

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

*Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas:
o desafio da padronização dos dados*

por

Rosane Abdala Lins de Santana

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – FIOCRUZ, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora

Dra. Rosany Bochner

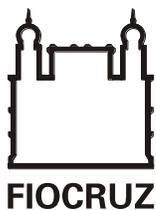
Doutora em Saúde Pública - FIOCRUZ

Banca Examinadora

Dra. Maria Nélide González de Gómez

Dr. Carlos Machado de Freitas

Rio de Janeiro, março 2005



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Mestrado Profissional em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde

***Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas:
o desafio da padronização dos dados***

Orientadora
Dra. Rosany Bochner
CICT/FIOCRUZ

Aluna:
Rosane Abdala Lins de Santana

Março/2005

Ao meu precioso trio: Felipe, Milena e Mateus

Presente de Deus!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, por me dar saúde e muita força para caminhar.

Aos meus pais Isaias e Neuza, pela origem da vida, pelo incentivo e imensa ajuda, sem a qual não seria possível chegar aqui.

Aos meus filhos Felipe, Milena e Mateus pelos momentos que os privei de minha presença, pela compreensão nos momentos mais difíceis e pelo orgulho por mais esta etapa vencida.

À minha irmã Rosangela e a minha sobrinha Lívia pela força e ajuda em todos os momentos.

À Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, pela oportunidade e por tudo que proporcionou para que esse trabalho fosse realizado.

A diretora do Centro de Informação Científica e Tecnológica - CICT, Ilma Noronha, pela oportunidade de concretizar mais este sonho!

À minha orientadora até a qualificação deste projeto, Maria Cristina Soares Guimarães, que não pode continuar de fato, por motivos alheios a sua vontade. Obrigada pela verdade...sempre a verdade! Por me fazer enxergar o simples naquilo que é tão complexo. Pelas poesias que me acalmaram. Por ter ficado sempre ao meu lado... por me ouvir. Você é especial...muito especial! Não te esquecerei jamais!

À minha orientadora, Rosany Bochner, pelo incentivo desde sempre e pela vibração em cada etapa vencida. Obrigada pela força e pelo apoio em todos os momentos. Por várias vezes a sua ousadia e confiança me conduziram nesse caminho.

Ao chefe do DECT, Eduardo Martins, pelo incentivo e força em todos os momentos.

À Deise Grigório, colega de Departamento, pela grande torcida e força.

Ao colega de Departamento, Antonio Marinho, pelo incentivo, companheirismo e amizade, incentivando e ajudando em todos os momentos.

À Secretaria do Mestrado Profissional em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde, em especial a pessoa do Jeferson Mendonça, que muito me ajudou com todo apoio oferecido durante o curso.

Aos coordenadores dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica e toda sua equipe, pela colaboração em responder ao questionário que, sem essas respostas, o estudo de caso não seria possível.

À toda equipe dos Centros de Belém, Belo Horizonte, Niterói e Rio Grande do Sul que com muito carinho me acolheu, fornecendo-me toda a informação necessária para este estudo, e se colocando sempre a disposição para qualquer ajuda.

Ao colega Edilson Mitidieri Ferreira, do Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul, pela ajuda da montagem dos casos hipotéticos e pelo carinho que fui recebida neste Centro. Obrigada!

Às amigas Simone Liduino e Cunha e Carla Tavares dos Reis, que em doze anos de amizade compartilharam comigo muitas alegrias e tristezas. Obrigada pelo incentivo, pela força e por participarem de mais esta vitória. Gosto muito de vocês!

À grande turma do Mestrado Profissional em Gestão da Informação e Comunicação em Saúde, dezesseis cabeças diferentes tentando formar uma unidade. Não há crescimento sem dialética e sem dúvida, neste período de convivência com vocês, cresci muito! Vocês foram protagonistas deste capítulo da história da minha vida. Nossos momentos foram inesquecíveis.

À Maria de Lourdes de Oliveira Justino pelo apoio oferecido, pela amizade e presteza a qualquer momento. Não tenho palavras para agradecer!

À Rejane Machado, colega de turma e de departamento, pelo esclarecimento de inúmeras dúvidas na parte bibliográfica. Sua ajuda foi essencial!

À Viviane dos Santos, companheira de turma e de Unidade. Foi muito bom te conhecer. Esses momentos ficarão sempre guardados!

Aos Mestres do Mestrado Profissional da Gestão da Informação e Comunicação em Saúde, que com carinho e sabedoria souberam conduzir cada um ao ponto de chegada. Aprendi muito com vocês!

Ao colega de Unidade, David Rozenfeld, pela grande ajuda nos momentos em que precisei.

Aos colegas do CICT que torceram para mim, e que indiretamente muito me ajudaram.

Finalmente, a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

“A existência da linguagem é soberana, pois que as palavras receberam a tarefa e o poder de representar o pensamento”.

Michel Foucault

Santana RAL. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas: o desafio da padronização dos dados [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

S231s Santana, Rosane Abdala Lins de.

Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas: o desafio da padronização dos dados / Rosane Abdala Lins de Santana. – 2005.

100p. ; il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.

Bibliografia: f. 72-75

1. Informação para tomada de decisão. 2. Envenenamento. 3. Técnicas de apoio para decisão
I. Título.

RESUMO

No Brasil, como no resto do mundo, a incidência de intoxicações e envenenamentos constitui um grave problema de saúde pública. Especialmente para esse segmento, a importância de se dispor, a tempo e a hora, de informações fidedignas é condição primordial para se traçar estratégias eficazes e efetivas de vigilância epidemiológica e sanitária. “Qualidade dos dados”, com toda a complexidade envolvida no conceito, passa então a ocupar lugar de destaque na agenda das políticas públicas, inclusive para o Brasil. Para investigar uma faceta da qualidade dos dados sobre intoxicações e envenenamentos no país, o foco do presente estudo está centrado nos Centros de Informação e Assistência Toxicológica, uma das principais fontes para notificação e registro de tais casos, os quais fornecem dados que são consolidados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX. Partindo do pressuposto que a padronização é uma das principais variáveis que impactam a qualidade dos dados coletados pelo SINITOX, o estudo visa analisar a maneira como esses Centros interpretam e registram cada um dos eventos a eles notificados, dentro de uma abordagem metodológica que buscou ressaltar a importância da padronização nos processos de registro dos casos. Os resultados apontam para o baixo grau de padronização dos dados que chegam ao SINITOX, ressaltando a importância de se desenhar estratégias que minimizem tal problema, contribuindo assim para minimizar as ocorrências deste agravo à saúde em nossa sociedade.

PALAVRAS CHAVES: Informação para tomada de decisão, qualidade dos dados, padronização, intoxicação e envenenamento

ABSTRACT

In Brazil, as in the rest of the world, human poisoning constitutes a serious problem of public health. Readily available and reliable information in this field are essential to the full implementation of epidemiological and sanitary surveillance and to establish efficient and effective strategies of control. The continuous improvement of data quality and consistency — no doubt, a permanent challenge — has a key role in the definition of sound public policies. To assess the accuracy of Brazilian data on human poisonings, the present study explores data from a network of Toxicological Information and Assistance Centers, one of the main sources of such data in Brazil. Data are consolidated by the National Poison Information System – SINITOX. Assuming that standardization is one of the main procedures that influence the quality of the data collected and analyzed by SINITOX, the study assesses the operations of the Centers affiliated to the SINITOX carry out to interpret and register the events reported to them. A detailed case study highlights the procedures used to standardize case reports. Our findings made evident an insufficient degree of standardization of data received by SINITOX. We emphasize the need to design strategies to improve standardization, aiming to develop a reliable system and to minimize the harms associated to human poisoning in Brazil.

KEY WORDS: Informed decisions, data quality, standardization, human poisoning

SUMÁRIO

Resumo	9
Abstract	10
1. Introdução	16
2. Objetivos	
2.1. Geral	21
2.2. Específicos	21
3. Informação em saúde	22
3.1. Informação em Saúde e Vigilância Epidemiológica	30
4. Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas	
4.1. Contextualização	34
4.2. Centros de Informação e Assistência Toxicológica	35
4.3. O fluxo de informação: dos Centros ao SINITOX	42
4.4. A estatística	45
5. Material e Método	49
5.1. O estudo de caso	50
5.2. Entrevistas	51
6. Resultados	
6.1. Análise do estudo de caso	53
7. Conclusão e recomendações finais	68
Referências bibliográficas	72
Anexos	
Anexo I	76
Anexo II	78
Anexo III	82
Anexo IV	85
Anexo V	92

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema Geral de Produção de Informação	26
Figura 2. Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica	37
Figura 3. Fluxo de informação	42
Figura 4. Frequência de discordância dos Centros em relação à variável agente tóxico	67
Figura 5. Frequência de discordância dos Centros em relação à variável circunstância	67
Figura 6. Frequência de discordância dos Centros em relação à variável via	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação entre quantidade de categorias da variável agente tóxico e quantidade de casos	54
Tabela 2. Relação entre quantidade de categorias da variável circunstância e quantidade de casos	57
Tabela 3. Relação entre quantidade de categorias da variável via e quantidade de casos	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição dos Centros por estado e população	38
Quadro 2. Fontes de informação dos Centros	40
Quadro 3. Vinculação institucional dos Centros	41
Quadro 4. Frequência de discordância dos Centros em relação às variáveis agente tóxico, circunstância e via	64

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATOX	Associação de Toxicologia Aplicada
CCI	Centro de Controle de Intoxicações
CCIEs	Centro de Controle de Intoxicações e Envenenamentos
CEATOX	Centro de Assistência Toxicológica
CIAT	Centro de Informação e Assistência Toxicológica
CIAVE	Centro de Informações Anti-Veneno
CICT	Centro de Informação Científica e Tecnológica
CIT	Centro de Informação Toxicológica
CIVITOX	Centro de Informação e Vigilância Toxicológica
EEPC	Embalagem Especial de Proteção à Criança
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GGTOX	Gerência Geral de Toxicologia
ISO	<i>International Standards Organization</i>
MTU	Monografias de Toxicologia de Urgência
PRONITOX	Programa Nacional Integrado de Informação Fármaco-Toxicológica
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para Saúde
SICT	Superintendência de Informação Científica e Tecnológica
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SNITF	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
ST	Serviço de Toxicologia
SUS	Sistema Único de Saúde
SINAN	Sistemas de Informações sobre Agravos de Notificação
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

I – INTRODUÇÃO

No Brasil, como no resto do mundo, a incidência de intoxicações e envenenamentos constitui um grave problema de saúde pública.

