamente prescritores e usuários, e fragilidade nas medidas preventivas, de fiscalização e controle por parte das autoridades (MARGONATO; THOMSON; PAOLIELLO, 2008; MOTA *et al*, 2012; KLIGERMAN; SOUZA; OLIVEIRA, 2014).

O uso não racional de medicamentos e o desconhecimento pela população sobre os possíveis efeitos tóxicos que podem acarretar, também são indicados como fatores relevantes,

para que os medicamentos constituam o principal agente responsável pelas intoxicações humanas registradas no país (BOCHNER; LESSA, 2008).

Apesar dos números apresentados, a real incidência é ainda desconhecida seja por diagnóstico inadequado ou subnotificação dos casos. Ao mesmo tempo em que há uma busca gradativa para o seu enfrentamento, observa-se uma incapacidade institucional para interferir de modo correto, com propósito assistencial e de vigilância no cumprimento da legislação vigente, faltam profissionais de saúde com conhecimento em Toxicologia e treinados para notificar os casos atendidos (PEDROSO; SILVA, 2010).

Segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 1990) a vigilância epidemiológica é um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990). O registro rotineiro de dados sobre saúde, derivados da produção de serviços, ou de sistemas de informação específicos, constituem-se valiosas fontes de informação sobre a ocorrência de doenças e agravos sob vigilância epidemiológica.

O Sinitox foi constituído em 1980, pelo Ministério da Saúde, vinculado à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com o objetivo de criar um sistema abrangente de informação e documentação em Toxicologia e Farmacologia de alcance nacional (BORTOLETTO *et al.*, 1995). Desde 1990, este sistema vem passando por reformulações, visando ao seu aprimoramento como fonte de informação no campo das intoxicações.

Outro sistema fundamental para o registro de intoxicações é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), desenvolvido no início dos anos 90, e alimentado principalmente, pelas notificações e investigações de casos de doenças e agravos, que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. As intoxicações exógenas passaram a ser notificadas pelo Sinan a partir da publicação da Portaria nº 104, de 25 de Janeiro de 2011, do Ministério da Saúde, que define a relação de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória em todo o território nacional, que as incluiu nesta lista (BRASIL, 2011).

Sendo a informação uma estratégia para orientar as intervenções, este estudo objetivou conhecer o perfil epidemiológico das intoxicações por medicamentos, entre os anos de 2005 a 2014, em Campina Grande, utilizando-os para incrementar a discussão sobre Toxicovigilância e sua inserção no Sistema Único de Saúde Brasileiro.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TOXICOLOGIA X EPIDEMIOLOGIA

Historicamente, a Toxicologia tem desempenhado um importante papel na verificação de conclusões tiradas com base em achados epidemiológicos. Assim como a Epidemiologia, a Toxicologia procura contribuir com dados relativos às doenças humanas propondo uma relação de causalidade para a ocorrência de eventos. Dessa forma, ambas cooperam para o melhor entendimento da saúde da população, partindo do conhecimento dos fatores que a determinam e provendo, conseqüentemente, subsídios, planejamento e a promoção de ações para a prevenção das doenças.

Epidemiologia pode ser definida como a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003). Enquanto a Toxicologia atualmente é entendida como a ciência que estuda os efeitos adversos das substâncias químicas sobre os organismos vivos e avalia a probabilidade da sua ocorrência, e que claramente estabelece a análise e a predição de risco como seus componentes integrantes (AZEVEDO, 2010). Essas definições deixam claro que os epidemiologistas e toxicologistas estão preocupados não somente com a incapacidade, doença ou morte, mas, também, com a melhoria dos indicadores de saúde e com maneiras de promover saúde.

A epidemiologia, como a principal ciência de informação de saúde, tem se expressado, nos últimos anos, como essencial às áreas da saúde, caracterizando uma determinada população e desvelando informações passadas como importante fonte para projeções futuras. Por algum tempo imperou a ideia de que a epidemiologia delimitava-se ao estudo de epidemias de doenças transmissíveis. Hoje, é reconhecido que a epidemiologia trata de qualquer evento relacionado à saúde (ou doença) ou ainda agravo da população (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003).

A toxicologia faz-se presente na história da humanidade, desde seus primórdios. Sua área de influência sobre o processo saúde-enfermidade é, sem dúvida muito ampla, estando voltada não apenas à preservação da saúde do homem, como também à qualidade do meio em que vive (CABRERA, CRISTI, SUÁREZ, 1995). As finalidades para esse esforço humano

são muitas, e tem se tornados diversos com o passar do tempo: desde reconhecer o alimento livre de perigos, até pôr em prática a ‘arte’ do envenenamento; desde definir características do tóxico de um envenenamento até prever o grau possível de uma exposição (contato) sem um posterior risco explícito e efeitos (FUKUSHIMA; AZEVEDO, 2008).

Ao se estabelecer a relação entre Toxicologia e ações na esfera da saúde, situa-se inicialmente o foco nas práticas de saúde, especialmente nos aspectos de vigilância. A Toxicovigilância pode ser entendida como o conjunto de medidas e ações que tem por finalidade conhecer a ocorrência e fatores relacionados aos eventos toxicológicos e promover sua prevenção ou controle (GANDOLFI, 2008). O conceito de Toxicovigilância envolve não apenas a constatação do efeito adverso, mas a validação e o acompanhamento dos casos clínicos relacionados à exposição humana aos agentes tóxicos (DESCOTES; TESTUD, 2005).

As primeiras entidades ligadas ao controle das intoxicações surgiram na Europa – Bulgária e Inglaterra. Os Estados Unidos, por volta de novembro 1953, reconheceu formalmente o Centro de intoxicações do “Hospital Presbyterian - St Luke,” o qual seu programa de intoxicação serviu como modelo de prevenção e tratamento para todo o país. Apenas na década de 1970, por iniciativas particulares e desvinculadas de qualquer política pública formal, surgiram os primeiros Centros de Informação Toxicológica no Brasil (AZEVEDO, 2006).

Nos dias atuais, os responsáveis pelo registro das intoxicações e exposições a tóxicos, no Brasil, são a Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (Renaciat), que é coordenada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e composta de 37 unidades, localizadas em 19 estados e no Distrito Federal.

Os Centros de Informação e Assistência Toxicológica - CIATs possuem a função de proporcionar informação e orientação sobre diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações, assim como sobre a toxicidade das substâncias químicas e biológicas e os riscos que elas acarretam à saúde (BOCHNER; SOUZA, 2008). Essas organizações além de estarem baseadas em ações de Toxicovigilância guiam-se por princípios e práticas de toxicologia clínica (GANDOLFI, 2008).

Os CIATs foram criados em momentos e em condições bem diferentes. Sua lógica de criação não foi única e, portanto até hoje guardam muitas diferenças entre si. A distribuição desses Centros no território nacional é desigual e o percentual de cobertura dos Centros em relação à população é muito diferente ao longo do país (BOCHNER, *et al*, 2013).

Desta forma, a vigilância toxicológica em nosso país passa a ser realizada pelos Centros que compõem a Renaciat, cujos dados alimentam o Sinitox, criado em 1980 e vinculado à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sendo esse responsável pela compilação, análise e divulgação dos casos de intoxicação e envenenamentos (BOCHNER; SOUZA, 2008).

Todavia, chama-se a atenção para o fato de que o envio dos dados ao Sinitox pelos Centros não é compulsório, e conseqüentemente, as informações divulgadas por esse Sistema referem-se apenas aos Centros que os enviam espontaneamente, o que acarreta a descontinuidade no processamento desses dados pelo Sistema e dificulta as análises das tendências ao longo de um período.

A publicação da Portaria nº 104, de 25 de Janeiro de 2011, pelo Ministério da Saúde, define a relação de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória em todo o território nacional, incluiu nesta lista intoxicações exógena, passando dessa forma a serem notificadas compulsoriamente através do Sinan (BRASIL, 2011). Esta portaria foi revogada pela Portaria de nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória, e dentre outros, determina a periodicidade em que cada doença ou agravo deve ser comunicado. A notificação das intoxicações será de forma semanal à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente, como também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Desta maneira espera-se obter informações com a real magnitude do problema, atingindo um nível adequado de cobertura em todo o território nacional.

