



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I -
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FARMÁCIA**

VITOR DO NASCIMENTO MACHADO

**INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO DE UM CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA
TOXICOLÓGICA**

**CAMPINA GRANDE
2017**

VITOR DO NASCIMENTO MACHADO

**INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO DE UM CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA
TOXICOLÓGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Farmácia (Generalista).

Orientador (a): Prof. D.ra Sayonara Maria Lia Fook.

Co-orientador (a): Elaine Cristina Araújo Medeiros de Souza Rodrigues

**CAMPINA GRANDE
2017**

É expressamente proibido 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 do trabalho.

M149i Machado, Vitor do Nascimento.

Intoxicação medicamentosa na adolescência [manuscrito] : perfil epidemiológico de um Centro de Informação e Assistência Toxicológica / Vitor do Nascimento Machado, Elaine Cristina Araújo Medeiros de Souza Rodrigues. - 2017.

33 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Profa. Dra. Sayonara Maria Lia Fook, Coordenação do Curso de Farmácia - CCBS."

1. Intoxicação medicamentosa. 2. Toxicologia. 3. Epidemiologia.

21. ed. CDD 615.9

VITOR DO NASCIMENTO MACHADO

INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO DE UM CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA
TOXICOLÓGICA

Artigo apresentado ao Departamento de
Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Farmácia (Generalista).

Área de concentração: Toxicologia.

Aprovada em: 06/12/2017.

BANCA EXAMINADORA


Profª. D.ra Sayonara Maria Lia Fook (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Profª. D.ra Ivana Maria Fechine
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


M.e Mayrla de Sousa Coutinho
Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Enfermeira no Centro Cirúrgico do Hospital Geral, Clínica e Pronto Socorro Infantil (CLIPSI)

A minha mãe e irmã, pela dedicação, companheirismo
e amizade, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Profª. D.ra Sayonara Maria Lia Fook, coordenadora do Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Campina Grande, por seu empenho, exemplo e dedicação, bem como pela orientação, correções e sugestões de leitura.

A enfermeira e mestranda em saúde pública Elaine Cristina Araújo Medeiros de Souza Rodrigues, pela co-orientação, sugestões construtivas de modificações e indicações de leituras, assim como pelo exemplo de profissionalismo e competência.

Aos professores que compõe a coordenação do Centro de Assistência Toxicológica de Campina Grande, em especial, M.e Nícia Stellita da Cruz Soares que contribuiu imensamente não só no período do estágio no CIAT-CG, mas durante a formação acadêmica.

Aos colegas de classe e de outros cursos pelos momentos de amizade e apoio.

A Universidade Estadual da Paraíba por ter disponibilizado o acesso ao conhecimento e a formação profissional por meio da estrutura física e organizacional, ao passo dos recursos humanos especializados; em especial aos docentes do departamento de farmácia por sua competência profissional e empenho no professorado.

“É na adolescência (um segundo parto, um nascer da família para entrar na sociedade) que as dificuldades e problemas podem se alterar, além de mudarem de qualidade (Içami Tiba, 2009).”

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 METODOLOGIA.....	12
3 RESULTADOS	13
4 DISCUSSÃO	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
RESUMÉN	24
REFERÊNCIAS	25
ANEXO A	31

INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UM CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA

Vitor do Nascimento Machado*

RESUMO

A adolescência constitui uma fase de transição entre a infância e a maturidade, caracterizada por profundas transformações bio-psico-sociais, em que se experimentam novas sensações e experiências, e pode tornar o indivíduo vulnerável ao uso de substâncias psicoativas e possíveis danos associados a este consumo. O objetivo desse estudo foi descrever o perfil epidemiológico das intoxicações medicamentosas em adolescentes, atendidas e notificadas pelo Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Campina Grande-PB (CIAT-CG). Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo dos casos de intoxicação por medicamentos registrados com indivíduos entre 10 e 19 anos, no período de 2015 e 2016. Os dados foram coletados da Ficha de Notificação Individual por Intoxicação Exógena do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Posteriormente, procedeu-se a tabulação e análise dos dados no *software Microsoft Office Excel 2007*, onde foram calculadas as frequências absolutas e percentuais, apresentadas em tabelas e gráficos. Ainda houve, utilizando o mesmo software, a aplicação do Teste do qui-quadrado com significância de 0,05. No período estudado, registrou-se 138 casos de intoxicações medicamentosas em adolescentes. Constatou-se alta incidência das tentativas de suicídio (70,29%; n=97) e do abuso dessas substâncias (7,97%; n=11). Quando aplicado o teste qui quadrado clássico com a correção de Yates, enfocando sexo e circunstância, obteve-se p-valor=0,8492 e $X^2=0,2629$, demonstrando não associação entre as variáveis. Contudo, os resultados encontrados apontam para a necessidade urgente de medidas educacionais interventivas e de caráter multifacetado nos ambientes onde se encontram uma grande concentração de adolescentes.

Palavras-Chave: Intoxicação. Perfil Epidemiológico. Adolescência.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) descrevem a adolescência como um período de desenvolvimento biológico, cognitivo e social, que abrange o intervalo de tempo entre os 10 aos 19 anos de idade. Todavia, sociologicamente a adolescência inicia-se antes dos dez anos com o começo da maturação sexual e se finda com a maturidade típica da vida adulta, expressa principalmente com a

* Aluno de Graduação em Farmácia Generalista na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: vitordonascimento@ymail.com

desvinculação e independência dos familiares, fato que é mais visível no aspecto econômico (DAVIM et al., 2009).

A adolescência constitui-se um período de vulnerabilidade, por se tratar de um processo que proporciona ao indivíduo experiências anteriormente não vivenciadas. Essas mudanças estão intrinsecamente relacionadas com a atuação de diversos sistemas orgânicos, principalmente dos órgãos neuroendócrinos. Ocorrem também transfigurações psíquicas e comportamentais, oriundas do rompimento e perda gradual das características infantis, bem como ocorre o desligamento dos referenciais antes obtidos, principalmente por seus genitores ou representantes, fazendo com que o indivíduo, a partir de agora, busque por novas referências e vínculos no meio social em que está inserido.

Essas mudanças constituem a fragilidade peculiar dessa fase, pois, as perdas ocorridas e o novo processo de vinculação e referenciamento produz sofrimento e angústia aos adolescentes em variados graus. Conseqüentemente (podendo estar aliado a fatores biológicos pré-existent) abre espaço para o surgimento de psicopatologias, como a depressão, paranoias e as tentativas de suicídio (BIAZUS; RAMIRES, 2012).

No entanto, essas alterações são necessárias ao processo do amadurecer e a chegada, de fato, na vida adulta; desde que o indivíduo que passa por esse período tenha o apoio e o acompanhamento dos familiares e de profissionais especializados, como educadores pedagógicos e psicólogos. Durante o adolescer ocorre uma espécie de projeção do indivíduo com relação ao meio que o circunda, procurando estabelecer referências e liames para a construção de sua identidade e individualização; a família, nesse contexto, se constitui um fator de alta influência, pois, além da própria exemplificação, tomadas como alusão pelos jovens, são necessários o apoio e a compreensão para com os comportamentos apresentados por eles, sem levar a cabo medidas punitivas severas (HILDEBRANDT; ZART; LEITE, 2011).

Ainda tratando-se dos problemas que emergem no adolescer, destaca-se a tentativa ou, de fato, o suicídio. O suicídio no geral é um tema complexo com denotações multifacetadas - por tratar-se de um assunto que abrange várias áreas de conhecimento - e de difícil compreensão integral da causalidade. O comportamento suicida envolve três fases: a ideação (pensamentos com inclinações sobre o assunto e até o desenvolvimento de estratégias), as tentativas e o suicídio concretizado (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013; KUCZYNSKI, 2014).