Caldas *et al*¹ (1996:66), delineiam bem esse quadro em nosso país:

“Os casos de envenenamentos decorrentes da falta de orientação da população sobre os produtos químicos disponíveis no mercado e seu uso terapêutico vêm se multiplicando no Brasil. Calcula-se que 60 mil drogas – inclusive medicinais – estejam acessíveis aos consumidores no comércio. Isso inclui desde aditivos alimentares até inseticidas agrícolas, passando por medicamentos, cosméticos e remédios da chamada flora medicinal. E a desinformação a respeito é extremamente perigosa.”

Para que a população seja esclarecida sobre os riscos que esses produtos representam, o Estado necessita de informações, com a maior acuracidade possível, para que seja possível a elaboração de medidas preventivas e de orientação.

A importância de se dispor de informações confiáveis neste campo, no tempo adequado, é condição primordial para que os tomadores de decisão possam delinear estratégias de ação para as vigilâncias epidemiológicas e sanitárias.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA, com o objetivo de melhorar as condições de Saúde da sociedade, apóia-se em informações disponíveis para orientar suas ações, como se pode verificar em várias notícias do seu boletim informativo:

“Embalagem de soda cáustica será mais segura”² (2001:7). A preocupação com este tipo de produto surgiu pela necessidade de evitar acidentes com saneantes envolvendo crianças, que, baseando-se em informações do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX, do período de 1997 à 1999, estas foram as maiores vítimas de acidentes com este tipo de produto.

“Anvisa investiga efeitos de agrotóxicos na saúde mental”³ (2003:3). É um estudo da relação entre agrotóxicos e distúrbios mentais, para que se possa aprofundar uma suposta ligação entre suicídios e o contato direto dos agricultores com agrotóxicos de alto risco à

saúde humana, em alguns municípios do Rio Grande do Sul. Com base nessas informações poderão ser traçadas estratégias no sentido de contribuir para a solução deste problema.

“Uso inadequado de saneantes causa 18% das intoxicações no Brasil”⁴ (2004:3), o que levou esta Agência a lançar uma cartilha com orientações para os consumidores de saneantes no sentido de orientar a população sobre o manuseio de produtos piratas, além de explicar como agir em casos de acidentes.

Além da ANVISA, que é o órgão nacional responsável pela vigilância sanitária em nosso país, que vem atuando na orientação e implementação de ações para prevenção de intoxicação e envenenamento, a disponibilidade de informações confiáveis e no tempo adequado podem auxiliar outras instituições em ações locais, além da própria sociedade que terá ciência dos riscos que corre através do uso e/ou contato com determinados produtos e substâncias.

Sabendo-se que uma informação com qualidade é produzida a partir de um dado de mesma natureza, o foco deste estudo está centrado nos CIATs, que são os Centros de Informação e Assistência Toxicológica dispersos por várias Unidades Federativas do país, compondo uma Rede Nacional de trinta e quatro unidades que têm entre suas principais atribuições o registro dos casos de intoxicação/envenenamento no Brasil.

Dentre os sistemas de informação que registram os casos que ocorrem de intoxicação e/ou envenenamento, como o SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde) e o SINAN (Sistemas de Informações sobre Agravos de Notificação), os dados notificados pela rede de CIATs e enviados ao Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas - SINITOX, apesar de suas limitações e problemas, constituem-se na principal fonte disponível para gestores públicos, pesquisadores, estudantes, imprensa e público em geral.

O SINITOX foi criado em 1976, pela necessidade de produção de conhecimento epidemiológico, e tem como objetivo servir como um sistema de vigilância para a saúde, no que diz respeito às intoxicações e envenenamentos, e dar subsídios para a tomada de decisão por parte das autoridades competentes. Porém este Sistema apresenta limitações (ANVISA; 2002)⁵: não contempla a totalidade dos casos de intoxicação ocorridos no país, pelo fato da notificação não ser compulsória e pelo número de Centros ser insuficiente, oito

estados não possuem este serviço; atraso na divulgação das informações, pois os Centros não enviam seus dados regularmente ao SINITOX; o preenchimento da ficha de notificação não é padronizado.

Além disso, o fato de vários relatórios com o registro dos dados chegarem ao Sistema impresso em papel, ou simplesmente preenchidos a mão, aumenta muito a probabilidade de erros com a digitação posterior dos mesmos.

Marques *et al*⁵ (1993:67) afirmam que além de vários fatores limitantes neste Sistema, como a baixa cobertura dos dados e a notificação espontânea, um dos condicionantes importantes é a ausência de padronização de critérios e definições para orientar o processo de coleta dos dados.

A argumentação principal do presente projeto é que o instrumento usado para coleta de dados, que é a inscrição primeira e fundamental para a identificação de um caso de intoxicação, está estruturado e faz uso de categorias e classificação que fragilizam, se não comprometem, a precisão dos dados coletados. Associado à fragilidade do instrumento de coleta, está a pouca ou dúbia orientação para o preenchimento, o que amplia as possibilidades de subjetividade no registro dos casos de intoxicação/envenenamento.

O aprimoramento e a padronização do instrumento de coleta de dados atualmente utilizado pelos CIATs, além de um entendimento uniforme pelos profissionais envolvidos no processo notificação, permitirão a geração de dados mais fidedignos para uma melhor análise deste tipo de agravo a saúde no país.

Inserido neste contexto, de busca de qualidade dos dados gerados por esses Centros, o foco deste projeto está então situado principalmente no conceito de precisão dos dados, mais precisamente, no que diz respeito à padronização dos mesmos.

No sentido de analisar a maneira de como esses Centros interpretam e registram cada um dos eventos a eles notificados, foi desenvolvido um estudo de caso, que consiste em vinte descrições de casos de intoxicação/envenenamento que foram enviados aos Centros com o pedido para que fossem classificados/registrados em seus formulários de notificação, no que diz respeito ao agente tóxico envolvido, a circunstância de ocorrência e a via de exposição/intoxicação.

Foi solicitado a cada Centro participante do estudo que procurasse registrar os casos seguindo os procedimentos que são utilizados em sua rotina de trabalho, procurando assegurar e reproduzir, de forma mais fidedigna possível, a realidade da prática cotidiana.

A análise dos registros desses casos por cada Centro possibilitou a identificação das categorias que não apresentam um entendimento uniforme dos eventos quando da produção da inscrição, o que evidencia de forma clara uma fragilidade no instrumento de coleta dos dados. Os resultados alcançados abrem a possibilidade de se propor alterações no instrumento de coleta de dados e nas orientações para seu preenchimento, no sentido de minimizar este tipo de problema e contribuir para a melhoria da qualidade das informações produzidas pelo SINITOX, de forma a torná-las mais próximas da realidade.

É expectativa também que os resultados do presente trabalho possam contribuir para que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que é o órgão regulador da área, reestruture a metodologia atualmente utilizada pelos Centros na notificação dos casos de intoxicação/envenenamento, visando a melhoria das informações geradas e possibilitando uma maior representatividade da realidade, e que essas estejam disponíveis no tempo adequado, para que os gestores públicos possam usá-las de forma a delinear estratégias no sentido de contribuir para diminuir o número destes casos no país.

Esta dissertação está dividida nos seguintes capítulos:

O próximo tópico, Capítulo II, apresenta os objetivos do presente estudo.

No Capítulo III procura-se mostrar a importância da informação para a tomada de decisão, que é a vertente que este projeto trabalha, e para tanto a qualidade é um requisito primordial neste processo. Também é abordada a importância dessa informação para as vigilâncias epidemiológica e sanitária, neste caso, com um olhar específico para os casos de intoxicação e envenenamento humanos que ocorrem em nosso país.

O Capítulo IV descreve o contexto institucional que serve de análise para a presente dissertação, procurando abordar os aspectos históricos do SINITOX, o perfil dos Centros e o fluxo de informação desde a notificação de um caso por um CIAT até sua chegada ao SINITOX e posterior divulgação. Ainda neste capítulo, aborda-se as estatísticas mostrando sua importância no sentido de contribuir para ações estratégicas no campo da saúde.

O Capítulo V mostra todo o caminho percorrido na condução deste estudo, que se refere ao material e método utilizado.

Os resultado obtidos no estudo de caso são analisados no capítulo VI, e no último capítulo são apresentadas algumas considerações a título de conclusão.

II – OBJETIVOS

2.1 - GERAL

Contribuir para a melhoria da qualidade das informações produzidas pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas – SINITOX, sob a perspectiva da padronização do instrumento de coleta de dados.

2.2 – ESPECÍFICOS

1. Mapear o fluxo percorrido pela informação desde a sua notificação aos CIATs até chegar ao SINITOX;
2. Identificar lacunas nos diferentes instrumentos usados pelos CIATs voltados a orientar o preenchimento da ficha de notificação;
3. Avaliar a precisão do instrumento de coleta de dados atual através de um estudo de caso, com vistas a propor melhorias no mesmo.

III - INFORMAÇÕES EM SAÚDE

No mundo globalizado em que vivemos, a informação torna-se cada vez mais importante e demandada, e diferentes segmentos sociais dependem cada vez mais das várias fontes disponíveis de informação para a realização de suas atividades.

Não só no espaço global a informação torna-se um recurso importante, mas também no espaço local, como assinala Senra⁷ (1999:124), “... a informação resulta dever ser um bem público de maior relevância a atrair a atenção, seja dos atores e agentes voltados ao espaço global, mais afeitos aos problemas econômicos e financeiros, seja dos atores e agentes voltados ao espaço local, mais afeitos aos problemas sociais”.

Fontes de informação abundam no mundo e no Brasil, mas dispor de informações no momento adequado é um grande desafio, como visto nesta citação do Electric Power Research Institute *apud* Davenport⁸ (2000:173):

“Nossos depósitos de conhecimento e informações corporativos, vastos e sem aplicação, têm pouco poder quando entopem relatórios, arquivos e bancos de dados. Hoje em dia, informações não faltam. Faltam ferramentas para entregar informação certa às pessoas certas no tempo certo”.

Sendo um dos principais problemas sociais, a área da Saúde não se comporta de maneira diferente. A demanda por informações em saúde vem aumentando e, gestores, profissionais, prestadores de serviços, instituições de ensino e pesquisa, usuários e a sociedade civil organizada, produzem e utilizam essas informações para nortear suas atividades. O reconhecimento da importância dessas informações para subsidiar políticas nesta área é unânime entre os autores.