Na construção da Toxicovigilância, a informação é estratégica, elo da assistência com a vigilância, obtendo-se aspectos do caso individual para a lógica da saúde coletiva, no contexto de reorientação de suas ações, conforme o trinômio: informação – decisão – ação. Nesse sentido, registra-se a postura estratégica da vigilância epidemiológica na realização da ação de vigilância da saúde quando do registro da ocorrência do evento toxicológico possibilitando a informação individual como sentinela e no conjunto a análise das tendências (GANDOLFI, 2008).

2.2 TOXICOVIGILÂNCIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Dentre os propósitos mais idealizados pelo SUS, está a perspectiva de intervenção sobre as causas dos problemas de saúde que afetam a população em territórios determinados.

Neste parecer de saúde, as doenças não são assimiladas apenas na sua dimensão individual, mas, sobretudo de maneira coletiva e compreendidas como decorrentes das condições concretas de vida. Este modo de perceber o processo de adoecimento impõe aos gestores dos vários níveis de atenção uma visão aguçada sobre as situações de risco social, ocupacional e ambiental que possam gerar agravos à saúde da população adstrita (MARCONATO, 2009).

A implantação do SUS trouxe a expansão do acesso aos serviços de saúde, especialmente à atenção básica, gerando efeitos positivos na melhora dos indicadores de mortalidade de modo geral. Mudanças se fizeram notar, ao longo dos anos, em outros determinantes da saúde, incluindo a urbanização, fertilidade, educação e redução da pobreza através de programas de transferência de renda condicionada (VICTORA *et al*, 2011).

Houve então, nos últimos vinte anos, a transformação do perfil epidemiológico do Brasil, que segundo o Ministério da Saúde (2004), pode ser expressa pela permanência das doenças do aparelho circulatório como principal causa de morte, pela diminuição da importância das doenças infecciosas, parasitárias e, principalmente, pelo crescimento das neoplasias e das causas externas entre as que se referem dentre outros: acidentes de trânsito, agressões e envenenamentos (BRASIL, 2004).

Mesmo com alterações significativas dos condicionantes da saúde, o índice de morbidade e mortalidade por intoxicação pouco mudou. O mundo da pós-modernidade, com seu consumismo exacerbado, larga produção de resíduos, intensa contaminação química do ambiente, pesado consumo de drogas e de medicamentos, potencializou o aumento dos eventos tóxicos, e tem sido, mais do que em qualquer outra época, criador da necessidade do conhecimento dos dados de intoxicações (AZEVEDO, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 1,5 a 3% da população é intoxicada anualmente. Para o Brasil, isto representa até 4.800.000 novos casos a cada ano (ZAMBOLIM *et al*, 2008), sendo, segundo OMS, 29% de todos os óbitos ocorridos provocados por intoxicação medicamentosa e de 15% a 20% dos orçamentos hospitalares utilizados para tratar complicações causadas pelo mal uso de medicamentos (PEREIRA, 2008).

A dinâmica do perfil epidemiológico das doenças e agravos, o avanço do conhecimento científico e algumas características da sociedade contemporânea têm exigido não só constantes atualizações das normas e procedimentos técnicos de vigilância, como também o desenvolvimento de novas estruturas e estratégias capazes de atender aos desafios que vêm sendo colocados (BRASIL, 2012)

Nesse sentido, é possível observar a importância do problema que, apesar de requerer atenção, ainda está subestimado devido à considerável subnotificação que afeta os serviços de saúde e a tendência do registro de casos agudos.

Um sistema de vigilância constitui-se em atividades de produção de conhecimento baseadas no levantamento e análise sistemática de dados e de intervenção nas situações de risco, não sendo diferente, portanto, da Toxicovigilância. Propõe-se então a Toxicovigilância em consonância com os princípios da Lei nº 8080, no enfoque sistêmico do SUS, tendo como áreas de atuação a assistência, a vigilância e a pesquisa. O foco da ação da saúde deve ser nos indivíduos, sua interação com os produtos e substâncias químicas e suas circunstâncias, que caracterizem causa e contexto (GANDOLFI, 2008)

O primordial para a efetiva estruturação de um serviço de Toxicovigilância é seguir rudimentos fundamentais para sua atuação como: abordagem multidisciplinar dos eventos toxicológicos, possibilitando o desenvolvimento de projetos de prevenção e controle; notificação dos eventos toxicológicos integrada ao Sistema de Vigilância Epidemiológica; priorização de eventos toxicológicos para investigação e controle conforme diagnóstico epidemiológico e possibilidades locais e regionais; sistema de informação que assegure o acesso à informação em todos os níveis do SUS (CENTRO DE VIGILANCIA SANITÁRIA, 2014).

Em outras palavras, as ações de vigilância da saúde devem envolver todos os níveis do sistema, contemplar as funções de coleta de dados, processamento, análise e interpretação, efetuem recomendações, promoção de medidas e ações apropriadas de controle, avaliação de eficácia e efetividade delas e divulgação de informações (BRASIL, 2009).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) municipais devem ser treinadas para o atendimento de eventos toxicológicos mais brandos, uso adequado e seguro de produtos tóxicos, e para a prevenção de intoxicações, pois a Toxicologia Preventiva enquanto programa de saúde pública é tão importante quanto programas de vacinação, materno-infantil e alimentação. A capacitação em Toxicologia e Toxinologia dos profissionais do SUS e a educação permanente são essenciais para a implantação da Toxicovigilância no Sistema Único de Saúde (CENTRO DE VIGILANCIA SANITÁRIA, 2014).

Em 2000 a criação da Anvisa, e a coordenação dos Centros assumida por sua Gerência de Toxicologia, determinou o avanço na redução de agravos no Brasil, considerando a finalidade institucional da Agência de proteger e promover a saúde da população, por meio do controle sanitário. Em 2005, a Anvisa, publicou a primeira regulamentação deste serviço no Brasil, RDC ANVISA nº 19/2005, estabelecendo critérios para a qualificação de um centro e

criando a Renaciat, todavia não se resolveram os problemas estruturais envolvidos em sua existência, dentre eles sua inserção no SUS, seu mecanismo de financiamento e sua institucionalização (BRASIL, 2005).

Em outra tentativa de articular a participação dos Centros no SUS, foi publicada a Portaria GMS 298/2010, que promoveu até 2011 discussões para a elaboração de minuta de Portaria do Ministério da Saúde para formalizar a atuação na área de toxicologia, no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

Contudo, atualmente é ponto pacífico a necessidade de vinculação dos Centros de Informação ao SUS, de maneira a garantir sua continuidade e de assegurar uma prestação de serviços de informação toxicológica pertinente ao usuário e ao próprio Sistema. Dessa forma é necessário a criação de mecanismos que garantam tal inserção. Considerando que a Anvisa, é a instância responsável pela coordenação nacional dos Centros, deve, portanto, responsabilizar-se pela criação e implantação desses mecanismos (AZEVEDO, 2006).

2.3 INTOXICAÇÕES E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.

Intoxicação pode ser definida como destruição de células pela inalação, ingestão, injeção ou absorção de uma substância tóxica ou ainda, como as consequências clínicas e/ou bioquímicas da exposição a substâncias químicas, ou seja, um desequilíbrio orgânico ou estado patológico resultante da exposição a substâncias químicas encontradas no ambiente – plantas, animais peçonhentos ou venenosos, agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso industrial, produtos de uso domiciliar (SCHVARTSMAN, 1999).

