



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**GEISA SANT'ANA**

**OCORRÊNCIAS DE INTOXICAÇÕES EXÓGENAS EM PACIENTES ATENDIDOS  
NAS UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, EM 2005.**

Brasília  
2006

GEISA SANT'ANA

**OCORRÊNCIAS DE INTOXICAÇÕES EXÓGENAS EM PACIENTES ATENDIDOS  
NAS UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, EM 2005.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com vistas à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

Brasília – DF  
Dezembro, 2006

S232

Sant'Ana, Geisa.

Ocorrências de intoxicações éxogenas em pacientes atendidos nas Unidades de Saúde do Distrito Federal, em 2005 / Geisa Sant'Ana. – Brasília, 2006.

xv, 71 f. : il.; 30 cm.

Inclui bibliografias

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2006.

Orientação: Prof. Dr. Pedro Sadi.

1. Toxicologia. 2. Intoxicação Éxogena 3. Vigilância Epidemiológica. I. Monteiro, Pedro Sadi (orient.) II. Centro de Informação Toxicológica III. Título.

CDU:615.9(817.4)(043)

**GEISA SANT'ANA**

**OCORRÊNCIAS DE INTOXICAÇÕES EXÓGENAS EM PACIENTES ATENDIDOS  
NAS UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL EM, 2005.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com vistas à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Brasília, 13 de Dezembro de 2006.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro (Universidade de Brasília)

---

Prof. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho (Universidade de Brasília)

---

Prof. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues (Universidade de Brasília)

---

Prof. Dra. Ivone Kamada (Universidade de Brasília)

A Deus pela vida e pelas oportunidades.  
Aos meus queridos filhos, Nathália Sant'Ana de Rosa e Bruno Sant'Ana de Rosa, pelo amor e paciência. À minha mãe Aurora Nunes Sant'Ana, pelo apoio e incentivo .

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda minha família, que nunca deixará de ser a minha fonte de inspiração, mas em especial aos meus filhos que compreenderam meus esforços e pacientemente toleraram minhas ausências. À minha mãe, a quem sempre recebi total estímulo e coragem para vencer meus obstáculos. Ao meu pai “en memoria” que infelizmente não poderá participar desta conquista, tenho saudades e gratidão pelo apoio que sempre obtive para atingir mais esta etapa na vida. Ao meu amigo Paulo de Moura Moutella, que apesar da distância que nos separa, sempre foi incentivador, me dando forças nos momentos de desânimo e solidão. À minha querida amiga e colega Maria Madalena Guimarães Rodrigues, pelo acolhimento sempre tão carinhoso e atencioso. Ao meu Prof. Dr e orientador Pedro Sadi Monteiro, por me fornecer toda a estrutura na elaboração da minha tese, pela oportunidade e realização de um sonho, pelos conhecimentos transmitidos, além do incentivo constante através de suas palavras sempre muito valiosas.

Aos meus colegas de trabalho do CIAT/DF eu agradeço pelas oportunidades, ajudas necessárias, paciência e compreensão, em especial Andrea, Luana e Sandra, mas enfim a todos muito obrigada.

Ao Prof. Dr Elionai pelas oportunidades, reconhecimento e estímulo que culminaram e favoreceram a concretização deste trabalho.

A Prof. Ana Beatriz que acreditou e proporcionou a oportunidade inicial de ingressar na Universidade, favorecendo meu crescimento acadêmico e estímulo para a busca científica deste Grau de Mestre.

À minha grande amiga e cunhada Vera Machado, que mesmo distante me apoiou e incentivou a essa conquista.

Aos funcionários da Pós-graduação em Ciências da Saúde, em especial Edigrês Alves de Souza, pela atenção em todos os momentos.

Aos colegas de turma, em especial Vanessa, Wilton Keiti e Dulcinete pelo convívio, incentivo e companheirismo.

*“Nos momentos em que somos tomados pelo desafio de trilhar um caminho certo, porém, surpreendentemente árduo, fica difícil não nos desencorajarmos. No entanto, por meio da força de Deus, presente em cada um de nós, e através do amor, conseguimos superar todas as dificuldades”.*

*Autor desconhecido*

## RESUMO

A ocorrência de Intoxicações Exógenas no DF não era conhecida até o ano de 2004, porque não se dispunha de um serviço que avaliasse o problema e também porque no Brasil não há obrigação legal de notificação dos casos. A constatação e avaliação das ocorrências de Intoxicações Exógenas no DF possibilitou um maior conhecimento acerca do problema em Saúde Pública nos aspectos, epidemiológico, sócio-econômico, psico-social e emergencial. Com a realização dessa pesquisa objetivou-se conhecer a magnitude das Intoxicações Exógenas em pacientes atendidos nos serviços de saúde do DF, em 2005. Realizou-se uma análise retrospectiva dos casos por meio do exame de fichas de atendimento do Centro de Informação e Assistência Toxicológica – CIAT do DF e das fichas de notificação preenchidas pelos profissionais da vigilância epidemiológica. A metodologia empregada tem abordagem quantitativa em estudo do tipo longitudinal retrospectivo. As intoxicações foram analisadas segundo as seguintes variáveis: sexo, idade, local da ocorrência, zona da ocorrência, classificação do agente tóxico, via de exposição, tipo de exposição, circunstância, sintomatologias apresentadas, tratamentos realizados e evolução final. Foram detectados 1566 casos de intoxicações, sendo 236 em fichas de notificação e atendimento –CIAT e 1330 em fichas de notificação da vigilância epidemiológica. Na predominância dos acidentes por faixa etária verificou-se que a maioria ocorreu em maiores de 12 anos(62,4%); a maior incidência dos registros foi no sexo feminino (55,5%); o acidente individual correspondeu a 57,2% das ocorrências por circunstâncias, tentativas de suicídio (16,9%), acidente ocupacional (5,1%), outros (4,2%), ignorado (3,8%) e acidente coletivo (2,5%). Dentre os agentes causadores, os medicamentos apareceram (29,1%); agrotóxicos (12,5%); domissanitários (11,5%) droga de abuso (10%). Nas crianças os agentes mais comuns de causas de acidentes foram os domissanitários (68,1%); medicamentos (34,4%); agrotóxicos (32,4). A maior incidência por região administrativa, destaca-se o HRSam (20,9%); HRG (17,4); HRS (12,9%); HRT (10,1); HRAN (9,57%); HRC (9,32%); HRPL(8,30%). O mês de *Mai*o foi o período de maior ocorrência, enquanto que as 5<sup>a</sup> feiras foram os dias de maior incidência. Com a realização desse estudo foi possível caracterizar o perfil da clientela atendida nas unidades de saúde e identificação dos agentes tóxicos envolvidos na ocorrência dos acidentes, circunstâncias e a sazonalidade. A geração dessas informações podem subsidiar as autoridades sanitárias na elaboração de programa de cunho preventivo, assim como, os profissionais que prestam assistência nas unidades de saúde.

**Palavras-chave:** intoxicações exógenas, acidentes tóxicos, problema de saúde pública.



## ABSTRACT

The occurrence of the Exogenous Intoxications was not known at the Health Units of the Federal District, in Brazil, until the year 2004, because we didn't have a special service that could study the problem and because we don't have a legal obligation in order to notify this Exogenous Intoxications. The evidence and the valuation of the toxic accidents, give to us a better knowledge about this problem of Public Health in some aspects: epidemical, socio-economic, psycho-social and as an emergency. The realization of this search had been the purpose of to know the number of cases of the Exogenous Intoxications in patients who were treated at the Health Basic Net Units of the Federal District, in Brazil, during the year 2005. A retrospective analysis of the data achieved in this year were done by the exam of the files existent in the Toxic Assistance and Information Center, called CIAT, and of the notification papers that were by the epidemiologic vigilance people. The methodology was done in a quantitative boarding by a longitudinal retrospective study. The intoxications were analyzed with the following aspects: sex, age, where the fact occur, the zone of the occurrence, the classification of the toxic agent, the way of the exposition, the circumstance, the symptoms, the treatment that was done and the final evolution. We found 1566 cases of the Exogenous Intoxications, 236 were found by the notification records and by cases that were observed at the CIAT and 1330 that were found by the notification papers of the epidemiologic vigilance. In the predominance of the accidents for age group it was verified that the majority of cases occurred in people which have more than 12 years old (62,4%); the most cases were in the female sex (55,5%); the individual accident occurred in 57,2% of the event by circumstances, trying self-murder (16,9%), work accidents (5,1%), not known (3,8%), collective accidents (2,5%), and others (4,2%). Among the causing agents we had: medicines (29,1%); pesticides (12,5%); domestic products (11,5%); drug abuse (10%). The most common agents that causes accidents in the children were the domestic products (68,1%); medicines (34,4%); pesticides (32,4%). In the analysis of the administrative region we found that the HRSAM was the principal (20,9%); HRG(17,4%); HRS (12,%); HRT (10,1); HRAN (9,57%); HRC ( 9,32%) and HRPL (8,30%). The month of the great occurrence was May. The day with the great occurrence was Thursday. This study gives the chance to distinguish the profile of the clients that was taken care at the Health Units and to identify the toxic agents that were involved in the accidents, the circumstances and the seasonality. The generation of these informations could give to our Health Authorities the necessary assistance in the elaboration of a preventive program as well as to give to the people that work at the Health Units.

**Key words:** Exogenous Intoxications, toxic accidents, health public problems.

**LISTA DE FIGURAS E QUADRO**

Figura 1 - Distribuição de ocorrências de IE nas unidades da Rede Básica de Saúde da SES/DF, 2005. (GRUPO 1).....	28
Figura 2 - Distribuição de Ocorrências de IE nas unidades da Rede Básica de Saúde da SES/DF, 2005. (GRUPO 2).....	29
Figura 3 - Distribuição de Ocorrências de IE nas unidades da Rede Básica de Saúde da SES/DF, 2005. (GRUPO 1 e 2) .....	29
Figura 4 - Dados gerais de ocorrências 2005. Distribuição por dia da semana.....	30
Figura 5- Distribuição por meses do ano em todos os pacientes atendidos, 2005.....	30
Figura 6 - Gráfico Geral do Tipo de tratamento realizado nos atendimentos da I.E., 2005.....	44
Figura 7 - Gráfico Geral do tipo de tratamento realizado nos atendimentos das I.E., 2005. Distribuição por agente causal.....	44
Figura 8 - Gráfico do Tempo de internação (hs) x n° de pacientes, 2005.....	47

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das IE por faixa etária, gênero e tipo de agente no DF, em 2005.....	31
Tabela 2 - Distribuição do tipo de agente/clandestinidade/noDF, em 2005.....	32
Tabela 3 - Distribuição das IE por faixa etária no DF, em 2005.....	32
Tabela 4 - Distribuição das ocorrências de IE segundo Gênero e faixa etária dos principais agentes tóxicos no DF, em 2005.....	33
Tabela 5 - Ocorrência de IE por medicamentos segundo a classe farmacológica no DF, em 2005.....	34
Tabela 6 - Ocorrências das IE por classe farmacológica e faixa etária no DF, em 2005.....	34
Tabela 7 - Ocorrências das IE por Domissanitários e faixa etária no DF, em 2005.....	36
Tabela 8 - Ocorrências das IE por Drogas de abuso e faixa etária no DF, em 2005.....	37
Tabela 9- Ocorrência de IE por circunstância no DF, em 2005.....	38
Tabela 10 - Ocorrência de IE por local e zona de ocorrência no DF, em 2005.....	38
Tabela 11 - Ocorrências das IE nas tent. de suicídio segundo local e zona de ocorrência no DF, em 2005.....	39
Tabela 12 - Ocorrências das IE nas tent. de suicídio segundo idade, gênero e tipo de agente no DF, em 2005.....	40
Tabela 13 - Ocorrências das IE nas tent. de suicídio segundo local e zona de ocorrência noDF, em 2005.....	41
Tabela 14 – Registro da presença de sintomatologia nas ocorrências de IE, em 2005.....	42
Tabela 15 – Dados do Tipode tratamento das IE, em 2005. Distribuição por agente.....	43
Tabela 16 – PBT registrados pelo CIAT/DF nos atendimentos das IE, em 2005.....	45
Tabela 17 – Dados da Evolução do paciente nos tratamentos das IE, em 2005.....	46

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	54
ANEXO B - Instrumento de Coleta dos Dados.....	55
ANEXO C - Quadro 1- Distribuição dos medicamentos relacionados aos casos de I.E. no DF, em 2005.....	58
ANEXO D - Quadro 2 - Distribuição dos domissanitários relacionados aos casos de I.E. no DF, em 2005.....	62
ANEXO E - Quadro 3 - Distribuição dos Agrotóxicos relacionados aos casos de I.E. no DF, em 2005.....	63
ANEXO F- Tabela – Distribuição do Tempo de Internação por número de pacientes, em 2005. (Grupo 1).....	64
ANEXO G -Tabelas de distribuição das ocorrências das I.E. nas unidades da RBS daSES/DF, 2005.....	65
ANEXO H - Modelo da Ficha de Notificação Compulsória – FNC.....	67
ANEXO I - Modelo da Ficha de Notificação e Atendimento - FNA.....	68

**LISTA DE SIGLAS**

<b>ADT</b>	Antidepressivos tricíclicos
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>AT</b>	Agente Tóxico
<b>DF</b>	Distrito Federal
<b>FNA</b>	Ficha de notificação e atendimento
<b>FNC</b>	Ficha de notificação compulsória
<b>HBDF</b>	Hospital de Base de Brasília
<b>HRAN</b>	Hospital Regional da Asa Norte
<b>HRAS</b>	Hospital Regional da Asa Sul
<b>HRBZ</b>	Hospital Regional de Brazilândia
<b>HRC</b>	Hospital Regional de Ceilândia
<b>HRG</b>	Hospital Regional do Gama
<b>HRGU</b>	Hospital Regional do Guará
<b>HRP</b>	Hospital Regional do Paranoá
<b>HRPL</b>	Hospital Regional de Planaltina
<b>HRS</b>	Hospital Regional de Sobradinho
<b>HRSAM</b>	Hospital Regional de Samambaia
<b>IE</b>	Intoxicações Exógenas
<b>LG</b>	Lavagem Gástrica
<b>PBT</b>	Procedimentos Básicos em Toxicologia
<b>RBS</b>	Rede Básica de Saúde
<b>VE</b>	Vigilância Epidemiológica

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS.....	4
2.1 Objetivo Geral .....	4
2.2 Objetivos Específicos .....	4
CAPÍTULO I.....	5
3 SUPORTE TEÓRICO .....	5
3.1 Centro de Informação e Assistência Toxicológica.....	5
3.2 Conceitos em Toxicologia.....	7
3.3 A história da Toxicologia.....	8
3.4 Definindo Intoxicação.....	9
3.5 Classificação do Agente Tóxico.....	11
3.6 Intoxicação por Medicamento.....	12
3.6.1 Classes terapêuticas dos medicamentos.....	14
3.7 Intoxicação por Domissanitário.....	17
3.8 Intoxicação por Agrotóxico.....	18
3.10 Suicídio.....	19
3.9 Atendimento Inicial do paciente intoxicado.....	19
3.11 Manifestação clínica.....	20
3.12 Diagnóstico e tratamento das Intoxicações.....	21
3.13 Vigilância Epidemiológica.....	22
CAPÍTULO II.....	24
4 METODOLOGIA.....	24
4.1 Tipo de Estudo.....	24
4.2 Tamanho da amostra.....	24
4.3 Operacionalização do estudo.....	24
4.4 Descrição da área de estudo.....	24
4.5 Instrumento para a Coleta de Dados.....	26
4.6 Procedimentos para Coleta de Dados.....	26
4.7 Processamento para Análise dos Dados.....	26
4.8 Análise dos Dados.....	27
4.9 Procedimentos Éticos .....	27

CAPÍTULO III.....	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	28
5.1 Perfil Geral das I.E. nas Unidades Básicas de Saúde.....	28
5.2 Perfil das I.E. segundo idade,gênero e tipo de agente tóxico.....	31
5.3 Análise detalhada das I.E. segundo gênero/principais agentes tóxicos.....	32
5.4 Perfil das I.E. por medicamento.....	33
5.4.1. Perfil da I.E. por classe farmacológica e faixa etária.....	34
5.5 Perfil das I.E. por Domissanitários.....	35
5.6 Perfil das I.E. por Drogas de Abuso.....	36
5.7 Perfil das I.E. segundo circunstância, via de exposição, local e zona de ocorrência.....	37
5.8 Intoxicações Exógenas por Tentativa de Suicídio.....	39
5.9 Principais Agrotóxicos envolvidos nas I.E.....	41
5.10 Sintomatologia e tratamentos realizados nas ocorrências de I.E.....	41
5.11 Procedimentos Básicos em Toxicologia.....	45
5.12 Evoluções Clínicas.....	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
7 SUGESTÕES.....	50
REFERÊNCIAS .....	51
ANEXOS.....	54

---

## INTRODUÇÃO

Desde o progresso tecnológico que se iniciou na Segunda Guerra Mundial, houve nos últimos anos o surgimento de uma diversidade de novas substâncias tóxicas. Hoje sabemos que mais de dez milhões de substâncias químicas são colocadas no mercado e desta maneira somos expostos diariamente a diferentes produtos farmacológicos e sanitários.(RIBEIRO & LACAZ, 1984). Esta diversidade de produtos farmacológicos e sanitários com alto poder tóxico, alguns com embalagens inadequadas e sem informações necessárias sobre composição, medidas preventivas e de tratamento em caso de acidente, muitos além disso chamam a atenção especialmente das crianças pelo conteúdo colorido e estético, favorecendo a ocorrência de intoxicações. Este constante incremento do volume e diversidade dos produtos químicos cria uma probabilidade crescente e significativa de acidentes químicos, ocasionando reflexos importantes na saúde pública e ambiental, tornando as intoxicações um agravo de importância médico-epidemiológico e social. (FORGET, 1989)

Estima-se que milhões de pessoas são intoxicados anualmente no mundo, só em 2003 segundo o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) , 29 dos 33 Centros de Informação e Assistência Toxicológica em atividade no Brasil registraram 82.716 casos de intoxicação humana, com maiores letalidade nos casos de intoxicação por agrotóxicos de uso agrícola (2,76%) e raticidas (1,09%). A faixa etária mais acometida foi a de 01 a 04 anos (22,34%). Com relação aos principais agentes causadores de intoxicação nesta faixa etária, destacam-se os medicamentos (37,4%), os produtos domissanitários (18,8%) e os produtos químicos industriais (8,4%). No Brasil, os óbitos registrados por envenenamento totalizaram 530 mortes em 2003. Os medicamentos são de extrema importância nos registros dos casos de envenenamentos, o SINITOX registrou que os medicamentos foram responsáveis por 23.348 casos de intoxicação exógenas no Brasil, tendo como consequência 128 óbitos.

Um dos principais fatores predisponentes de intoxicação na criança parece ser o fácil acesso a produtos tóxicos, freqüentemente guardados em armários ou sob as pias (locais baixos) e a facilidade de abertura de seus recipientes pelas crianças. Na criança, a quase totalidade dos



---

casos é conseqüente à ingestão acidental voluntária de tóxicos, sendo restrito o número de intoxicações passivas como, por exemplo, as intoxicações alimentares ou medicamentosas. A intoxicação criminosa ou profissional é rara em pediatria. A intoxicação por diversos produtos é uma das principais causas de morte em crianças abaixo de 12 anos (SCHVARTSMAN , 1979).