Ao analisar os anos anteriores em busca de um ponto conceitual e observacional em que inicialmente foram registrados relatos de suicídio na adolescência, atenta-se que Casper, em meados de 1788 a 1797, descreveu ocorrências de suicídios por crianças e adolescentes na Prússia. Em 1877 o sociólogo francês Durkheim analisou as ocorrências de suicídios em

países europeus como a Alemanha (Baviera), Suíça, a então Prússia, entre outros; observou que havia um elevado índice de suicídios entre protestantes, entre aqueles que apresentavam desvinculação familiar e uma queda dos índices em períodos de guerras e revoltas políticas. Durkheim descreveu que o protestantismo por apresentar o hábito do livre exame e práticas pouco comuns, proporcionava uma menor ligação à igreja pelo indivíduo, facilitando o isolamento; também visualizou que indivíduos com vínculos familiares (cônjuges e filhos) apresentavam menor índice de suicídios em comparação aos celibatários e aos viúvos; em períodos de guerras e revoltas, como os ânimos e sentimentos estavam unidos em prol de uma única causa, houve menor índice de suicídios. Porém não se tratava de um problema local, abarcava o mundo. Os registros em outros países ainda não haviam sido desenvolvidos e com o passar dos anos e avanço das pesquisas, notou-se que as faixas etárias que apareciam com frequência nos maiores índices de tentativas e de suicídio concretizado eram aquelas que abrangiam a adolescência e a vida adulta jovem (BOUDON, 1995; BRAGA; DELL'AGLIO, 2013; FRIEDRICH *apud* KUCZYNSKI, 2014).

Nesse contexto vale ressaltar a atuação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação no registro e organização dos dados relacionados a essa problemática no Brasil. O SINAN foi idealizado e implantado de forma gradual no início da década de 90, com o objetivo de padronizar as informações geradas dos agravos ocorridos no país, bem como compilar esses dados e os dispor de maneira que o perfil das morbidades ficasse claro e acessível para que estudos epidemiológicos pudessem ser realizados e também medidas de intervenção sobre problemas salientes. A fomentação deste sistema passou a ser obrigatória para todas as unidades federadas a partir do ano de 1998, nas três esferas de governo, sob a tutela da Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS). Entre os agravos notificados pelo SINAN encontram-se os acidentes com animais peçonhentos e as intoxicações de modo geral (LAGUARDIA et al., 2004; BRASIL, 2007; ARAÚJO; SILVA, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2015 houve a incidência de cerca de 6,3 casos de suicídios a cada 100.000 habitantes no Brasil, sendo a prevalência de 9,8 indivíduos do sexo masculino e 2,3 do feminino. Com relação às estimativas mundiais em 2015, esta foi a segunda maior causa de morte em indivíduos que compõem a faixa etária dos 15 aos 29 anos de idade. A OMS ainda estima que o número de tentativas de suicídio ultrapasse em cerca de 20 vezes o valor da ação propriamente concretizada. (OMS, 2010; OMS, 2017).

Os suicídios no Brasil são documentados como Declaração de Óbito (DO) e são arquivados no banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, servindo de base para estudos epidemiológicos e censitários. Todavia, existem evidências de sub-registros dos óbitos ocorridos em algumas regiões do território nacional. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indica que, com relação às projeções demográficas, existe certa incongruência entre os óbitos registrados em cartórios, o censo demográfico e as informações compiladas do SIM. Aliado a esse sub-registro e subnotificação estão outros fatores que dificultam o registro fidedigno dos suicídios, como por exemplo, o constrangimento por parte de familiares (por motivos religiosos, culturais, sociais, etc) que instam para que o registro da ocorrência não conste como suicídio, apresentando-se como causa indeterminada ou outras que dificultem a interpretação e registro corretos. Segundo Paulino (2011) ao analisar os óbitos relacionados às intoxicações, entre os anos de 2005 a 2010, observou-se que havia uma subnotificação no país que poderia estar relacionada à falha no repasse (por alguns CIATs) das informações aos órgãos reguladores competentes (PAULINO, 2011; IBGE, 2013; BOTEAGA, 2014; SILVA, 2017).

Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 2014 foram registrados 310 casos de intoxicações envolvendo adolescentes, deste número, 95 casos (30,65%) foram relacionados à intoxicação medicamentosa. No ano supracitado foram registrados 95 casos de tentativas de suicídio nesta faixa etária, porém, envolvendo medicamentos a incidência foi de 51 casos (16,45%) (SINAN, 2017).

Alguns autores comprovam que o índice de óbitos relacionado a jovens que cometeram suicídio está alcançando, ou até já sobrepuja, os níveis de óbitos provocados pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e que com o passar dos anos os números apenas aumentam. Diante de todas essas informações é fácil perceber que se trata de um problema de saúde pública não apenas nacional, mas a nível mundial e que nos últimos anos vem tomando dimensões cada vez maiores, podendo ser consideradas como epidêmicas (MELLO-SANTOS, BERTOLOTE; WANG, 2005; BERTOLOTE, 2012; SILVA, 2017).

Vários autores confluem, em suas análises, que dentre os meios mais utilizados para obter o suicídio encontra-se o uso de medicamentos; como a adolescência constitui uma das faixas etárias preponderantes nesse problema percebe-se que há uma associação entre a tentativa de suicídio e o uso desses produtos para a finalidade supracitada. Também há evidências demonstradas, em estudos, sobre o uso de medicamentos psicotrópicos para lograr êxito no suicídio, sendo estes geralmente adquiridos por ocorrência de um distúrbio psíquico pré-instalado do indivíduo (necessitando do uso destes fármacos), pelo fato de alguém fazer

uso na residência ou até mesmo por influências externas dos grupos de pares (HILDEBRANDT; ZART; LEITE, 2011; MARQUES, 2012; CACHÃO; OLIVEIRA; RAMINHOS, 2017).

Outro fator que justifica os altos índices de intoxicações medicamentosas em adolescentes, relaciona-se ao ato da automedicação. Geralmente relacionada à falta de informações e medidas educacionais eficazes sobre as graves consequências que podem ocorrer pelo uso irracional dos fármacos, fatores como influência da mídia, indicação pelos pais, amigos, balconistas de farmácia e até mesmo por farmacêuticos, facilidade de acesso, entre outros, estão entre os que predispõem essa prática. (SILVA et al., 2009; BARBOSA; BOECHAT, 2012).

A portaria de nº 1876 de 14 de agosto de 2006, promulgada pelo Ministério de Saúde, apresenta as diretrizes para programas de prevenção ao suicídio, levando em consideração o aumento da taxa anual de suicídios no Brasil e no mundo, bem como o impacto causado na sociedade e em suas ramificações. Ela estabelece, basicamente, a permissão para o desenvolvimento desses programas, assim como preconiza as características essenciais que devam apresentar: a capacitação dos profissionais de saúde para atendimento humanizado e consciente dos riscos e implicações futuras aos pacientes que tentaram suicídio, estratégias de informação e educação a população em geral e mais especificamente aos grupos de risco, elaboração de estudos epidemiológicos para compilar os dados e perfilar os grupos de risco, bem como os fatores que predispõe o suicídio (para que medidas de intervenção sejam tomadas), etc. Constitui-se, portanto, um grande avanço para a resolução desta problemática neste país (BRASIL, 2006; MACHADO; LEITE; BANDO, 2014).

Diante do que foi exposto, objetivou-se a elaboração desse estudo para a análise do perfil epidemiológico sobre as intoxicações medicamentosas em adolescentes, atendidas e notificadas pelo Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Campina Grande (CIAT-CG), tomando como recorte temporal para o estudo as intoxicações atendidas nos anos de 2015 e 2016.