Apesar do contato do ser humano com tóxicos se confundir com a sua própria origem, após a Segunda Guerra Mundial, o aperfeiçoamento tecnológico acelerou o ritmo da síntese, produção e distribuição de novas substâncias químicas. O uso intenso e muitas vezes indiscriminado dessas substâncias trouxe súbitas consequências a saúde e ambiente, fazendo com que as intoxicações ocupassem lugar de destaque entre os problemas de saúde pública em todo o mundo (POURMAND, *et al.* 2012).

Entre os mais de 12 milhões de produtos químicos conhecidos, menos de 3.000 causam a maioria das intoxicações acidentais ou premeditadas. Contudo, praticamente qualquer substância ingerida, inalada e injetada em grande quantidade pode ser tóxica (MOTA *et al.*, 2012).

A causa das intoxicações diversifica-se de acordo com a cultura de trabalho de cada país, bem como em função do padrão de uso das mais diversas substâncias. Estima-se que nos Estados Unidos, Inglaterra e Canadá, os medicamentos respondam por mais de um terço das

intoxicações registrados nesses países (MATOS *et al*, 2002). Em relatório anual referente ao ano de 2013, a AAPCC / NPDS, divulgou a predominância dos analgésicos dentre as causas de intoxicações, com os psicotrópicos estando entre as cinco principais substâncias a causar esse mal nos Estados Unidos (MOWRY *et al*, 2014).

No Brasil, dados disponibilizados pelo Sistema Nacional de informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), apontam os medicamentos como principais responsáveis pelas intoxicações humanas desde 1999. Alguns autores mencionam essa prevalência a partir de 1994, com relevante aumento a cada ano (BOCHNER, SOUZA, 2008). Segundo o último relatório do Sinitox, em 2012, os medicamentos mantêm essa posição sendo causadores de 28% das intoxicações humanas, resultando em 101 óbitos em todo o país (Sinitox, 2015).

O perfil nacional se confirma em realidades locais. Ao avaliar os prontuários médicos registrados no Hospital Municipal de Barra das Garças em Mato Grosso (MT), Oliveira e Suchara (2014), observaram que os medicamentos representam os principais agentes responsáveis pelas intoxicações diagnosticadas no período entre 2006 e 2009.

Intoxicações por medicamentos também são predominantes em estudos realizados em diversos Estados do Brasil (DAMAS *et al*, 2009; MAGALHÃES *et al*, 2014; ROSA *et al*, 2015; SANTOS *et al*, 2013).

A região Nordeste do Brasil, diferente da estimativa nacional, tem como agente das intoxicações os animais peçonhentos, e em segundo lugar os medicamentos, apesar do expressivo aumento no número de intoxicações e óbitos por medicamentos nessa região, considerando os dados dos últimos dois anos (2011 e 2012) divulgados pelo Sinitox (SINITOX, 2015)

Um Estudo relativo aos casos atendidos e notificados no Centro de Assistência e Informação Toxicológica de Campina Grande- PB (Ceatox-CG), no período de 2005 a 2007, evidencia a realidade nordestina, em que as intoxicações por animais predominam, ao mesmo tempo em que deixa um alerta para a intensificação das intoxicações por medicamentos que acarretaram 679 casos, correspondendo a 15,3% dos registros desse período (MORAIS *et al*, 2008).

No entanto, pesquisa realizada no Estado da Bahia, entre janeiro de 2008 a dezembro de 2011, constatou 5.467 casos de exposições tóxicas por diversos agentes, em que se pode verificar que os medicamentos foram os principais causadores de intoxicação, sendo responsáveis por 1.213 registros (ALCANTARA *et al*, 2013). Semelhante a esse estudo, o perfil das intoxicações no município de Sobral-Ceará, notificado nos anos de 2007 e 2008,

revelou que os medicamentos também foram os principais responsáveis pelas intoxicações, com 229 casos no período (SILVA FILHO, 2009).

As intoxicações por medicamentos merecem, portanto, ganhar ênfase e destaque nas agendas dos sistemas de Vigilância em Saúde, de modo a melhor delinear o impacto social e de saúde, ocasionado por este evento.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 LOCAL DA PESQUISA

Os dados foram coletados das fichas de atendimento e notificação do Centro de Assistência e Informação Toxicológica de Campina Grande (Ceatox-CG), localizado no Hospital Estadual de Trauma e Emergência Dom Luiz Gonzaga Fernandes (HTEDLGFMF).

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa e exploratória. O Ceatox-CG utiliza as fichas de Investigação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação - Sinan (Anexo A). Os dados epidemiológicos corresponderam aos anos 2005 e 2014 e se encontravam armazenados em um banco de dados do Programa Microsoft Excel.[®]

3.3 VARIÁVEIS ANALISADAS NO ESTUDO

3.3.1 Variáveis Relativas ao Paciente

Tabela 1– Variáveis relativas aos pacientes analisadas no estudo.

Variáveis	Categorias
Gênero	Feminino
	Masculino
Faixa Etária (anos)	0 a 9
	10 a 19
	20 a 29
	30 a 39
	40 a 49
	≥50
Escolaridade	Não se aplica
	Analfabeto
	1ª Grau
	2ª Grau
	Educação Superior

Fonte: Dados da Pesquisa de 2015.

3.3.2 Variáveis Relativas ao Evento Tóxico

Tabela 2– Variáveis relativas ao evento tóxico analisadas no estudo.

Variáveis	Categorias
Zona de Ocorrência	Urbana Rural
Circunstância	Acidente Individual Automedicação Erro de Administração Tentativa de Suicídio/Aborto Uso Terapêutico
Sazonalidade	

Fonte: Dados da Pesquisa 2015.

3.3.3 Variável Relativa ao Agente Tóxico

Foi determinado o grupo de medicamentos responsável pela intoxicação e as associações de medicamentos. Os grupos de medicamentos foram classificados em categorias terapêuticas, segundo o *Anatomical-Therapeutical-Chemical Classification System* (ATC).

3.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS DOS DADOS

Na análise estatística dos dados foi utilizado o Programa SPSS[®] (versão 17.0), considerando um intervalo de confiança de 95% no teste Quiquadrado das associações, e realizada a estatística descritiva das variáveis. Para elaboração dos gráficos e tabelas foi utilizado o programa Microsoft Excel[®] 2007.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo faz parte do projeto maior denominado “Ações educativas de promoção e prevenção das exposições tóxicas a partir da vigilância e assistência em um município paraibano”. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba (CEP/UEPB), sob o protocolo de nº 0046.0.133.000-13. Cumpre desta forma, com as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos, recomendadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), expressas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram atendidos e notificados pelo CEATOX- CG no intervalo dos anos de 2005 a 2014, uma totalidade de 2.360 pacientes com histórico de exposição medicamentosa. Um estudo descritivo das características demográficas destes eventos notificados revelou que se trata de eventualidade tipicamente urbana (89,7%) em que o gênero feminino é predominante (68%), prevalecendo as faixas etárias de 20 a 29 anos (25,6%) e de 10 a 19 anos (24,4%). Foi determinado o grupo dos medicamentos envolvidos nas intoxicações de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Code* – ATC, e assim pode-se observar a predominância das associações medicamentosas (43,2%) seguida das classes N05 - Psicolépticos (23,8%) e N03 - Antiepilépticos (17,2%), conforme a Tabela 3.

Tabela 3– Distribuição dos eventos toxicológicos por grupos de medicamentos, segundo o código ATC, de acordo com gênero, faixa etária e zona , registrados no Ceatox-CG no período de 2005 a 2014.