A incidência dos acidentes tóxicos, de um modo geral e na infância em particular, tem sido o objeto de muitos estudos em diversas partes do mundo. Entende-se por acidente infantil um acontecimento causal que resulta em ferimentos ou danos ao organismo, devido à curiosidade e o desconhecimento de real perigo do produto, associado ao descuido ou falta de informação dos pais. A gravidade da intoxicação varia muito conforme a natureza dos tóxicos, incluindo-se entre estes, ao contrário do que ocorre com os adultos, um número considerável e extremamente diversificado de substâncias: perfumes, tintas de escrever, raticidas, polidores de metais, detergentes, medicamentos, álcool, removedores de ferrugem, gasolina, graxa para sapato, etc. (FERNANDES , 1994). Em adultos, as intoxicações são geralmente de natureza profissionais ou então conseqüentes às tentativas de suicídio ou homicídio, havendo, nestes casos, um certo número de tóxicos rotineiramente usados. (PARDAL *et alii*,2001).

ZAMBRONE *et alii*, analisou no período de 1994 a 1996 a ocorrência dos atendimentos nos centros de toxicologia de seis Hospitais Universitários do Brasil, detectou-se neste estudo 53.926 atendimentos, destes, 38,1% eram de Belo Horizonte- MG; 20,2% de Campinas-SP; 15,2% de Florianópolis-SC; 11,1% de Ribeirão Preto-SP; 8,0% de Maringá-PR e 7,4% de Londrina-PR. O estudo revelou que a faixa etária mais freqüente foi de um a cinco anos (17,9%), a principal ocorrência foi intoxicação (85,4%) a grande maioria aguda; os acidentes aparecerem com 53,5% seguidos pelas tentativas de suicídio (23,3%), ocupacional (11,2%). Os agentes em 30% eram toxinas animais (escorpiões, aranhas, himenópteros, cobras e outros), 29,3% medicamentos (benzodiazepínicos, barbitúricos, antidepressivos tricíclicos, antibacterianos, haloperidol e outros), 13,9% praguicidas (organofosforados, raticidas, piretróides, carbamatos, herbicidas, organoclorados e outros), 8,9% produtos de uso doméstico (hipoclorito, soda cáustica, amoníaco, ácidos, detergentes e outros). A via principal de exposição em 55,2% foi a oral, em 27,6% mordida e/ou picada; 7,6% a via respiratória e 6,6% a cutânea.

---

O quadro Sanitário Brasileiro apresenta diferentes perfis epidemiológicos. O DF ocupa uma posição de destaque sendo visto como referência já que aloja os órgãos Federais como Ministério da Saúde e Anvisa, apesar desta capacidade observou-se a carência de estudos epidemiológicos das ocorrências das intoxicações exógenas no DF, ponto de partida para a realização deste trabalho. Esta situação era agravada principalmente pelo fato do serviço público não dispor de um Centro de Informação Toxicológica em atividade que registra-se e acompanha-se estas ocorrências.

No Distrito Federal, estudo realizado por TAUIL *et alii*, 1994, revelou que no período de um ano entre os meses de agosto de 1991 e julho de 1992, foram registrados no Centro de Informações Toxicológicas do Distrito Federal, 1009 casos, dos quais 912 intoxicações humanas. O estudo revelou que a maioria dos atendimentos, teve como clientela crianças, na faixa etária de 0 a 4 anos de idade e a ocorrência de óbitos alcançou o número de 10. Como causa principal das intoxicações prevaleceu o acidente, seguidas das tentativas de suicídio.

Nas últimas décadas, Brasília alcançou progressos na área da saúde, graças às políticas setoriais efetivas, ao trabalho dos profissionais e pesquisadores e aos avanços tecnológicos. Entre as conquistas relevantes alcançadas está a criação em 2004 do Centro de Informação e Assistência Toxicológica/CIAT, que tem como objetivo a prestação de informações específicas para o atendimento a vítimas de exposições tóxicas, em caráter de emergência e em regime de plantão permanente (24 hs/dia).

Com a criação do Centro de Informação e Assistência Toxicológica/ CIAT/DF, deu-se o passo inicial para a esta pesquisa, pois proporcionou uma visão ampla do problema despertando a necessidade de conhecer a magnitude do problema no DF, e ao mesmo tempo, gerar informações que possam ser utilizadas pelas autoridades sanitárias, profissionais da área de saúde e população visando uma maior compreensão do problema e a adequação de medidas que possam minimizar os riscos da ocorrência de acidentes.

## OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Conhecer a magnitude das ocorrências de casos de intoxicações exógenas em pacientes atendidos nas unidades da Rede Básica de Saúde do Distrito Federal, em 2005.

### 2.2 Objetivos Específicos

- verificar o perfil epidemiológico dos usuários atendidos ( idade, sexo, ocupação);
- identificar os principais agentes causadores dos acidentes tóxicos ;
- mapear a distribuição espacial dos casos de intoxicação;
- conhecer a evolução clínica dos usuários intoxicados (sintomatologia, tratamentos);
- conhecer a mortalidade dos usuários que foram atendidos nas unidades de saúde;

---

## CAPÍTULO I

### SUPORTE TEÓRICO

#### 3.1 Centro de Informação e Assistência Toxicológica

Os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIAT), denominados, também, como Centro Anti-Veneno tem como objetivo principal prestar informações específicas, em caráter de emergência e em regime de plantão permanente (24hs/dia), a profissionais de saúde que viabilizem e otimizem o atendimento a vítimas de exposições tóxicas de um modo geral, assim como, também, prestar informações específicas a comunidade leiga, sobre medidas preventivas, primeiros socorros e medidas ou manobras que possam minimizar o efeito de qualquer exposição até o atendimento por um profissional de saúde.

O CIAT tem por finalidades também;

- Apoiar as políticas públicas relativas à Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária na questão Toxicológica;
- Promover a capacitação de estudantes e profissionais de saúde para o atendimento toxicológico;
- Efetuar a coleta, tratamento, armazenamento e disseminação de dados relacionados às exposições químicas e intoxicações em geral com vistas a geração de informações epidemiológicas de interesse às políticas de Saúde;
- Promover campanhas visando orientar a comunidade sobre princípios básicos de prevenção de acidentes tóxicos.

O primeiro Centro a ser inaugurado no Continente Americano ocorreu em novembro de 1953, na cidade de Chicago (EUA) sob a denominação de *Poison Control Center*. Esta iniciativa deveu-se aos esforços do "Illinois Chapter of American Academy of Pediatrics" e de outras entidades ligadas à área. No Canadá, a partir da criação do primeiro centro, em 1957, houve rápida proliferação destes organismos, existindo 222 centros em 1963. Estes centros estão, primariamente, sob a responsabilidade dos governos locais, sendo coordenados por uma agência

---

localizada em Ottawa, subordinada ao "Food and Drug Directorate". Por sua vez, o México estabeleceu, em 1966, na cidade do México, o Centro de Intoxicados, no "Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional", ligado ao "Instituto Mexicano del Seguro Social". Na América do Sul, a Argentina já contava, desde 1962, com o "Centro de Intoxicaciones" localizado no "Hospital de Niños", na Província de Buenos Aires. O Uruguai, em dezembro de 1975, inaugurou o "Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico", localizado em Montedivéu. Este centro encontra-se subordinado administrativamente à "Facultad de Medicina de la Universidad de la Republica". Outros países, seja da América Central, seja da América do Sul, também se propuseram a criar centros similares como, por exemplo, Costa Rica, Venezuela e Colômbia. Na Europa, a data de fundação do primeiro centro não está estabelecida rigorosamente. Sabe-se que existia, em 1949, um serviço de toxicologia clínica em Budapeste (Bulgária) e, à mesma época, um serviço de informações, menor, em Leeds (Inglaterra). Ainda no início da década de 50, o "Bispebjerg Hospitalet", em Copenhague (Dinamarca), notabilizou-se pela eficiência no tratamento de intoxicações barbitúricas agudas. Com o estabelecimento de uma unidade de cuidados intensivos voltada às intoxicações, no "Hôpital Fernand Widal", em Paris (França), em 1959, e do "National Poison Information Service" na Grã Bretanha, em 1963, foram dados importantes passos para o desenvolvimento destes centros na Europa. Assim, foi criado, já em 1964, o "European Association of Poison Control Centers" e, em 1970, 22 países europeus possuíam programas de controle de intoxicações, sendo que a maioria apresentava um serviço permanente de informação e tratamento médico. (BAROUD, 1985).

No Brasil, o primeiro destes centros surgiu na cidade de São Paulo (SP), em 1971, inaugurado pela Prefeitura do Município de São Paulo sob a denominação de Centro de Controle de Intoxicações. Suas atribuições iniciais eram as de assistir às intoxicações exógenas pediátricas, além de atuar nos campos da prevenção, da pesquisa e da informação toxicológica. A partir de maio de 1980, seus serviços médicos foram estendidos para o tratamento de adultos intoxicados. Em 1976, a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul criou o Centro de Informação Toxicológica com a finalidade de elaborar um fichário de informações toxicológicas sobre substâncias químicas potencial e efetivamente tóxicas, coletar dados epidemiológicos e fomentar programas educativos.

---

O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) foi constituído em 1980, pelo Ministério da Saúde, a partir da constatação, entre as prioridades do governo, da necessidade de criar um sistema abrangente de informação e documentação em Toxicologia e Farmacologia de alcance nacional. O SINITOX, em 1986, foi incorporado à estrutura do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz e tem, como principais atribuições, coordenar, compilar, analisar e disseminar dados e informações no campo das intoxicações e envenenamentos em todo o país. (MATOS, 2002).

Atualmente, existem trinta e seis Centros de Informação e Assistência Toxicológica (Ciats) em funcionamento, em 19 Estados, distribuídos pelo território nacional. Estes 36 Centros juntos compõem a Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (RENACIAT), criado pela RDC 19 em 2005 e que é coordenada pela Anvisa. O CIAT/DF pela Renaciat tem o número 34 .

### 3.2 Conceitos em Toxicologia

- *Agente Tóxico (AT) ou toxicante*: é definido como substância ou objeto, natural ou feito pelo homem, que pode ser tóxico a um organismo vivo.
- *Veneno* : é o termo utilizado para designar a substância química, ou mistura de substâncias químicas, que provoca a intoxicação ou a morte com baixas doses. Pode designar também substâncias provenientes de animais, nos quais teriam importantes funções de autodefesa ou de predação.
- *Droga*: é toda substância capaz de modificar ou explorar o sistema fisiológico ou estado patológico, utilizada com ou sem intenção de benefício do organismo receptor.
- *Fármaco*: é definido como sendo toda substância de estrutura química definida, capaz de modificar ou explorar o sistema fisiológico ou estado patológico, em benefício do organismo receptor.
- *DL 50: (Dose letal 50%)* é o parâmetro mais utilizado para expressar o grau de toxicidade aguda de substâncias químicas. DL 50 corresponde à dose que

---

provavelmente mata 50% dos animais de um lote utilizado para experiência. São valores calculados estatisticamente a partir de dados obtidos experimentalmente.

- *Antídoto*: é um agente capaz de antagonizar os efeitos tóxicos de substância.
- *Intoxicação*: é um processo patológico causado por substâncias químicas endógenas ou exógenas e caracterizado por desequilíbrio fisiológico, em consequência das alterações bioquímicas no organismo. Esse processo é evidenciado por sinais e sintomas ou mediante exames laboratoriais.
- *Intoxicação Aguda*: Esta decorre de um único contato ( dose única – potência da droga) ou múltiplos contatos ( efeitos cumulativos) com o agente tóxico, num período de tempo aproximado de 24 horas. Os efeitos surgem de imediato ou no decorrer de alguns dias, no máximo duas semanas. Estuda a relação dose/resposta que conduz ao cálculo da DL 50.
- *Intoxicação sub-aguda ou sub-crônica*: é caracterizada por exposições repetidas a substâncias químicas.
- *Intoxicação crônica*: resulta do efeito tóxico após exposição prolongada a doses cumulativas do toxicante ou AT , num período prolongado, geralmente maior de 3 meses ou anos.
- *Xenobiótico*: é o termo usado para designar substâncias químicas estranhas ao organismo.
- *Ação tóxica*: é a maneira pela qual um agente tóxico exerce sua atividade sobre as estruturas teciduais.

### 3.3 A história da Toxicologia

Segundo, SEIZI OGA, 2003, a história da toxicologia acompanha a própria história da civilização, pois desde a época mais remota, o homem possuía conhecimento sobre os efeitos tóxicos de venenos animais e de uma variedade de plantas tóxicas. O poder aniquilador do veneno era, frequentemente, utilizado como instrumento de caça ou como arma contra os inimigos. Um dos documentos mais antigos, o papiro de *Ebers* (1500 a.C), registra uma lista de cerca de 800 ingredientes ativos, incluindo metais do tipo chumbo e cobre, venenos de animais e

---

diversos vegetais tóxicos. Hipócrates (460 – 464 a.C), Theophrastus (327 – 287 a.C), Discórides ( 40 –90 d.C.), entre outros, contribuíram muito para a identificação de novos agentes tóxicos e terapêuticos. A primeira classificação de venenos, em animais, vegetais e minerais, se deve a Discórides. O ópio, a cicuta, o acônito e os *digitalis* estavam entre os agentes tóxicos obtidos no reino animal, enquanto os venenos de víboras, sapos e salamandras representavam o reino animal. Entre as substâncias de origem mineral citavam-se o arsênio, o chumbo, o cobre o antimônio. Discórides recomendava o uso de eméticos em casos de envenenamento e as ventosas nas picadas de cobras. O conhecimento da toxicologia evoluiu lentamente e mesmo nos séculos XVII e XVIII os métodos de estudo eram muito empíricos.

Na era moderna, quando a evolução tecnológica incrementa a indústria do país, pondo à disposição um verdadeiro arsenal de substâncias químicas de inegável utilidade, mas potencialmente tóxicas, a frequência das intoxicações aumenta muito. É tal sua magnitude e gravidade, que figuram entre as principais causas de enfermidade e morte em quase todos os países ( GAMBOA - MARRUFO, 1985).

### 3.4 Definindo Intoxicação

Visando entender o que venha ser intoxicação exógena, várias definições são encontradas na literatura especializadas , segundo BRUNNER, 1980, é qualquer substância que quando ingerida, inalada, absorvida, aplicada à pele ou desenvolvida dentro do organismo, em quantidades relativamente pequenas, produz lesão ao organismo devido sua ação química.. AZEVEDO ROSA, 1982, define como sendo um conjunto de sinais e sintomas que demonstra o desequilíbrio promovido pela ação de uma substância tóxica, resultando num estado patológico do organismo. Para, SCHVARTSMAN *et alii*, 1999, intoxicações exógenas agudas podem ser definidas como as conseqüências clínicas e/ou bioquímicas da exposição aguda a substâncias químicas encontradas no ambiente (ar, água, alimentos, plantas, animais peçonhentos ou venenosos, etc) ou isoladas (pesticidas, produtos de uso industrial, produtos de uso domiciliar, etc.). Por intoxicação, LARINI, 1999, entende como a manifestação (clínica e/ou laboratorial) de efeitos adversos que se revelam num estado patológico ocasionado pela interação de um toxicante, isto é, de um agente químico, com o organismo. Os agentes tóxicos seriam, portanto,



---

substâncias químicas que rompem o equilíbrio orgânico, ou seja, substâncias que provocam alterações na normal homeostase do organismo.

ANDRADE, 2001, refere que a toxicologia é a ciência que estuda os efeitos adversos provocados pelas substâncias químicas sobre os organismos vivos. Este era o conceito aceito no início do século XX. Contudo, o autor refere que esta definição deve ser ampliada: *é uma ciência multidisciplinar que, além de estudar os efeitos adversos causados por agentes químicos no homem e no meio ambiente, estuda também as propriedades físico-químicas de cada substância e avalia a segurança de seu uso*.

Segundo, SEIZI OGA, 2003, o processo da intoxicação pode ser desdobrado em quatro fases:

- Fase de exposição: é a fase em que as superfícies externa ou interna do organismo entram em contato com o toxicante. É importante considerar nesta fase, a via de introdução, a frequência e a duração da exposição, as propriedades físico-químicas assim como a dose ou a concentração do xenobiótico e a susceptibilidade individual.
- Fase toxicocinética: Inclui todos os processos envolvidos na relação entre a disponibilidade química e a concentração do fármaco nos diferentes tecidos do organismo. Intervem nesta fase a absorção, a distribuição, o armazenamento, a biotransformação e a excreção das substâncias químicas.
- Fase toxicodinâmica: Compreende a interação entre as moléculas do toxicante e os sítios de ação, específicos ou não, dos órgãos e, conseqüentemente, o aparecimento de desequilíbrio homeostático.
- Fase clínica: É a fase em que há evidência de sinais e sintomas, ou ainda alterações patológicas detectáveis mediante provas diagnósticas, caracterizando os efeitos nocivos provocados pela interação do toxicante com o organismo.

---

### 3.5 Classificação do Agente tóxico

A exposição a um agente tóxico pode ser Aguda, quando a dose total do tóxico é liberada num único evento e rapidamente absorvida (24 hs), ou crônica, quando liberada em eventos periodicamente repetidos durante um curto período de tempo.

Convém notar que às vezes uma exposição aguda pode determinar um efeito crônico, e que um dos eventos da exposição crônica, por outro lado, determinar efeitos agudos. Na exposição crônica, quando a taxa de absorção supera a eliminação, o tóxico acumula-se no organismo até atingir um estado de equilíbrio responsável por efeitos específicos ou, até quando a eliminação for muito lenta, atingir níveis de exposição aguda, com seus efeitos conseqüentes.

Resumidamente as características dos efeitos tóxicos são:

- Efeito tóxico agudo: é o que ocorre ou se desenvolve rapidamente após uma única administração ( ou múltipla em 24 horas ) de um agente químico.
- Efeito tóxico crônico: é o que caracteriza-se não somente pela sua duração mas também, por certas características patológicas. Pode ser por acumulação ou somatória dos efeitos produzidos.
- Efeito tóxico local: é o que ocorre no sítio do primeiro contato entre o organismo e o agente químico.
- Efeito tóxico sistêmico: é o que requer absorção e distribuição do agente químico, para um sítio distante da sua via de penetração, onde produzirá o efeito nocivo.

As vias de ocorrência da exposição e conseqüentemente absorção do AT podem ser as seguintes: via Oral, via cutânea, ocular, parenteral, retal, vaginal, transplacentária, nasal, amamentação.

Os AT são classificados em: medicamentos, agrotóxico, produto veterinário, raticida, domissanitário, cosmético, produto químico industrial, metais, drogas de abuso, plantas, alimento, animais peçonhentos, animais não peçonhentos.

---

### 3.6 Intoxicação por medicamentos

O impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil, tendo em conta a avaliação do peso de sua participação no conjunto dos agentes tóxicos registrados pelo SINITOX, pode ser sintetizado da seguinte forma:

- O medicamento é o principal agente tóxico que causa intoxicação em seres humanos no país, ocupando o primeiro lugar, nas estatísticas do SINITOX, desde 1994;
- Os benzodiazepínicos, antigripais, antidepressivos, anti-inflamatórios são as classes de medicamentos que mais causam intoxicações em nosso país;
- 44% do total das intoxicações medicamentosas foram classificadas como tentativas de suicídio e 40%, como acidentes;
- Do total registrado das tentativas de suicídio, 62% foram atribuídas aos medicamentos;
- O sexo feminino é o mais vulnerável – do total das intoxicações e do total dos óbitos atribuídos aos medicamentos, 63% e 57%, respectivamente ocorreram no sexo feminino;
- 36% do total das intoxicações verificadas no sexo feminino ocorreram com medicamentos;
- As faixas etárias de 20 a 29 anos (58 óbitos), de 30 a 39 anos (47 óbitos) e menores de cinco anos (42 óbitos) constituíram os grupos mais vulneráveis, contribuindo juntos, com 55% dos óbitos registrados por medicamentos;
- Na faixa etária de 20 a 29 anos, a participação do sexo feminino foi bastante expressiva, contribuindo com 69% do total dos óbitos registrados neste grupo etário. (BORTOLETTO, 1999).