Segundo Branco⁹ (1996:68), identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento é a finalidade da informação em saúde.

Entendimento semelhante é apresentado pela Rede Interagencial de Informações para Saúde – RIPSAs, que foi criada para integrar as entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais, no sentido de viabilizar parcerias capazes de propiciar a disponibilização de informações voltadas ao conhecimento e à compreensão da realidade sanitária brasileira, de suas tendências e do seu contexto. Segundo seu relatório, a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, bem como para a programação de ações de saúde e, no geral, na tomada de decisões baseadas em evidências (RIPSA;2002:11)¹⁰.

Angeloni¹¹ (2003:18) conceitua dados como elementos brutos, sem significado e desvinculados da realidade e constituem a matéria-prima para a informação. Já a informação é o dado com significado, dotado de relevância e propósito. Portanto, dados sem qualidade levam a informações e decisões da mesma natureza.

Mota *et al*¹² (1999:505) apresentam entendimento semelhante à RIPSAs:

“As atividades de vigilância epidemiológica no monitoramento permanente da situação de saúde necessitam de informações que permitam surpreender o mais precocemente possível as mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade e indicar as medidas de controle pertinentes. A permanente atualização das informações, a sua qualidade e a disponibilidade oportuna são fatores importantes para decisão e a ação correspondente”.

Com o objetivo de obter dados válidos e confiáveis e gerar informação da mesma natureza para apoiar as decisões no setor saúde é que, segundo este relatório (RIPSA;2002:13)¹⁰, no Brasil, nas últimas décadas, importantes sistemas nacionais de informação em saúde foram desenvolvidos, com notáveis avanços na disseminação eletrônica de dados sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atendimentos hospitalares e ambulatoriais, atenção básica e orçamentos públicos em saúde, entre outros.

A informação em saúde apoiada pela tecnologia, guarda em si uma inegável importância, é um recurso estratégico básico para a identificação de problemas neste setor e para possíveis soluções.

Porém, a produção e a utilização dessas informações no país não se dá de forma simples, pelo contrário, é um campo complexo que caminha a passos lentos, como afirma Cunha¹³ (2002:870):

“A magnitude do sistema de saúde brasileiro, a diversidade de ações desenvolvidas e a demanda por informações específicas, a histórica dicotomia entre ações assistenciais e de promoção, o modelo de financiamento pautado pelo pagamento de procedimentos, dentre outros, fizeram com que o país contasse com dezenas de sistemas de informação de base nacional”.

As informações geradas por esses sistemas, com atributos, dimensões e coberturas particulares e específicas a cada um, são de extrema relevância para o entendimento do “estado de saúde” do país, bem como do próprio desempenho dos sistemas. Vistos em conjunto, os sistemas de informação devem ser capazes de refletir a situação sanitária da população e servir de vigilância das condições de saúde.

White (1980) *apud* Branco⁹ (1996:68), conceitua sistema de informação em saúde como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados.

Entretanto, uma análise da situação dos Sistemas de Informação de Saúde - SIS indica que, apesar de um relativo sucesso em coletar, organizar e divulgar as informações de saúde no Brasil, sucesso reconhecido até internacionalmente, segundo o Ministério da Saúde¹² (2004:5), existe uma grande necessidade em avançar, tanto no caminho da integração entre os diversos sistemas de informação existentes, quanto no uso da informática para a melhoria da produtividade e qualidade dos processos de trabalho em saúde.

Sobre os SIS brasileiros, Cunha¹³ (2002:870) afirma que alguns foram construídos há décadas, na sua maioria voltados para o faturamento, com tecnologias antigas e sem qualquer preocupação com a interoperabilidade entre eles, cada um com seu conjunto de padrões para representar a informação, o que gera repetição do trabalho de coleta, visões fragmentadas e bases de dados pouco confiáveis.

Portanto, como assinalado no relatório da RIPSA¹⁰ (2002:13), ainda persiste o desafio de melhor aproveitamento das informações geradas pelos SIS, pelas instâncias gestoras do sistema de saúde. É ressaltado que a expansão do acesso aos dados não tem correspondido ao desenvolvimento qualitativo dos sistemas de informação, e que faltam análises orientadas para a gestão de políticas públicas de saúde. Há indiscutível necessidade de melhorar a articulação das instituições atuantes na área de informações e de utilizar, de forma mais efetiva, a considerável massa crítica nacional de profissionais capacitados. O desafio é, portanto, traduzir dados em informações confiáveis para tomada de decisão. (grifo meu)

Segundo Guimarães et al¹⁵ (2004:74),“...é possível afirmar que a informação é um recurso primordial para a tomada de decisão”, e é com ela que se pode chegar o mais próximo possível da realidade, traçar seu perfil, detectar problemas e agir em prol da solução. Para que todo esse processo seja otimizado, o modo de geração dessa informação tem que ser muito bem estruturado, e ainda segundo os autores “...quanto mais estruturado for esse processo, mais indicado se faz o uso de sistemas de informação que possam responder às demandas e necessidades informacionais do decisor.”

Segundo relatório do Ministério da Saúde¹⁴ (2004:5), a questão da qualidade dos dados chama mais a atenção, quando se sabe que o processo comum aos sistemas de informação em saúde brasileiros é a instituição de um instrumento, impresso em papel, para coleta dos registros, uma tarefa que, via de regra, duplica as atividades rotineiras do setor onde os dados estão sendo coletados. Mesmo o avanço da tecnologia não tem solucionado o problema do re-trabalho, pois o uso de coletores eletrônicos, que dispensam a transcrição digital dos dados, não coletam os dados necessários aos processos de trabalho em saúde, requerendo a continuidade dos registros manuais.

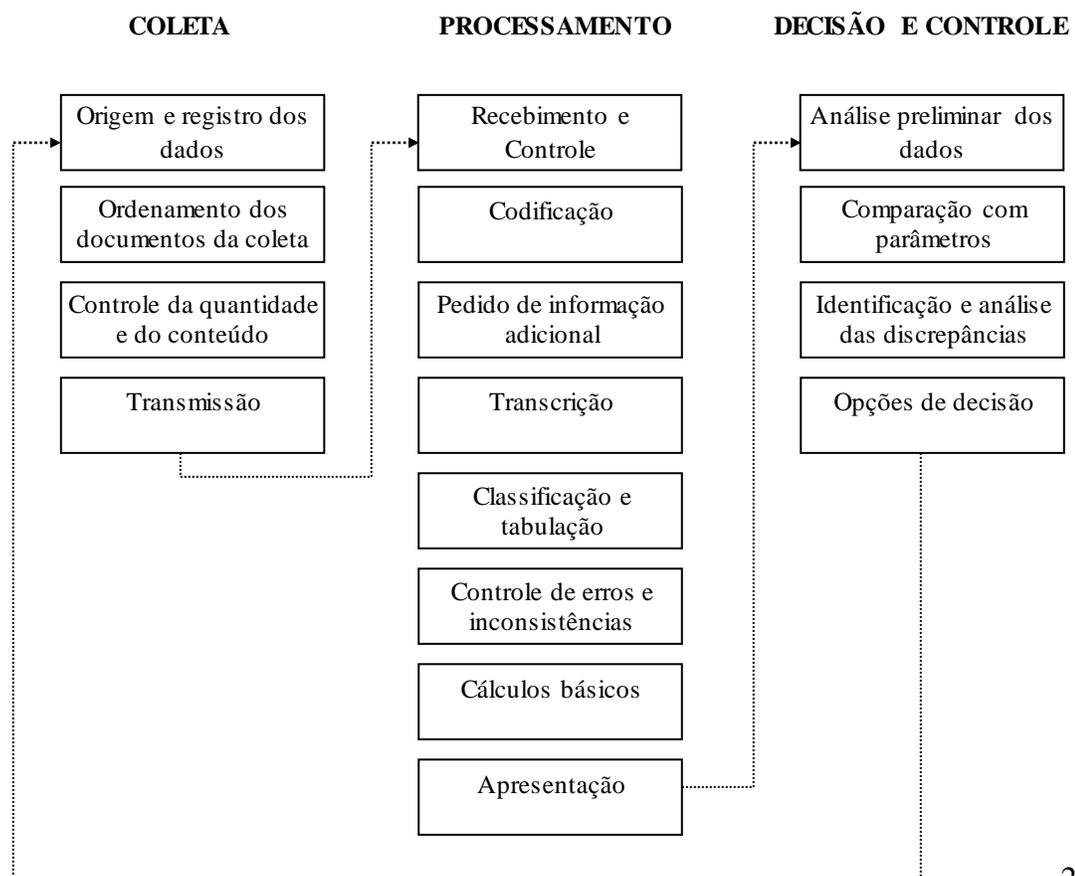
Além disso, o preenchimento dos múltiplos formulários, às vezes mais de um para um único evento, se transforma em pesado encargo adicional, sem fornecer nenhum apoio para a melhoria da operação local. Sabe-se que, muitas vezes, esta forma de coletar dados, que não tem interesse para o próprio serviço, apenas para cumprir as determinações administrativas, resulta na má qualidade dos dados.

Esses registros administrativos, que são gerados com tantas dificuldades e limitações, guardam uma grande riqueza de informações, e é a partir desta riqueza que nascem as estatísticas que procuram expressar objetivamente uma coletividade. A situação poderia ser expressivamente diferente se de fato fosse possível associar-se a função estatística aos registros administrativos. As estatísticas produzidas deixariam de ser fruto do acaso e passariam a ser fruto de um planejamento, potencializando-se em muito as possibilidades (Senra, 1996:6)¹⁶.

O desafio, ainda à espera de solução, remete para o redimensionamento dos processos de gestão da informação de saúde, onde as tecnologias podem auxiliar, mas não resolver os problemas. A continuidade do uso dos registros manuais continua sendo uma prática rotineira para agregar, aos processos administrativos, o processo de coleta de dados para produção de informação em saúde.

Apresenta-se, na figura a seguir, um esquema de produção de informação com base nos autores Ferrero e Giacomini *apud* Moraes¹⁷ (1994; 29):

Figura 1: Esquema Geral de Produção de Informação



Nesse esquema, os setores de Coleta, Processamento e Decisão e Controle são principais na estrutura de produção de informações, podendo funcionar em áreas diferentes ou agregados a outros setores, devendo de qualquer maneira se desenvolver de modo claro e sistemático (Moraes; 1994:30)¹⁷.