Considera-se, como ponto de decisão para a realização deste trabalho, a existência de poucos estudos diretamente relacionados a essa faixa etária e a referida classe de toxicantes em âmbito regional, fato este que proporcionava uma lacuna do conhecimento das peculiaridades e inter-relações existentes sobre o assunto, o que, conseqüentemente, permite desatualização da situação e impede a tomada de medidas eficazes no combate a problemática.

Os Centros de Informações e Assistência Toxicológica (CIATs) têm, como objetivos primordiais, a promoção e divulgação de informações claras e precisas sobre intoxicações e envenenamento por animais peçonhentos para a população em geral e aos profissionais da área de saúde em caráter permanente (24 horas por dia); atendendo casos de urgência e/ou ambulatoriais relacionados às exposições e intoxicações, acompanhando os casos dentro da unidade da saúde até seu desfecho final, organizando os dados de forma confiável para fomentar o banco de dados do SINAN, elaborando estudos epidemiológicos visando endossar políticas públicas de intervenção e prevenção, produção científica, entre outras (AZEVEDO, 2006).

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa constitui-se em um estudo transversal, epidemiológico e retrospectivo, com abordagens quantitativa, descritiva e exploratória, sobre as intoxicações humanas por medicamentos relacionadas a adolescentes atendidas e notificadas pelo Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Campina Grande (CIAT-CG). Estabeleceu-se para análise o intervalo de tempo que abrange os anos de 2015 e 2016.

O CIAT-CG localizado no Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, na Avenida Floriano Peixoto – 1045 - CG-PB e está vinculado ao Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) como unidade de ensino, pesquisa e extensão, cujo objetivo é auxiliar os serviços de saúde concentrados no município de Campina Grande - PB, faz parte da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (RENACIAT) e é coordenada nacionalmente pela Gerência Geral de Toxicologia do Ministério da Saúde, bem como pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (UEPB/CONSUNI, 2015).

Os dados epidemiológicos utilizados foram coletados das fichas de notificação de agravo para intoxicações (ANEXO A) do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN), vinculado ao Ministério da Saúde.

As variáveis selecionadas para estudo foram aquelas que incluem os atributos do indivíduo vitimado (sexo, idade e escolaridade), do evento (sazonalidade, zona e circunstância) e do toxicante (classificação dos fármacos). A faixa etária utilizada, embasando-se na definição da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-americana da Saúde, foi dos 10 aos 19 anos de idade (período que, por definição, abrange a adolescência).

A classificação dos fármacos foi tomada a partir do Sistema de Classificação Anatômico Terapêutico Químico (Sistema ATC), que dispõe os fármacos pelo local de ação no organismo e por suas propriedades terapêuticas e químicas (VIDOTTI, 1993).

A organização, tabulação e análise dos dados foram realizadas no software Microsoft Office Excel 2007®, constituindo-se na contagem dos valores absolutos, porcentagens, e realização do teste qui quadrado clássico com a correção de Yates, (utilizando 0,05 de significância e graus de liberdade 1).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE: 44043713.2.0000.5187).

3 RESULTADOS

No período do estudo ocorreram 138 (100%) casos de intoxicações humanas por medicamentos abrangendo a faixa etária pré-estabelecida, isto é, aquela que compreende a adolescência, sendo 36 (26,08%) casos no ano de 2015 e 102 (73,91%) em 2016.

A tabela 1 exhibe informações demográficas sobre as intoxicações medicamentosas em adolescentes atendidas e notificadas pelo CIAT-CG, perfazendo o intervalo de tempo avaliado. Observa-se que são do tipo predominantemente urbano (87,68%; n=121). Os indivíduos afetados são em sua maioria do sexo feminino (74,64%; n=103). Percebe-se que a faixa etária prevalente é a dos 15 aos 19 anos de idade (56,52%; n=78).

Quanto ao nível de escolaridade, o intervalo proeminente observado foi o que compreende da 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompleto - o que atualmente equivale do 6º ao 9º ano - (25,36%; n=35), seguido pelo intervalo que compreende o ensino médio incompleto (14,49%; n=20). Ressalta-se que 50,72% (n=70) das ocorrências não tiveram a escolaridade das vítimas registrada.

Tratando-se das circunstâncias que levaram as intoxicações, notou-se a incidência das tentativas de suicídio (70,29%; n=97) e do abuso (7,97%; n=11); salientando que, quanto ao tipo de exposição, houve 117 casos (84,78%) de exposições agudas únicas e 12 ocorrências (8,70%) de exposições repetidas.

Dos pacientes atendidos, 98 (71,01%) permaneceram internados após a admissão hospitalar, todavia não foram registrados óbitos, 82,61% (n=114) lograram a cura e o restante dos casos (17,39%; n=24) foram registrados como perda de seguimento ou destino ignorado.

Tabela 1: Caracterização dos casos de intoxicações por medicamentos em adolescentes, segundo faixa etária, zona, circunstância e escolaridade, atendidas e notificadas no Centro de Informação Toxicológica de Campina Grande (CIAT-CG), entre os anos de 2015 a 2016, Campina Grande, Paraíba, 2017.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
FAIXA ETÁRIA (ANOS)						
10 aos 14	14	10,14	46	33,33	60	43,49
15 aos 19	21	15,22	57	41,30	78	56,52
Total	35	25,36	103	74,73	138	100
ZONA DE OCORRÊNCIA						
Rural	2	1,45	9	6,52	11	7,97
Urbana	32	23,19	89	64,49	121	87,68
Ignorada	1	0,72	5	3,62	6	4,35
Total	35	25,36	103	74,63	138	100
CIRCUNSTÂNCIA						
Acidental	3	2,17	2	1,45	5	3,62
Abuso	2	1,45	9	6,52	11	7,97
Automedicação	4	2,90	3	2,18	7	5,07
Erro de Administração	-	-	1	0,72	1	0,72
Ignorado	2	1,45	7	5,07	9	6,52
Outra	2	1,45	2	1,45	4	2,90
Tentativa de Suicídio	20	14,49	77	55,80	97	70,30
Uso Terapêutico	2	1,45	1	0,72	3	2,18
Violência/Homicídio	-	-	1	0,72	1	0,72
Total	35	25,36	103	74,63	138	100
ESCOLARIDADE						
1ª a 4ª série incompleta do EF	1	0,72	2	1,45	3	2,17
4ª série completa do EF	-	-	1	0,72	1	0,72
5ª à 8ª série incompleta do EF	11	7,97	24	17,39	35	25,36
Ensino fundamental completo	-	-	4	2,90	4	2,90
Ensino médio incompleto	7	5,07	13	9,42	20	14,49
Ensino médio completo	1	0,72	4	2,90	5	3,62
Ignorado	15	10,88	55	39,86	70	50,72
Total	35	25,36	103	74,63	138	100

FONTE: Dados da pesquisa, 2017

O Sistema de Classificação Anatômico Terapêutico Químico (sistema ATC) vem sendo desenvolvido desde meados de 1976 pelo *Nordic Council on Medicine* e posteriormente colaborando com o *World Health Organization Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology*; é utilizado desde 1982 pelo *World Health Organization Collaborating Centre for International Drug Monitoring* com o intuito de padronizar a classificação dos medicamentos utilizados pelas populações. Nele os medicamentos são divididos de acordo com o local de ação no organismo, as características terapêuticas e químicas; para tal são pormenorizados em cinco níveis: grupo anatômico principal, grupo terapêutico principal,

subgrupo terapêutico, subgrupo químico/terapêutico e subgrupo de substância química. O *WHO Organization Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology* estabelece anualmente duas listas com as atualizações do sistema ATC, apresentando as introduções de novos fármacos e a reorganização dos componentes entre os grupos (VIDOTTI, 1993).