A intoxicação medicamentosa é mais freqüente em crianças de cor branca do que em crianças não brancas. Sem dúvida, grande parte das intoxicações ocorre por descuido dos pais. Algumas pessoas costumam guardar os medicamentos ao alcance das crianças que acabam

---

tomando a droga por curiosidade (SCHVARTSMAN *et alii*,1991). A automedicação contribui sobremaneira para o predomínio das intoxicações por medicamentos. Em 1999 foram registrados 66.584 casos de intoxicação humana, pelos 29 Centros de Controle de Intoxicações, sendo os medicamentos responsáveis por 18.824 casos.(LOYOLA *et alii*, 2002).

A automedicação é uma forma comum de auto-atenção à saúde, consistindo no consumo de um produto com o objetivo de tratar ou aliviar sintomas ou doenças percebidas, ou mesmo de promover a saúde, independentemente da prescrição profissional. Várias são as maneiras de a automedicação ser praticada: adquirir o medicamento sem receita, compartilhar remédios com outros membros da família ou do círculo social e utilizar sobras de prescrições, reutilizar antigas receitas e descumprir a prescrição profissional, prolongando ou interrompendo precocemente a dosagem .(LOYOLA,2002).

Fatores econômicos, políticos e culturais tem contribuído para o crescimento e a difusão da automedicação no mundo, tornando-a um problema de saúde pública. Estudos epidemiológicos de base populacional permitem conhecer a prevalência da automedicação e os fatores a ela associados em populações não selecionadas. Nesses estudos, foram encontradas prevalências de automedicação variando entre 30% e 90% e a automedicação apresentou associação positiva com: sexo feminino, estar casado, renda familiar, escolaridade, menor cobertura do plano de saúde para gastos com medicamentos e maior número de visitas a um médico no ano anterior. (LOYOLA,2002).

No Brasil, como na maioria dos países, os medicamentos se apresentam como o principal agente tóxico, respondendo por, aproximadamente 28,23% dos casos de intoxicação humana registrados, anualmente, pelo SINITOX/FIOCRUZ/MS, 2003. O tipo de intoxicação varia com o nível social e econômico da família. Assim, por exemplo, alta porcentagem de intoxicações medicamentosas são observadas em filhos de médicos ou de funcionários de indústrias farmacêuticas. O hábito do adulto para com estes produtos torna-o negligente quanto às precauções necessárias, e pouco sensível quanto aos seus perigos.

---

### 3.6.1 Classes terapêuticas dos medicamentos

Neste trabalho os medicamentos envolvidos nas ocorrências das intoxicações foram didaticamente classificados em: benzodiazepínicos, digitálicos, analgésico-antitérmico, anticonvulsivante, antibiótico, antipsicótico.

Grupo I – **Neuropsicofármacos:** esse grupo tem como principais agentes os *sedativos-hipnóticos e ansiolíticos* (benzodiazepínicos), os *anticonvulsivos* (fenobarbital, carbamazepina, clonazepam e fenitoína), os *antidepressivos, os antipsicóticos ou neurolépticos* (fenotiazinas e haloperidol) e os *estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC)*.

#### *Benzodiazepínicos*

Os benzodiazepínicos têm efeitos sedativos, hipnóticos, ansiolítico, relaxante muscular e anticonvulsivante. Os principais nomes comerciais em nosso meio são: Valium e Dienpax (diazepam), Frontal (alprazolam), Rivotril (clonazepam), Dormonid (midazolam) e Lorax (lorazepam). Há consenso que quase todas as ações dos benzodiazepínicos são resultado da potencialização da inibição neuronal mediada pelo ácido gama-aminobutírico (GABA). Todos os benzodiazepínicos são muito bem absorvidos por via oral. Na maioria deles a absorção intramuscular é errática, podendo haver irritação local, por isso esta via deve ser evitada. São exceções o lorazepam e o midazolam, que têm absorção intramuscular rápida. (GOODMAN, 2001).

#### *Antipsicóticos*

Os antipsicóticos, conhecidos também como neurolépticos, foram usados pela primeira vez, em 1930, como sedativos e, em seguida, como pré-anestésicos. Outros usos conhecidos, porém menos difundidos, são: potencializador de analgésicos, sedativos e anestésicos gerais; antiemético e anti-histamínico, além do tratamento da alucinação alcoólica não associada à abstinência aguda e do soluço. A prescrição destas drogas deve seguir critérios bem definidos, considerando que podem desencadear reações adversas, como distúrbios do movimento e a

---

síndrome neuroléptica maligna.

Os neurolépticos são drogas seguras, com amplo intervalo entre efeitos clínicos e tóxicos, o que deixa de ser verdade nas interações com alguns medicamentos. A absorção gastrointestinal dos neurolépticos é errática e a biodisponibilidade por via parenteral é quatro a 10 vezes maior. São drogas extremamente lipossolúveis com meia-vida prolongada (20 a 40 horas). (ANDRADE, 2001)

### *Anticonvulsivantes*

As drogas anticonvulsivantes podem ser divididas didaticamente de acordo com seu mecanismo de ação em três grupos:

- Seletivos ou não sedativos, agem alterando o fluxo de íons (especialmente sódio) transmembrana – neste grupo inclui-se as fenitoínas, outras hidantoínas e a carbamazepina;
- Não seletivas ou sedativas, agem principalmente alterando o GABA pós sináptico – fenobarbitais, outros barbituratos e diazepínicos;
- Agentes cujos mecanismos de ação ainda não foi completamente elucidado, como a etosuximida e trimetadiona. (ANDRADE,2001)

Nas literaturas encontramos que as intoxicações por anticonvulsivantes são extremamente comuns, em especial carbamazepina. Os tratamentos são geralmente de suporte, uma vez que não existe antídoto específico. Os principais representantes dos anticonvulsivantes são: carbamazepina, fenitoína e ácido valpróico. Os Barbitúricos também são utilizados como anticonvulsivantes, mas tem ação sedativo-hipnóticas. (ELLENHORN, 1997).

### *Antidepressivos*

Os antidepressivos tricíclicos (ADT) foram sintetizados no final da década de 40 e seu uso no tratamento da depressão teve início a partir dos anos 50. (ANDRADE, 2001). Estas drogas são utilizadas no tratamento de dores crônicas, na profilaxia de enxaqueca, na abstinência à cocaína, na enurese em crianças e no tratamento de depressão.

---

Os ADT tem potente efeito sedativo. Uso amplo em depressões melancólicas e em alguns casos de depressão atípica. São rapidamente absorvidos por via oral, com elevada união a proteínas plasmática. Metabolização hepática com eliminação renal em vários dias.(GOODMAN,2001). Os ADT mais utilizados são: Imipramina (Imipra, Tofranil), Amitriptilina (Tryptanol, Limbitrol), nortriptilina (Pamelor) e clomipramina (Anafranil).

Grupo II – **Analgésicos, antitérmicos, antiespasmódicos e antiinflamatórios não esteróides:** inclui a *dipirona*, o *paracetamol*, o *diclofenaco*, a *nimesulida*, os *salicilatos*, os *antiespasmódicos* e outros *analgésicos e antiinflamatórios*.

Grupo III -**Antihistamínicos, antitussígenos, broncodilatadores e descongestionantes nasais de usos tópico e sistêmico:** inclui medicamentos bastante diferentes quanto ao uso terapêutico, ação farmacológica e estrutura química. Os mais freqüentes são os anti-histamínicos *bronfeniramina*, *clorfeniramina*, *dexclorfeniramina*, *feniltoloxamina* *difenidramina* e *loratadina*; os broncodilatores *salbutamol*, *fenoterol*, *teofilina* e os descongestionantes *fenilpropanolamina*, *fenilefrina*.

Grupo IV – **Digitálicos :** ou glicosídeos cardíacos inclui um grupo de fármacos que são usados para diminuir a taxa de contração ventricular e para corrigir as arritmias por flutter ou fibrilação auricular. A Digotoxina é encontrada naturalmente em diversos vegetais do gênero *Digitalis*, derivada da folha seca da dedadeira, *Digitalis purpúrea*, havendo também a espécie *Digitalis lanata*, da qual se originam a digoxina e o lanatosídeo C; que são as preparações mais comumente utilizadas incluindo também a digitoxina. Os digitálicos estão entre as medicações mais prescritas em todo o mundo e, apesar de relatos de seu uso virem desde 15 séculos A. C., somente em 1785, William Withering publicou seu primeiro estudo sistematizado sobre o uso da droga. Estudos demonstram que a incidência das intoxicações digitálicas crônicas tiveram queda importante, dados demonstram que a taxa de mortalidade que era de 40% há 30 anos, atualmente está entre 1% a 4 %. (ANDRADE, 2001). A intoxicação digitálica é mais freqüente na população geriátrica (LORGA, 2002).

Grupo V – **Antibióticos:** Os antibióticos são um grupo de fármacos utilizados para tratar as

---

infecções causadas por bactérias. Extraídos, em tempos, de bolores e fungos, podem ser hoje obtidos diretamente por síntese química e utilizados para combater diversas doenças infecciosas. Os antibióticos distinguem-se em: *bactericidas*, quando eliminam as bactérias, provocando a destruição da parede bacteriana; e *bacteriostáticos*, quando detêm o crescimento das bactérias, deixando ao sistema imunitário a tarefa de eliminar a infecção. As intoxicações por antibióticos são pouco freqüentes, ocorrendo principalmente em crianças, mesmo assim em percentagem baixa.

### 3.7 Intoxicação por Domissanitários

Produtos de uso domiciliar (domissanitários) destinados à limpeza e higiene de superfícies fixas inanimadas, em geral de uso domésticos, que entrem em contato direto ou indiretos com o ser humano. Nesta categoria estão incluídos: raticidas e inseticidas (uso individual ou profissional), sabões e detergentes, desinfetantes, desodorizantes, e similares. Neste grupo também estão incluídos produtos cáusticos como água sanitária, soda (cáustica e potássica) fenóis, cresóis e hidrocarbonetos (MOREIRA *et alii*, 1998). Com a evolução do mercado industrial, vem aumentando a diversidade dos produtos domissanitários com alto potencial tóxico, alguns com embalagens inadequadas e sem informações necessárias sobre a composição, medidas preventivas e de tratamento em caso de acidentes; além de chamarem a atenção pelo conteúdo colorido e estética da embalagem, favorecendo os acidentes infantis. Os Domissanitários podem ser também denominados de Saneantes (domissaneantes). (RODRIGUES *et alii*, 1980).

A ascendência das intoxicações por produtos de uso domiciliar tem demonstrado significativa expressão no contexto das intoxicações, ocupando o segundo lugar entre os diversos tipos de intoxicação em crianças de 0 a 7 anos, exigindo muito mais dos profissionais de saúde no que se refere a tratamento em virtude da maioria das vezes disporem de dados com apenas o nome comercial e a finalidade do produto (PAULA, 1998). Na maioria dos casos, as intoxicações exógenas em crianças ocorrem de forma acidental. Existem umas distribuições bifásicas da intoxicação: a primeira consiste na ingestão acidental voluntária de tóxicos em lactentes e pré-escolares, sendo nessa fase pouco comum a intoxicação passiva. A segunda fase relaciona-se à ingestão intencional de tóxicos pelo adolescente. (PARDAL *et alii*, 2001).



---

As intoxicações por domissanitários são problemas essencialmente urbanos, pouco referidos como acidentes ocupacionais e também pouco como tentativa de suicídio.

### 3.8 Intoxicação por Agrotóxicos

O termo em uso de “Agrotóxico” tem o sentido geral para incluir todos os compostos químicos usados na agricultura, excluindo aqueles de uso domissanitário, da pecuária, os utilizados no combate de parasitas de animais domésticos, aqueles usados no controle de plantas aquáticas e os utilizados na limpeza e manutenção das áreas com linhas de transmissão elétrica e nas ferrovias.(LARINI, 1999)

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, estimou que no mundo ocorreriam cerca de três milhões de intoxicações agudas por agrotóxicos com 220 mil mortes por ano. PERES, 2001, relata que em 1997 foram notificados no País, 7.506 casos de intoxicações por agrotóxicos, sendo 5.198 causados por produtos de uso doméstico (também chamados de pesticidas domésticos, comuns às campanhas de saúde pública), respondendo por aproximadamente 10% de todos os casos de intoxicações registrados no País. Ainda segundo PERES, 2001, os países em desenvolvimento são responsáveis por 20% do mercado mundial de agrotóxicos, entre os quais o Brasil se destaca como o maior mercado individual, representando 35% do montante, o equivalente a um mercado de 1,1 bilhão de dólares americanos (ou 150.000 t/ano). Além da intoxicação de trabalhadores que tem contato direto ou indireto com esses produtos, a contaminação de alimentos tem levado a grande número de intoxicações e mortes. (TRAPÉ, ANGELO Z.; 1999).

Os inseticidas carbamatos e organofosforados são compostos anticolinesterásicos, com variado grau de toxicidade para o ser humano. Estas substâncias vêm sendo amplamente utilizadas como inseticidas, fungicidas e parasiticidas na agricultura, desde a II Guerra Mundial, (ECOBICHON, 1996). Chama a atenção o fato de pesticidas agropecuários serem os principais no grupo dos pesticidas. Sabe-se que a relevância da ocorrência destes pesticidas deve-se ao carbamato *Aldicarb*, desviado de seu comércio legal e vendido como “Chumbinho” com o objetivo de matar ratos (raticidas).

---

### 3.9 Suicídio

Estima-se que 25% da população mundial sejam formadas por adolescentes e que na América Latina residam aproximadamente 30% de adolescentes e jovens na faixa etária de 10-24 anos. De acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 22,0% dos brasileiros têm de 10 a 19 anos. A maioria destes jovens vive em setores marginais da zona urbana, o que dificulta ainda mais o acesso à educação, trabalho e saúde, favorece a delinquência e a violência juvenis e aumenta as taxas de mortalidade por causas externas, em especial, homicídios, suicídios, acidentes de trânsito. (MARCONDES FILHO *et alli*, 2002).

A literatura internacional apresenta inúmeros relatos de pesquisas que investigaram a ideação e o comportamento suicida entre a população jovem dos países industrializados, principalmente sob os aspectos epidemiológico e psicodinâmico. No Brasil, vários estudos caracterizaram a epidemiologia da tentativa de suicídio, definida com um ato não fatal no qual o indivíduo deliberadamente provoca dano a si mesmo ou

ingere qualquer substância em excesso, ou seja, acima da dosagem terapêutica. Estes trabalhos ressaltaram a necessidade da diferenciação entre os conflitos de identidade física, psíquica e sexual, os sentimentos de tristeza, insegurança ou ansiedade típica da adolescência e a presença de fatores de risco no contexto sócio-cultural em que vivem a criança e o adolescente. (MARCONDES FILHO *et alli*, 2002).

### 3.10 Atendimento Inicial do paciente intoxicado

As circunstâncias de causa da intoxicação exógena pode ser, acidental, ocupacional, erro de administração, uso terapêutico indevido, abuso, abstinência, ingesta alimentar, tentativa de suicídio, entre outras.

O manuseio inicial do paciente intoxicado segue, geralmente, uma série de etapas, mas não difere em nada de qualquer paciente grave (ANDRADE *et alli*, 2001) . Apesar de bem

---

delimitadas, ele deve obedecer uma abordagem sistematizada e padronizada, para evitar-se perda de tempo ou que se esqueça qualquer passo.

Esquemáticamente são as seguintes:

1. avaliação clínica inicial;
2. estabilização;
3. reconhecimento da toxíndrome e identificação do agente causal;
4. descontaminação;
5. administração de antídotos;
6. aumento da eliminação do tóxico absorvido;
7. tratamento sintomático.

### 3.11 Manifestação Clínica

Cada agente tóxico apresenta manifestações clínicas específicas, alguns apresentam sintomatologias clássicas como a “sialorreia” apresentada pela ingestão de pesticidas da classe química organofosforado ou carbamato que são inibidores da Acetilcolinesterase. Outra manifestação clássica é a insuficiência respiratória que pode ser causada pela ingestão de alguns agentes como barbitúricos, carbamazepina, antidepressivos tricíclicos, etanol, opióides, anticolinesterásicos, substância cáusticas e as toxinas botulínica, escorpiônica, elapídica e crotálica.

Os benzodiazepínicos em doses pequenas não levam a depressão respiratória quando a via de administração é a oral, mas podem provocá-la se associados a outros depressores do sistema nervoso central (SNC). A taquicardia apresentada pelas intoxicações são na sua grande maioria provocadas pela uso de anfetaminas, atropina e derivados, cocaína, fenotiazinas, plantas beladonadas, antidepressivos tricíclicos, teofilina, agentes causadores de hipóxia tecidual, alguns cogumelos e hormônio tireodiano. Esta taquicardia, na maioria das vezes reflete mecanismo compensatórios simpáticos, secundários ao baixo débito cardíaco ou à hipoglicemia. (ANDRADE *et alli*, 2001)

A hipertensão arterial (HA) geralmente está relacionada aos agentes como anfetaminas, cocaína, efedrina, cafeína, maconha, anticolinesterásicos, anti-histaminicos, atropina e derivados, antidepressivos triciclicos, etc. A HA provocada por intoxicação geralmente tem pequena duração e só raramente deve ser abordada farmacologicamente. Na prática os benzodiazepínicos podem ser usados em alguns tratamentos, como é o caso da intoxicação por cocaína.

### 3.12 Diagnóstico e tratamento das Intoxicações

A grande maioria dos pacientes intoxicados são atendidos, inicialmente em unidades de emergências e urgência. Estas unidades geralmente apresentam sempre um perfil estressante que leva a alguma dificuldade para se colher os detalhes da condição que levou o paciente ao hospital. É recomendado que se colha a história inicial do paciente quando possível, sendo depois checado junto aos familiares e/ou acompanhantes, principalmente

nos casos de auto extermínio, pois a história pode ser deliberadamente falseada pelo paciente.

O diagnóstico das intoxicações agudas emergenciais na sua grande maioria ocorre pela identificação dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes. As avaliações laboratoriais ainda são de difícil acesso e na sua grande maioria de pouca efetividade no diagnóstico da intoxicação exógena aguda.

Após terem sido identificadas e tratados todos os sintomas que colocam em risco a vida do paciente, deve-se realizar anamnese cuidadosa junto aos familiares e paciente para que se faça o tratamento de acordo com o agente toxicante específico. Devemos lembrar que os CIATs tem papel primordial neste momento, atendendo através da experiência e protocolos o melhor procedimento que recupera e tira o paciente do risco eminente da morte. No atendimento ao paciente intoxicado não existe regras únicas, cada caso é um novo caso, lembrando que o diagnóstico depende do profissional que colhe a anamnese e caracteriza corretamente os sinais e sintomas apresentados, já que alguns destes sintomas são essenciais para a condução do tratamento.

---

Os tratamentos das intoxicações exógenas agudas se dão basicamente pela aplicação de Procedimentos Básicos em Toxicologia que são: descontaminação (cutânea, mucosa ou ocular), diluição com o uso de demulcentes, neutralização, êmese, lavagem Gástrica, lavagem intestinal, uso do carvão ativado, diurese forçada, hemodiálise, hemoperfusão, endoscopia digestiva alta, antídoto, soroterapia. (ANDRADE et alli, 2001).