	Associação		N05		N03		M01A		J01		N06A		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gênero														
Masculino	224	42,7	134	25,6	71	13,5	61	11,6	29	5,5	5	1,0	524	32,0
Feminino	481	43,4	255	23,0	209	18,9	79	7,1	38	3,4	46	4,2	1108	68,0
Subtotal	705	43,2	389	23,8	280	17,2	140	8,6	67	4,1	51	3,1	1632	100,0
Idade(anos)	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0- 9	82	25,2	100	30,7	79	24,2	30	9,2	26	8,0	9	2,8	326	18,0
10-19	185	41,6	107	24,0	85	19,1	40	9,0	11	2,5	17	3,8	445	24,4
20-29	221	47,6	105	22,6	76	16,4	34	7,3	13	2,8	15	3,2	464	25,6
30-39	142	49,3	57	19,8	46	16,0	22	7,6	10	3,5	11	3,8	288	16,0
40-49	105	57,1	38	20,7	16	8,7	14	7,6	4	2,2	7	3,8	184	10,0
≥50	50	46,0	28	25,6	7	6,4	12	11,0	9	8,3	3	2,7	109	6,0
Subtotal	785	43,2	435	24,0	309	17,0	152	8,4	73	4,0	62	3,4	1816	100,0
Zona	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rural	70	36,3	53	27,5	38	19,7	16	8,3	8	4,1	8	4,1	193	10,3
Urbana	713	44,0	380	23,4	270	16,7	138	8,5	66	4,1	54	3,3	1621	89,7
Subtotal	783	43,2	433	23,9	308	17,0	154	8,5	74	4,1	62	3,4	1814	100,0

*ATC- Anatomical Therapeutic Chemical Code: N05-Psicolépticos; N03 -Antiepilépticos; M01A- Antinflamatórios não esteroidais; J01-Antibacterianos; N06A- Antidepressivos.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) a população paraibana é composta em maioria pelo gênero feminino, e têm maior concentração em áreas urbanas, sendo estes, aspectos que podem contribuir para o perfil encontrado em pesquisas locais sobre intoxicações.

Neste estudo foi possível constatar que a intoxicação medicamentosa é um agravo que acomete a população principalmente urbana, apresentando concordância com a realidade nacional e estudos brasileiros (MAIOR; OLIVEIRA, 2012, OLIVEIRA; SUCHARA, 2014, TELES, 2013). Segundo Moraes *et al*, (2008), esse fato se deve, provavelmente, a uma maior concentração de drogarias nas cidades, o que conseqüentemente, colabora para uma facilidade maior na aquisição dos medicamentos e automedicação, prática bastante comum em nosso meio.

Pode-se observar na Tabela 3 que a população feminina foi majoritária, confirmando a maioria das pesquisas em outras partes do país (HOSHINO *et al*, 2009; TELES, 2013). As mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens, o que aumenta as chances de receberem prescrições médicas, as fases do seu ciclo de vida foram 'medicalizados' ao longo do tempo, tornando-as grandes consumidoras de medicamentos (CARVALHO; BARROS, 2013). A este predomínio feminino na utilização de medicamentos, deve-se acrescentar ainda, a maior participação das mulheres nas tentativas de suicídio como um dos fatores para explicar esta expressiva participação neste tipo de intoxicação (MENDONÇA; MARINHO, 2005; BERNARDES, 2010).

Prosseguindo a análise da distribuição dos casos quanto ao gênero (Tabela 3), pode-se perceber que apesar da população feminina ser quase o dobro da masculina neste estudo, em grupos anatômico-terapêuticos específicos há uma mudança desse perfil. As porcentagens de homens e mulheres que sofreram intoxicação por uma associação de medicamentos, quase se igualam, 42,7% e 43,4% respectivamente, enquanto nos grupos Psicolépticos e Antinflamatórios não esteroidais, os homens apresentaram maior tendência a intoxicação do que as mulheres (N05: 25,6% e 23,0%) (M01A: 11,6% e 7,1%).

A intoxicação medicamentosa em crianças é constituída como uma das mais frequentes emergências toxicológicas, sendo esta, demonstrada em vários estudos e em dados nacionais, em que a faixa etária prevalecente é de 1 a 4 anos (SINITOX, 2012). Apesar dessa faixa etária não ser predominante neste estudo, pode-se observar que crianças de 0 a 9 anos, envolveram-se frequentemente com o grupo N05, ou seja, antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos e sedativos, bem como com o grupo N03, Antiepiléticos.

As crianças geralmente são acometidas por intoxicações acidentais, onde inúmeras classes terapêuticas estão envolvidas. No entanto, em crianças entre um e nove anos, os psicofármacos em baixas doses, passa a figurar entre as classes terapêuticas devido à capacidade da criança em alcançar medicamentos utilizados pelos adultos com quem convive. A partir dos nove anos, os psicofármacos apresentam-se em doses maiores, o que parece estar

relacionado com tentativas de suicídio por parte dessa faixa etária (MAIOR; OLIVEIRA, 2012).

As faixas etárias prevalentes neste estudo foram a de 20 a 29 anos (25,6%) e a de 10 a 19 anos (24,5%) não estando compatível com a realidade nacional (SINITOX, 2012), mas em concordância com resultados encontrados por estudos realizados em regiões distintas do país (OLIVEIRA; SUCHARA, 2014, PREMERO *et al*, 2011). A predisposição a intoxicação por uma associação de medicamentos se fez presente, neste estudo, a partir da adolescência, podendo-se observar uma intensificação conforme o aumento da idade, e decaimento a partir dos 50 anos. Nas faixas etárias predominantes os principais grupos de medicamentos responsáveis pelas intoxicações foram os Psicolépticos e Antiepilépticos, contribuindo para uma porcentagem maior de acometidos nas idades entre 10 e 19 anos.

O predomínio de adultos jovens nesta pesquisa se deve possivelmente, ao fato de que corresponde à idade mais produtiva do ser humano, onde o cotidiano leva a utilização de medicamentos de maneira errônea, usando de ações como a automedicação. Esta faixa etária de 20 a 29 anos tem sido abordada em estudos como o grupo mais suscetível a tentativas de suicídio por overdose intencional de medicamentos (BERNADES *et al*, 2010). Essa afirmativa justifica também as circunstâncias encontradas em nosso estudo, em que a principal envolvida nos eventos notificados foi a tentativa de suicídio (61%) seguida de acidente individual (25,2%), conforme a Tabela 4.

Tabela 4- Distribuição dos eventos toxicológicos por grupos de medicamentos, segundo o código ATC, de acordo com circunstância, registrados no Ceatox-CG, no período de 2005 a 2014.

Circunstância	Associação		N05		N03		M01A		J01		N06A		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ten. Suicídio	551	52,3	246	23,3	180	17,1	26	24	9	0,9	42	4,0	1054	61,0
A. Individual	113	25,8	133	30,4	97	22,1	51	11,6	28	6,4	16	3,7	438	25,2
Uso Terap.	42	33,6	15	12,0	5	4,0	41	32,8	21	16,8	1	0,8	125	7,2
Auto Medic.	39	39,8	12	12,2	5	5,1	31	31,6	11	11,2	0	0	98	5,6
Erro Admin.	4	21,1	5	26,3	8	42,1	1	5,3	1	5,3	0	0	19	1,0
Subtotal	749	43,2	411	23,7	295	17,0	150	8,7	70	4,0	59	3,4	1734	100,0

*ATC- Anatomical Therapeutic Chemical Code: N05-Psicolépticos; N03- Antiepilépticos; M01A- Antinflamatórios não esteroidais; J01-Antibacterianos; N06A- Atidepressivos.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Foi observada significância estatística entre o comportamento suicida e gênero feminino ($p=0,009$). Assim, tem-se que o sexo feminino está mais sujeito às intoxicações medicamentosas por tentativa de suicídio. Esse comportamento foi confirmado por Medeiros

(2014) em estudo sobre tentativas de suicídio no Ceatox-CG, em que 78,3% dos indivíduos eram do sexo feminino e 89% utilizaram associação entre diferentes medicamentos.

Analisando as tentativas de suicídio por auto-intoxicação, Bernardes *et al* (2010) verificaram que o uso de diferentes tipos de substâncias medicamentosas correspondia a 42,2% dos casos, sendo encontrada uma porcentagem de 52,3% nesse estudo.

Pacientes que tentam suicídio, geralmente, usam mais de um tipo de substância química - medicamentosa ou não - quando o método é a intoxicação voluntária, uma vez que a maioria das pessoas tem conhecimento de que não se devem misturar medicamentos com outros medicamentos ou substâncias químicas (BERNARDES *et al*, 2010).