As tabelas 2 e 3 apresentam a distribuição das intoxicações medicamentosas segundo a classe terapêutica (sistema ATC) e os seus respectivos representantes. A classe terapêutica que mais se destacou foi a dos psicodélicos com 53 casos (38,41%), seguida pelos antiepiléticos (8,70%; n=12) e os psicoanaléticos (6,52%; n=9). Verificou-se que houve 40 casos (28,29%) de intoxicações com medicamentos em associação, destes 1,45% (n=2) foram relacionados ao uso do medicamento com outro xenobiótico (unicamente drogas de abuso).

Tabela 2: Distribuição do tipo de fármaco, responsável pelas intoxicações por medicamentos em adolescentes, de acordo o Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC), relacionando com o órgão alvo, atendidas e notificadas no Centro de Informação Toxicológica de Campina Grande (CIAT-CG), entre os anos de 2015 a 2016, Campina Grande, Paraíba, 2017.

Classe de Fármacos de acordo com o Órgão Alvo	n	%	Representantes das Classes
Associações	40	28,99	-
A03 (Drogas para Distúrbios das Funções Gastrointestinais)	2	1,45	Escopolamina e Metoclopramida
A12 (Suplementos Minerais)	1	0,72	Sulfato Ferroso
C03 (Diuréticos)	3	2,17	Hidroclorotiazida
C09 (Ação sobre o sistema renina-angiotensina)	1	0,72	Losartana Potássica
H02 (Corticosteróides de Uso Sistêmico)	2	1,45	Prednisona e Prednisolona
J01 (Antibacteriano de Uso Sistêmico)	2	1,45	Amoxicilina
M01 (Anti-inflamatórios e Anti-reumáticos)	4	2,90	Ibuprofeno e Ácido Mefenâmico
N02 (Analgésicos)	7	5,07	Dipirona e Paracetamol
N03 (Antiepiléticos)	12	8,70	Carbamazepina, Fenobarbital, Ácido Valpróico e Topiramato

FONTE: Dados Pesquisa, 2017

Tabela 3: Distribuição do tipo de fármaco, responsável pelas intoxicações por medicamentos em adolescentes, de acordo o Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC), relacionando com o principal grupo terapêutico, notificadas no Centro de Informação Toxicológica de Campina Grande (CIAT-CG), entre os anos de 2015 a 2016, Campina Grande, Paraíba, 2017.

Classe de Fármacos Classificado de acordo com a o principal grupo terapêutico.	n	%	Representantes das Classes
N05 (Picolépticos)	53	38,41	Alprazolam, Clonazepam, Diazepam. Clorpromazina, Escitalopram, Haloperidol, Bromazepam, Olanzapina, Lorazepam, Cloxazolam, Quetiapina, Periciazina e Hidroxizina.
N06 (Psicoanalépticos)	9	6,52	Venlafaxina, Metilfenidrato, Sertralina, Amitriptilina e Fluvoxamina.
R03 (Drogas para Doenças Aéreas Obstrutivas)	1	0,72	Salbutamol
Código não Encontrado	1	0,72	-
TOTAL	138	71,01	-

FONTE: Dados da Pesquisa, 2017

Com relação à análise bivariada, foi realizado o teste qui quadrado clássico com a correção de Yates, enfocando nas variáveis sexo e circunstância. Seleccionaram-se ainda as categorias abuso (7,97%; n=11) e tentativa de suicídio (70,29%; n=97), ambas perfazendo 108 ocorrências (78,26%). Obteve-se p-valor=0,8492 e $X^2=0,2629$ com 0,05 de significância e graus de liberdade 1 (Tabela 4).

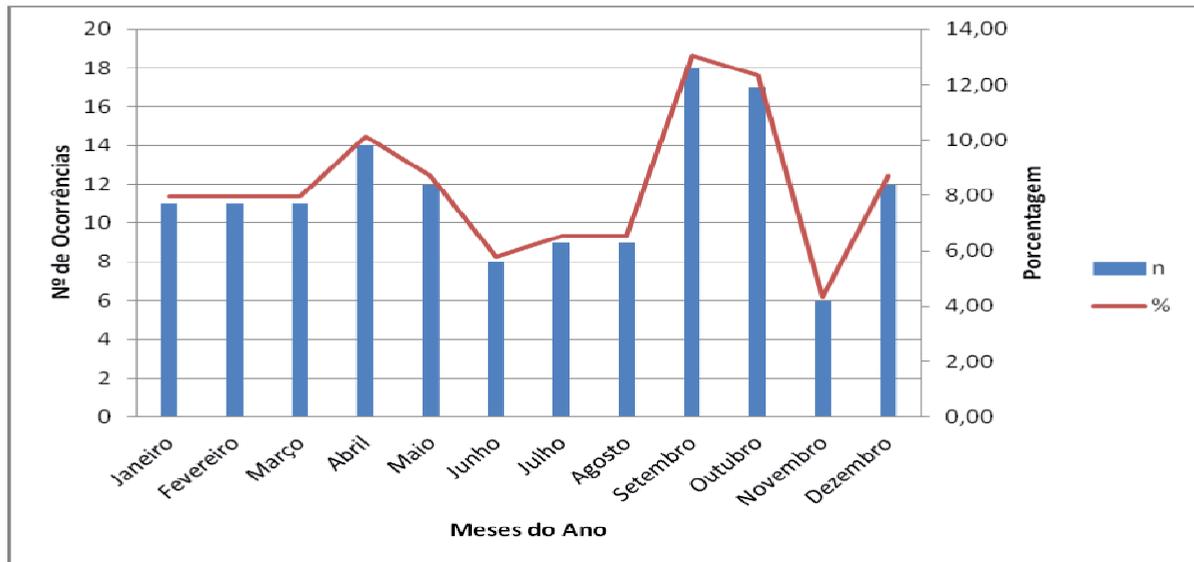
Tabela 4: Avaliação da associação entre as variáveis sexo e circunstância (categorias abuso e tentativa de suicídio) das intoxicações medicamentosas por adolescentes, notificadas pelo Centro de Informação Toxicológica de Campina Grande (CIAT-CG), Paraíba, 2017

Sexo	Circunstâncias Prevalentes				X ²	p-valor
	Abuso		Tentativa de Suicídio			
	n	%	n	%		
Feminino	9	6,52	77	55,80	0,2629	0,8492
Masculino	2	1,45	20	14,49		
Total	11	7,97	97	70,29	-	-

FONTE: Dados da pesquisa, 2017

A Figura 1 representa a distribuição das intoxicações medicamentosas de acordo com os meses do ano; houve um alto índice de ocorrências entre os meses de setembro (13,04%; n=18) e outubro (12,32%; n=17).

Figura 1: Distribuição dos casos de intoxicação por medicamentos em adolescentes, de acordo com a sazonalidade, notificadas pelo Centro de Informação Toxicológica de Campina Grande (CIAT-CG), no período de 2015 a 2017, Paraíba, 2017.



FONTE: Dados da pesquisa, 2017

4 DISCUSSÃO

Tomando para análise os 138 casos selecionados e estudados sobre intoxicações medicamentosas em adolescentes, observou-se que se trata de ocorrências tipicamente urbanas (87,68%), podendo ser justificado pelo fato do maior índice populacional residir na zona urbana em comparação com a zona rural, permitindo a maior proximidade entre os indivíduos e os locais de comercialização dos medicamentos (IBGE, 2010).