Como se pode notar no esquema da figura anterior, os três grandes setores funcionam de forma interligada formando um sistema, portanto deve-se ter cuidado e atenção com cada um desses setores, pois qualquer problema nas partes reflete no todo.

Apesar de todo o apoio da tecnologia e do desenvolvimento de metodologias no sentido de se gerar informação com qualidade e no tempo adequado, isto pouco adianta se os dados não forem gerados com o mesmo espírito, com atenção e cuidado, pois como foi visto é a partir deles que uma informação nasce confiável ou não.

Portanto, independente do uso da tecnologia e metodologias, no processo de gestão da informação torna-se imprescindível a valorização do recurso humano, como ressalta Senra¹⁸ (1998:47), que mesmo com novos métodos e usando novas tecnologias em todo o processo de geração das estatísticas, os principais instrumentos ainda são as massas de seres humanos: para registrar, interpretar, classificar, contar, perguntar.

Moraes¹⁷ (1994:30) tem o mesmo entendimento quando afirma que para se otimizar a utilização de um SIS é necessário que se atue não só nas dimensões tecnológica e metodológica, mas também nos recursos humanos e organizacionais.

Para que os dados coletados tenham a maior precisão possível, gerando desta forma informações com qualidade, os procedimentos de coleta de dados devem estar bem estruturados e normatizados e os manuais que orientam o preenchimento das fichas de registro de dados devem ser claros e prever todas as situações possíveis.

Como afirmado anteriormente, independentemente de tecnologia, a fase de Origem e Registro de dados no setor de Coleta é muito importante, pois é onde nascem os dados, conforme Mota *et al*¹² (1999:506):

“... qualquer sistema de informação depende da coleta primária de dados, o que significa assegurar que o conjunto relevante de instrumentos (fichas de notificação e outros) seja adequadamente preenchido, os dados

seguramente registrados e armazenados, e que se cumpra em tempo o fluxo de dados até o processamento, a consolidação, análise e difusão”.

Portanto, o grau de confiança da informação gerada nesse processo depende desses primeiros registros, que Senra¹⁸ (1998) chama de *inscrições e descrições de primeira ordem*.

Não é nada simples a tarefa de se obter registros individuais confiáveis, como aponta o autor anteriormente citado, pois no processo de coleta de dados há um número grande e heterogêneo de pessoas envolvidas, portanto a qualidade das informações geradas depende da qualidade dos profissionais envolvidos nesta etapa (Senra; 1998:47)¹⁸. Além de um bom treinamento da equipe, deve haver uma conscientização por parte dos profissionais sobre a importância do trabalho no qual estão envolvidos.

O uso e impacto das informações geradas a partir de um sistema de informação na área da saúde, e seu potencial gerador de indicadores de saúde, estão diretamente ligados à qualidade dos dados produzidos.

Segundo a RIPS¹⁰ (2002:11), alguns atributos da qualidade dos dados podem ser citados: a completude da base de dados (cobertura nacional, frequência de alimentação dos dados, etc); precisão (processo de registro, coleta e transmissão dos dados, etc); temporalidade (dados atuais); validade (capacidade de medir o que se pretende); mensurabilidade (dados de fácil obtenção); confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicados em condições similares) e relevância (responder as prioridades de saúde). Tais dimensões apontam e/ou refletem orientações, metodologias, instrumentos e processos específicos de gestão dos dados, e possuem considerável sinergia interna. Por exemplo, se existe um problema na completude dos dados, muito certamente a confiabilidade estará comprometida.

Dos atributos citados anteriormente, a **precisão** é o que chama a atenção neste estudo, pois diz respeito ao processo de registros dos dados na fase da Coleta do esquema citado na Figura 1, que é o foco desta pesquisa.

Como foi citado anteriormente, no processo de coleta de dados há um número grande e heterogêneo de pessoas envolvidas, portanto é necessário que haja uma

padronização nos procedimentos desta etapa do trabalho. Nesta fase a grande preocupação é com o conteúdo e não com a forma. É preciso tornar visível o que está invisível. Como afirmam Lara *et al*¹⁹ (2002:89), em sua discussão de metassistema de informações estatísticas, “...é necessário compatibilizar pontos de vista nem sempre homogêneos”. E ainda, “...baseado no pressuposto de que as classificações hoje, para dar conta do real, devem contemplar a diversidade e a multiplicidade, a construção de uma metaferramenta deve prever a compatibilização entre linguagens e pontos de vista.”

Com tantas pessoas envolvidas, os dados somente serão gerados com precisão se forem definidos **padrões**, que de acordo com a definição da Organização Internacional de Padronização (*International Standards Organization – ISO*) *apud* Leão²⁰ (2000:22), “padrão é um documento estabelecido por consenso e aprovado por um grupo reconhecido que consolida para uso geral e repetido um conjunto de regras, protocolos ou características de processos com o objetivo de ordenar e organizar atividades em contextos específicos para o benefício de todos.”

González de Gómez²¹ (1999:69) associa o padrão à função de gerar acordos e compromissos entre as práticas de definição e de classificação de diferentes grupos, e que implicam na aceitação de valores e de regras reguladoras dos acordos pelos diferentes grupos que deles fazem uso. A autora ainda ressalta que uma melhor construção das categorias de definição operacional dos conceitos e de padronização das nomenclaturas e terminologias, consolidadas estas por processos de racionalização técnico-tecnológica, contribuiria para o aperfeiçoamento do Sistema de Informação em Saúde.

Dentre os benefícios que a padronização pode proporcionar, de acordo com Leão²⁰ (2000:22), podemos salientar:

- Maior facilidade na obtenção de informação para estudos epidemiológicos e definição de políticas em saúde;
- Possibilidade de comparação e análise de desempenho institucional, implicando a otimização de recursos e o aumento da qualidade.

Um corpo previamente estabelecido de conceitos, de definições, de classificações, de padrões e mesmo de cadastros aumentaria e facilitaria a possibilidade de geração

harmonizada ou integrada das estatísticas. Esses instrumentos, além de necessários à geração das estatísticas, muito poderiam contribuir para a rotinização no preenchimento dos próprios registros, com o benefício de homogeneizar seus conteúdos, ao mesmo tempo em que poderiam liberar seus atores para o cumprimento de outras tarefas, talvez mais pertinentes às suas missões (Senra; 1996:203)¹⁶.

Porém, o desafio da padronização neste processo vai além da adoção dos instrumentos de coleta de dados e manuais com expressões, conceitos e definições consensuais, mas diz respeito ao processo comunicativo. As pessoas que trabalham na fase de coleta de dados precisam ter um entendimento uniforme em relação a determinada situação, classificá-la da mesma forma. É preciso ter treinamento dos profissionais envolvidos nesta etapa, e principalmente uma conscientização por parte dos mesmos, em relação à importância desta informação para auxiliar políticas nesta área.

3.1. Informação em Saúde e Vigilância Epidemiológica

De acordo com o segundo artigo da Lei nº 8.080/90²², que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, *a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício*. E ainda ressalta no primeiro parágrafo deste mesmo artigo, que *o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação*.

E para que o Estado possa prover ao cidadão brasileiro as condições necessárias para garantir esse direito fundamental, ele precisa de informações fidedignas para conhecer a realidade e orientar suas ações. É nesse sentido que a importância do cuidado na geração de informações em saúde merece toda a atenção, como citado no item anterior, visando à otimização da qualidade dessas informações, para que possam auxiliar a formulação de políticas econômicas e sociais que visem à melhoria do estado de saúde no país.

Ainda segundo esta Lei²²:

“...entende-se por **vigilância epidemiológica** um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.” (grifo meu)

Nesse estudo vamos olhar para um importante problema da saúde pública que são as contaminações por substâncias tóxicas ou veneno, denominados respectivamente por intoxicações e envenenamentos.

No Brasil, o número de casos de intoxicação/envenenamento registrados cresce a cada dia e vários fatores contribuem para este aumento.

Considere a quantidade de produtos químicos que chegam continuamente ao mercado, sem que se conheça perfeitamente seu potencial patogênico para humanos, animais e meio ambiente, e ainda a imensa diversidade de usos, adequados e inadequados, isolados ou em associações, e a contradição contida no fato de que produtos que foram concebidos para o bem-estar da população, podem matar! (ANVISA;2002)⁵

O uso crescente de agrotóxicos contribui para este quadro, como mostram Silva *et al*²³ (2003:317), quando afirmam que cerca de 12 milhões de trabalhadores rurais no Brasil, são expostos diariamente a inúmeros agentes potencialmente perigosos à saúde. Dentre esses agentes, os autores destacam os agrotóxicos, também chamados de pesticidas, que são usados nas lavouras, e com o aumento da produção agrícola, cresce também o seu consumo.

Os produtos de limpeza também contribuem para o aumento dos casos de intoxicação, principalmente quando se pensa no público infantil que é a grande vítima das intoxicações acidentais, principalmente no ambiente doméstico. Novidades não faltam quando se pensa em produtos de limpeza. Nos supermercados as prateleiras estão repletas de produtos atraentes e coloridos.

Além do perigo com os produtos comercializados legalmente, a ANVISA²⁴ alerta para o perigo de se usar produtos de limpeza clandestinos: “*Piratas*” *podem causar alergias, intoxicações e até a morte.*” Segundo esta agência, um dos maiores problemas em

relação ao uso desses produtos é o desconhecimento sobre sua composição química, pois o produto comercializado legalmente apresenta uma série de informações importantes no rótulo, além de sua composição.

Outro vilão da história é o medicamento. Apesar de propiciar grandes benefícios à população, quando usados de maneira inadequada, podem proporcionar conseqüências nocivas à saúde. A ANVISA²⁴ afirma que a orientação médica é o caminho correto para se obter a eficácia esperada de um medicamento, e para não haver risco de intoxicação.

Bortoletto *et al*²⁵ (1999:866) ressaltam a importância da adoção, no Brasil, da Embalagem Especial de proteção à Criança – EEPC, em medicamentos e produtos químicos de uso doméstico que apresentem potencial risco à saúde.

Segundo o Projeto de Lei nº 4.841 – A de 1984²⁶:

Art. 1º Fica instituída a Embalagem Especial de Proteção à Criança (EEPC).