Uma importante medida para evitar tentativas de suicídio com o uso de medicamentos é a realização de um eficaz acompanhamento e controle sobre a venda de medicamentos de controle especial em farmácias, drogarias e na distribuição pelo SUS. A oferta de assistência psicológica a pacientes em uso desses fármacos, pelo sistema de saúde, também contribuiria para a redução do número de intoxicações medicamentosas.

A forma de utilização de medicamentos no contexto do Sistema Único de Saúde adquire um papel relevante na promoção do uso racional de medicamentos. A assistência farmacêutica satisfatória deve ser aliada ao suprimento de medicamentos, com seguimento do paciente e educação para o consumo seguro (GANDOLFI, 2008).

Pode-se observar (Tabela 4) que nos acidentes individuais, destacaram-se os Psicolépticos e associação medicamentosa, seguido dos Antiepilépticos como principais responsáveis. Foi encontrada significância estatística entre acidente individual e a faixa etária de 0 a 9 anos ($p= 0,03$), sendo este evento relatado em outros estudos (MAIOR; OLIVEIRA, 2012).

Uma análise das exposições medicamentosas por um único agente demonstrou que os principais envolvidos foram os benzodiazepínicos, Diazepam (8,5%) e Clonazepam (6,1%), barbitúricos como o Fenobarbital (4,1%) e antipsicóticos como o Haloperidol (3,7%). A Tabela 5 mostra uma relação dos principais medicamentos envolvidos nos casos acompanhados no estudo quando utilizado um único agente.

Tabela 5- Principais fármacos envolvidos nos casos de exposição medicamentosa por um único agente dos pacientes atendidos no Ceatox-CG, de 2005 a 2014.

Medicamentos	N	%
Diazepam	201	8,5
Clonazepam	145	6,1
Fenobarbital	97	4,1
Haloperidol	87	3,7
Dipirona	55	2,3
Bromazepam	47	2,0
Carbamazepina	40	1,7
Diclofenaco	38	1,6
Anticoncepcional	36	1,5
Captopril	29	1,2
Amitriptilina	28	1,2
Amoxicilina	26	1,1
Periciazina	26	1,1
Ibuprofeno	25	1,1
Paracetamol	23	1,0
Total de casos	903	61,7

Fonte: Dados da Pesquisa 2015.

Auchewski *et al* (2004) afirma que os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais prescritas no mundo, sendo usados principalmente como ansiolíticos e hipnóticos, mas também possuem ação miorrelaxante e anticonvulsivante.

A predominância dos psicofármacos neste estudo corrobora com levantamentos semelhantes, em que estes se fazem prevalentes nos acidentes tóxicos, sendo destaque os benzodiazepínicos (PREMERO, *et al* 2011; OLIVEIRA; SUCHARA, 2014; ZAMBOLIM, 2008). Se considerar o grupo anatômico em que atuam os fármacos, conclui-se que a grande maioria responsável pelas intoxicações medicamentosas em estudo, são fármacos que atuam ao nível do sistema nervoso central.

A maioria destes medicamentos tem sua venda controlada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 344, onde sua dispensação somente poderá ser efetuado mediante prescrição médica, isto para que haja cuidado efetivo sobre o uso destas drogas, impedindo seu uso abusivo.

Segundo Salvado (2013) os fármacos mais usados nas intoxicações agudas dependem dos hábitos de prescrição e da facilidade de acesso ao tóxico por parte do doente. Assim, o

grupo farmacoterapêutico mais utilizado nas intoxicações medicamentosas agudas são as benzodiazepinas, seguidas pelos antidepressivos e pelos antipsicóticos.

A redução da tolerância humana ao estresse, a grande introdução de novas drogas e hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos, sem dúvida influencia na disponibilidade da droga no meio doméstico, de modo que, propicia o seu uso indevido (AUCHEWSKI *et al* , 2004).

Para Orlandi e Noto (2005) a prescrição médica é um fator de grande importância na manutenção do uso crônico de benzodiazepínicos. A conscientização do prescritor sobre as responsabilidades cabíveis à prescrição como um instrumento de acesso á saúde é um fator primordial no sistema de saúde. Devem-se estar atentos à prescrição abusiva de psicotrópicos, antimicrobianos, entre outros, e às dosagens. Políticas de redução no número de medicamentos prescritos e adoção de formas farmacêuticas mais seguras, como supositórios, também podem ser criadas.

O grau de instrução foi também analisado em contraste com os grupos de medicamentos. Visualizando a Tabela 6, pode-se perceber que prevaleceu o nível de ensino fundamental (32%) quando os casos distribuídos nos principais grupos de medicamentos e que, a medida que a escolaridade evoluiu, aumentou-se a exposição a uma associação de medicamentos no evento tóxico, constando no ensino superior, mais da metade dos indivíduos.

Tabela 6- Distribuição dos eventos toxicológicos por grupos de medicamentos, segundo o código ATC, de acordo com a escolaridade, registrados no Ceatox-CG, no período de 2005 a 2014.

	Associação		N05		N03		M01A		J01		N06A		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	27	42,9	20	31,7	6	9,5	8	12,7	1	1,6	1	1,6	63	3,0
Ens. Fund.	257	44,3	145	25,0	91	15,7	51	8,8	20	3,4	16	2,8	580	32,0
Ens. Med.	165	48,7	60	17,7	56	16,5	34	10,0	9	2,7	15	4,4	339	18,0
Ens. Sup	30	52,6	9	15,8	6	10,5	7	12,3	0	0	5	8,8	57	3,0
Ignorada	239	47,7	120	24,0	77	15,4	28	5,6	20	4,0	17	3,4	501	28,0
Não se aplica	72	25,1	83	28,9	74	25,8	26	9,1	24	8,4	8	2,8	287	16,0
Subtotal	790	43,2	437	23,9	310	17,0	154	8,4	74	4,1	62	3,4	1827	100,0

*ATC- Anatomical Therapeutic Chemical Code: N05-Psicolépticos; N03- Antiepilépticos; M01A- Antiinflamatórios não esteroidais; J01-Antibacterianos; N06A- Atidepressivos.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015

Observou-se falta de informações para esta categoria em grande parte das fichas de notificação. Foi elevado o número de escolaridade ‘Ignorada’, constituindo um empecilho para uma análise mais concreta desses dados.

A escolaridade é um fator que pode influenciar no número de intoxicações medicamentosas registradas. Segundo Souto *et al*, (2013), 72,7% da população estudada quanto a intoxicação medicamentosa, possuíam apenas ensino fundamental, o que é o caso da maioria neste estudo.

Para Oliveira e Suchara (2014), a desinformação e o desconhecimento por parte da população sobre o uso correto de medicamentos pode acarretar risco de intoxicações relacionadas a esses produtos.

Quanto ao prognóstico dos casos acompanhados, percebeu-se uma evolução onde a maioria resultou em cura (90,4%) ou perda de segmento (6,0%). Foram notificadas 8 mortes no período estudado, e cerca da metade deram-se através de associação medicamentosa, como podemos idealizar na Tabela 7.

Tabela 7: Distribuição dos casos de intoxicação humana por grupos de medicamentos, segundo o código ATC, de acordo com a evolução, registrados no CEATOX-GC, no período de 2005 a 2014.