Observando as faixas etárias estudadas verificou-se que a maior porcentagem de ocorrência estava interligada aquela que abrange dos 15 aos 19 anos de idade, sendo este dado corroborado por outros estudos e pela estimativa nacional realizada por intermédio do SINAN no ano de 2014 que, dos 95 casos notificados de intoxicação por medicamentos na adolescência, observou-se 71,78% (n=68) de casos nessa faixa etária. Um estudo realizado na cidade de Covilhã em Portugal apresentou que entre os indivíduos adolescentes vitimados, 55,46% estavam dentro da faixa etária dos 15 aos 19 anos de idade; em outra análise realizada

na cidade Guadalajara no México exibiu a estimativa de 81,61% dos casos associados a essa faixa etária (MARQUES, 2012; LOYO; GARCIA; MONTOYA, 2016). Esses valores corroboram com a ideia de que existem diferenças nas características populacionais entre nações e regiões, respectivamente, que devem ser levadas em conta na adaptação das estratégias de intervenção.

Com relação às frequências das idades individuais estudadas, verificou-se que grande parte dos indivíduos intoxicados por medicamentos apresentavam 14 anos; achado que fundamenta a existência de progressão no número de casos - intoxicações medicamentosas - associado aos anos vividos pelo indivíduo, isto é, que com o aumento da idade também aumentam os índices de intoxicação, principalmente se tratando de intoxicações auto infligidas (SINAN, 2014).

Tratando-se do sexo, houve uma maior incidência do sexo feminino nos casos estudados, essa informação é apoiada pela estimativa nacional divulgada pelo SINAN que exhibe (referente ao ano de 2014, quanto ao sexo e faixa etária) 67,37 % (n=64) dos casos de intoxicação por medicamentos. No cerne dessa observação, como fatores predisponentes encontram-se o maior engajamento das mulheres na busca pelos cuidados da saúde fazendo com que ocorra maior proximidade com os medicamentos, maior consumo de medicamentos pelas mulheres, inclusive na forma de automedicação, bem como a maior incidência de distúrbios depressivos e de humor neste gênero (com destaque importante a depressão) (HILDEBRANDT; ZART; LEITE, 2011; BIAZUS; RAMIRES, 2012; BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

Enfocando na variável escolaridade é importante ressaltar que em 50,72 % dos casos não constam registros dessa informação; destaca-se, portanto, a importância dessa variável para o planejamento estratégico de intervenções junto à comunidade principalmente no âmbito escolar, não devendo ser negligenciada. Dos 49,28% (n=68) que apresentaram registro de escolaridade 29,24% possuíam escolaridade inferior ao ensino médio. É importante observar também que em outros estudos foram verificados indícios de associação entre a baixa escolaridade e as tentativas ou o suicídio consumado; Vidal, Gontijo e Lima (2013) ao estudarem as características de indivíduos que tentaram o suicídio e foram atendidos em uma unidade de emergência no município de Barbacena-MG verificaram que 66,29% dos pacientes vitimados (n=535) apresentavam escolaridade menor que 8 anos de estudo. Teles et al (2012) ao analisarem as ocorrências de intoxicações por medicamentos atendidas por uma unidade de emergência no município de Feira de Santana-BA entre os anos de 2007 a 2010 encontraram que em 2010 houve 67,33% dos casos (n=63) onde a escolaridade não foi

registrada; em 2008 (ano em que houve um maior registro da escolaridade, apenas 11,3% - n=7 - não foram registrados) a maioria dos acometidos (27,4%, n=17) apresentavam ensino fundamental completo.

Houve uma estimativa de 70,29 % de tentativas de suicídio; avaliando ainda as incidências por ano individualmente, em 2015 ocorreram 25 tentativas de suicídio (69,44%) e em 2016 houve 72 tentativas (70,59%). Segundo os dados do SINAN relacionados ao ano de 2014 e a faixa etária em questão, houve 95 casos de intoxicação medicamentosa, com 51 ocorrências (53,68%) relacionadas à tentativa de suicídio. A discrepância entre este valor encontrado no estudo e a estimativa nacional, provavelmente, se deve a desproporção na distribuição dos casos por região, porém ainda assim demonstra a relevância desta problemática na população em estudo. Em um estudo em Barbacena-MG sobre tentativas de suicídio e suicídios consumados verificou-se que dos 807 casos estudados 167 (20,69%) envolviam adolescentes entre os 15 e 19 anos de idade. Ribeiro (2016) ao analisar as tentativas e os suicídios registrados no município de Uberaba-MG encontrou que dos 89 casos estudados 24 (29,96 %) estavam relacionados a indivíduos que se encaixavam na descrição de adolescentes (VIDAL, GONTIJO, LIMA, 2013).

Considerando que outros estudos comprovam que indivíduos que tentaram o suicídio alguma vez na vida podem ter recidivas até conseguirem seu objetivo e que aqueles que lograram êxito no suicídio, em alguns casos, possuíam um histórico de tentativas anteriores, trata-se de um dado preocupante e de manejo delicado necessitando de medidas de acompanhamento a médio e longo prazo, bem como inserção de protocolos de encaminhamento para atendimento especializado (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013; BOTEGA, 2014; KUCZYNSKI, 2014).

Observando que 55,00 % (n=77) das tentativas de suicídio foram relacionadas ao sexo feminino, realizou-se o teste de qui quadrado com a correção de Yates para avaliar a possível existência de associação ou independência entre as variáveis sexo e circunstância (mais especificamente entre as categorias prevalentes desta última, tentativas de suicídio e abuso); o valor de p (0,8492) e o valor de X^2 calculado (0,2629) sobreposto ao tabelado demonstraram não haver associação entre as variáveis. Essa informação é contraposta a estudos anteriores que demonstraram associação, porém o que pode explicar tal incongruência é a não proporcionalidade dos casos no que diz respeito à região ou a periodicidade (MORAIS et al. 2008; ALMEIDA, 2015).

Em 114 casos (82,61%) atendidos e acompanhados, a cura foi relatada como desdobramento final e o restante (n=24) foi relacionado à perda das informações do paciente

dentro da unidade hospitalar, fato que geralmente está relacionado à decisão voluntária (ou dos responsáveis) de não permanência na unidade de saúde ou ao erro por esquecimento no registro das informações pelos profissionais da unidade hospitalar. A literatura ainda apresenta que certas famílias pressionam os funcionários para suprimirem ou alterarem o registro, majoritariamente nos casos de tentativa de suicídio, por constrangimento social (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013; SILVA, 2017).

No período em estudo não houve óbitos, isto se deve ao manejo correto das medidas terapêuticas iniciais e aos fármacos que foram utilizados, bem como aos padrões de uso; tomando como exemplo o fato de que os fármacos mais empregados foram os benzodiazepínicos, presentes em 40,58% dos casos (n=56), sendo responsáveis individualmente ou em associação pelas intoxicações. Os benzodiazepínicos constituem uma classe de fármacos que apresentam uma janela terapêutica ampla, sendo necessárias doses elevadas (20 a 40 vezes maiores que as doses terapêuticas) para que manifestações clínicas severas surjam, sendo as mais comuns: hipotonia muscular, dificuldade em deambular, hipotensão, síncope e em casos extremos depressão respiratória e cardiovascular (OGA; CAMARGO; BATISTUZZO, 2008).

Abordando as variáveis relacionadas ao agente tóxico percebeu-se que a maioria dos medicamentos utilizados sozinhos foram os psicolépticos com 53 casos (38,41%), seguidos pelos antiepilépticos (8,70%; n=12) e pelos psicoanalépticos (6,52%; n=9) respectivamente. Este resultado similar também foi encontrado em estudos sobre intoxicações medicamentosas (MORAIS et al. 2008; ALMEIDA, 2015). Também foi verificado alto índice de intoxicações medicamentosas por associação de medicamentos (28,29%, n=40); destas ocorrências foi observado que 30 (21,74% do total de casos) estavam relacionadas à tentativa de suicídio. Estes resultados são similares aos encontrados em um estudo realizado em anos anteriores (2005 a 2014) que apontava para a proeminência do uso de associações de medicamentos com a finalidade de autoextermínio (especificamente 52,3% dos casos), em comparação com os demais agentes individualmente (ALMEIDA, 2015).