### 3.13 Vigilância Epidemiológica

#### *Definição*

Sistema de coleta, análise e disseminação de informações relevantes para a prevenção e o controle de um problema de saúde pública. (PEREIRA, 2001).

A atual legislação (Lei 8080) define a VE como *“um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.”*

A Vigilância Epidemiológica (VE) tem a finalidade de detectar variações de tendências, traçar o perfil de doenças e problemas julgados prioritários, e agir em função deste diagnóstico.

Os principais objetivos específicos da vigilância epidemiológica são os seguintes:

- Informar sobre a magnitude e a distribuição dos agravos à saúde, na população, usualmente em termos de morbidade e mortalidade; os dados produzidos pela VE são muito úteis para apontar os grupos mais afetados ou sob alto risco de adoecer, a variação geográfica dos casos ( ou a progressão regional de uma doença) e a tendência do evento com o passar do tempo;
- Recomendar ou iniciar ações oportunamente, a fim de circunscrever o problema, se possível, na fase inicial de expansão, reduzir os seus níveis de morbidade e mortalidade, ou até mesmo eliminar o agravo à saúde, na localidade. Em algumas condições, o objetivo

---

das ações é evitar a disseminação da doença para áreas indenes, como ocorre na vigilância do dengue;

- Avaliar medidas de saúde pública; por exemplo, o impacto de campanhas de vacinação ou a proteção e a segurança conferidas por um produto, como vacinas e medicamentos (reações colaterais, resistência adquirida, etc). (PEREIRA, 2001).

### *Agravos*

Um número limitado de agravos à saúde é objeto de vigilância. As autoridades sanitárias decidem quais são eles e passam a acompanhar a evolução de suas incidências, recorrendo às fontes de dados disponíveis ou criando novas, para alimentar o sistema de VE. (PEREIRA, 2001).

Fontes de dados para VE:

1. Notificação compulsória de casos
2. Prontuários médicos
3. Atestados de óbitos e registros de anatomia patológica
4. Resultados laboratoriais
5. Investigação de casos e epidemias
6. Inquéritos comunitários
7. Registros de bancos de sangue
8. Distribuição de vetores e reservatórios
9. Uso de produtos biológicos
10. Notícias veiculadas na imprensa

---

## CAPÍTULO II

### METODOLOGIA

#### 4.1 Tipo de Estudo

A metodologia empregada foi uma abordagem metodológica quantitativa, tomando como referencial a epidemiologia. Trata-se de um estudo do tipo longitudinal retrospectivo (PEREIRA, 2001, pág. 280), aplicado em casos de determinação de incidência de um evento, em um dado período de tempo.

#### 4.2 Tamanho da amostra

O universo estudado foi composto pelo total de casos de intoxicações exógenas registrados nos prontuários de atendimento do Centro Informação e Assistência Toxicológica/DF e fichas de Notificação Compulsória referentes as ocorrências das intoxicações das unidades de saúde do Distrito Federal, em 2005.

#### 4.3. Operacionalização do estudo

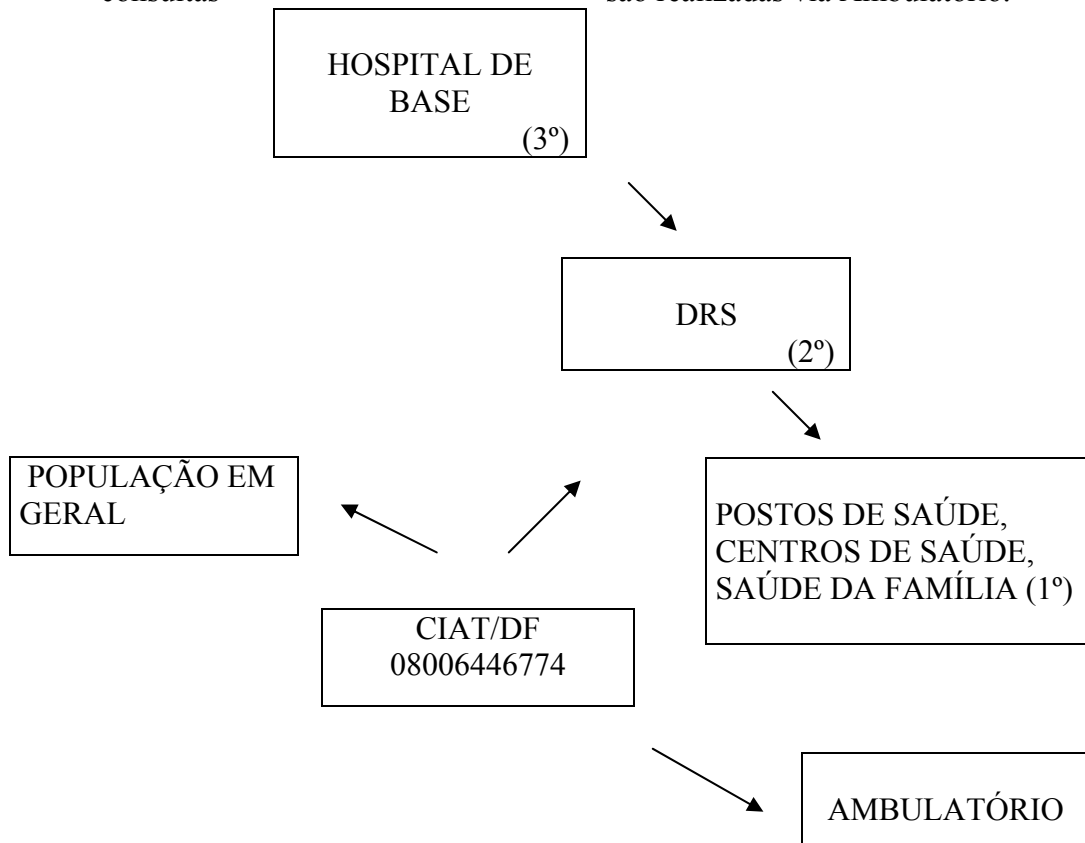
A coleta dos dados foi feita pela pesquisadora a partir da análise e levantamento da *Ficha de Notificação e Atendimento* (FNA) do Centro de informações e Assistência Toxicológica (CIAT) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, nas quais são registrados os dados sobre cada paciente atendido e que tenham sido diagnosticado como intoxicação exógena no ano de 2005. Foram analisadas também as *Fichas de Notificação Compulsória* (FNC) preenchidas pelos serviços de epidemiologia das unidades de saúde do DF e encaminhadas para o CIAT/DF.

#### 4.4 Descrição da área de estudo

O Distrito Federal tem como área territorial total 5.822,1 km<sup>2</sup>, o que representa em termos de densidade populacional mais de 353,53 hab./km<sup>2</sup>, com um população estimada em 2.333.108 (IBGE, 2005).

A Organização do Sistema de Saúde de Brasília é constituído de 19 regiões administrativas (Brasília, Gama, Taguatinga, Brazlândia, Sobradinho, Planaltina, Paranoá, Núcleo Bandeirantes, Ceilândia, Guará, Cruzeiro, Samambaia, São Sebastião, Santa Maria, Recanto das Emas, Lago Sul, Riacho Fundo, Lago Norte, Candangolândia) .

A organização do sistema de Saúde do Distrito Federal é representado por Centros de Saúde, Postos de Saúde Urbanos e Rurais e, mais recentemente, o Programa de Saúde da Família. As unidades de atendimento primário têm como referência as Divisões Regionais de Saúde -DRS (atendimento secundário) e essas, por sua vez, têm o Hospital de Base do Distrito Federal como referência (atendimento terciário). Uma particularidade bastante relevante no sistema de Saúde do Distrito Federal é que a "comunicação" entre o sistema de saúde primário e os Hospitais Regionais (DRS) é facilitada pelo fato do paciente apresentar um prontuário único. Nesta organização, hoje contamos com o serviço do CIAT/DF, que presta atendimento aos intoxicados via telefone nos casos de urgência, e aos trabalhadores ou casos crônicos de intoxicação onde as consultas são realizadas via Ambulatório.





O estudo foi realizado no Centro de informação e Assistência toxicológica.

O Centro de Informação e Assistência Toxicológica – CIAT, funcionando experimentalmente desde o mês de outubro de 2003, sendo inaugurado em 15 de julho de 2004. O CIAT é responsável pelo fornecimento de orientações junto aos profissionais de instituições de saúde, assim como da comunidade. Para este Centro são drenadas todas as informações oriundas das unidades de atendimento dos pacientes que tenham sofrido acidentes. O corpo clínico é constituído por dois médicos, duas enfermeiras e quatorze estagiários do Curso de Medicina da Universidade de Brasília.

#### 4.5. Instrumento para coleta de dados

Os dados foram coletados com a utilização de instrumento desenvolvido para esta finalidade (Anexo B).

#### 4.6 Procedimentos para a coleta de dados

Neste estudo foram analisadas retrospectivamente as FNA e FNC de pacientes com diagnósticos de intoxicação e os atendidos pelo CIAT/DF, entre Janeiro de 2005 a Dezembro de 2005. Todas as FNA foram separadas para a coleta de dados que contemplasse um vasto elenco de variáveis relacionados a identificação, instituição, ocorrência das intoxicações, agente tóxico, via de exposição, circunstância, tipo de exposição, sintomatologia, tratamento, evolução do paciente, internação. Das FNC foram coletadas identificação, instituição, agente tóxico, via de exposição, uma vez que estas fichas são preenchidas com somente estes dados inviabilizando a inclusão dos outros dados. Foram analisados 237 FNA e 1330 FNC.

#### 4.7. Processamento para Análise dos dados

Foi constituído de dois banco de dados com as informações coletadas conforme descrito na operacionalização do estudo.

Procedeu-se uma análise inicial para identificação de erros de codificação, inconsistências e a presença de categorias ausentes ou em pequenos números, fazendo correções quando necessário. Recodificou-se algumas variáveis com o intuito de facilitar a análise e o novo banco de dados foi gravado com as modificações realizadas. Esse banco modificado foi utilizado para análise.

#### 4.8. Análise dos dados

Na análise das variáveis qualitativas (sexo, tipo de exposição ) (PEREIRA, 2001), foi utilizado o programa estatístico EPI INFO 6. Para análise estatística utilizou-se o programa estatístico SPSS 14.0.

Foi realizada uma análise exploratória dos dados permitindo-se conhecer o perfil epidemiológico da população estudada. As variáveis foram analisadas e melhor visualizadas através de gráficos e tabelas. Posteriormente foi aplicado o teste qui-quadrado de pearson para analisar variáveis qualitativas de interesse da pesquisa. O valor de  $p$  considerado significativo foi de  $p \leq 0,05$ .

#### 4.9. Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEPE/DF, na reunião de 26 de setembro de 2005 conforme o Parecer n 1129/2005 ( Anexo A).

## CAPÍTULO III

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## 5.1 Perfil Geral das I.E. nas Unidades Básicas de Saúde

Os resultados encontrados dizem respeito aos dois bancos de onde foram coletados os dados e separados por grupos, Grupo 1 (FNA) com 236 casos e Grupo 2 (FNC) com 1330 casos; a presente separação, teve como objetivo obter-se uma melhor visualização das ocorrências que abrangeram o período de um ano, 1º de Janeiro a 31 de Dezembro de 2005.

Nas ocorrências da I.E. do Grupo 1 (Figura 1), os atendimentos realizados no CIAT/DF, observou-se que a maior parte dos registros foram no HRSAM (18,6%), HRAS (15,3%), HRGU (11,4%), HRAN (8,4%). Com relação ao Grupo 2 (Figura 2), que são as notificações compulsórias realizadas pelas Unidades, observou-se que o HRAS não aparece, o que não significa que não houveram intoxicações, mas que provavelmente esta unidade pode não ter enviado as notificações para o CIAT/DF; verificou-se que as maiores ocorrências foram registradas no HRSAM (21,30%), HRG (20,10%), HRS (14,10%), HRT (11,40%), HRAN (9,80%).

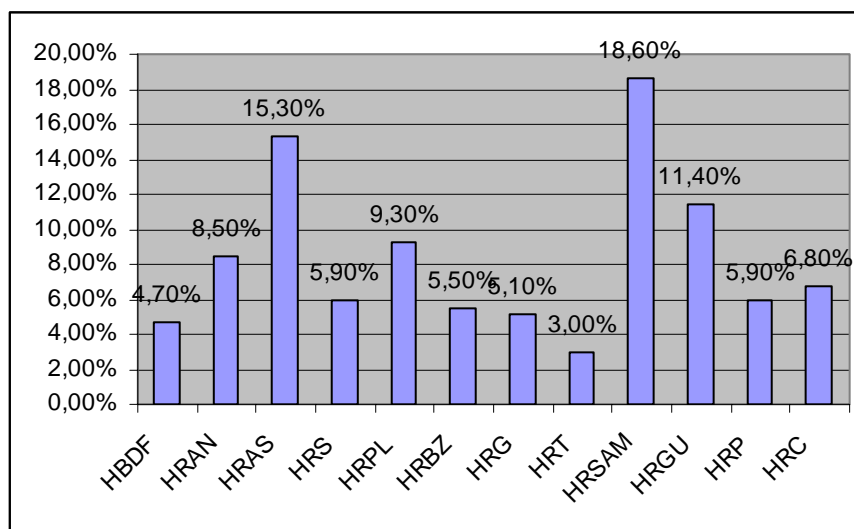


FIGURA 1. Distribuição de ocorrências de I.E. nas unidades da Rede Básica de

## Saúde da SES/DF, 2005. (GRUPO 1)

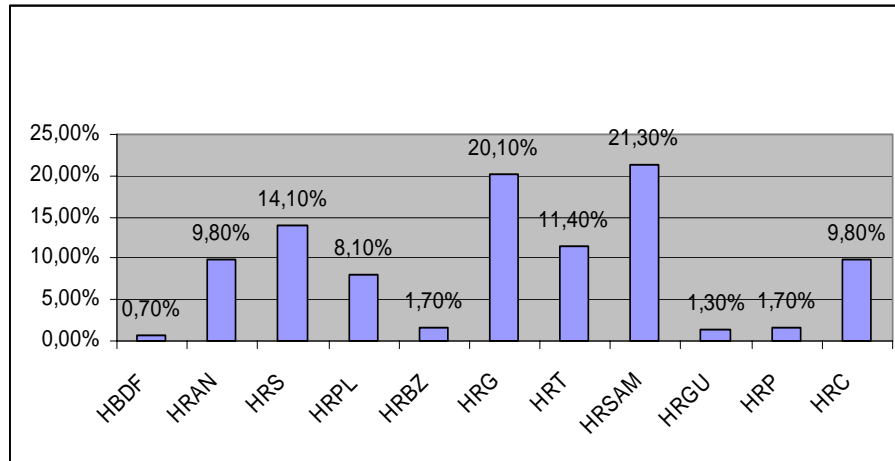


FIGURA 2 .Distribuição de Ocorrências de IE nas unidades da Rede Básica de Saúde da SES/DF, 2005. (GRUPO 2)

Na soma dos dois grupos (Figura 3), encontramos 1566 ocorrências de intoxicações exógenas no DF em 2005. Verifica-se igualmente que o HRSAM aparece em primeiro lugar na incidência de casos de intoxicações exógenas (20,88%), seguido por HRG (17,44%), HRS (12,89%), HRT ( 10,15%), HRAN (9,57%), HRC (9,32%), HRPL (8,30%). A incidência elevada de casos registrados no HRSAM, em relação aos demais, poderia ser explicado pelo grande contingente populacional que habitam a área de cobertura deste hospital, e que provavelmente as pessoas que necessitam atendimento procuram o serviço. Ademais, a situação encontrada pode estar relacionada a violência ou mesmo a fiscalização inadequada por parte do Estado.

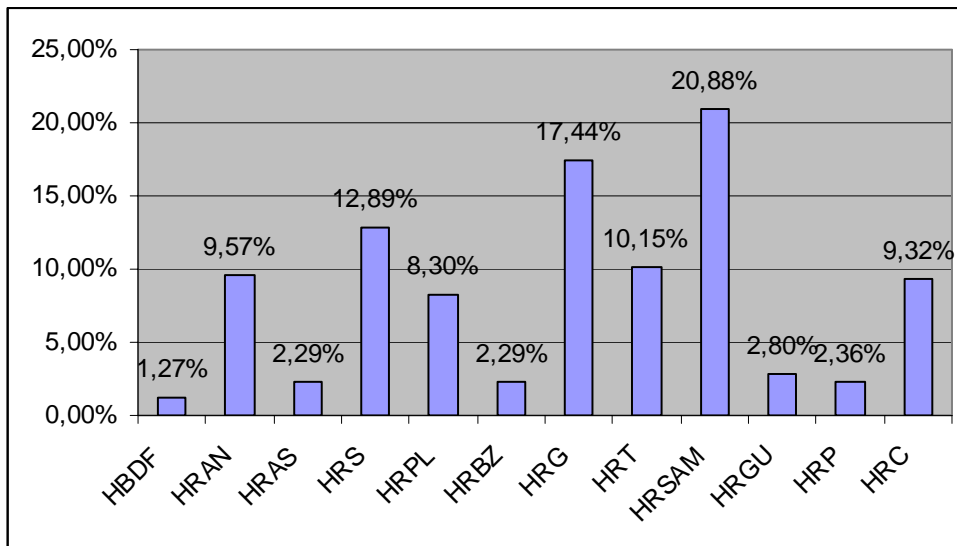


FIGURA 3 .Distribuição de Ocorrências de IE nas unidades da Rede Básica de Saúde da

SES/DF, 2005. (GRUPO 1 e 2)

Analisando a distribuição por dia da semana (Figura 4), observou-se uma predominância de ocorrências nos dias úteis (curva ascendente), com pico nas quintas-feiras, decaindo aos finais de semana (curva descendente).