§ 1º A EEPC é a embalagem projetada ou confeccionada de tal modo que seja significativamente difícil para uma criança com menos de cinco anos de idade abri-la ou retirar uma quantidade tóxica ou perigosa do produto nela contida, em um período razoável de tempo e que não seja difícil sua abertura por um adulto normal. Não significa que torna impossível para uma criança com menos de cinco anos de idade abri-la ou retirar uma quantidade tóxica ou perigosa do produto nela contida.

Este Projeto de Lei é um exemplo da importância de se ter informações em saúde seguras, no sentido de se delinear estratégias para esta área, como mostra a justificativa do próprio projeto:

“As estatísticas nacionais e internacionais demonstram que as crianças com menos de cinco anos de idade são as principais vítimas de acidentes tóxicos. Estas estatísticas também demonstram que os medicamentos utilizados por adultos e os produtos químicos de higiene e limpeza doméstica são os agentes mais importantes na ocorrência dos acidentes tóxicos infantis.”

E ainda:

“Considerando que é obrigação primordial do Estado proteger a saúde da criança contra qualquer tipo de agravo e que a melhor abordagem para o acidente tóxico infantil é a prevenção, especialmente quando executada com medidas lógicas, simples e eficazes, entendemos ser de fundamental importância a adoção, pelo Brasil, da Embalagem Especial de Proteção à Criança...”

Esse projeto de lei, embora tenha sido um grande passo no sentido de mudança da realidade, usando as informações disponíveis sobre o tema na época, até o momento, depois de 10 anos de sua apresentação, novembro de 1994, este projeto ainda não foi aprovado.

Bochner *et al*²⁷ (2002:24) também ressaltam a importância de um sistema de informação bem estruturado em relação aos acidentes com animais peçonhentos:

“Para se proceder a vigilância epidemiológica dos acidentes por animais peçonhentos, é imprescindível a existência de um sistema nacional de informação, integrado com os demais sistemas, com cobertura universal, com ficha de coleta de dados padronizada e específica para esse tipo de acidente, com um programa informatizado para a entrada dos dados da ficha, capaz de gerar relatórios e análises dos dados digitados em todos os níveis de atuação, com grande articulação com o nível central e disponibilização de todas as variáveis de interesse de forma regular e rápida.”

É inegável a importância da vigilância epidemiológica, e para que isto ocorra de maneira eficiente, os sistemas de informações nesta área devem conseguir responder às demandas das autoridades do setor, e auxiliá-los na melhor decisão a ser tomada.

Como foi dito anteriormente, para que os dados sejam gerados com a maior precisão possível, com regras e padrões, deve-se dar uma atenção especial à fase de coleta dos dados, definindo-se regras e padrões adequados e acordados entre todos envolvidos nesta fase.

Para analisar a entrada de dados dos casos de intoxicação/envenenamento, sob a ótica da padronização, vamos trabalhar com o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, que é um sistema de abrangência nacional que coleta os dados referentes a este agravo, o qual será melhor detalhado no próximo capítulo.

IV - SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO FARMACOLÓGICAS

4.1. Contextualização

A análise sistemática das condições de saúde da população brasileira, a partir de indicadores padronizados, traduz aspectos relevantes do estado de saúde desta população, subsidiando assim a formulação e a implementação de políticas públicas nesta área.

Foi neste contexto, o da necessidade de produção de conhecimento epidemiológico sobre intoxicações e envenenamentos, que foi criado o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX.

Segundo Bortoletto²⁸ (1990;75), o SINITOX nasceu da necessidade de se criar um sistema de alcance nacional, capaz de fornecer informações precisas sobre agentes tóxicos às autoridades de saúde pública, aos profissionais de saúde e áreas afins e à população em geral.

Este Sistema, na época denominado SNITF, teve sua origem em 1976, com a criação do Centro de Informações Toxicológicas – CIT – do Instituto de Pesquisas Biológicas da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

A autora destaca a criação do SNITF pela constatação de alguns fatores como a carência de informações quanto às principais substâncias tóxicas existentes no país, o problema da utilização de produtos químicos na agricultura e a necessidade de integrar conhecimentos específicos da realidade nacional nas áreas da saúde, agricultura, previdência, educação, trabalho, para formulação de políticas de proteção à saúde da população exposta às principais substâncias tóxicas.

A partir de 1989, o sistema passou a ser denominado PRONITOX – Programa Nacional Integrado de Informação Fármaco-Toxicológica, e já estava incorporado à estrutura da Superintendência de Informação Científica e Tecnológica (SICT), hoje denominado Centro de Informação Científica e Tecnológica – CICT, Unidade da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

Passando por várias denominações diferentes, SNITF, PRONITOX e atualmente SINITOX, este Sistema sempre teve como principal objetivo servir como um sistema de vigilância para a saúde, no que diz respeito às intoxicações e envenenamentos, e dar subsídios para a tomada de decisão por parte das autoridades competentes.

A atribuição do SINITOX é coletar, compilar, analisar e divulgar os casos de intoxicação e envenenamento humanos registrados pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica – CIATs, os quais passamos a descrever no item 4.2.

Com a criação, em 1999, do órgão de regulação para vigilância sanitária, a gestão da Rede de Centros passa a ser de responsabilidade da Gerência Geral de Toxicologia (GGTOX) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, do Ministério da Saúde, contudo a coordenação do SINITOX está a cargo da FIOCRUZ, como descrito nas Disposições Gerais do documento “Proposta de regulamentação dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica” V, 1:

“A Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica será coordenada pela Gerência Geral de Toxicologia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O SINITOX / Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz será responsável pela coleta, análise e difusão dos dados produzidos pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica” (ANVISA; 2004:4)²⁹.

Desta forma, a vigilância toxicológica em nosso país é realizada de forma pontual e fragmentada pelos Centros que compõem a Rede Nacional, pois são os seus dados que alimentam o SINITOX, os quais são agregados, organizados e divulgados por este Sistema.

4.2. Centros de Informação e Controle de Intoxicações – CIATs

Quando o SINITOX foi criado, na época com o nome de SNITF, em 1976, juntamente com a criação do Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul, como mencionado no item 4.1, o país já contava com o Centro de Controle de Intoxicações de São Paulo, no bairro de Jabaquara, criado em 1971. Segundo Caldas *et al*¹ (1996:66) antes deste Centro se tornar um centro de referência na área, funcionava desde 1963 como o

primeiro serviço de pediatria para atendimento da criança intoxicada e esta iniciativa, segundo os autores, foi a semente da toxicologia médica no Brasil.

Quatro anos depois – 1980, o Centro de Salvador abria suas portas e em 1981 mais três Centros foram criados, Botucatu no estado de São Paulo; Curitiba, no Paraná; e Campo Grande, no Mato Grosso do Sul. Depois disso vários outros estados contaram com esses Centros, e alguns passaram a ter mais de uma unidade, como podemos verificar no mapa da Figura 2.

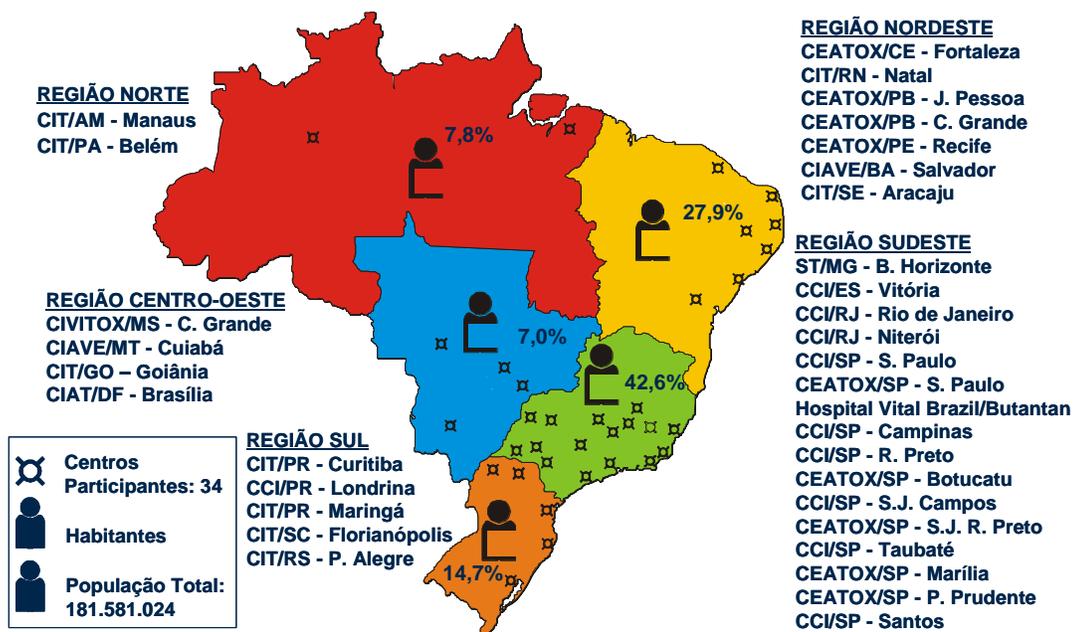
Os Centros de Informação e Assistência Toxicológica – CIATs, que atualmente compõem a Rede SINITOX, foram criados em momentos e em condições bem diferentes. Sua lógica de criação não foi única e, portanto até hoje guardam muitas diferenças entre si.

Segundo a ANVISA²⁹ (2004:1):

“CIATs são unidades especializadas que têm a função de fornecer informação e orientação sobre diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações, assim como a toxicidade das substâncias químicas e biológicas, e os riscos que elas oferecem à saúde, bem como prestar assistência ao paciente intoxicado.”

Segundo um diagnóstico da situação dos CIATs, feito em outubro de 2001, por técnicos da ANVISA e FIOCRUZ, existem 34 Centros dispersos por vários estados do país, que formam a Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica, de acordo com a figura a seguir:

Figura 2. Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica



Como se vê na Figura 2, alguns estados brasileiros contam com um maior número de Centros para cobrir possíveis casos de intoxicação/envenenamento. O estado de São Paulo é um deles, com uma população estimada em 39.825.226 habitantes, conta com 12 CIATs.