Os resultados encontrados na análise da sazonalidade apresentam o mês de setembro com o maior índice de casos (13,04%, n=18) seguido pelos meses de outubro (12,32%, n=17) e abril (10,14%, n=14). Existem estudos que relacionam o suicídio e outras psicopatologias as variações sazonais dos níveis de serotonina decorrentes da variação na intensidade da luz, promovendo exacerbações nas características das doenças, são os chamados “efeitos sazonais na psicopatologia” (KIM et al., 2004; HAVAKI-KONTAXAKI et al., 2010; SANSONE, R.A.; SANSONE, L.A., 2013).

Segundo um estudo realizado em 2013, empiricamente, há a elevação dos níveis de serotonina nos finais do verão e no outono, bem como um declive dos níveis durante o inverno e na primavera, explicando assim o agravamento de algumas doenças psicológicas e inclusive o suicídio. Uma das afirmações é que a pele apresenta um mecanismo de produção serotoninérgico fotoestimulável, ou seja, a pele apresenta a enzima primordial na síntese da serotonina (a triptofano hidroxilase) e os queratinócitos presentes na epiderme possuem serotonina e transportadores de serotonina. Os autores postulam que um exemplo prático seria o prazer de tomar sol ou viajar no verão (SANSONE, R.A.; SANSONE, L.A. 2013).

No mês de setembro é celebrado o dia mundial de prevenção ao suicídio, com divulgação da causa e informações de conscientização a população no geral. No Brasil, a partir do ano de 2015, pela iniciativa do Centro de Valorização da Vida (CVV), da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e do Conselho Federal de Medicina (CFM) instituiu-se a campanha denominada Setembro Amarelo, que visa mobilizar a população para a observação de comportamentos suicidas, informá-la sobre os locais de atendimento (ajuda profissional) e sensibilizá-la sobre essa problemática. (Setembro Amarelo, 2017)

Os dados encontrados apontam para a necessidade urgente de medidas educacionais interventivas e de caráter multifacetado nos ambientes onde se encontram uma grande concentração de adolescentes, principalmente as escolas de nível fundamental e médio. Entre as medidas necessárias está incluída a educação em saúde, que deve ser realizada de forma em que o educador (que nesse caso pode ser um profissional da educação ou da área de saúde devidamente preparados) e o educando possam interagir de modo igualitário, isto é, com a diminuição da hierarquização e aumento do diálogo, possibilitando certa emancipação pelo indivíduo no que concerne ao aprendizado e desenvolvimento da saúde individual e coletiva. A família nesse contexto deve ser instruída a participar ativamente na prevenção do suicídio, procurando manter diálogos esclarecedores sobre essa temática e evitando, sobretudo, o receio ou constrangimento de falar sobre o assunto; pode-se também (em indivíduos em que o comportamento suicida foi identificado) tomar medidas como esconder armas, facas, cordas, medicamentos, produtos domissanitários, entre outros, sempre esclarecendo o motivo pelo qual esta ação é realizada, demonstrando apoio afetivo ao indivíduo envolvido. O diálogo instrutor e compreensivo, a capacidade de ouvir sem realizar julgamentos precipitados ou preconceituosos e o interesse prático sobre os problemas e sentimentos do indivíduo, constitui-se em ferramentas eficazes na prevenção. (GONÇALVES, 2017; MORETTO et al. 2017).

Destaca-se também a importância de que os profissionais que atendem e acompanham indivíduos dessa faixa etária tenham uma capacitação adequada com o intuito de diagnosticar possíveis comportamentos suicidas e fatores determinantes para tal ato, tendo em vista que aqueles indivíduos que apresentam propensão ao suicídio têm características identificáveis que facilitam a prevenção, como por exemplo, o distanciamento da família e amigos, a falta de comunicação (introrsando-se), desinteresse em atividades habituais, dificuldade em se concentrar, uso de drogas lícitas e ilícitas, entre outros. Esta capacitação deve ser incentivada pelos gestores, bem como deve ser acatada com engajamento pelos profissionais envolvidos (FIGUEREDO et al., 2013; GONÇALVES, 2017).

É importante ressaltar que como limitação deste trabalho não foram identificadas as causas do acesso a estes medicamentos que em sua maioria são de uso controlado e dispensados apenas com a retenção de receita, de acordo com a Portaria da Secretária de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde 344/98 (que preconiza o regulamento técnico sobre as substâncias de controle especial). Erros na prescrição e na dispensação de medicamentos de controle especial favorecem o uso irracional destes. Ferrari et al (2013) ao estudarem as falhas na prescrição e dispensação de psicotrópicos de uma Unidade Básica de Saúde do município de Ponta de Araguaia-MT observaram que das 249 notificações estudadas da lista B1, constante da Portaria SVS/MS 344/98, nenhuma delas apresentavam o nome e o endereço do estabelecimento, o nome do responsável pela dispensação, a quantidade dispensada, a data da dispensação e nem a identificação do registro (lote do medicamento dispensado utilizado no controle de estoque), a falta destes itens dificulta o controle rígido de estoque facilitando o comércio ilegal; encontraram também que em 90% das notificações faltavam o endereço do paciente (necessário para evitar erros ou fraudes) e que 61% das prescrições de benzodiazepínicos foram realizadas por médicos clínicos gerais, apenas 4,4% foram prescritos por psiquiatras ou neurologistas, constituindo-se um erro grave, pois os médicos clínicos gerais não possuem conhecimentos aprofundados nos distúrbios psíquicos, cujos medicamentos foram desenvolvidos para tratá-las, podendo ocorrer erros graves de diagnóstico por ferir o princípio da medicina baseada em evidência (DIB, 2007).

O farmacêutico como profissional da saúde especialista em medicamentos tem como responsabilidade profissional e social a promoção dos cuidados farmacoterapêuticos na comunidade em que está inserido, com a visão não apenas focada no medicamento em si, mas nos pacientes, isto é, uma atenção às peculiaridades e problemas de saúde apresentados pelos indivíduos que o levaram a necessitar da farmacoterapia. Características e atribuições estas que fazem parte da atenção farmacêutica (inserida no contexto da assistência farmacêutica),

que por definição é o conjunto de habilidades, comportamentos, valores éticos e co-responsabilidades na promoção e recuperação da saúde dos indivíduos, procurando estabelecer a racionalização da farmacoterapia e interagir ativamente com a equipe de saúde multiprofissional. Assim, está incluso intrinsecamente os esforços direcionados a promoção do uso racional de medicamentos através da implantação de estratégias para que ela ocorra. O uso racional de medicamentos exige que os usuários utilizem o medicamento adequado para sua condição clínica, na dose adequada, no período de tempo correto e que produza baixos custos para o indivíduo e para a comunidade em que está inserido (WHO, 1985; MENDES, 2007; PEREIRA; FREITAS, 2008).