Evolução	Associação		N05		N03		M01A		J01		N06A		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cura	427	42,1	252	24,9	185	18,2	76	7,5	37	3,6	37	3,6	1013	90,4
Ignorada	21	60,0	6	17,1	4	11,4	1	2,9	1	2,9	2	5,7	35	3,2
Óbito	4	80,0	0	0	1	20,0	0	0	0	0	0	0	5	0,4
P.S *	36	53,7	11	16,4	13	19,4	5	7,5	2	3,0	0	0	67	6,0
Subtotal	487	43,5	269	24,0	203	18,1	82	7,3	40	3,6	39	3,5	1120	100,0

*Perda de Seguimento

ATC- Anatomical Therapeutic Chemical Code: N05-Psicolépticos; N03- Antiepilépticos; M01A- Antinflamatórios não esteroidais; J01-Antibacterianos; N06A- Atidepressivos.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015

O tratamento dos casos de intoxicações medicamentosas é realizado com ações de estabilização do paciente, avaliação clínica, prevenção de absorção de compostos tóxicos, aumento da eliminação de tóxicos e/ou seus metabolitos e tratamentos específicos, incluindo antídotos (SALVADO, 2013). Esta conduta pode contribuir para uma evolução boa e desejável em uma intoxicação.

Observou-se que a evolução das intoxicações em outros estudos, foi a cura na maioria dos casos (OLIVEIRA; SHUCHARA, 2014; TELES ,2013; PREMERO *et al*, 2011) sendo compatível com a presente pesquisa. Isso pode ter ocorrido possivelmente devido a assistência em saúde em tempo hábil.

Apesar da baixa letalidade dos medicamentos neste estudo (0,34%), em comparação com a realidade do Nordeste (0,72%), estando um pouco acima da nacional (0,28%) no período de 2005 a 2012, a maioria dos óbitos deram-se através de associação medicamentosa. Muitas vezes as doses isoladas dos fármacos utilizados não são tóxicas, mas, a associação com outros medicamentos e/ou com outras substâncias químicas pode ocasionar, por interação, aumento da toxicidade decorrente da potenciação dos efeitos, com agravamento do quadro clínico, maior período de hospitalização, ou ocorrência de óbito com maior facilidade (TAKAHAMA *et al* , 2014).

Deve-se atentar para a politerapia com neuropsicofármacos, uma vez que, a associação destes, acarreta no aumento da possibilidade de interações medicamentosas em que muitas vezes o mecanismo de ação ou os efeitos colaterais se sobrepõem aumentando a chance de toxicidade (FERNANDES *et al*, 2012).

Quanto a sazonalidade dos casos, na Figura 1 pode-se observar que, em relação ao período do ano, as intoxicações por medicamentos ocorreram com maior frequência e menos variações, nos últimos meses dos anos: Setembro, com a média de 24 casos (dp= 8,52), Outubro, com 21,7 casos em média (dp= 7,18) , Novembro com a média de 21,1 casos (dp=5,13) e Dezembro com 21,4 casos em média (dp = 6).

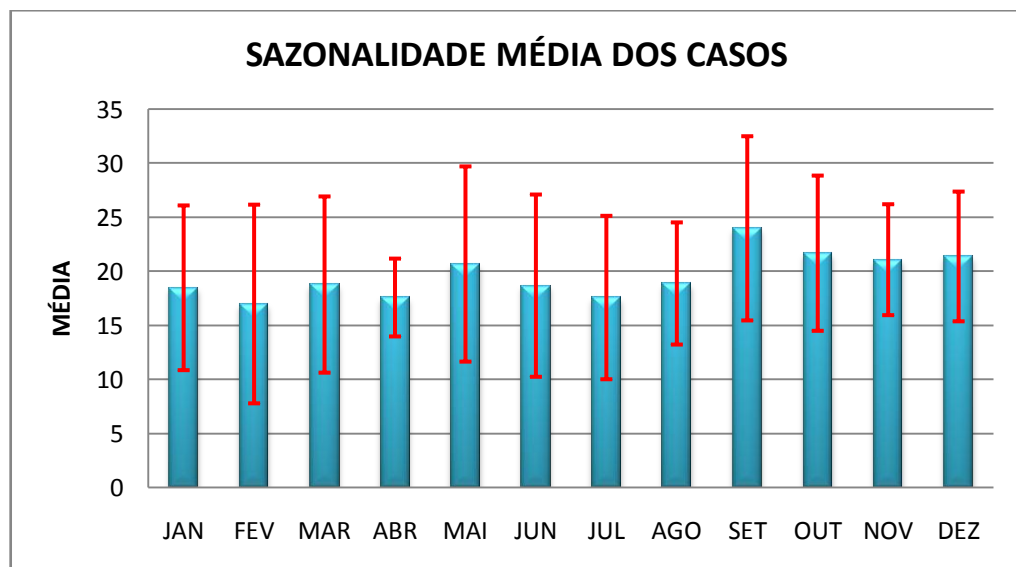


Figura 1- Distribuição dos casos de intoxicação medicamentosa, ao longo dos meses, atendidos no Ceatox-CG, no período de 2005 a 2014. Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

A tendência de aumento das intoxicações medicamentosas nos últimos meses do ano pôde ser também observada em estudo semelhante por Morais *et al*, (2008), embora esteja em

discordância com dados nacionais do Sinitox, em que no ano de 2012 essa inclinação se manteve no primeiro trimestre do ano.

Bando *et al* (2009), relata um maior número de tentativas de suicídio no outono. Essa relação entre a sazonalidade climática e a tentativa de suicídio pode estar associada à produção de serotonina, neurotransmissor relacionado a casos de depressão e de suicídio e ao consequente aumento da agressividade, inclusive a autoagressão.

Embora no presente estudo, as intoxicações tenham ocorrido devido tentativas de suicídio, no Brasil as estações do ano não são bem definidas e marcantes por região, então, torna-se difícil relacionar as variações climáticas às intoxicações medicamentosas por tentativa de suicídio.

5 CONCLUSÃO

Constatou-se que as intoxicações por medicamentos são eventualidades tipicamente urbana, com predomínio do gênero feminino, na faixa etária de 20 a 29 anos e nível de escolaridade Ensino Fundamental. As circunstâncias prevalentes foram tentativas de suicídio e acidente individual com predomínio de associações medicamentosas, seguida das classes Psicolépticos e Antiepilépticos. Os benzodiazepínicos, como o Diazepam e o Clonazepam, foram os fármacos mais envolvidos nos eventos tóxicos ocasionados por um único agente. A evolução da maioria dos casos foi a cura, sendo relatados 8 óbitos no período.

Fazem-se necessárias intervenções em todos os grupos populacionais, assegurando o uso correto e racional de medicamentos, bem como a disponibilidade da assistência psicológica para pacientes com diagnóstico de transtornos emocionais e risco de comportamento suicida.

A intervenção do profissional farmacêutico no controle da dispensação de neuropsicofármacos, é primordial para a prevenção de reações adversas e possíveis intoxicações, principalmente em pacientes sob politerapia.

A sensibilização e capacitação de equipes do Programa Saúde da Família e agentes comunitários de saúde quanto ao uso racional de medicamentos e intoxicações são cruciais para o posterior desenvolvimento de ações educativas para a população. A oferta de palestras temáticas na comunidade por esses profissionais, criação de materiais educativos como cartilhas, cartazes e folders, são fundamentais para a compreensão e conscientização do público.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF POISON IN DRUGS IN CAMPINA GRANDE

ABSTRACT

The drugs are presented as the main toxic agent notified by Poison centers in countries like the US and Brazil. This study aimed to evaluate the epidemiological profile of drug human poisoning, met in Ceatox-CG, in the period 2005 to 2014 and use it to enhance the discussion of toxicological and their inclusion in the Unified Health System (SUS) of Brazil. It is a transversal and descriptive study with quantitative and exploratory approach. Epidemiological data were collected through the records of patients admitted with history of exposure and / or drug intoxication at the Trauma Hospital and Emergency Campina Grande. The variables analyzed were related to the event (seasonality, occurrence area, circumstance), the affected people (sex, age and education) and the toxic agent (drug group). In the statistical analysis we used the SPSS program (version 17.0). It was found that it is typically urban event (89.7%) with female predominance (68%), between 20 and 29 years (25.6%), with schooling of primary education (32%). The prevailing condition it was attempted suicide (61%) by combination therapy (43.2%) followed by Psycholeptics classes (23.8%) and antiepileptics (17.2%). Benzodiazepines such as diazepam (8.5%), and clonazepam (6.1%) were the most involved in drug poisonings caused by a single agent. Developments in most cases was the cure (90.5%), and reported 8 deaths (0.34%). The profiled in this work is of great importance for the optimization, planning and implementation of actions to prevent poisoning in all population groups.