No quadro a seguir, mostra-se a distribuição dos Centros nos estados juntamente com a respectiva população e área territorial:

Quadro 1. Distribuição dos Centros por estado e população

Estados	Área (Km ²)	População	Número Centros	População coberta/Centro	Área coberta/Centro
NORTE	3.869.637,9	14.373.260	2	7.186.630	1.934.818,95
RO	237.576,17	1.562.085			
AC	152.581,39	630.328			
AM	1.570.745,68	3.138.726	1		
RR	224.298,98	381.896			
PA	1.247.689,52	6.850.181	1		
AP	142.814,59	547.400			
TO	277.620,91	1.262.644			
NORDESTE	1.554.257,0	50.427.274	7	7.203.896	222.036,71
MA	331.983,29	6.021.504			
PI	251.529,19	2.977.259			
CE	148.825,60	7.976.563			
RN	52.796,79	2.962.107	1		
PB	56.439,84	3.568.350	2		
PE	98.311,62	8.323.911			
AL	27.767,66	2.980.910			
SE	21.910,35	1.934.596			
BA	564.692,67	13.682.074			
SUDESTE	924.511,3	77.374.720	16	4.835.920	57.781,96
MG	586.528,29	18.993.720			
ES	46.077,52	3.352.024			
RJ	43.696,05	15.203.750			
SP	248.209,43	39.825.226	12		
SUL	576.409,6	26.635.629	5	5.327.126	115.281,91
PR	199.314,85	10.135.388			
SC	95.346,18	5.774.178			
RS	281.748,54	10.726.063			
CENTRO-OESTE	1.606.371,5	12.770.141	4	3.192.535	401.592,88
MS	357.124,96	2.230.702			
MT	903.357,91	2.749.145			
GO	345.888,64	7.790.294	4		
BRASIL	8.514.876,6	181.581.024	34	5.340.618	250.437,55

Fonte: Estimativa da população-2004 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística³⁰

A região Norte que possui no total sete estados e a maior área territorial do país, só possui dois Centros, sendo um em Belém, no estado do Pará, e o outro em Manaus, no estado de Amazonas. Considerando que os dois Centros existentes podem cobrir os estados que não possuem CIATs, o índice de atendimento para cada um equivale, em média, 50% da população existente nesta região, além da imensa área de 1.934.818,95 km², sem contar com as condições de acesso a esses Centros.

Na região Nordeste o quadro não é muito diferente quando se pensa em população. Apesar desta região possuir sete Centros, é muito mais povoada do que a região norte, o que implica, aproximadamente, no mesmo número de habitantes para cada Centro, ou seja, 7.203.896 habitantes. Em relação à superfície, o seu índice de cobertura melhora significativamente em relação à região Norte, 222.036,71 km² por Centro.

A região Sudeste conta com o maior número de Centros do país, dezesseis no total e apresenta a melhor relação Área/Centro, 57.781,96 km², apesar de doze desses Centros se concentrarem no estado de São Paulo. A região Sul apresenta praticamente o dobro desta relação, 115.281,91 km² por Centro, simplesmente por possuir quase a terça parte dos Centros da região sudeste.

Na região Centro-Oeste a situação é extremista. Apresenta o melhor índice população/Centro, e a segunda pior relação área/Centro, 3.192.535 hab e 401.592,88 km², respectivamente.

Como se pode notar, a distribuição desses Centros no território nacional é desigual e o percentual de cobertura dos Centros em relação à população é muito diferente ao longo do país. Não se pode deixar de levar em conta a dispersão da população pelo território nacional e que em alguns lugares as condições de acesso a esses Centros ou serviços de saúde são precárias.

Em relação ao número existente de Centros no país, apesar do diagnóstico da ANVISA citar esta totalidade, alguns deles encontram-se em fase de implantação, e mesmo os que já funcionam, alguns não enviam seus dados ao SINITOX.

Chama-se a atenção para o fato de que o envio dos dados ao SINITOX pelos Centros não é compulsório, e conseqüentemente as informações divulgadas por esse Sistema referem-se somente aos Centros que os enviam espontaneamente, o que acarreta uma descontinuidade no processamento desses dados pelo Sistema, dificultando uma análise das tendências ao longo de um período.

Segundo a coordenação deste Sistema, conta-se efetivamente com 32 do total de 34 Centros, os quais enviam seus dados regularmente ao SINITOX.

Esse diagnóstico afirma também que os Centros funcionam em regime de plantão permanente, todos os dias do ano. Sua principal atividade é a prestação de informações aos profissionais de saúde, às instituições hospitalares e à população leiga, por plantonistas supervisionados por um corpo técnico do Centro, através de telefone, fax e *e-mail*.

Como material de consulta para apoiar as decisões tomadas nos atendimentos dos casos de intoxicação/envenenamento ou solicitação de informação, os Centros utilizam a literatura disponível da área, as Monografias de Toxicologia de Urgência, a Internet, apoio técnico da própria instituição, intercâmbio entre os Centros que compõem a Rede Nacional, além de outras bases bibliográficas como podemos verificar no quadro a seguir:

Quadro 2. Fontes de Informação dos Centros

Fontes	Nº de Centros	%
Monografias SINITOX	31	100
INTOX / INCHEM	16	52
Micromedex	8	26
Medline	1	3
Site ANVISA	1	3
Outros (internet,SIA, Fitox ...)	4	13

Fonte: ANVISA / 2002⁵

As Monografias de Toxicologia de Urgência foi um trabalho elaborado pela equipe técnica do Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul em parceria com a Associação de Toxicologia Aplicada (ATOX) e o SINITOX/FIOCRUZ. O objetivo era atualizar e padronizar as informações técnicas, disponíveis na área de Toxicologia Clínica de Urgência, para a Rede de Centros. É composto de 300 monografias de princípios ativos, plantas tóxicas e animais peçonhentos, distribuídos em seis volumes, e a forma como são apresentadas as informações visa facilitar sua localização, possibilitando maior rapidez no atendimento dos casos de intoxicação/envenenamento (CIT/RS; 1997:I:E)³¹. No ano de 2002, essas monografias foram lançadas em CD-ROM, e assim estando disponíveis na forma impressa e em meio eletrônico.

Em relação aos serviços disponibilizados, os Centros diferem entre si. Uns prestam somente informação e orientação toxicológica; outros, além disso, ainda oferecem assistência toxicológica presencial nos vários níveis de complexidade; alguns ainda fazem atendimento ambulatorial; e outros além de tudo o que foi dito anteriormente, também realizam análises toxicológicas.

Os CIATs também são diferentes quanto à instituição a que estão vinculados (Quadro 3). Existem Centros vinculados a instituições universitárias, secretarias estaduais e municipais de saúde, fundações, além de convênios entre secretaria estadual ou municipal com universidade. Além da vinculação, o espaço físico em que estão instalados e desenvolvem suas atividades também é variado. Alguns funcionam em hospitais, outros em fundações, dentre outros.

Quadro 3. Vinculação institucional dos Centros

Secretaria Estadual de Saúde	9 – 29 %
Secretaria Municipal de Saúde	4 – 13%
Vigilância Sanitária Estadual	1 – 3%
Universidades	9 – 29%
Fundações Públicas	1 – 3%
Múltipla vinculação	7 – 23%

Fonte: ANVISA / 2002⁵

Segundo a ANVISA, os Centros que fazem atendimento presencial aos pacientes com suspeita de intoxicação/envenenamento deverão estar vinculados a uma unidade hospitalar. (ANVISA; 2004:2)

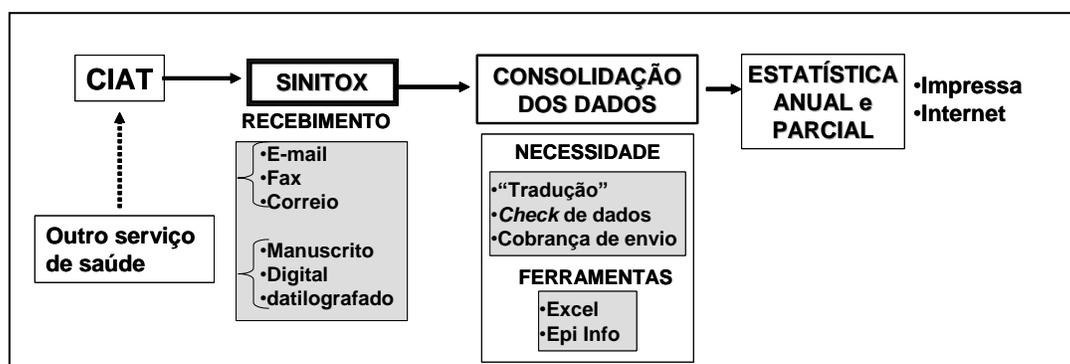
Como se pode notar, essas unidades têm peculiaridades próprias, principalmente quando se pensa em nível nacional, nos vários “Brasis” que formam este vasto território, com uma diversidade inter regional e entre alguns estados muito acentuada como destaca Duchiate³² (1999:20):

“...as grandes regiões estão longe de apresentar-se homogêneas, mesmo dentro de seus próprios limites.”

4.3. O Fluxo de Informação: dos Centros ao SINITOX

O fluxo que os dados registrados nos Centros percorrem desde o atendimento de um caso ou uma solicitação de informação, passando pelo envio dos dados ao SINITOX, seu processamento e chegando a sua divulgação é, sinteticamente, definido conforme a Figura 3:

Figura 3. Fluxo de informação



Uma pessoa exposta a um agente potencialmente tóxico pode procurar ou não um serviço de saúde. No caso de procurar este serviço ela pode se dirigir a um Centro da Rede ou a um outro serviço de saúde.

No primeiro caso, o Centro procede a notificação em uma ficha padronizada da Rede de Centros ou em outra ficha com formato/padrão personalizado, próprio do Centro.

No segundo caso, isto é, quando a pessoa procura outro serviço de saúde, este caso será notificado ao Centro ou não. Quando o serviço que recebe o caso não sabe tratá-lo, por algum motivo, a probabilidade desta notificação se realizar é maior do que quando este serviço sabe tratar este tipo de intoxicação/envenenamento. Isto ocorre porque, para este serviço atender o caso adequadamente, ele liga para o Centro para obter informação sobre os procedimentos adequados, e assim o próprio Centro faz a notificação, o que não acontece quando o serviço de saúde sabe tratar o caso, pois este serviço não liga para o Centro para obter informações, e então este dado só será registrado se o Centro for formalmente comunicado pelo serviço de saúde que atendeu o caso. Esta é uma das faces da sub-notificação de casos neste Sistema.