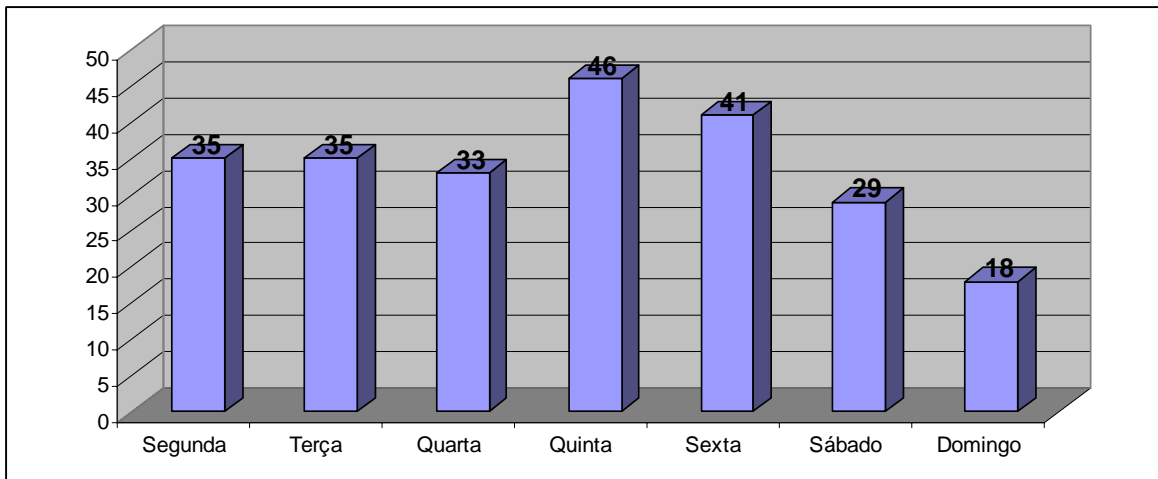
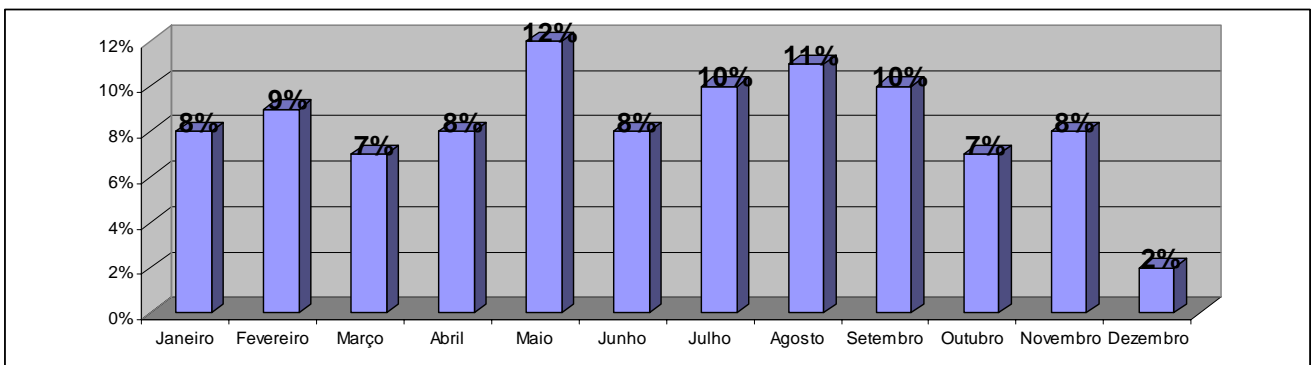


FIGURA 4 – Dados gerais de ocorrências em 2005. Distribuição por dias da semana.

Analisando a distribuição de acordo com os meses do ano (Figura 5), observa-se uma predominância das ocorrências no mês de Maio (12%), Agosto (11%), Julho e Setembro (10%), seguidos pelo mês de Fevereiro (09%); os meses de Janeiro, Abril, Junho e Novembro apresentam, respectivamente 8% das ocorrências.



\* análise dos 1566 casos.

FIGURA 5. Distribuição por meses do ano em todos os pacientes atendidos (em %), em 2005.

## 5.2 Perfil das I.E. segundo idade, gênero e tipo de agente tóxico

A análise pontual da intoxicação, relacionando idade, gênero e tipo de agente tóxico é mostrada na Tabela 1. A intoxicação relacionada a faixa etária no intervalo de  $\geq 12$  anos foi o de maior frequência com 950 casos (63,4%), quando somados os dois grupos estudados.

Tabela 1. Distribuição das I.E. por idade, gênero e tipo de agente no DF, em 2005

Variáveis	Grupo 1 n (%)	Grupo 2 n (%)	Total n (%)
<b>Pacientes</b>	237(100)	1330(100)	1567(100)
<b>Idade</b>			
$\leq 12$	135(59.2)	437(33.8)	572(37.6)
$> 12$	93(40.8)	857(66.2)	950(62.4)
<b>Gênero</b>			
Masculino	136(57.4)	562(42.3)	698(44.5)
Feminino	101(42.6)	768(57.7)	869(55.5)
<b>Tipo de agente</b>			
medicamentos	58(24.5)	394(30.0)	452(29.1)
agrotóxico	66(27.8)	128(9.7)	194(12.5)
produto veterinário	7(3.0)	13(1.0)	20(1.3)
raticida	10(4.2)	71(5.4)	81(5.2)
domissanitários	34(14.3)	145(11.0)	179(11.5)
cosméticos	8(3.4)	14(1.1)	22(1.4)
produtos químicos industriais	27(11.4)	50(3.8)	77(5.0)
metais	2(0.8)	0(0.0)	2(0.2)
drogas de abuso	5(2.1)	151(11.4)	156(10.0)
plantas	8(3.4)	25(1.9)	33(2.1)
alimentos	0(0.0)	10(0.8)	10(0.6)
animais peçonhentos	2(0.8)	0(0.0)	2(0.2)
animais não peçonhentos	1(0.4)	0(0.0)	1(0.1)
outro animal não peçonhento	6(2.5)	0(0.0)	6(0.4)
outros	3(1.3)	24(1.8)	27(1.7)
ignorado	0(0.0)	290(22.1)	290(18.7)

\*Grupos 1 e 2

Analisando a Tabela 1, encontramos que as ocorrências de I.E. por tipo de agente obteve destaque em primeiro lugar os medicamentos (29,1%), seguidos pelos agrotóxicos (12,5%), domissanitários (11,5%) e drogas de abuso (10,0%); observa-se que no Grupo 2 não foram mencionadas o tipo de agente em 290 casos (22,1%), resultado do preenchimento incompleto com a descrição somente de intoxicação exógena. Ainda analisando o tipo de agente envolvido nas intoxicações, observamos que os produtos clandestinos, ou seja, aqueles que não seguem as normas de fabricação ou autorização de venda estabelecida pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), aparecem com 8,85% das ocorrências (Tabela 2), sobre as quais não se tem nenhum controle.

Tabela 2. Distribuição do tipo de agente/ clandestinidade/noDF, em 2005.

<b>Produto Clandestino</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	137	8,85%
Não	1084	70,0%
Ignorado	327	21,1%
<b>Total</b>	<b>1548</b>	<b>100%</b>

A análise mais detalhada das I.E. por faixa etária (Tabela 3), observa-se que a faixa mais acometida foi a de 0 a 12 anos, seguido pela faixa de 13 a 24 anos.

Tabela 3. Distribuição das I.E. por faixa etária no DF, em 2005

<b>Variáveis</b>	<b>Grupo 1 n (%)</b>	<b>Grupo 2 n (%)</b>	<b>Total</b>
<b>Idade*</b>			
0 a 12	140(59.8)	432(33.5)	572
13 a 24	35(15.0)	374(29.0)	409
25 a 36	36(15.4)	276(21.4)	312
37 a 48	15(6.4)	153(11.9)	168
≥48	8(3.4)	54(4.3)	62

\* excluí-se casos com informação insuficiente (44 casos).

### 5.3 Análise detalhada das I.E. segundo gênero/principais agentes tóxicos

A intoxicação relacionada ao gênero foi maior no sexo feminino, sendo 501 casos (31,99%) contra 363 casos (23,18%) do sexo masculino; da mesma forma a predominância da intoxicação por medicamento incidiu sobre o sexo feminino com 298 casos (82,09%) e domissanitários 96 casos (26,44%), já no sexo masculino a predominância foi dos agrotóxicos com 99 casos (19,76%) (Tabela 4).

Tabela 4-Distribuição das ocorrências de I.E. segundo gênero e faixa etária dos principais agentes tóxicos no DF, em 2005.

<i>Gênero/faixa etária e tipos de agentes</i>	<i>Medicamento</i>	<i>Agrotóxico</i>	<i>Domissanitário</i>	<i>Drogas de abuso</i>	<i>Total (100%)</i>
Masculino	155 (30,93%)	99 (19,76%)	82 (19,36%)	27 (5,38%)	363
Feminino	298 (82,09%)	95 (26,17%)	96 (26,44%)	12 (3,30%)	501
Faixa Etária					
0 a 12	156 (34,43%)	63 (32,47%)	122 (68,15%)	1 (2,56%)	342
13 a 20	79 (17,43%)	21 (10,82%)	10 (5,58%)	9 (23,07%)	119
21 a 35	131 (28,91%)	61 (31,44%)	35 (19,55%)	23 (58,97%)	250
36 a 50	75 (16,55%)	24 (12,37%)	8 (4,46%)	4 (10,25%)	111
51 a 64	12 (2,64%)	9 (4,63%)	1 (0,55%)	1 (2,56%)	23
≥ 65	00 (0%)	16 (8,24%)	1 (0,55%)	0 (0%)	17
Total (100%)	453	194	179	39	865

\*Grupo 1 e 2

Analisando a faixa etária com relação aos principais agentes tóxicos (Tabela 4), a faixa etária de 0 a 12 anos destaca-se nas I.E. por medicamentos com 156 casos (34,43%), fato que se repete nas I.E. por agrotóxicos e domissanitários (32,47% e 68,15%, respectivamente), já com as drogas de abuso a faixa etária é a de 21 a 35 anos (58,97%).



#### 5.4 Perfil da I.E. por medicamentos

No caso de intoxicação causada pelos medicamentos (Tabela 5), analisado quanto às classes farmacológicas, as drogas psicotrópicas lideraram as intoxicações com benzodiazepínicos (13,5%), anticonvulsivantes (8,6%), antipsicóticos (7,5%). Ingestão de antibióticos (3,3%) e analgésicos-antitérmicos (2,6%); também foram identificados em 30,0% das intoxicações a ocorrência por outras classes farmacológicas, 16,6% não foram mencionadas e 17,9% dos casos de IE ocorreram com duas ou mais classes terapêuticas.

Tabela 5. Ocorrência de IE por medicamentos segundo a classe farmacológica no DF, 2005

<i>Classe Farmacológica</i>	<i>Grupo 1 n (%)</i>	<i>Grupo 2 n (%)</i>	<i>Total n (%)</i>
Benzodiazepínicos	8(13.8)	53(13.5)	61(13.5)
Analgésicos-antitérmicos	3(5.2)	9(2.3)	12(2.6)
Anti-convulsivante	5(8.6)	34(8.6)	39(8.6)
Antibióticos	1(1.7)	14(3.6)	15(3.3)
Antipsicóticos	4(6.9)	30(7.6)	34(7.5)
Outros	30(51.7)	105(26.6)	135(30.0)
Ignorado	1(1.7)	74(18.8)	75(16.6)
Dois ou mais classes	6(10.3)	75(19.0)	81(17.9)
<b>Total</b>	<b>58(100)</b>	<b>394(100)</b>	<b>452(100)</b>

## 5.41 Perfil da IE por classe farmacológica e faixa etária

Tabela 6- Ocorrências das IE por classe farmacológica e faixa etária no DF, 2005.

Variável	0 - 12	13 - 20	21 - 35	36 - 50	51- 64	> 65	Total
<b>Classe farmacológica</b>							
benzodiazepínico	11 (7,53%)	8 (10,12%)	23 (17,55%)	16 (21,33%)	2 (3,3%)	00 (0%)	60 (13,5%)
analgésico-antitérmico	7 (58,3%)	00 (0%)	5 (3,81%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	12 (2,70%)
anticonvulsivante	9 (6,16%)	7 (8,86%)	17 (12,97%)	6 (8%)	1 (8,3%)	00 (0%)	40 (9,02%)
antibiótico	9 (6,16%)	3 (3,79%)	1 (0,76%)	1 (1,3%)	00 (0%)	00 (0%)	14 (3,16%)
antipsicótico	10 (6,84%)	6 (7,59%)	10 (7,63%)	6 (8%)	00 (0%)	00 (0%)	32 (7,22%)
outro	73 (50%)	20 (25,3%)	28 (21,37%)	9 (12%)	00 (0%)	00 (0%)	130 (29,34%)
ignorado	17 (11,64%)	17 (21,51%)	19 (14,5%)	16 (21,3%)	7 (58,3%)	00 (0%)	76 (17,15%)
duas ou mais classes	10 (6,84%)	18 (22,78%)	28 (21,37%)	21 (28%)	2 (16,6%)	00 (0%)	79 (17,83%)
Total	146 (32,9%)	79 (17,8%)	131 (29,5%)	75 (16,9%)	12 (2,7%)	00 (0%)	443 (100%)

\*idade em anos.

Quanto a faixa etária, as IE por medicamentos (Tabela 6) aparecem com maior frequência no intervalo de *0 a 12 anos* com 146 casos (32,9%), seguido pela faixa de *21 a 35 anos* 131 casos (29,5%). Analisando separadamente cada faixa etária, vimos que as crianças de *0 a 12 anos* foram intoxicadas em 50% dos casos por outros medicamentos, ficando os benzodiazepínicos com 11 casos (7,53%) e duas ou mais classes terapêuticas com 10 casos (6,83%). Na faixa etária de *13 a 20 anos*, a maior frequência foi de outros medicamentos (25,3%), seguidos pela ingestão de duas ou mais classes (22,78%), benzodiazepínicos (10,12%), anticonvulsivantes e antipsicóticos praticamente iguais 8,86% e 7,59%, respectivamente. Dos 60 casos de intoxicações por benzodiazepínicos 23 (38,3%) estão na faixa etária de 21 a 35 anos.

Na análise dos dois grupos (grupo 1 e 2) a frequência de todas as substâncias medicamentos envolvidas nas IE encontramos um total de 310 medicamentos (Anexo C). Observa-se que a classe terapêutica que aparece na maioria das ocorrências foi a dos benzodiazepínicos com 86 casos (27,7%), sendo o medicamento *Rivotril* o mais frequente com 38 casos (44,7%); seguidos dos anticonvulsivantes (15,8%) tendo como destaque *carbamazepina*, antidepressivos (7,74%) com destaque a *amitriptilina* e a *Fluoxetina*, antipsicóticos (5,48%) com destaque a *clorpromazina*. Os analgésicos/antipiréticos (5,8%) o *paracetamol* tem destaque, os antiinflamatórios (3,87%) destacamos o *diclofenaco de sódio*. Os antibioticos também aparecem com 3,87% com destaque para a *Amoxicilina*. Já os antihipertensivos aparecem com 3,87% com destaque para o *captopril*.

#### 5.5 Perfil das IE por Domissanitários

Quanto a faixa etária, as IE por Domissanitários (Tabela 7 ) aparecem com maior frequência na faixa etária de 0 a 12 anos com 122 casos (68,5%), seguido pela faixa de 21 a 35 anos com 35 casos (19,66%). A água sanitária (hipoclorito de Sódio) é o Domissanitário que lidera em todas as faixas etárias com 84 casos (47,19%), ocorrendo com maior frequência na faixa de 0 a 12 anos com 55 casos (30,89%); já a soda cáustica representou 11,23% e desinfetante 6,17%.

Tabela 7- Ocorrências das IE por Domissanitários e faixa etária no DF, 2005.

Variável	0-12	13 - 20	21 - 35	36 - 50	51-64	>65	Total
<b>Domissanitários</b>							
<i>Água sanitária</i>	55 (30,9%)	06 (3,37%)	19 (10,7%)	02 (1,12%)	01 (0,56%)	00 (0%)	84 (47,19%)
<i>Detergente</i>	02 (1,12%)	00 (0%)	02 (1,12%)	01 (0,56%)	00 (0%)	00 (0%)	05 (2,8%)
<i>Soda cáustica</i>	20 (11,23%)	01 (0,56%)	02 (1,12%)	02 (1,12%)	00 (0%)	00 (0%)	25 (14,04%)
<i>Tintas</i>	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	01 (0,56%)	00 (0%)	00 (0%)	01 (0,56%)
<i>Desinfetante</i>	11 (6,17%)	01 (0,56%)	03 (1,68%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	15 (8,42%)
<i>Outro</i>	32 (18%)	02 (1,12%)	07 (%)	01 (0,56%)	00 (0%)	01 (0,56%)	43 (24,15%)
<i>ignorado</i>	02 (1,12%)	00 (0%)	02 (1,12%)	01 (0,56%)	00 (0%)	00 (0%)	05 (2,8%)
<b>Total</b>	122 (68,5%)	10 (5,61%)	35 (19,6%)	8 (4,49%)	1 (0,56%)	1 (0,56%)	178 (100%)

No Quadro 2 foi demonstrado 163 Domissanitarios (Anexo D) . Neste observa-se que a “água sanitaria” é o produto que aparece em primeiro lugar com 49,07% , seguido pelos desentupidores de pias e ralos (soda cáustica) 13,05% e desinfetantes com 10,42% .

### 5.6 Perfil das IE por Drogas de Abuso

Quanto a faixa etária, as IE por Drogas de abuso (Tabela 8) aparecem com maior frequência na faixa etária de *21 a 35 anos* com 90 casos (56,9%), seguido com valores iguais pelas faixas de *13 a 20 anos e 36 a 50 anos* com 32 casos (20,2%). O *alcool* aparece com 69 casos (43,67%) na faixa de *21 a 35 anos* seguido pela *cocaína* (12 casos, 7,59%). O alcool aparece como maior causador de intoxicação entre as drogas de abuso com 129 casos (81,6%).

Tabela 8- Ocorrências das I.E. por Drogas de abuso e faixa etária no DF, 2005

Variável	0 -12	13 - 20	21 - 35	36 - 50	51-64	>65	Total
<b>Drogas de abuso</b>							
<i>Maconha</i>	00 (0%)	01 (0,63%)	03 (1,89%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	04 (2,53%)
<i>Cocaína</i>	00 (0%)	02 (1,29%)	12 (7,59%)	03 (1,89%)	01 (0,63%)	00 (0%)	18 (11,4%)
<i>Heroína</i>	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)
<i>Cracke</i>	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)
<i>LSD</i>	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)
<i>Cogumelo</i>	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)
<i>Álcool</i>	01 (0,63%)	29 (18,3%)	69 (43,7%)	28 (17,7%)	06 (3,79%)	00 (0%)	129 (81,6%)
<i>Outro</i>	01 (0,63%)	00 (0%)	01 (0,63%)	00 (0%)	00 (0%)	00 (0%)	01 (0,63%)
<i>Ignorado</i>	00 (0%)	00 (0%)	05 (3,16%)	01 (0,63%)	00 (0%)	00 (0%)	06 (3,79%)
<b>Total</b>	01 (0,63%)	32 (20,2%)	90 (56,9%)	32 (20,2%)	07 (4,43%)	00 (0%)	158 (100%)

### 5.7 Perfil das IE segundo circunstância, via de exposição, local e zona de ocorrência.

Os casos de IE analisados por circunstância da ocorrência, via de exposição, local e zona de ocorrência, foram analisados somente no Grupo 1, que são as FNA do CIAT/DF, onde encontramos estes dados descritos. Sendo assim, na Tabela 9 encontramos que a maioria das circunstância das intoxicações em 2005 foram acidentes individuais (57,2%), seguidos pela tentativa de suicídio (16,9%), acidente ocupacional (5,1%). Observa-se que o acidente coletivo teve uma percentagem significativa de 2,5%, empatados tentativa de aborto e violência-homicídio com 1,3% cada. O Uso indevido aparece com 1,7%, outras circunstâncias com 4,2% e ignorado 3,8%.

Tabela 9. Ocorrência de I.E. por circunstância no DF, em 2005. (Grupo 1)

<b>Variável</b>	<b>Grupo 1 n (%)</b>
circunstância	
acidente individual	135(57.2)
acidente coletivo	6(2.5)
acidente ocupacional	12(5.1)
uso terapêutico	3(1.3)
erro de administração	3(1.3)
auto medicação	2(0.8)
abstinência	0(0.0)
abuso	7(3.0)
ingestão de alimento	0(0.0)
tentativa de suicídio	40(16,9)
violência-homicídio	3(1.3)
uso indevido	4(1.7)
tentativa de aborto	3(1.3)
outro	10(4.2)
ignorado	9(3.8)

Analisando o local e zona de ocorrência das IE (Tabela 10), observamos que a maioria das intoxicações ocorreram nas residências (78,5%) e zonas urbanas(83,5%). O ambiente de trabalho aparece com 9,3% e ignorado 8,9%.