Keywords: Intoxication. Medications. Epidemiology

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, N. D. F. et al, Avaliação das intoxicações no Estado da Bahia: um estudo epidemiológico. **Revista de Biologia e Farmácia, Biofar**, v. 9, n. 1, p. 160-166, 2013.
- AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 24-31, 2004
- AZEVEDO, F. A. A Toxicologia e o Futuro. **Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade**, v.3, n3, 2010.
- AZEVEDO, J. L. S. **A importância dos centros de informação e assistência toxicológica e sua contribuição na minimização dos agravos à saúde e ao meio ambiente no Brasil**. 2006. 247f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Gestão Ambiental) Centro de Desenvolvimento Sustentável. Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- BANDO, D. H. et al. Seasonality of suicide in the city of Sao Paulo, Brazil, 1979-2003. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 2, p. 101-105, 2009.
- BERNARDES S. S.; TURINI C. A.; MATSUO T. Perfil das tentativas de suicídio por overdose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 7, p. 1366-1372, 2010.
- BOCHNER, R. et al. Qualidade da informação: a importância do dado primário, o princípio de tudo. 2013. Disponível em: < <http://200.20.0.78/repositorios/handle/123456789/964>> Acessado em: 05 de Agosto de 2015.
- BOCHNER, R.; SOUZA, V. M. F. A. Panorama das Intoxicações e Envenenamentos Registrados no Brasil pelo Sistema Nacional de Informações (Tóxico-Farmacológicas SINITOX). **Revista Racine**, v.106, n. 5, p. 44-58, 2008.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 19, de 3 de fevereiro de 2005. Determina a criação da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica - RENACIAT. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, de 04 de Fevereiro de 2005, p. 39.
- _____. Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Brasil, 1990, p. 18055.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, DF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos

profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 26 de Janeiro de 2011, p. 37.

_____. Portaria nº 1271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acessado em: 02 de Maio de 2015.

_____. Portaria nº 298, de 9 de fevereiro de 2010. Institui Grupo de Trabalho para elaboração de diretrizes para as atividades de toxicologia relacionadas à vigilância e atenção à saúde no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0298_09_02_2010_rep.html> Acessada em: 12 de Agosto de 2015.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental **Documento Orientador para a Implementação da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos**. 2012. 133f. 1. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004, uma análise da situação de saúde**. 2004. 364 f. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 2009. 816f. Brasília, 2009.

BORTOLETTO, M.E.. et al. Avaliação da rede brasileira de Centros de Controle de Intoxicações e Envenenamentos CCIEs. **Cad Saúde Pública**, v. 11, n. 4, p. 560-78, 1995.

CABRERA, J.M.; SUÁREZ, O. P; CRISTI, R. B. P. La toxicología en la atención primaria de salud. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v. 11, n. 3, p. 291-295, 1995.

CARVALHO, M. N.; BARROS, J. A. C. Propagandas de medicamentos em revistas femininas. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 76-83, 2013.

CENTRO DE VIGILANCIA SANITÁRIA. Caderno de Toxicovigilância I. Manual do Sistema Estadual de Toxicovigilância do Estado de São Paulo. 119f. v.1, 2 revisão, 2014.

DAMAS, F. B. et al. Tentativas de Suicídio Com Agentes Tóxicos: Análise Estatística dos Dados do CIT/SC (1994 a 2006) – parte 2. **Revista Brasileira de Toxicologia**, v.25, n.1-2, p.41-48, 2012.

DESCOTES, J.; TESTUD, F. Toxicovigilance: A new approach for the hazard identification and risk assessment of toxicants in human beings. **Toxicology and Applied Pharmacology**, v. 207, n. 2, p. 599-603, 2005.

FERNANDES, M. A. et al, Interações medicamentosas entre psicofármacos em um serviço especializado de saúde mental. **Comissão de Publicação**, p. 9, 2012.

FUKUSHIMA, A. R.; AZEVEDO, F. A. História da Toxicologia. Parte I – breve panorama brasileiro. **Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade**, v.1, n.1, 2008.

GANDOLFI, E. **Eventos toxicológicos como problema de saúde pública** : informação, ações estratégicas e modelo de toxicovigilância para o Sistema Único de Saúde. 2007. 213f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas -SP, 2008.

HOSHINO, S. S. N. Intoxicações medicamentosas em Belém registradas nos 10 anos do Centro de informações toxicológicas de Belém. **Rev. para. med**, v. 23, n. 1, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS, 2010. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250400&search=||info%r%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>

KLIGERMAN, I. D.C; SOUZA, C. P. F. A.; OLIVEIRA, J. L. M.. Avanços e Desafios em Normatização de Amostras Grátis de Medicamentos no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p. 871-883, 2014.

LESSA, M. A.; BOCHNER, R. Análise das internações hospitalares de crianças menores de um ano relacionadas a intoxicações e efeitos adversos de medicamentos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**.v. 11, n. 4, p.660-74, 2008.

MAGALHÃES, A. P. N. et al. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 1, p. 16-22, 2014.

MARCONATO, A. A. M. **Implantação da Notificação de Acidente de Trabalho e Doença relacionada ao Trabalho na região de Tupã: uma análise a partir dos resultados da Capacitação realizada pelo Grupo de Vigilância Sanitária** – GVS.XIX – Marília, 2009. 48 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização na Área de Saúde do Trabalhador) – Universidade Estadual Paulista –UNESP de BOTUCATU

MARGONATO, F. B.; THOMSON, Z ; PAOLIELLO, M. M. B. Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.24. n. 2, p. 333-341, 2008.

MAIOR, M. C. L. S.; OLIVEIRA, N. V. B. V. Intoxicação medicamentosa infantil: um estudo das causas e ações preventivas possíveis. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 93, n. 4, p. 422-430, 2012.

MATOS, G. C.; ROZENFELD, S.; BORTOLETTO, M. E. Intoxicações medicamentosas em crianças menores de cinco anos. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. v. 2, n.2, p.167-76, 2002.

MARTÍNEZ, C. J.; POMIER, S. O.; PÉREZ, C. R. B. La toxicología en la atención primaria de salud. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v. 11, n. 3, p. 291-295, 1995.

MEDEIROS, A. L. B. Análise dos casos de tentativa de suicídio por uso de medicamentos em um município paraibano. Trabalho de Conclusão de Curso (Farmácia Generalista) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

MENDONÇA, R. T.; MARINHO, J. L. Discussão sobre intoxicações por medicamentos e agrotóxicos no Brasil de 1999 a 2002. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 2, n. 2, p. 45-63 2005.

MORAIS, I. C. O. et al. Perfil epidemiológico das intoxicações medicamentosas registradas pelo Centro de Assistência e Informação Toxicológica de Campina Grande (PB) no período de 2005 a 2007. **Revista Brasileira de Farmácia**, v.89, n.4, p.352-357, 2008.

MOTA, D. M. et al. Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2005: retrato de uma década. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n.1, p.61-70, 2012.

MOWRY, B. J. et al , 2013Annual Report of the American Association of Poison Control Centers National Poison Data System (NPDS): 31st Annual Report. **Clinical Toxicology**. v. 52, p.1032–1283, 2014.

OLIVEIRA, D. H.; SUCHARA E. A. Intoxicações medicamentosas em hospital público de Barra das Garças-MT, no período de 2006 a 2009. **Revistas Ciências Médicas Biologia**, Salvador, v. 13, n. 1, p. 55-59, 2014.

ORLANDI P, NOTO AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Revista Latino-americano de Enfermagem**, v.13, p.896-902, 2005.

PEDROSO, J.A. R.; SILVA, C. A. M. O nefrologista como consultor ante a intoxicação aguda: epidemiologia das intoxicações graves no Rio Grande do Sul e métodos. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.32, n.4, p. 342-351, 2010.