De qualquer forma, dentro das possibilidades citadas anteriormente, a entrada de dados no SINITOX é sempre realizada através de um Centro, o que os coloca no foco de análise no que diz respeito aos instrumentos usados para desempenho das atividades e conseqüente processo de tratamento das informações.

Em relação ao processo de coleta de dados, a orientação fornecida pelo SINITOX é que o mesmo seja efetuado com base em um formulário, a Ficha de Notificação e de Atendimento (Anexo I). Essa ficha foi acordada em reunião na FIOCRUZ, no ano de 2001, com um grupo de trabalho de informação, composto por alguns representantes dos Centros que pertenciam a Rede. Ela é utilizada para notificar os casos de intoxicação/envenenamento atendidos pelos Centros, para posterior envio para consolidação no SINITOX, tanto em nível regional como nacional.

Alguns Centros não utilizam esta ficha, como já foi dito anteriormente, e coletam seus dados, em um instrumento próprio do Centro.

Neste sentido, o registro dos dados não é padronizado em todos os CIATs, pois alguns possuem formulário de coleta próprio. Após a notificação do caso neste formulário utilizado por cada Centro, eles preenchem um relatório e o enviam ao SINITOX via Internet, Correio ou *fax*.

Este relatório que os CIATs preenchem para enviar seus dados ao SINITOX, é composto por sete tabelas que exploram as variáveis agente tóxico, circunstância, faixa etária, sexo, zona de ocorrência e evolução do caso. (Anexo IV)

Como foi dito anteriormente, este envio não é compulsório, portanto somente os relatórios que o SINITOX recebe espontaneamente dos Centros, compõem o relatório estatístico daquele ano. Além dessa falta de sistematização no envio ao Sistema, conta-se com a baixa cobertura dos dados: oito (8) estados brasileiros ainda não possuem Centros: AC, AP, RR, RO, TO, AL, PI e MA.

Portanto, os dados deste Sistema não refletem a realidade das intoxicações, uma vez que os casos notificados estão restritos àqueles atendidos pelos CIATs, não sendo considerados a maioria dos atendimentos feitos em emergências de hospitais, pela notificação deste tipo de agravo não ser compulsória, pelo fato dos Centros enviarem seus

dados ao SINITOX espontaneamente, por não possuir Centros em todos os estados brasileiros e pela falta de padronização no processo de coleta dos dados, que é o foco deste projeto.

A esses pontos some-se a prática que, contrários a uma orientação sistemática de envio por meio eletrônico, vários relatórios com o registro dos dados chegam ao Sistema impressos em papel, ou simplesmente preenchidos a mão, o que aumenta muito a probabilidade de erros com a digitação posterior dos mesmos.

Nesse sentido, para fazer a tabulação dos dados e sua consolidação, a equipe do SINITOX muitas vezes precisa traduzir, literalmente, o conteúdo dos relatórios. Além desta tradução, há a necessidade do *check* de dados, pois muitos relatórios chegam com problemas.

Esses problemas acarretam importantes lacunas no procedimento de produção de informações no SINITOX, e são questões que antecedem a informatização do sistema, e que ganham importância adicional quando a ANVISA, órgão regulador da área de Vigilância Sanitária, na busca de aprimorar o SINITOX, firma um processo de cooperação com o CICT/FIOCRUZ, com o objetivo de reestruturar este Sistema Nacional de Informação e redirecionar seu trabalho, para que realmente possa fornecer informações consistentes e confiáveis para auxiliar a tomada de decisão nesta área.

Estes dados depois de processados, compõem o relatório técnico denominado Estatística Anual dos Casos de Intoxicação e Envenenamento, que é uma publicação anual produzida pelo CICT. Com a divulgação deste relatório impresso e via Internet, o SINITOX faz circular esta importante informação na área da saúde pública.

Essa informação gerada pelos CIATs é de fundamental importância para a ANVISA, pois é a partir dela que esta agência busca conhecer o impacto na saúde pública, dos produtos comercializados, adotando as medidas necessárias para a redução deste agravo, como: reavaliações, restrições de uso, mudanças de formulação, proibição de venda dentre outras (ANVISA;2002)⁵.

4.4. A Estatística

Como mencionado até aqui, a informação vem assumindo em nossa sociedade um papel cada vez mais relevante. Sua importância, atualmente, é universalmente aceita, constituindo um dos recursos mais importantes para se alcançar uma situação desejada.

O setor saúde, no Brasil, precisa de informações com o objetivo de melhorar a produtividade e qualidade dos processos de trabalho neste setor, da gestão e do controle social, gerando conhecimento que possa modificar e inovar o indivíduo e seu contexto.

Neste sentido, o Ministério da Saúde carece de informações fidedignas e disponíveis em tempo hábil, para que os tomadores de decisão possam legislar e implementar políticas públicas em saúde, visando o bem-estar da população e do ambiente em que se vive.

Porém, nem sempre é possível dispor de todos os dados que são necessários para se fazer um estudo, com o objetivo de intervir na realidade, transformando-a, para melhor atender as necessidades deste setor.

Dentro deste contexto, o uso das estatísticas é um dos recursos indicados com o objetivo de se conseguir informações com um nível de confiabilidade aceitável, no sentido de conhecer e poder intervir no mundo real, a partir de sua representação, em sua ausência.

Segundo Senra³³ (2002:76):

“As estatísticas configuram múltiplos organizados, expressando-os na linguagem dos números, que se quer, na tradição científica ocidental, objetiva e universal. Entretanto, em seu processo produtivo, agregam-se registros individuais; tomam-se e reúnem-se aspectos observáveis e registráveis das individualidades, e ao fazê-los, passa-se a dizer do todo e não mais das partes.”

O grau de confiança dessa representação depende muito dos registros individuais, que segundo Senra¹⁶ (1998), são as inscrições e descrições de primeira ordem, que é o ato fundador de todas as estatísticas. Esses registros, no caso do SINITOX, são realizados a partir da ficha individual de notificação que é o instrumento usado para coletar os dados relativos aos casos de intoxicação e envenenamento, e que se refere à “Origem e Registro

dos dados”, na fase de Coleta de acordo com o esquema da Figura 1, mostrado no Capítulo III.

Deve ser um fator de preocupação, o valor das pessoas envolvidas nesta fase do trabalho, como já mencionado anteriormente. Há necessidade de capacidade e zelo destas pessoas na hora de coletar as informações. É o que o autor chama de *spirit de corps*, que seria todo um envolvimento dos participantes na execução dessas inscrições, pois descuidos, nesta fase do trabalho, comprometem todas as outras.

Ainda segundo o autor, a partir desses primeiros registros são realizadas sucessivas traduções dessas inscrições e descrições, gerando no final as estatísticas. Nestas fases o número de atores envolvidos é maior, e a heterogeneidade entre eles é grande. No trabalho de crítica e de análise, as pessoas envolvidas são em menor número, portanto, há uma maior homogeneidade, porém, as formações disciplinares são variadas e cada profissional traz a especificidade de sua disciplina, que é um fator enriquecedor para o trabalho.

A qualidade das estatísticas está diretamente ligada à qualidade dos profissionais envolvidos.

“...as estatísticas oferecem uma representação muito especial do mundo, contribuindo para que diferentes acontecimentos, ocorridos em lugares e em tempos diversos, sejam tornados móveis e estáveis, com vistas a se poder fazê-los comparáveis e combináveis.” (Senra;1998:37)¹⁸

Neste sentido, o grande fluxo de informações que é gerado no SINITOX, a partir das inscrições de primeira ordem, que são os registros individuais, deve ser trabalhado, tornando esse fluxo assimilável e colocado a disposição do público ao qual se dirige.

A arte do cálculo na estatística, atualmente se beneficia, cada vez mais, do avanço técnico. O poder do cálculo faz emergir a possibilidade de tradução do objeto estudado para os diversos públicos de interesse, através de uma linguagem adequada. Ele está diretamente ligado ao poder de síntese. Quanto maior o poder de cálculo, maior será o poder de síntese.

Esses cálculos dão origem a gráficos, tabelas, quadros, dentre tantas outras representações que permitem que muitas informações possam ser entendidas com um maior grau de facilidade.

A estatística de intoxicação e envenenamento no Brasil pode representar uma amostra significativa do que acontece na realidade e estas informações, depois de um tratamento adequado, podem ser interpretadas por diferentes campos disciplinares, servindo, assim, para intervir no mundo real a partir deste mundo de papel.

O primeiro congresso de Estatística, Bruxelas – 1853, inspirado e orientado por Adolphe Quetelet, astrônomo belga, que se empenhou na realização dos nove Congressos Internacionais de Estatística, teve o objetivo de promover a unificação das estatísticas oficiais que os governos publicavam, promovendo a comparação, criando uma espécie de linguagem universal.

Esse é o grande objetivo da padronização, permitir que não haja ruído no processo de comunicação, ou seja, essas representações devem ser padronizadas para que a informação possa chegar na ponta através de uma linguagem universal.

Um dos grandes problemas que o SINITOX enfrenta é a falta de padronização, como mostram Marques *et al*³⁴ (1995:577), em uma avaliação da Rede de Centros, denominados na época de CCIEs:

“Esforços também deverão ser efetuados para superar a atual ausência de padronizações na rede de CCIEs. Padronizações visando, por exemplo, ao uso de equipamentos e programas de computador compatíveis, à introdução de códigos numéricos compatíveis e, sobretudo, à adoção de expressões, conceitos e definições consensuais.”

O desafio da padronização no processo de notificação dos casos de intoxicação/envenenamento nos Centros vai além da adoção de fichas de notificação e manuais com expressões, conceitos e definições consensuais, mas diz respeito ao processo comunicativo. As pessoas responsáveis em registrar esses casos precisam ter um entendimento uniforme em relação aos casos que atendem, e classificá-los da mesma forma. É preciso ter treinamento dos profissionais envolvidos nesta etapa, e principalmente uma conscientização por parte dos mesmos, em relação à importância desta informação, e o seu potencial gerador de indicadores em saúde para auxiliar políticas nesta área.

Como mencionado no capítulo III, ter informação com qualidade é primordial para o processo de tomada de decisão, e para se pensar num salto qualitativo, precisa-se começar

a pensar na coleta de dados, que é onde os dados nascem. Independente de que esse sistema seja manual, informatizado, *on-line* ou não, é esta a fase que vai determinar se os dados possuem ou não a qualidade desejada.