Tabela 10. Ocorrência de IE por local e zona de ocorrência no DF, em 2005. (Grupo1)

<b>Variável</b>	<b>Grupo 1 n (%)</b>
<b>*Local da ocorrência</b>	
residência	186(78.5)
ambiente de trabalho	22(9.3)
serviço de saúde	2(0.8)
escola/cheche	1(0.4)
ambiente externo	2(0.8)
outros	3(1.3)
ignorado	21(8.9)
<b>*Zona da ocorrência</b>	
Urbana	198(83.5)
Rural	14(5.9)
Outros	1(0.4)
Ignorado	24(10.1)

A Via de Exposição da maioria das IE (Tabela 11), ocorreram por Via oral (85,7%), seguidos pela respiratória (6,8%). A picada/contato, nasal e outros aparecem com percentagem igual de 1,7% , ignorado com 1,2%.

Tabela 11. Ocorrências das IE por via de exposição no DF, 2005. (Grupo1)

<b>Via de Exposição</b>	<b>Grupo 1 n (%)</b>
oral	203(85.7)
respiratória	16(6.8)
cutânea	1(0.4)
ocular	0(0.0)
parenteral	2(0.8)
retal	0(0.0)
vaginal	0(0.0)
picada/contato	4(1.7)
transplacentária	0(0.0)
amamentação	0(0.0)
bucal	0(0.0)
nasal	4(1.7)
outros	4(1.7)
ignorado	3(1.2)
Total	237(100)

### 5.8 Intoxicações Exógenas por Tentativa de Suicídio

Como foi mostrado anteriormente na Tabela 9, a circunstância tentativa de suicídio aparece com 16,9% das ocorrências das IE, isoladamente. Foram observados as variáveis idade, gênero, tipo de medicamento, via de exposição e classe farmacológica.

Na Tabela 12 encontramos que a maioria das tentativas de suicídio ocorreram nos maiores de 18 anos (87,5%), do gênero feminino (52,5%) e que o tipo de agente causador da maioria das tentativas de suicídio foram a ingesta de agrotóxico (45,0%), seguidos pelos medicamentos (35,0%), raticidas com 7,5% e domissanitários 5,0%.

Tabela 12. Ocorrências das IE nas tentativas de suicídio, segundo idade, gênero e tipo de agente no DF, em 2005.

<i>Variáveis</i>	<i>Grupo I n (%)</i>
<b>Pacientes</b>	40(100)
<b>Idade</b>	
≤ 18	7(12.5)
≥ 18	33(87.5)
<b>Gênero</b>	
Masculino	19(47.5)
Feminino	21(52.5)
<b>Tipo de agente</b>	
medicamentos	14(35.0)
agrotóxico	18(45.0)
produto veterinário	1(2.5)
raticida	3(7.5)
domissanitários	2(5.0)
drogas de abuso	1(2.5)
outro animal não peçonhento	1(2.5)

A via Oral aparece em 100% das ocorrências das I.E. na circunstância por tentativa de suicídio.

As ocorrências das I.E. por tentativas de suicídio segundo local e zona (Tabela 13), observa-se que a maioria ocorrem na residência (85,0%) e zona urbana (85,0%).

Tabela 13. Ocorrências das I.E. nas tent. de suicídio segundo local e zona de ocorrência no DF, em 2005.

<i>Variável</i>	<i>Grupo 1 n (%)</i>
Local da ocorrência	
residência	34 (85.0)
serviço de saúde	1(2.5)
ignorado	5(12.5)
Zona da ocorrência	
Urbana	34(85.0)
Rural	2(5.0)
Ignorado	4(10.0)

As classes farmacológicas envolvidas nas I.E. por tentativa de suicídio destaca-se em primeiro lugar os benzodiazepínicos 12,5%, seguidos pela ingestão de duas ou mais classes com 10% dos casos, situação onde o paciente ingeri ao mesmo tempo vários comprimidos; já os anti-convulsivantes e os antipsicóticos aparecem com 2,5% cada.

### 5.9 Principais agrotóxicos envolvidos nas IE

Alguns agrotóxicos também foram identificados nas fichas, totalizando 194 produtos citados onde o “chumbinho” aparece com 43,81% de todos os casos. (Anexo E).



### 5.10 Sintomatologia e tratamentos realizados nas ocorrências de I.E.

No Grupo 1 foi possível analisar se os pacientes intoxicados apresentavam algum tipo de sintoma, encontramos que dos 237 casos analisados 59,5% apresentam algum tipo de sintomatologia. (Tabela 14)

Tabela 14. Registro da presença de sintomatologia nas ocorrências de I.E no DF, em 2005.

<b>Apresentou sintomatologia:</b>	<b>número</b>	<b>Percentagem</b>
sim	141	59,50%
não	71	30,00%
ignorado	25	10,50%
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100,00%</b>

Na sequência foi analisado no Grupo 1, os tipos de tratamentos realizados para cada agente causal (Tabela 15) e encontrado que dos 104 casos (100%) de IE por agrotóxicos, em 63,4% realizaram algum tipo de PBT, sendo que 13,46% foram tratados sintomaticamente e somente 7,69% ficaram em observação. No caso dos medicamentos o que prevaleceu foi também os PBT em 66,6%. Ocorrência similar foi vista com os domissanitários com 50% de PBT e 22,05% de observação. A Tabela 16 e Figura 6 mostram que os PBT foram utilizados na maioria dos atendimentos, quando observados isoladamente, mas quando analisados em conjunto com os outros agentes (Figura 7), observamos que o tratamento sintomático é o que se destaca. Existe uma grande preocupação com relação aos PBT, pois estes muitas vezes são realizados sem necessidade ou prescrito de forma incorreta. Cada agente tem condutas de tratamento específicos, sendo necessário avaliar cada caso individualmente.

Tabela 15 - Dados do Tipo de tratamento das IE, em 2005. Distribuição por Agente.

Tipo de agente/tratamento	nenhum	observação	sintomático	suporte	PBT	Ignorado	Total
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Medicamentos	0 (0)	5 (5,74)	10 (11,47)	6 (6,89)	58(66,6)	8 (9,19)	87(100)
Agrotóxico	0 (0)	8 (7,69)	14 (13,46)	5 (4,80)	66(63,4)	11(10,57)	104(100)
produto veterinário	0 (0)	1 (10,0)	0 (0)	0 (0)	7 (70,0)	2 (20,0)	10 (100)
Raticida	0 (0)	3 (15)	2 (10)	2 (10)	10 (50)	3 (15)	20 (100)
Domissanitários	0 (0)	15(22,05)	10 (14,70)	6(8,82)	34 (50)	3 (4,41)	68 (100)
Cosméticos	0 (0)	1 (10,0)	0 (0)	0 (0)	8 (80)	1 (10,0)	10 (100)
produtos químicos industriais	0 (0)	1 (2,5)	7 (17,5)	2 (5,0)	27(67,5)	3 (7,5)	40 (100)
Metais	0 (0)	1 (33,3)	0 (0)	0 (0)	2 (66,6)	0 (0)	3 (100)
drogas de abuso	0 (0)	0 (0)	1 (14,2)	1 (14,2)	4 (57,1)	1 (14,2)	7 (100)
Plantas	0 (0)	2 (12,5)	3 (18,75)	1(6,25)	8 (50)	3 (18,75)	16 (100)
animais peçonhentos	0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	0 (0)	2 (66,6)	0 (0)	3 (100)
animais não peçonhentos	0 (0)	1 (50)	0 (0)	0 (0)	1 (50)	0 (0)	2 (100)
Outro animal não peçonhento	0 (0)	0 (0)	3 (37,5)	0 (0)	5 (62,5)	0 (0)	8(100)

\*Grupo 1

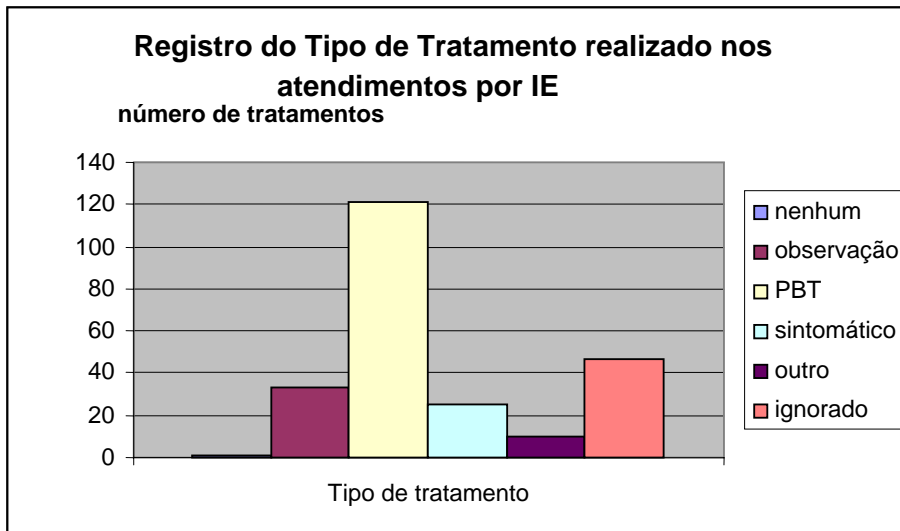


Figura 6. Gráfico Geral do Tipo de Tratamento realizado nos atendimentos das Intoxicações exógenas, em 2005.

Olhando abaixo a Figura 7, observamos que a curva do tratamento sintomático prevalece em todos os casos.

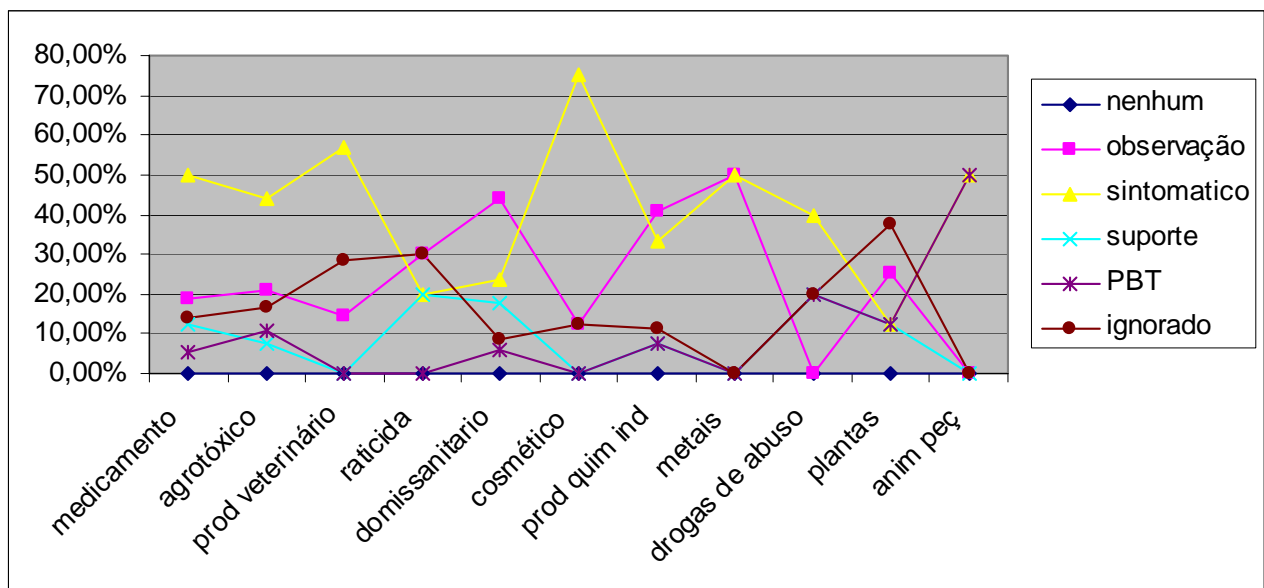


Figura 7. Gráfico Geral do Tipo de Tratamento realizado nos atendimentos das Intoxicações exógenas, 2005. Distribuídos por agente causal.

### 5.11 Procedimentos Básicos em Toxicologia

Na Tabela 16 são mostrados a distribuição dos PBT, onde verifica-se que a LG é o procedimento mais utilizado nos expostos com 41,32% , seguido pela diluição 13,22% e uso de antídotos em 9,91%. Tendo em vista que os agentes agrotóxicos, medicamentos e domissanitários foram os maiores causadores de I.E.em 2005, concluímos que estes foram tratados principalmente com LG.

Tabela 16. Procedimentos Básicos em Toxicologia registrados pelo CIAT/DF nos atendimentos das Intoxicações exógenas, em 2005. (Grupo 1)

<b>Procedimentos Básicos em Toxicologia:</b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>%</i></b>
descont. Cutânea	1	0,82%
LG+ carvão	5	4,13%
LG+ carvão + antídoto	4	3,30%
Carvão	2	1,65%
carvão + antídoto	2	1,65%
hemodiálise	1	0,82%
EDA	3	2,47%
Antídoto	12	9,91%
antídoto + LG	1	0,82%
descont. Mucosa	5	4,13%
descont. Mucosa + diluição	1	0,82%
Soroterapia	1	0,82%
Diluição	16	13,22%
diluição + antídoto	1	0,82%
LG	50	41,32%
LG + antídoto	11	9,09%
LG + EDA	1	0,82%
LG+ outro	3	2,47%
Lavagem intestinal	1	0,82%
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100%</b>

### 5.12 Evoluções Clínicas

Finalmente, fazendo a análise das evoluções clínicas dos pacientes (Tabela 17), encontramos que 59,5% foi Cura, cura suposta em 23,20% que significa que o paciente já havia recebido alta e foi dito que provavelmente teria ocorrido cura sem certeza absoluta. O índice de Óbito totalizou 1,26%.

Tabela 17 - Dados da Evolução do paciente nos tratamentos das Intoxicações exógenas, 2005.

<b>Evolução do paciente:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cura	141	59,50%
cura suposta	55	23,20%
cura com sequela	02	0,84%
Óbito	03	1,26%
Óbito por outra causa	00	0,00%
Outro	10	4,21%
ignorado	26	10,97%
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100%</b>

\*Grupo 1

Foi realizado também uma análise do tempo médio de internação entre os pacientes do Grupo 1 , encontrado que a concentração de tempo ocorreu em 06 horas (14,76%), seguido 24 horas (10,12%) , 1 a 5 horas (8,01%) . (tabela em Anexo D.)

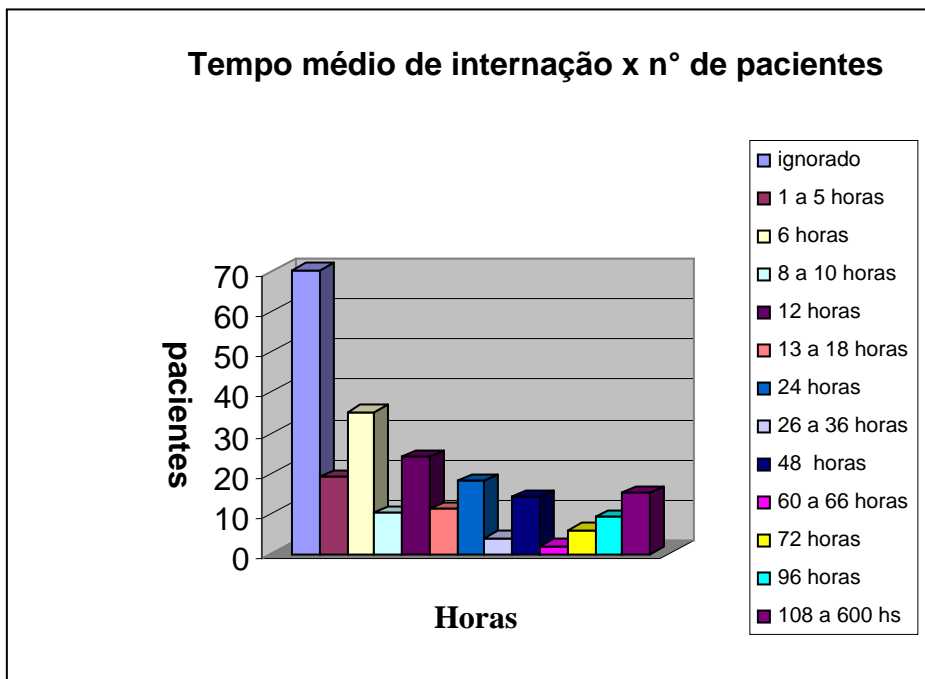


Figura 8 – Gráfico do Tempo de internação (hs) x n° de pacientes, 2005

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ocorrências de casos de intoxicações exógenas em pacientes atendidos nas unidades da Rede Básica de Saúde do Distrito Federal em 2005, até então não haviam sido estudadas satisfatoriamente. Dessa forma, o estudo de variáveis demográficas possibilitou caracterizar o perfil das pessoas que estiveram envolvidas nos acidentes e os agentes responsáveis pelas ocorrências e os locais no DF, onde ocorreram os acidentes e tipo de assistência prestada no âmbito hospitalar e evolução final o que possibilitou a caracterização do perfil das ocorrências no ano de 2005, marco inicial para futuros estudos nesta área.

A partir do reconhecimento inicial do problema no DF e com base nas informações geradas às autoridades sanitárias dispõe de elementos que podem ser utilizados na implementação de ações de toxicovigilância que auxiliem no monitoramento das ocorrências dos casos de intoxicação com o objetivo de tornar pública a realidade dos acidentes tóxicos ocorridos no DF de forma que se possa acompanhar a incidência dos casos e a evolução dos mesmos e faixa etária mais acometida. No presente estudo verificou-se que o perfil dos pacientes assistidos nas unidades, a maioria dos casos ocorreram predominantemente de  $\geq 12$  anos (15.667 casos), com maior incidência no sexo feminino, circunstância acidental e evolução para cura. Observou-se, no entanto, que o CIAT atendeu mais a faixa de  $\leq 12$  anos e sexo masculino.

A Unidade Hospitalar com maior incidência dos casos foi HRSAM, seguido por HRG, HRS, HRT, HRAN, HRC, HRPL. As distribuições das ocorrências pelos dias da semana se deram predominantemente na quinta-feira (curva ascendente) demonstrando uma incidência maior dos acidentes nos dias úteis, quando os adultos estão trabalhando, decaindo (curva descendente) nos finais de semana (folga). O presente estudo não confirmou o perfil dos casos registrados de intoxicações por agente tóxico na região Centro-Oeste (SINITOX, 2003). Neste estudo, houve predomínio em primeiro lugar dos medicamentos, seguidos agrotóxicos, domissanitários e drogas de abuso, já nos registros do SINITOX o predomínio ficou com animais peçonhentos/serpentes, medicamentos, animais peçonhentos/escorpião, agrotóxicos, produtos

---

químicos industriais, domissanitários, raticidas. Os resultados obtidos com este estudo não registraram significância de casos de acidentes com animais peçonhentos, pois acreditamos que estas ocorrências são pouco notificadas aos CIAT. Por outro lado, houve uma maior frequência de notificações por alcoolismo pelo HRAN, o que pode ter aumentado a frequência dos registros de intoxicações por Drogas de Abuso.

A predominância das ocorrências das IE no DF em 2005 destaca-se por medicamentos agrotóxicos e domissanitários em crianças (0-12 anos) e drogas de abuso em jovens adultos (21-35 anos). As mulheres se intoxicaram mais com medicamentos, sendo os Benzodiazepínicos os de maior incidência com o *Rivotril*® seu principal representante. O produto clandestino (agrotóxico agrícola) “Chumbinho” teve destaque nas descrições das fichas, este produto quando usado indevidamente como raticida é também agente responsável em tentativas de suicídio.