PEREIRA, J. R. et al. Riscos da automedicação: tratando o problema com conhecimento. **Universidade da Região de Joinville**, 2008.

POURMAND, A. et al. A survey of poison control centers worldwide. **Daru Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 20, n. 1, p. 13, 2012.

PREMERO, P. F. et al. Ocorrência de intoxicações medicamentosas no ano de 2009 em Maringá – PR. In: VII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar, 2011, Maringá. **Anais Eletrônicos: CESUMAR**, Maringá, 2011. Disponível em: <[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/silvana_lorenzi_vizoni\(2\).pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/silvana_lorenzi_vizoni(2).pdf)>

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**.Rio de Janeiro: Medsi, 6 ed.p. 17-35, 2003.

ROSA, N. M., et al. Intoxicações associadas às tentativas de suicídio e suicídio. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v.9, n.2, p.661-8, 2015.

SALVADO, A. S. S. **Caracterização de intoxicações medicamentosas no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE**. 2013.136f. Relatório (Obtenção de grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas) Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2013.

SANTOS, S. A. et al. Suicídios e tentativas de suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro: análise dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, 2006-2008. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 376-387, 2013.

SCHVARTSMAN, C.; SCHVARTSMAN, S. Intoxicações exógenas agudas. **Jornal de Pediatria** - v. 75, n.2, 1999.

SILVA FILHO, J. **Intoxicações exógenas no município de Sobral-Ceará sob a ótica da Vigilância Sanitária**. 2009. 41f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Vigilância Sanitária)- Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2009.

SINITOX, Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológica. Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz. Estatística Anual de Casos de Intoxicação e Envenenamento. 2011, 2012. Disponível em: < <http://www.fiocruz.br/sinitox>>. Acesso em 15 de mar. de 2015.

SOUTO et al. Intoxicações Medicamentosas em Araucária – PR. **Revista Uniandrade**, v.13, n.3. p. 210-220, 2013.

TAKAHAMA et al. Perfil das exposições a medicamentos por mulheres em idade reprodutiva atendidas por um Centro de Informações Toxicológicas. **Ciência Saúde Coletiva**. v.19, n. 4, 2014.

TELES, A. S. et al. Papel dos medicamentos nas intoxicações causadas por agentes químicos em município da Bahia, no período de 2007 a 2010. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. v.34 n.2 p. 281-288, 2013.

TELLES FILHO, P. C. P. et al. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 581-586, 2011.

VIANA NETO, A. M. et al. Aspectos epidemiológicos da intoxicação por medicamentos em crianças e adolescentes atendidos no centro de assistência toxicológica do estado do Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 388, 2012.

VICTORA, Cesar G. et al. Saúde no Brasil 6: Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 90-102, 2011.

ZAMBOLIM C. M. et al. Perfil das intoxicações Exógenas em um Hospital Universitário. **Revista Médica de Minas Gerais**. v.18 n.1 p.5-10, 2008.

ANEXOS

ANEXO A – Ficha de Investigação do Sinan, para intoxicação exógena.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO		Nº		
Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação			
	2 Agravado/doença INTOXICAÇÃO EXÓGENA		Código (CID10) T 65.9			
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)			
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		
14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica			15 Número do Cartão SUS			
			16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso					
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação			
	33 Situação no Mercado de Trabalho 01 - Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06 - Aposentado 10 - Trabalhador avulso 03 - Autônomo/ conta própria 07 - Desempregado 11 - Empregador 04 - Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12 - Outros 99 - Ignorado					
	34 Local de ocorrência da exposição 1. Residência 2. Ambiente de trabalho 3. Trajeto do trabalho 4. Serviços de saúde 5. Escola/creche 6. Ambiente externo 7. Outro 9. Ignorado					
Dados da Exposição	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência			36 Atividade Econômica (CNAE)		
	37 UF	38 Município do estabelecimento	Código (IBGE)	39 Distrito		
	40 Bairro		41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)			
	42 Número	43 Complemento (apto., casa, ...)		44 Ponto de Referência do estabelecimento		
	45 CEP					
	46 (DDD) Telefone		47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	48 País (se estabelecimento fora do Brasil)		
Intoxicação Exógena Sinan NET SVS 09/06/2005						

ANEXOS (continuação)

Dados da Exposição	49	Grupo do agente tóxico/Classificação geral				
		01. Medicamento 05. Raticida 09. Produto químico de uso industrial 13. Alimento e bebida	02. Agrotóxico; uso agrícola 06. Produto veterinário 10. metal 14. Outro	03. Agrotóxico/uso doméstico 07. Produto de uso Domiciliar 11. Drogas de abuso 99. Ignorado	04. Agrotóxico/uso saúde pública 08. Cosmético/higiene pessoal 12. Planta tóxica	
	50	Agente tóxico (informar até três agentes) Nome Comercial/popular		Princípio Ativo		
		1 - _____	2 - _____	3 - _____	1 - _____	2 - _____
		2 - _____			3 - _____	
		3 - _____				
	51	Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização				<input type="checkbox"/>
		1. Inseticida 6. Preservante para madeira	2. Herbicida 7. Outro _____	3. Carrapaticida 8. Não se aplica	4. Raticida 9. Ignorado	5. Fungicida
	52	Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual				1ª Opção: <input type="checkbox"/>
		01- Diluição 02- Pulverização 03- Tratamento de sementes 04- Armazenagem	05- Colheita 06- Transporte 07- Desinsensibilização 08- Produção/formulação	09- Outros 10- Não se aplica 99- Ignorado		2ª Opção: <input type="checkbox"/> 3ª Opção: <input type="checkbox"/>
	53	Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura				
	54	Via de exposição/contaminação			1ª Opção: <input type="checkbox"/>	
		1- Digestiva 2- Cutânea 3- Respiratória	4- Ocular 5- Parenteral 6- Vaginal	7- Transplacentária 8- Outra 9- Ignorada	2ª Opção: <input type="checkbox"/> 3ª Opção: <input type="checkbox"/>	
	55	Circunstância da exposição/contaminação				<input type="checkbox"/>
		01- Uso Habitual 06- Erro de administração 11- Tentativa de aborto	02- Acidental 07- Automedicação 12- Violência/homicídio	03- Ambiental 08- Abuso 13- Outra: _____	04- Uso terapêutico 09- Ingestão de alimento ou bebida	05- Prescrição médica inadequada 10- Tentativa de suicídio 99- Ignorado
	56	A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação?		57 Tipo de Exposição		<input type="checkbox"/>
	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		1- Aguda - única 4- Aguda sobre Crônica	2- Aguda - repetida 9- Ignorado	3- Crônica <input type="checkbox"/>	
Dados do Atendimento	58	Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9- Ignorado		
	59	Tipo de atendimento		60 Houve hospitalização?	61 Data da internação	62 UF
		1- Hospitalar 4- Nenhum	2- Ambulatorial 9- Ignorado	3- Domiciliar	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	____/____/____
	63	Município de hospitalização	Código (IBGE)	64	Unidade de saúde	Código
Conclusão do Caso	65	Classificação final				<input type="checkbox"/>
		1 - Intoxicação confirmada 4 - Outro Diagnóstico	2 - Só Exposição 5 - Síndrome de abstinência	3 - Reação Adversa 9 - Ignorado		
	66	Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico				CID - 10
		____				____
	67	Critério de confirmação		68	Evolução do Caso	
	1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico	3 - Clínico	1 - Cura sem sequela 4 - Óbito por outra causa	2 - Cura com sequela 5- Perda de seguimento	3 - Óbito por intoxicação exógena 9- Ignorado	<input type="checkbox"/>
	69	Data do óbito		70	Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT.	
	____/____/____	1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado		<input type="checkbox"/>	71	Data do Encerramento
					____/____/____	

Informações complementares e observações

Observações:

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
	Intoxicação Exógena	Sinan NET	SVS 09/06/2005