Nesse contexto, em 2009 foi desenvolvido o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus, que apresenta como propósitos o planejamento, monitoramento e avaliação da assistência farmacêutica no país, abrangendo os três níveis governamentais (federal, estadual e municipal); trata-se de um sistema online onde estão inseridas informações dos estabelecimentos de dispensação e distribuição, características dos usuários do Sistema Único de Saúde, os locais onde armazenam os medicamentos e insumos, bem como informações sobre os prescritores e as correspondentes prescrições. Neste sistema também, estão disponíveis informações que propiciam o uso racional de medicamentos e maior acuidade no cuidado dos pacientes e prescrição dos medicamentos (COSTA; JR, 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi visto, observou-se que o perfil das intoxicações medicamentosas atendidas pelo CIAT-CG nos anos de 2015 e 2016, pode ser retratado como de predominância urbana, com incidência do sexo feminino e da faixa etária que perfaz os 15 aos 19 anos. A circunstância que sobressaiu foi à tentativa de suicídio, porém não foi constatado a associação entre as variáveis circunstância e sexo. A classe terapêutica mais saliente nos casos estudados foi a dos psicotrópicos, com enfoque no psicolépticos, todavia, é importante lembrar que houve de fato a predominância de casos por associação de medicamentos.

As intoxicações medicamentosas na adolescência constituem um problema de saúde pública alarmante, com abrangência mundial. Percebe-se que parte do número total destas ocorrências está interligado a fatores que podem ser policiados e manejados com políticas públicas de educação e cuidado pormenorizado; também é necessário incentivo ao engajamento e capacitação dos profissionais mais próximos aos adolescentes no tocante a

manifestações típicas dos problemas e enfrentamentos dessa fase de extrema vulnerabilidade. Lembrando também que a legislação por meio da portaria nº1.876, de 14 de agosto de 2006 possibilita e autoriza a elaboração de estratégias para a prevenção do suicídio.

Deve-se reforçar também o papel do farmacêutico no cuidado farmacoterapêutico dos indivíduos que compõem essa faixa etária, principalmente com medidas educativas sobre o uso racional dos medicamentos.

INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA EN LA ADOLESCENCIA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UN CENTRO DE INFORMACIÓN Y ASISTENCIA TOXICOLÓGICA

RESUMÉN

La adolescencia constituye una fase de transición entre la infancia y la madurez, caracterizada por profundas transformaciones bio-psico-sociales, en que se experimentan nuevas sensaciones y experiencias, y puede hacer al individuo vulnerable al uso de sustancias psicoactivas y posibles daños asociados a éste consumo. El objetivo de este estudio fue describir el perfil epidemiológico de las intoxicaciones medicamentosas en adolescentes, atendidas y notificadas por el Centro de Información y Asistencia Toxicológica de Campina Grande-PB (CIAT-CG). Se trata de un estudio transversal y retrospectivo de los casos de intoxicación por medicamentos registrados con individuos entre 10 y 19 años en el período de 2015 y 2016. Los datos fueron recolectados de la Ficha de Notificación Individual por Intoxicación Exógena del Sistema de Información de Agravamientos Notificación (SINAN). Posteriormente, se procedió a la tabulación y análisis de los datos en el software Microsoft Office Excel 2007, donde se calcularon las frecuencias absolutas y porcentuales, presentadas en tablas y gráficos. En la mayoría de los casos, se observó un aumento en la tasa de mortalidad. En el período estudiado, se registraron 138 casos de intoxicaciones medicamentosas en adolescentes. Se constató una alta incidencia de los intentos de suicidio (70,29%, $n = 97$) y del abuso de estas sustancias (7,97%, $n = 11$). Cuando se aplicó la prueba qui cuadrado clásico con la corrección de Yates, enfocando sexo y circunstancia, se obtuvo p -valor = 0,8492 y $X^2 = 0,2629$, demostrando no asociación entre las variables. Sin embargo, los resultados encontrados apuntan a la necesidad urgente de medidas educativas interventivas y de carácter multifacético en los ambientes donde se encuentran una gran concentración de adolescentes.

Palabras clave: Intoxicación. Perfil Epidemiológico. Adolescencia.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. F. **Perfil epidemiológico das intoxicações por medicamentos em Campina Grande**. Campina Grande: UEPB, 2015.
- ARAÚJO, M. M.; SILVA, C. G. A importância do sistema de informação de agravos de notificação - SINAN para a vigilância epidemiológica do Piauí. **Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde**, Teresina, v. 2, n. 3, p. 25-29, 2015.
- 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. Universidade de Brasília: Brasília, 2006.
- BARBOSA, L. B.; BOECHAT, M. S. B. Perfil da automedicação em estudantes do município de Laranjal/MG. **Acta Biomedica Brasiliensia**, [S.L], v. 3, n. 1, p. 98-109, jun. 2012.
- BERTOLETE, J. M. Why is Brazil losing the race against youth suicide? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 245-246, Oct. 2012.
- BIAZUS, C. B.; RAMIRES, Vera Regina Röhnelt. Depressão na Adolescência: Uma Problemática dos Vínculos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 83-91, jan./mar. 2012.
- BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 13, p. 231-236, 2014.
- BOUDON, R. Tratado de Sociologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995, 604 p.
- BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 2-14, jan./jun. 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Tábuas abreviadas de mortalidade por sexo e idade – Brasil, grande regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Lex: Diário Oficial da União, Brasília, p. 65-66, ago. 2006.

CACHÃO, J.; OLIVEIRA, I.; RAMINHOS, I. Adolescência e abuso de substâncias. **Nascer e crescer - Birth and Growth Medical Journal**, Portugal, v. 26, n. 2, p. 21-26, 2017.

COSTA, K. S.; JR, J. M. N. Hórus: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 91-99, 2012.

DAVIM, R. M. B. et al. Adolescente/Adolescência: Revisão Teórica sobre uma Fase Crítica da Vida. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 131-140, abr./jun. 2009.

DIB, R. P. E. Como praticar a medicina baseada em evidências. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 6, n. 1, p. 1-4, 2007.

FERRARI, C.K.B. et al. Falha na prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos: um problema de saúde pública. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. São Paulo, v34, n. 1, p. 109-116, 2013.

FIGUEREDO, K. C. et al. O papel da escola no controle e prevenção das intoxicações por medicamentos e saneantes em crianças. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 4, n. 4, p. 1545-1555, 2013.

ALMEIDA, M.G.; LIMA, I.V. Barbitúricos e Benzodiazepínicos. In: OGA, S.; CAMARGO, M.M.A.; BATISTUZZO, J.A.O. **Fundamentos de Toxicologia**. São Paulo: Atheneu editora, 2008, cap. 23, p. 375-387.

HAVAKI-KONTAXAKI, B.J. et al. Seasonality, suicidality and melatonin. **Psychiatriki**, Atenas, v. 21, n. 24, p. 324-331, 2010.

HILDEBRANDT, L. M.; ZART, F.; LEITE, M. T. A tentativa de suicídio na percepção de adolescentes: um estudo descritivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.L], v. 13, n. 2, p. 219-226, abr./jun. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-ovoportal/sociais/habitacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9748> >. Acesso em: 16 nov. 2017.

KIM, C. D. et al. Seasonal differences in psychopathology of male suicide completers. **Comprehensive Psychiatry**, v. 45, n. 5, p. 333-339, 2004.

KUCZYNSKI, E. Suicídio na infância e adolescência. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 246-252, 2014.

LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços em Saúde**, v. 13, n.3, p. 135-147, 2004.

LOYO, L. M. S.; GARCIA, J. E. G. A; MONTOYA, R.Q. Características sociales y clinicas de personas com intento de suicídio em Guadalajara, México. **Psicologia y Salud**, Guadalajara, v. 26, n. 1, p. 81-90, 2016.

MARQUES, A. J. S. Perfil das Intoxicações em Crianças e Jovens num Serviço de Urgência Hospitalar. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2012.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. 131-4, 2005.

MENDES, G. B. Uso racional de medicamentos: o papel fundamental do farmacêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. sup, p. 569-577, 2008.

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

MORETTO, M.L.T. ET al. O suicídio e a morte do narrador. **Psicologia USP**, São Paulo, v.28, n. 2, p.159-164, 2017.