Os casos de intoxicação atribuídos às tentativas de suicídio mostrado neste trabalho seguem o perfil descrito pelo SINITOX (2003), do total de 16.826, 9.489 casos (56,4%) estão relacionados aos medicamentos, 2.455 (14,6%) aos raticidas e 2.185 (13,0%) aos agrotóxicos de uso agrícola, mostrando que 84,0% do total das tentativas de suicídio são causados por estes três agentes tóxicos. Neste estudo encontramos que o tipo de agente causador da maioria das tentativas de suicidio foram a ingesta de agrotóxico (45,0%), seguidos pelos medicamentos (35,0%), raticidas com 7,5% , totalizando 87,5%.



---

## SUGESTÕES

1. Capacitação e conscientização dos profissionais de saúde da importância de contactar os Centros de Toxicologia para atendimento de qualquer caso de intoxicação, uma vez que estes centros dispõem de informações (protocolos de atendimento) e experiência para auxiliar a condução dos casos, melhorar as notificações e conhecimentos das ocorrências.
2. Como medida preventiva, treinamento dos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, etc) que trabalham em serviços de emergência informando como proceder no atendimento inicial do usuário intoxicado com aplicação correta dos Procedimentos Básicos em Toxicologia.
3. Sugere-se a criação de uma nova ficha para as Notificações Compulsórias de acidentes tóxicos, para que as intoxicações exógenas sejam melhor identificadas pelo preenchimento mais completo, a fim de que se produzam dados das ocorrências no Distrito Federal e desta forma, gerem estatísticas epidemiológicas mais completas e uma melhor ferramenta na busca da sensibilização das autoridades sanitárias.
4. Realização de campanhas preventivas abertas à comunidade sobre vários aspectos do risco das intoxicações, mas em particular o uso indiscriminado de medicamentos que propicia o estoque doméstico, facilitando o acesso a crianças causando acidentes e o papel importante destes nas tentativas de suicídio.
5. Criação de um serviço de controle, atendimento e prevenção de acidentes tóxicos com equipes multiprofissionais, incluindo psicólogos para atendimento em grupos.
6. Campanhas de conscientização da não utilização de produtos clandestinos pela comunidade em geral, esclarecendo e definindo a importância do registro na ANVISA com explicações técnicas do risco, principalmente no caso dos agrotóxicos.

---

## REFERÊNCIAS

**ANDRADE, F. ADEBAL; CAMPOLINA D.; DIAS M. B.-** Toxicologia na prática Clínica. **Belo Horizonte: Folium, 2001. 368p.**

**ALMEIDA, R.M. et alli.** Análise dos casos de intoxicação atendidos pelo Conjunto Hospitalar de Sorocaba. – **Revista Brasileira de Toxicologia 18, n 2 (2005) 87-92.**

**AZEVEDO, F. A. ; ROSA, H.V.D.** Apostila de toxicologia ocupacional. **2 ed., São Paulo: Fundacentro, 1982.**

**BAROUD, Ricardo.** Concepção e organização de um centro de controle de intoxicações. *Rev. Saúde Pública., São Paulo, v. 19, n. 6, 1985.*

**BOCHNER R.; STRUCHINER J. C.** – Acidentes por animais peçonhentos e sistemas nacionais de informação – *Cad. S. Públ v.18(3), RJ, 2002.*

**BORTOLETTO M. E.; BOCHNER R.** – Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. *Cad. S. Públ., 15(4):859-869, 1999.*

**BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, D.S.** – Problemas pediátricos especiais: envenenamento, a criança espancada, aconselhamento genético. **In: Prática de Enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. pg 1767-8.**

**ELLENHORN, MATTHEW J. et al.** Ellenhorn's Medical Toxicology: Diagnosis and Treatment of Human Poisoning. Second Edition. **Williams & Wilkins, 1997.**

**ECOBICHON, D. J.** Toxic Effects of Pesticides. In: CASARETT, L J., KLASSEN, L.DOULLS, P . Toxicology – The Basic Science of Poisons. 5<sup>a</sup> ed. United States of América: **McGraw-Hill, 1996.**

**FERNANDES, F.** – Dicionário Brasileiro Globo. **36 ed., São Paulo: Rimotan, 1994.**

**FORGET, G. (ed).** Analisis epidemiológico de la frecuencia Del envenenamiento agudo em países em desarrollo. **International development Research Center,** Canadá, Apr., Informe 219s, 1989.

**GAMBOA-MARRUFO, J.D.; MEJLA-LOPEZ M. D.** Intoxicaciones em pediatria: Consideraciones sobre 100 casos. **Bol. Méd. Hosp. Inf. Mex., México, v.42, p. 122-126, 1985.**

**GOODMAN & GILMAN'S,** The Pharmacological Basis of Therapeutics. 10<sup>a</sup> ed., **New York;McGraw-Hill, 2001**

**LARINI, L.** – TOXICOLOGIA. 3<sup>o</sup> ed., Ed. Manole Ltda., São Paulo, 1999.

---

**LORGA, ADALBERTO et alii** . Diretrizes do Grupo de Estudos em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 79, 2002.

**LOYOLA FILHO A. I.; UCHOA E.; GUERRA H. L.; FIRMO J. O. A.; LIMA-COSTA M. F.**; Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev. S. Públ*, 36(1): 55-62, 2002.

**MATOS, Guacira Corrêa de; ROZENFELD, Suely; BORTOLETTO, Maria Elide.** Intoxicações medicamentosas em crianças menores de cinco anos. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife*, v. 2, n. 2, 2002.

**MARCONDES FILHO W.; MEZZAROBÀ L.; TURINI C.A.; KOIKE A.; MOTOMATSU FILHO J.; SHIBAYAMA E. M.; FENNER F. L. S.** – Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude – *Adolesc. Latinoam. V.3 n.2 Porto Alegre nov. 2002*

**MOREIRA R. D.; MORAES A. C.; FRANCO A. J. R.; MONTEIRO F. B.; SOARES J. P. M.** – Intoxicações mais freqüentes na infância: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. In: **I CONGRESSO INTERNACIONAL DE SEGURANÇA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**, 1, Niterói, 1998. *Anais....*, Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 1998

**OGA, SEIZI.** Fundamentos de toxicologia. São Paulo. 2º ed. Atheneu Editora São Paulo. 2003.

**PARDAL O.; DAMASCENO L. S.; PACHECO G.C.; NASCIMENTO E.R.; MAGALHÃES A.** - Intoxicações exógenas em pacientes de 0 a 14 anos. *Ver. Paraense de Medicina* – v. 15 (3):18-22, julho – setembro 2001.

**PAULA, E.** – Remédios e crianças. Esta fórmula não faz sucesso. *Revista Manchete*, São Paulo, 14 de fevereiro de 1998, p. 65-67.

**PERES F.; ROZEMBERG B.; ALVES S.R.; MOREIRA J.C.; SILVA J.J.O** – Comunicação relacionada ao uso de agrotóxicos em região agrícola do Estado do Rio de Janeiro – *Rev S Públ* ; 35(6):564-70, 2001.

**PEREIRA, M. G.** Epidemiologia Teoria e Prática. Editora Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, 2001.

**PÉREZ, E.A.; CASTRO E.R.; FÉRAÑDEZ, T.H.** – Sistemática utilizada en el Centro nacional de Toxicología. *Urgência Toxicológica. Ver. Cubana Méd Milit* 2000; 29 (1);36-40.

**RIBEIRO, H. P. & LACAZ, F. A. C.** De que adoecem e morrem os trabalhadores. São Paulo: DIESAT, 1984.

**RODRIGUES Y.; RODRIGUES P.** - Intoxicações exógenas agudas. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v.49, n.1, 1980.

---

**SCHVARTSMAN, S.** - Intoxicações Agudas. São Paulo. 2º ed. Sarvier; 1979. p.3-21

**SCHVARTSMAN, S.** - Intoxicações Agudas. São Paulo. 4º ed. Sarvier; 1991.

**SCHVARTSMAN C.; SCHVARTSMAN, S.** – Intoxicações exógenas agudas –  
*J. Pediatr (RJ)* 1999; 75 (supl 2):s244-s50.

**SINITOX (Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológica).** 1999. Estatística Anual de Casos de Intoxicação e Envenenamento dos Centros de Assistência Toxicológica do Brasil – 1999. Rio de Janeiro: Centro de Informação Científica e Tecnológica/Fiocruz.

\_\_\_\_\_, 2000. Estatística Anual de Casos de Intoxicação e Envenenamento dos Centros de Assistência Toxicológica do Brasil – 2000. Rio de Janeiro: Centro de Informação Científica e Tecnológica/Fiocruz.

**TAUIL P.L.; AMORIN F.F.; OBA A.S.; FONSECA R.C.; KANTZ FLAVIA; SILVESTRE L.C.; GAMA A.C.O.; CELEBRINE L. M.**- Características Epidemiológicas da demanda do Centro de Informações Toxicológicas do Distrito Federal. - *Bras Méd* 31 (1-2): 43-47, 1994.

**TRAPÉ, A.Z.** – Efeitos Toxicológicos e Registros de Intoxicações por Agrotóxicos – UNICAMP, 1999

**ZAMBRONE F. A. D.; ALONZO H. G. A.; RICARDI G. V.; CAMPOLLINA D.; WILLRICH I. O.; TURINI C. A.; ITINOSE A. M.; OLIVEIRA M. L.F.; HERING S.; CUPO P.** - Perfil Epidemiológico dos Atendimentos realizados nos Centros de Toxicologia de seis Hospitais Universitários do Brasil de 1994 a 1996 – In: 10 Congresso Brasileiro de Toxicologia, 1997, Salvador. *Rev. Bras. Toxicologia.* São Paulo. Sociedade Bras. de Toxicologia, 1997 v. 10 p.116.

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 136/2005

Carta  
Nº 1129/2005 -CEP/SES-DF

Brasília, 26 de setembro de 2005.

Senhor (a)  
Geisa Sant' Ana  
310 BL M Apt. 414  
BrasíliaDF  
70756-130

Assunto: encaminhamento do Parecer 136/2005.

Senhor (a) Pesquisador (a),

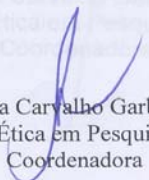
Encaminhamos a V. Sa. o Parecer Nº 136/2005 referente ao projeto de pesquisa **“Ocorrência de Intoxicação Exógena em pacientes admitidos nas Unidades Hospitalares do Distrito federal, em 2004.”** aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa, por dois anos.

Na oportunidade, destacamos os Incisos IX.1 e IX.2 da Resolução 196/96 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto.

Informamos que será encaminhada correspondência à Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde (DIPAS) e à Direção do (a) HBDF,HRAS,HRAN,HRG,HRC,HRBZ,HRS,HRP,HRPL,HRSa,UMSS,Hguará, D.R.Cand, e N. Band. D.R. Santa Maria,D.R. Recanto das Emas, HSVP, LACEN, para conhecimento da aprovação do projeto.

**Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à unidade de saúde devem seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao diretor da unidade de saúde para os procedimentos administrativos necessários.**

Atenciosamente.

  
 Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
 Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
 Coordenadora

*Brasília – Patrimônio Cultural da Humanidade*

---

**ANEXO B – Instrumento de Coleta dos Dados.****A-IDENTIFICAÇÃO**

- [1].Nome:.....  
[2].idade: .....  
[3].Sexo: 1.( ) masculino 2.( ) feminino 3.( ) ignorado

**B- ATENDIMENTO**

- DATA :     /     /  
[4] INSTITUIÇÃO:  
NOME: 1. HBASE, 2. HRAN, 3. HRAS, 4. HRSob, 5. HRPl., 6. HRBZ, 7. HRG, 8.HRT, 9. HRSAM, 10. HRGU, 11. HRP

**C- OCORRÊNCIA**

- [5].LOCAL: 1.( ) residência 2.( ) ambiente de trabalho  
3.( ) serviço de saúde 4.( ) escola/creche 5.( ) ambiente externo 6.( ) outro  
7.( ) ignorado  
[6]. ZONA: 1.( ) rural 2.( ) urbana 3.( ) outro 4.( ) ignorado

**D-AGENTE**

- [7] Produto clandestino: 1.sim ( ) 2.não ( ) 3. ignorado ( )  
[8].Classificação: 1.( ) medicamento 2.( ) agrotóxico 3.( ) produto veterinário  
4.( ) raticida 5.( ) domissanitário 6.( ) cosmético 7.( ) produto químico industrial  
8.( ) metais 9.( ) drogas de abuso 10.( ) plantas 11.( ) alimento 12.( ) animais peç 13.( ) animais não peç 14.( ) outro animal não peç. 15.( ) outro 16.( ) ignorado  
[9].:Nome comercial:.....

- [10].Classe farmacológica: 1.( ) benzodiazepínicos 2.( ) digitálico 3.( ) analgésico-antitérmico  
4.( ) anti-convulsivante 5.( ) antibiótico 6.( ) antipsicóticos 7.( ) outro  
8.( ) ignorado 9.( ) duas ou mais classes

- [11]. Agrotóxico: 1.( ) uso agrícola 2.( ) uso doméstico  
[12]. Tipo de Agrotóxico: 1.( ) organoclorado 2.( ) carbamatos 3.( ) piretróide  
4.( ) organofosforado 5.( ) chumbinho 6.( ) herbicida 7.( ) outro  
8.( ) ignorado 9.( ) duas ou + classes.

- [13] Raticida: 1.( ) cumarínico 2.( ) indênicos 3.( ) compostos de flúor  
4.( ) Uréicos 5.( ) Norbormide 6.( ) compostos inorgânicos  
7.( ) chumbinho 8.( ) ignorado 9.( ) “Era Rato” 10.( ) superwarfarim

[14].Drogas ilícitas: 1.( )maconha 2.( )cocaína 3.( )heroína 4.( )cracke  
5.( )LSD 6.( )cogumelo 7.( )outro 8.( ) ignorado

[15].Drogas lícitas I-álcool : 1.( )cerveja 2.( )chope 3.( )vinho 4.( )whisky  
5.( )voka 6.( )conhaque 7.( )cachaça 8.( )birinaite 9.( )outro 10.( ) ignorado

[16].Drogas lícitas II-fumo: 1.( ) cigarro de papel 2.( )cachimbo  
3.( ) charuto 4.( ) outro 5.( ) ignorado

[17].Produtos Domissanitários: 1.( )água sanitária 2.( )detergente 3.( ) soda caústica  
4.( )tintas 5.( )desinfetante 6.( )outro..... 7.( ) ignorado

[18].Plantas Tóxicas: 1.( )coroa-de-cristo 2.( ) copo-de-leite 3.( ) tinhorão  
4.( )comigo-ninguém-pode 5.( )espirradeira 6.( )pinhão-roxo 7.( )mandioca-brava  
8.( ) outro 9.( ) ignorado

[19].Animais Peçonhetos: 1.( )ofidio 2.( )escorpionismo 3.( ) araneismo 4.( )lepidópteros  
5.( ) himenópteros 6.( )coleópteros  
Espécie do animal: .....

#### E - VIA DE EXPOSIÇÃO

[20].1.( )oral 2.( )respiratória 3.( )cutânea 4.( )ocular 5.( ) parenteral  
6.( )retal 7.( ) vaginal 8.( ) picada/contato 9.( )transplacentária  
10.( ) amamentação 11.( ) bucal 12.( ) nasal 13.( ) outro 14.( ) ignorado

#### F-LOCAL DO ACIDENTE

[21]. 1.( ) pé 2.( ) tornozelo D 3.( )tornozelo E 4.( ) perna D 5.( )perna E  
6.( ) coxa D 7.( ) coxa E 8.( )mão D 9.( )mão E 10.( )ante-braço  
11.( )ante-braço E 12.( )cabeça 13.( )tronco 14. toda superfície corporal ( )  
15.( )outro 16.( )ignorado

#### G-CIRCUNSTÂNCIA

[22]. 1.( )acidente individual 2.( )acidente coletivo 3.( ) acidente ocupacional 4.( ) uso  
terapêutico 5.( )erro de administração 6.( )auto medicação 7.( )abstinência 8.( ) abuso  
9.( ) ingestão de alimento 10.( )tentativa de suicídio 11.( ) violência- homicídio  
12.( )uso indevido 13.( )tentativa de aborto 14.( ) outro 15.( ) ignorado

#### H -TIPO DE EXPOSIÇÃO

[23]. 1.( )aguda única 2.( ) aguda repetida 3.( ) crônica  
4.( ) aguda sobre crônica 5.( ) ignorado

[24] SINTOMATOLOGIA: 1. sim ( ) 2.não ( ) 3. ignorado ( )

[25]. Gravidez: 1.( )sim 2.( )não

[26]. Aparelho Cardiovascular: 1.( ) hipertensão arterial 2.( ) arritmias  
3.( ) hipotensão arterial 4.( ) choque 5.( ) outro 6.( ) ignorado

[27]. Sistema Nervoso Central/Periférico: 1. ( ) cefaléia 2. ( ) tremores  
 3. ( ) agitação/Irritabilidade 4. ( ) formigamento 5. ( ) vertigens/tontura  
 6. ( ) visão/turva 7. ( ) diminuição da força muscular 8. ( ) câimbras  
 9. ( ) Incoordenação Motora 10. ( ) convulsão 11. ( ) coma 12. ( ) astenia  
 13. ( ) sonolência 14. ( ) miose 15. ( ) midriase  
 16. ( ) outro..... 17. ( ) ignorado

[28]. Aparelho Digestivo: 1. ( ) cólicas 2. ( ) diarréia 3. ( ) náusea  
 4. ( ) vômito 5. ( ) epigastralgia 6. ( ) sialorreia 7. ( ) outro.....  
 8. ( ) ignorado

[29]. Aparelho Respiratório: 1. ( ) dispnéia 2. ( ) edema pulmonar  
 3. ( ) tosse 4. ( ) irritação nasal 5. ( ) secreção Brônquica  
 6. ( ) pneumonia 7. ( ) outro 8. ( ) ignorado

[30]. Pele e Mucosas: 1. ( ) irritação Ocular 2. ( ) dermatite de contato irritativa  
 3. ( ) dermatite de contato sensibilizante 4. ( ) queimadura  
 5. ( ) sudorese 6. ( ) outro.....

[31]. Aparelho urinário: 1. ( ) diminuição do fluxo 2. ( ) oligúria  
 3. ( ) anúria 4. ( ) poliúria 5. ( ) hematúria 6. ( ) Insuficiência Renal  
 7. ( ) outro

#### J-TRATAMENTO

[32]. Tipo: 1. ( ) nenhum 2. ( ) observação 3. ( ) sintomático + suporte  
 4. ( ) suporte 5. ( ) sintomático + PBT

[33] Procedimentos Básicos da Toxicologia: 1. ( ) descontaminação cutânea  
 2. ( ) descontaminação Mucosa 3. ( ) descontaminação Ocular 4. ( ) diluição e/ou  
 demulcentes 5. ( ) neutralização 6. ( ) êmese 7. ( ) lavagem gástrica 8. ( )  
 lavagem intestinal 9. ( ) carvão ativado 10. ( ) LG + carvão + catárticos 11. ( )  
 carvão +catárticos 12. ( ) diurese forçada 13. ( ) hemodiálise  
 14. ( ) hemoperfusão 15. ( ) endoscopia digestiva alta 16. ( ) retirada endoscópica  
 17. ( ) Intervenção cirúrgica 18. ( ) antídoto 19. ( ) alcalinização urinária  
 20. ( ) acidificação urinária 21. soroterapia ( ) 22. ( ) outro 23. ( ) ignorado 24.  
 ( ) nenhum PBT

#### L- EVOLUÇÃO DO PACIENTE

[34]. CLINICA: 1. ( ) Cura 2. ( ) Cura Suposta 3. ( ) Cura com seqüela  
 4. ( ) Óbito 5. ( ) Óbito por outra causa 6. ( ) Outro 7. ( ) Ignorado.