ALMEIDA, M.G.; LIMA, I.V. Barbitúricos e Benzodiazepínicos. In: OGA, S.; CAMARGO, M.M.A.; BATISTUZZO, J.A.O. **Fundamentos de Toxicologia**. São Paulo: Atheneu editora, 2008, cap. 23, p. 375-387.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Participant manual – IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV. Geneva. 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Prevención del Suicidio: un imperativo global**. Ginebra: OMS, 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Suicidio**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

PAULINO, G. S. Análise dos casos de óbitos por envenenamentos atendidos pelo Centro de Assistência e Informação Toxicológica de Campina Grande. Campina Grande: UEPB, 2011.

PEREIRA, L.R.L.P.; FREITAS, O. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

RIBEIRO, N.M. Análise dos sistemas de informação em saúde SIM e SINAN em relação ao suicídio na cidade de Uberaba/MG. Uberaba: UFTM, 2016, 98 p.

SANSONE, R.A.; SANSONE, L.A. Sunshine, Serotonin, and Skin: A Partial Explanation for Seasonal Patterns in Psychopathology?, **Innovations in Clinical Neuroscience**, v. 10, n. 7-8, p. 20-24, 2013.

SETEMBRO AMARELO. Falar é a Melhor Solução. Disponível em: <

<http://www.setembroamarelo.org.br/>>. Acesso em 29 nov. 2017.

SILVA, J. L. Suicídios Invisibilizados: investigação dos óbitos de adolescentes com intencionalidade indeterminada. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, 2017.

SILVA, M. V. S. et al. Consumo de medicamentos por estudantes adolescentes de escola de ensino fundamental do município de Vitória . **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada** , São Paulo, v. 30, n. 1, p. 99-104, 2009.

SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. Dados epidemiológicos SINAN. Disponível em: < <http://portalsinan.saude.gov.br/dados-epidemiologicos-sinan> >. Acesso em: 14 nov. 2017.

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 Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v.34, n.2, p. 281-288, 2013.

UEPB/CONSUNI. **Resolução/UEPB/CONSUNI/0116/2015**. Disponível em: < <http://www.uepb.edu.br/resolucoes-consuni/> >. Acesso em: 28 nov. 2017.

VIDAL, C.E.L.; GONTIJO, E.C.D.M.; LIMA, L.A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa de excesso de mortalidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, p. 175-187, 2013.

VIDOTTI, C. C. F. Sistema de Classificação Anatômico Terapêutico Químico (ATC). **Infarma Ciências Farmacêuticas**, Brasília, v. 2, n. 6, p. 12-15, 1993.

WHO COLLABORATING CENTRE FOR DRUG STATISTICS
METHODOLOGY. ATC/INDEX 2017. Disponível em: <
https://www.whocc.no/atc_ddd_index/>. Acesso em: 18 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts. Geneva: WHO; 1985

ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL POR INTOXICAÇÃO EXÓGENA DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

República Federativa do Brasil
 Ministério da Saúde

SINAN
 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
 FICHA DE INVESTIGAÇÃO **INTOXICAÇÃO EXÓGENA**

Nº _____

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravadoença	INTOXICAÇÃO EXÓGENA	
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Código	8 Data da Notificação
	8 Nome do Paciente	9 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante
	14 Escolaridade	16 Raça/Cor	
	16 Número do Cartão DUD	18 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Código
Dados de Residência	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	26 Geo campo 2	28 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso		
	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
Atividades e Lugar onde ocorre	33 Situação no Mercado de Trabalho		
	34 Local de ocorrência da exposição		
	36 Nome do local/estabelecimento de ocorrência		
Dados do Estabelecimento	37 UF	38 Município do estabelecimento	39 Código (IBGE)
	40 Bairro	41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)	
	42 Número	43 Complemento (apto., casa, ...)	44 Ponto de Referência do estabelecimento
	46 (DDD) Telefone	47 Zona de exposição	48 País (se estabelecimento fora do Brasil)
	Intoxicação Exógena		

SINAN NET
 01/06/2006

ANEXO A (CONTINUAÇÃO)

Etapas da Exposição	68 Grupo do agente tóxico/Classificação geral <input type="checkbox"/> 01. Medicamento 02. Agrotóxico uso agrícola 03. Agrotóxico uso doméstico 04. Agrotóxico uso saúde pública 05. Raticida 06. Produto veterinário 07. Produto de uso Doméstico 08. Cosmético/higiene pessoal 09. Produto químico de uso industrial 10. Metal 11. Drogas de abuso 12. Planta tóxica 13. Alimento e bebida 14. Outro: _____ 99. Ignorado			
	69 Agente tóxico (informar até três agentes) Nome Comercial/popular: _____ 1- _____ 2- _____ 3- _____		Princípio Ativo 1- _____ 2- _____ 3- _____	
	70 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização <input type="checkbox"/> 1. Inseticida 2. Herbicida 3. Carrapaticida 4. Raticida 5. Fungicida 6. Preservante para madeira 7. Outro: _____ 8. Não se aplica 9. Ignorado			
	71 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual 1ª Opção: <input type="checkbox"/> 01- Diluição 05- Colheita 09- Outros 2ª Opção: <input type="checkbox"/> 02- Pulverização 06- Transporte 10- Não se aplica 3ª Opção: <input type="checkbox"/> 03- Tratamento de sementes 07- Desinsetização 99- Ignorado 04- Armazenagem 08- Produção/formulação			
	72 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura _____			
	Etapas de Atendimento	73 Via de exposição/contaminação 1ª Opção: <input type="checkbox"/> 1- Digestiva 4- Ocular 7- Transplacentária 2ª Opção: <input type="checkbox"/> 2- Cutânea 5- Parenteral 8- Outra 3ª Opção: <input type="checkbox"/> 3- Respiratória 6- Vaginal 9- Ignorado		
74 Circunstância da exposição/contaminação <input type="checkbox"/> 01- Uso Habitual 02- Acidental 03- Ambiental 04- Uso terapêutico 05- Prescrição médica inadequada 06- Erro de administração 07- Automedicação 08- Abuso 09- Ingestão de alimento ou bebida 10- Tentativa de suicídio 11- Tentativa de aborto 12- Violência/homicídio 13- Outra: _____ 99- Ignorado				
75 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 3- Ignorado		76 Tipo de Exposição <input type="checkbox"/> 1- Aguda - única 2- Aguda - repetida 3- Crônica 4- Aguda sobre Crônica 9- Ignorado		
77 Tempo decorrido entre a Exposição e o Atendimento <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano 9- Ignorado				
78 Tipo de atendimento <input type="checkbox"/> 1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Domiciliar 4- Nenhum 9- Ignorado		79 Houve hospitalização? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
80 Município de hospitalização _____ Código (IBGE) _____		81 Unidade de saúde _____ Código _____		
Evolução do Caso	82 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Intoxicação confirmada 2 - Do Exposição 3 - Reação Adversa 4 - Outro Diagnóstico 9 - Síndrome de abstinência 9 - Ignorado			
	83 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico _____ CID - 10 _____			
	84 Critério de confirmação <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico		85 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Cura sem sequelas 2 - Cura com sequelas 3 - Óbito por intoxicação exógena 4 - Óbito por outra causa 5 - Perda de seguimento 9- Ignorado	
	86 Data do óbito _____		87 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado	
88 Data do Encerramento: _____				
Informações complementares e observações				
Observações: _____ _____ _____				
Município/Unidade de Saúde: _____		Cod. da Unid. de Saúde _____		
Nome: _____		Função: _____		
Assinatura: _____		Assinatura: _____		
Intoxicação Exógena		Dnan NET		
SVS		09-06-2006		