#### M- INTERNAÇÃO

[35] Tempo de internação: \_\_\_\_\_



**ANEXO C – Quadro 1 - Distribuição dos medicamentos relacionados aos casos de I.E. no DF, em 2005.**

<b>Classes/Substâncias</b>	<b>Total Exposição</b>
<b>A. Medicamentos</b>	
<b>1. analgésicos/antipiréticos</b>	<b>Total=18 (5,8%)</b>
Ácido acetil salicílico	04
Anador	01
Acetaminofen (paracetamol)	06
Dipirona	04
Dorflex	03
<b>2. antianêmico</b>	<b>Total= 08 (2,58%)</b>
Ácido fólico	01
combiron	01
Sulfato ferroso	06
<b>3. antieméticos</b>	<b>Total= 04 (1,29%)</b>
Bromoprida	01
Metoclopramida	03
<b>4. antibióticos</b>	<b>Total=12 (3,87%)</b>
Azitromicina	01
Bactrim	02
Cefalexina	02
Amoxicilina	07
<b>5. antialérgicos/anti-histaminicos H1</b>	<b>Total=08 (2,58%)</b>
Cloridrato de ciproeptadina	01
Prometazina	04
Dexclorfeniramina “Polaramine”	02
Alegra D	01
<b>6. antivertiginosos</b>	<b>Total=03 (0,96%)</b>
cinarizina	02
vertix	01
<b>7. antihipertensivo</b>	<b>Total=12 (3,87%)</b>
captopril	07
enalapril	02
metildopa	01
propranolol	01
adalat	01

8. anticonvulsivante	Total=49 (15,8%)
carbamazepina	17
ácido valpróico	07
fenitoína	04
fenobarbital	22
9. antidepressivo	Total=24 (7,74%)
amitriptilina	10
Cloridrato de paroxetina – “Fluoxetina”	09
imipramina	01
iperisan	01
tryptanol	03
10. antipsicótico	Total=17 (5,48%)
clorpromazina	06
Haloperidol	11
11. antidiabéticos	Total=01 (0,32%)
metformim	01
12. antiúlcera	Total=06 (1,93%)
pantoprazol	01
ranitidina	05
13. antiinflamatórios não-esteróides	Total=12 (3,87%)
Diclofenaco de sódio	10
nimesulid	02
14. antiácido	Total=01 (0,32%)
Hidróxido de magnésio	01
15. antiprotozoários sistêmicos	Total=05 (1,6%)
mebendazol	01
Metronidazol	04
16. antifúngicos	Total=01 (0,32%)
andriodermol	01
17. antiinfeciosos	Total=03 (0,96%)
Dapsona	03
18. Anabolizante	Total=01 (0,32%)
Cobavital	01

19. antianorígenos	Total=01 (0,32%)
femproporex	01
20. antiespasmódico e anticolinérgico	Total=01 (0,32%)
Vagostesyl	01
21. anfetaminas	Total=01 (0,32%)
Ritalina	01
22. benzodiazepínico	Total=86 (27,7%)
Alprazolam – “Frontal”	06
Bromazepam – “Lexotam”	04
Clonazepam – “Rivotril”	38 (44,7%)
Cloxazolam – “Olcadil”	03
Clordiazepóxido – “psicosedim”	01
Diazepam – “Valium”	26
Midazolam – “Dormonid”	04
Flunitrazepam – “Rohypnol”	04
23. broncodilatador	Total=13 (4,19%)
aminofilina	13
24. Diurético	Total=02 (0,65%)
Hidroclorotiazida	02
25. Corticosteróides	Total=01 (0,32%)
prednisona	01
26. Descongestionante	Total=01 (0,32%)
Descongex plus	01
naridin	01
27. estimulantes uterinos	Total=01 (0,32%)
Metilergometrina – “Methergin”	01
28. Fármacos para Hipotireoidismo	Total=02 (0,64%)
Puran T4	01
levotiroxina	01
29. Fármacos para insuficiência cardíaca	Total=01 (0,32%)
Digoxina	01
30. imunossupressores	Total=01 (0,32%)

ciclosporina	01
31. Hormônios sexuais e análogos	
Anticoncepcionais orais	Total=02 (0,64%)
micronor	01
nordet	01
32. Medicamentos para o resfriado comum	Total=04 (1,29%)
naldecon	01
Cloridrato de nafazolina	01
natuss	01
coristina	01
33. Neurolépticos	Total=03 (0,96%)
levomepromazina	01
clozapina	01
Tioridazina – “Melleril”	01
34. Relaxante uterino	Total=01 (0,32%)
Dactil Ob	01
35. Tuberculostático	Total=01 (0,32%)
pirazinamida	01
36. vitaminas	Total=05 (1,6%)
citoneurim	01
ácido fólico	01
polivitamina	01
apetivit	01
arovit	01
TOTAL	310 (100%)

**ANEXO D - Quadro 2 - Distribuição dos domissanitários relacionados aos casos de I.E. no DF, em 2005.**

<b>Classes/Substâncias</b>	<b>Total Exposição</b>
A. Domissanitários	
1. alvejantes	Total= 80 (49,07%)
Água sanitária	80
2. sabões	Total= 05 (3,06%)
Sabão em pó	05
3. amaciante de roupa	Total = 02 (1,22%)
“Confort”	01
Amaciante – não identificado	01
4. Desinfetante	Total= 17 (10,42%)
“Ajax”	01
“Minuano”	02
desinfetante – não identificado	04
“pinho sol”	09
“azulim”	01
5. Produtos diversos	Total=25 (15,33%)
amonía	05
amoniaco	16
Ácido bórico	01
Ácido fluorídrico	01
creolina	02
6. Tinta para tecido	Total=02 (1,22%)
7. Desentupidor de pias e ralos	Total= 22 (13,5%)
Soda cáustica	21
“Diabo Verde”	01
8.Cera	Total= 02 (1,22%)
“Brasso”	01
Cera líquida – não identificada	01
9. Detergentes	Total = 08 (4,9%)
Detergente- não identificado	06
“solupam”- detergente alcalino	01
“Magic Brill”	01
<b>TOTAL</b>	<b>163 (100%)</b>

**ANEXO E – Quadro 3 - Distribuição dos Agrotóxicos relacionados aos casos de I.E. no DF, em 2005.**

<b>Descrição dos produtos</b>	<b>Total Exposição</b>
A. Agrotóxicos	
1. agritoato 400	01
2. aldicarb	02
3. amitraz	03
4. barrage	03
5. baygon	04
6. baygon - espiral	01
7. baygon – mata tudo	01
8. Butox	06
9. Chumbinho	85 (43,81%)
10. Cipermetrina	01
11. Deltametrina	01
12. “Era Rato”	05
13. Felidac	02
14. Fenomeno ( baraticida em pó)	02
15. Klerat	04
16. Pingo Doce ( veneno de barata)	02
17. Raid aerosol	01
18. Roundup	08
19. Tamaron	08
20. Tiopel 500	01
21. Aldrin	06
22. Carrapaticida	04
23. DDT	01
24. Veneno para plantas	02
25. Veneno mosquito	11
26. Raid protector	03
27. Herbicida	01
28. Inseticida	11
29. Khotrine	11
30. Lepecid	01
31. Madaldrin	02
<b>TOTAL</b>	194 (100%)

---

**ANEXO F – Tabela (Figura 8) – Distribuição do Tempo de Internação por número de pacientes, em 2005. (Grupo 1)**

Horas	n	%
1 a 5 horas	19	8,01
6 horas	35	14,76
8 a 10 horas	10	4,21
12 horas	24	10,12
13 a 18 horas	11	4,64
24 horas	18	7,59
26 a 36 horas	4	1,68
48 horas	14	5,9
60 a 66 horas	2	0,84
72 horas	6	2,53
96 horas	9	3,79
108 a 600 hs	15	6,32
ignorado	70	29,53
Total	236	100

**ANEXO G – Tabelas de distribuição das ocorrências nas unidades da RBS da SES/DF, 2005.**

Tabela 1. Distribuição de Ocorrências de IE nas unidades da Rede Básica de Saúde da SES/DF, 2005. (GRUPO 1)

<b>HOSPITAL</b>	<b>Frequencia</b>	<b>%</b>
<b>HBDF</b>	11	4,70%
<b>HRAN</b>	20	8,50%
<b>HRAS</b>	36	15,30%
<b>HRS</b>	14	5,90%
<b>HRPL</b>	22	9,30%
<b>HRBZ</b>	13	5,50%
<b>HRG</b>	12	5,10%
<b>HRT</b>	7	3,00%
<b>HRSAM</b>	44	18,60%
<b>HRGU</b>	27	11,40%
<b>HRP</b>	14	5,90%
<b>HRC</b>	16	6,80%
<b>Total</b>	236	100,00%

Tabela 2 .Distribuição de Ocorrências de IE nas unidades da Rede Básica de Saúde da SES/DF, 2005. (GRUPO 2)

<b>HOSPITAL</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>HBDF</b>	9	0,70%
<b>HRAN</b>	130	9,80%
<b>HRS</b>	188	14,10%
<b>HRPL</b>	108	8,10%
<b>HRBZ</b>	23	1,70%
<b>HRG</b>	267	20,10%
<b>HRT</b>	152	11,40%
<b>HRSAM</b>	283	21,30%
<b>HRGU</b>	17	1,30%
<b>HRP</b>	23	1,70%
<b>HRC</b>	130	9,80%
<b>Total</b>	1330	100,00%



Tabela 3 .Distribuição de Ocorrências de IE nas unidades da Rede Básica de Saúde da SES/DF, 2005. (Grupo 1 e 2)

<b>Hospital</b>	<b>Frequencia</b>	<b>%</b>
<b>HBDF</b>	20	1,27%
<b>HRAN</b>	150	9,57%
<b>HRAS</b>	36	2,29%
<b>HRS</b>	202	12,89%
<b>HRPL</b>	130	8,30%
<b>HRBZ</b>	36	2,29%
<b>HRG</b>	279	17,44%
<b>HRT</b>	159	10,15%
<b>HRSAM</b>	327	20,88%
<b>HRGU</b>	44	2,80%
<b>HRP</b>	37	2,36%
<b>HRC</b>	146	9,32%
<b>Total</b>	1566	100%

## ANEXO H – Modelo da Ficha de Notificação Compulsória – FNC

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE		NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS		Número: 29 508797
1) Tipo de Notificação: 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto <input checked="" type="checkbox"/> 2		2) Data da Notificação: 3 5   0 7   2 0 0 5		
3) Município de Notificação: Brasília		Código (IBGE)		
4) Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) VE - HRA		Código		
5) Agravos/Doença: Infecção Bacteriana (Chumbinho)		Código (CID 10)	6) Data dos Primeiros Sintomas 1 2   0 7   2 0 0 5	
7) Nome do Paciente:		8) Data de Nascimento 0 4   0 2   1 9 8 4		
9) (ou) Idade: D - dias M - meses A - anos	10) Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> F	11) Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> 9	12) Escolaridade (em anos de estudo concluído) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 a mais 6 - Não se aplica 9 - Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> 9	
13) Número do Cartão SUS		14) Nome da Mãe		
15) Agravos/Doença		Código (CID 10)	16) Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito	
17) Número de casos suspeitos		18) Local Inicial de Ocorrência do Surto 1- Casos Restritos a uma Mesma Família 2- Casos Restritos a uma Escola/Creche 3- Casos Restritos a um Hospital 4- Casos Restritos a outra Instituição (Alojamento, Asilo, Trabalho) 5- Casos Dispersos no Bairro 6- Casos Dispersos pelo Município 7- Casos Dispersos em mais de um Município 8- Outros <input type="checkbox"/>		
19) Logradouro (rua, avenida, ...) Quadra casa Bairro São José		Código	20) Número	
21) Complemento (apto., casa, ...)		22) Ponto de Referência Chalinho		23) U.F.
24) Município de Residência Brasília		Código (IBGE)	Distrito (Aracama) São Sebastião	
25) Bairro		Código (IBGE)	26) CEP	
27) (DDD) Telefone		28) Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> 3	29) País (se residente fora do Brasil) Código	
Notificante aus. Damiana		Assinatura Damiana		
DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO NO DISTRITO FEDERAL				
<ul style="list-style-type: none"> <li>  B24 Aids (Síndrome da Imunod. Adquirida)</li> <li>  A22 Antraz ou carbúnculo</li> <li>  W53 Agressão por rato</li> <li>  A051 Botulismo</li> <li>  A009 Cólera</li> <li>  A630 Condiloma Acuminado</li> <li>  A37 Coqueluche</li> <li>  A90 Dengue</li> <li>  A369 Difteria</li> <li>  B571 Doença de Chagas (casos agudos)</li> <li>  N739 Doença Inflamatória Pélvica</li> <li>  G039 D. Meningocócica e outras Meningites</li> <li>  B659 Esquistossomose</li> <li>  A959 Febre Amarela</li> <li>  A77 Febre Maculosa</li> <li>  A010 Febre Tifóide</li> <li>  A309 Hanseníase</li> <li>  A989 Hantavírose</li> <li>  B199 Hepatites Virais</li> <li>  B230 Infecção pelo HIV (exceto AIDS)</li> <li>  B977 Infecção Subclínica por HPV</li> <li>  B550 Leishmaniose Visceral</li> <li>  B552 Leishmaniose Teg. Americana</li> <li>  A279 Leptospirose</li> <li>  B54 Malária</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>  P391 Oftalmia Neonatal</li> <li>  A809 Paralisia Flácida Aguda</li> <li>  B26 Parotidite</li> <li>  A209 Peste</li> <li>  A809 Poliomielite</li> <li>  A829 Raiva Humana</li> <li>  B09 Rubéola</li> <li>  B09 Sarampo</li> <li>  A53 Sífilis Adquirida</li> <li>  A509 Sífilis Congênita</li> <li>  N72 Síndrome do Corrimento Cervical</li> <li>  R36 Síndrome do Corrimento Uretral</li> <li>  N485 Síndrome da Úlcera Genital</li> <li>  P350 Síndrome da Rubéola Congênita</li> <li>  B690 Teníase e Cisticercose</li> <li>  A35 Tétano</li> <li>  A33 Tétano Neonatal</li> <li>  P371 Toxoplasmose Congênita</li> <li>  B589 Toxoplasmose Gestacional</li> <li>  A169 Tuberculose</li> <li>  A21 Tularemia</li> <li>  B01 Varicela</li> <li>  B03 Variola</li> <li>  Outras (especificar: _____)</li> </ul>		
Observações e Providências da Saúde Pública: Cje de 12/07/05.				
49.40	e.c.: 2199	Formato: 200 x 285	10/2002	NNPS/UP/AN N.Pred. Gráfica/SUS

---

**ANEXO I – Modelo da Ficha de Notificação e Atendimento/CIAT-DF – FNA**
**CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA DO DISTRITO FEDERAL  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO E DE ATENDIMENTO**
**FONTES NOTIFICADORA :** \_\_\_\_\_ **NÚMERO :** \_\_\_\_\_

**DATA :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **HORA :** \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ **NOTIFICAÇÃO HUMANA**
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**
**Nome:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_ (H) (D) (M) (A) **Peso:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ (Kg) **Sexo:** (1) Masc. (2) Fem. (9) Ignorado

**Gestante:** (1) 1º Trimestre (2) 2º Trimestre (3) 3º Trimestre. (4) Trimestre Desconhecido (5) Não (9) Ignorado

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ - **CEP:** \_\_\_\_\_ -

**Município:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_ **Telefone:** ( ) \_\_\_\_\_

**Cartão-SUS:** \_\_\_\_\_ **Nome da mãe :** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **Carteira de Identidade:** \_\_\_\_\_ **Órgão expedidor/UF:** \_\_\_\_/\_\_\_\_

**1.1 IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE JUNTO A FONTE NOTIFICADORA**
**Nome:** \_\_\_\_\_ **Telefone :** ( ) \_\_\_\_\_

**Instituição :** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_ **Município:** \_\_\_\_\_

**Categoria :** (1)Próprio (2)Leigo (3)Médico (8)Outro Prof.Saúde \_\_\_\_\_ (9) Ignorado



1.2 OCUPAÇÃO DO PACIENTE: _____ _____ _____ _____ _____		
<b>ZONA DE OCORRÊNCIA</b> (1) Urbana (2) Rural (9) Ignorada  <b>LOCAL</b> ( : 1 :	<b>1.2.1.1 VIA</b> (1) Oral (2) Cutânea (3) Respiratória (4) Parenteral (5) Ocular (6) Retal	<b>TIPO</b> (1) Aguda – única (2) Aguda – repetida (3) Crônica (4) Aguda sobre crônica (9) Ignorada

<p>) R e s i d ê n c i a</p>	<p>(7)Vaginal (8)Transplacentária (9)Aleitamento materno (10)Mordedura/Picada/Contato Local atingido: _____ _____ (88)Outra _____ (99)Ignorada</p>	<p>Data da exposição: ____/____/____</p> <p>Tempo decorrido da exposição: ____/____ (MIN) (H) (D) (M) (A)</p> <p>Duração da exposição: ____/____ (MIN) (H) (D) (M) (A)</p>
<p>( 2 ) A m b : T r a b a l h o</p>		
<p>( 3 ) T r a j e t o</p>		
<p>T r a b a l h o</p>		
<p>( 4 ) S er vi ç o s d e S a ú d e</p>		







1.2.1.1.1 TRATAMENTOS				
<b>Tratamento inicial</b>	1	1	1	Nenhum
	2	2	2	Observação clínica
	3	3	3	Tratamento sintomático
	4	4	4	Tratamento de suporte
	5	5	5	Descontam.cutâneo/mucosa
	6	6	6	Descontaminação ocular
	7	7	7	Diluição
	8	8	8	Demulcentes
	9	9	9	Neutralização
	10	10	10	Emese
	11	11	11	Lavagem gástrica
	12	12	12	Lavagem intestinal
	13	13	13	Carvão ativado
	14	14	14	Catárticos
	15	15	15	Diurese forçada
	16	16	16	Hemodiálise
	17	17	17	Hemoperfusão
	18	18	18	Exsanguíneo transfusão
	19	19	19	Retirada endoscópica
	20	20	20	Intervenção cirúrgica
	21	21	21	Antídoto _____
	22	22	22	Soro _____
	23	23	23	Irrigação intestinal total
	24	24	24	Carvão ativado doses múltiplas
	25	25	25	Alcalinização urinária
	26	26	26	Acidificação urinária
	27	27	27	Ao Serviço de Saúde
	88	88	88	Outro _____
	99	99	99	Ignorado

1.2.1.1.3 RESUMO						
Manifestação clínica	1	Sim	2	Não	3	Ign
Internação	1	Sim	2	Não	3	Ign
Análise Toxicológica	1	Sim	2	Não	3	Ign
Especificar _____						
_____						

1.2.1.1.4 EVOLUÇÃO			
01	Cura	09	Ignorada
02	Cura Suposta	08	Outra
03	Sequela		
04	Óbito		
05	Óbito Outra Causa		

#### CLASSIFICAÇÃO FINAL

- (1) Intoxicação Confirmada (2) Exposição (3) Reação Adversa (4) Diagnóstico Diferencial  
 (5) Síndrome de Abstinência (9) Ignorada

Diagnóstico definitivo: \_\_\_\_\_  
 CID-10: \_\_\_\_\_