A título de exemplificação, a importância das informações geradas pelas análises com base nos dados do SINITOX, pode ser avaliada pelo seu potencial impacto nas políticas públicas de saúde: os casos de envenenamento são guias para a produção de soros; as intoxicações por agrotóxicos sinalizam para o uso (ou mau uso) de produtos que necessitam de vigilância mais cuidadosa; relatos de ocorrências com medicamentos e cosméticos auxiliam na identificação de orientações de uso e embalagens. Estes são alguns eventos que são fundamentais para nortear tanto a vigilância como campanhas de prevenção e de educação para conscientizar a população sobre os riscos nesta área.

V – MATERIAL E MÉTODO

Para alcançar o objetivo central da presente dissertação, ou seja, procurar evidências que a baixa padronização dos dados coletados nos CITs ocasiona uma baixa qualidade dos dados que chegam e são processados no SINITOX, as seguintes etapas foram cumpridas:

A primeira etapa compreendeu a identificação dos vários formulários que os Centros de Informação e Assistência Toxicológica utilizam para registrar os casos de intoxicação/envenenamento atendidos por eles, no sentido de conhecer os diversos campos existentes nos mesmos, pois como já foi dito anteriormente, os trinta e quatro Centros que compõem a Rede Nacional não utilizam um formulário padrão.

Com a identificação desses formulários e das respectivas variáveis, a segunda etapa compreendeu a análise desses instrumentos com o objetivo de definir aquelas categorias que, em sua natureza semântica, possuem um maior grau de subjetividade, dificultando desta forma um entendimento uniforme por todos os Centros, podendo ocasionar interpretações dúbias.

Na terceira etapa buscou-se avaliar a precisão do instrumento de coleta de dados atual e para isso a abordagem metodológica adotada foi o estudo de caso, composto por casos hipotéticos e extrapolando este estudo para o total de Centros da Rede, como detalhado no item 5.1.

Além dessas etapas descritas anteriormente, foram também realizadas algumas visitas aos Centros para entender os contextos e práticas diferenciadas nos registros das notificações.

Nas visitas realizadas, optou-se pela técnica de entrevistas visto que seria a forma mais adequada de recolher dados importantes para este estudo.

5.1. O Estudo de Caso

Como já foi dito no item 4.3, do Capítulo IV, o Brasil possui trinta e quatro CIATs que compõem a Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica.

Na busca de um aprofundamento da realidade estudada e com o objetivo de obter resultados mais significativos possíveis, neste estudo decidiu-se por manter o total dos Centros existentes, porém, por motivos de dificuldades na comunicação, bem como o perfil do Centro localizado no Hospital Vital Brazil restringir-se somente a acidentes por animais peçonhentos, o questionário foi enviado somente a trinta Centros.

Desse total, vinte e quatro questionários retornaram preenchidos ao SINITOX.

O questionário aplicado no estudo de caso, Anexo II, é composto por vinte casos de intoxicação/envenenamento, e em cada caso questionam-se três variáveis, a saber: agente tóxico envolvido, circunstância de ocorrência, e via da exposição/intoxicação. Ele foi desenvolvido com base em casos polêmicos que ocorreram em algum Centro da Rede, acrescentando-se alguns casos hipotéticos com auxílio de pesquisador *senior*) do Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul.

Considerando-se o instrumento de coleta de dados acordado pelos Centros, como explicado no capítulo IV, item 4.4, que constitui na Ficha de Notificação e de Atendimento (Anexo I), as variáveis eleitas para controle foram escolhidas com a orientação de um pesquisador *senior* do SINITOX, por apresentarem em sua natureza semântica, um maior grau de subjetividade, e podendo assim ocasionar interpretações dúbias no ato de preenchimento da ficha.

Para assegurar que o estudo fosse o mais significativo possível, anexou-se ao questionário uma apresentação que explicava o teor do trabalho, seu principal objetivo e uma solicitação para que o preenchimento não recebesse tratamento diferenciado ao da rotina do Centro e que fosse realizado pelo profissional que normalmente preenche a Ficha de Notificação e de Atendimento.

Este questionário foi enviado e respondido via e-mail, e por este mesmo meio foi respondido, com exceção de um que chegou via fax.

Os dados coletados foram codificados da seguinte forma: cada variável recebeu um código específico e cada Centro recebeu um número aleatório com o propósito de resguardar sua identidade. Para a tabulação desses dados foi utilizado o aplicativo Excel, e foi construída uma tabela onde cada coluna representava um Centro e cada linha era equivalente a uma variável (agente tóxico, circunstância, via).

Foram realizadas duas análises dos dados, a primeira pautada na quantidade de categorias geradas em cada caso, e a outra nas discordâncias de classificação entre os Centros, ambas considerando cada variável separadamente (agente tóxico, circunstância e via).

5.2. Entrevistas

Esta etapa do trabalho não envolveu a totalidade dos Centros existentes, pois o tempo disponível para esta parte do estudo era limitado, tão quanto os recursos, porque existem Centros em quase todo território nacional.

Portanto, foram escolhidos quatro Centros, localizados em três diferentes regiões do país, com características e realidades diferentes, como detalhado a seguir:

Serviço de Toxicologia de Minas Gerais: Centro que funciona dentro de um hospital, e seus profissionais atendem todos os casos suspeitos de intoxicação/envenenamento na emergência, tendo contato direto com a vítima, além de atenderem casos por telefone.

Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul: Centro que não funciona dentro do hospital, e seus profissionais atendem especificamente casos por telefone.

Centro de Informação Toxicológica de Belém: Centro que funciona dentro de um hospital, porém sem atendimento de emergência, e por este motivo, salvo pequeno número de casos, seus profissionais não têm contato direto com a vítima. A maioria dos casos atendidos por este Centro é via telefone.

Centro de Controle de Intoxicação de Niterói: Centro que funciona dentro de um hospital, e seus profissionais atendem casos na emergência tendo contato direto com a vítima, porém atende mais casos por telefone.

A entrevista é composta por três blocos diferentes (Anexo III): o primeiro – Dados do Centro, e o segundo – Coordenação do Centro, ambos direcionados ao coordenador do Centro; e o terceiro – Preenchimento da Ficha de Notificação, que é dirigido ao profissional que preenche habitualmente a Ficha quando procede um atendimento de um caso de intoxicação/envenenamento, seja presencial, seja via telefone.

As entrevistas foram realizadas pela autora, com auxílio de um gravador, mediante combinação prévia com os profissionais.

Uma grande vantagem deste método de coleta de dados é ser flexível, e dessa forma permitiu que no decorrer do processo, de acordo com as respostas, outras perguntas fossem surgindo, modificando o roteiro da entrevista, no sentido de enriquecer o estudo.

Cabe ressaltar que houve uma grande receptividade por parte de toda a equipe dos Centros visitados, colocando-se sempre a disposição para responder a qualquer pergunta ou fazer qualquer esclarecimento necessário favorecendo a realização deste estudo.

As entrevistas realizadas atenderam ao objetivo desta etapa da pesquisa, auxiliando no entendimento da realidade de cada Centro e, sem dúvida, traduzindo de forma clara o fluxo de informação em cada unidade visitada.

VI - RESULTADOS

Este capítulo é destinado à apresentação e discussão dos dados coletados no estudo de caso e nas entrevistas.

Como já mencionado no capítulo anterior, a intenção era envolver a totalidade dos Centros neste estudo, porém, o questionário utilizado no estudo de caso somente foi enviado a trinta Centros, por motivos de dificuldades na comunicação, e pelo perfil do Centro localizado no Hospital Vital Brazil.

Desse total, vinte e quatro questionários retornaram preenchidos pelos Centros, o que representa 80% de retorno e 70,6% em relação aos Centros existentes na Rede.

Portanto esta análise se refere aos vinte e quatro Centros que responderam ao questionário, que foram responsáveis por aproximadamente 89,0% e 94,4% das notificações dos casos de intoxicação/envenenamento humanos publicadas pelo SINITOX nos anos de 2001 e 2002, respectivamente, sendo este último, dados ainda preliminares.

6.1. Análise do estudo de caso

Como já citado no capítulo de material e método, o questionário aplicado no estudo de caso é composto por vinte casos de intoxicação/envenenamento, e em cada caso questionam-se três variáveis, que são: agente tóxico envolvido, circunstância de ocorrência e via da exposição/intoxicação.

O resultado desse estudo está detalhado no Quadro 3, que se encontra no Anexo V.

Para que se entenda bem a análise feita neste estudo, a seguir são apresentadas algumas definições que neste trabalho foram adotadas.

Chama-se de VARIÁVEIS o Agente Tóxico, a Circunstância e a Via que foram questionadas no estudo de caso.

As CATEGORIAS são as classificações adotadas em cada variável, sendo que cada variável possui várias categorias, de acordo com a Ficha de Notificação e Atendimento.

Em uma primeira análise, para cada caso verificou-se o número de categorias diferentes assinaladas considerando separadamente as variáveis Agente Tóxico, Circunstância e Via.

Esclarecemos que em alguns casos, como não são reais, faltaram informações para se ter uma análise detalhada do mesmo, o que gerou algumas dúvidas por parte dos Centros na hora da classificação, porém isso não impediu a discussão dos resultados, visto que, de forma clara, é possível se verificar a discordância dos Centros na classificação das categorias.

VARIÁVEL AGENTE TÓXICO

Tabela 1: Relação entre quantidade de categorias da variável agente tóxico e quantidade de casos.

Quantidade de categorias	Quantidade de casos
1	3
2	4
3	6
4	4
5	3
Total	20

A Tabela 1 nos mostra a quantidade de categorias que foram atribuídas para cada caso, em relação à variável agente tóxico. Nessa análise o número ideal de categorias criadas seria um, pois significa que os Centros possuem o mesmo entendimento de uma determinada situação, o que somente aconteceu em três casos. O número máximo foi cinco, que ocorreu com outros três casos.

Chama a atenção os casos que receberam um número de categorias superior a um, o que deixa evidente a necessidade de um melhor entendimento na classificação do agente tóxico envolvido.

Vamos detalhar a seguir somente os três casos que receberam o maior número de classificações.

J. M., 17 anos de idade, feminino, 55 Kg. Paciente ingeriu em tentativa de suicídio 10 comprimidos de Neosaldina mais quantidade ignorada de álcool (etanol). Chega ao Pronto Socorro sonolenta e embriagada. Sinais Vitais estáveis.

Neste caso o que originou a intoxicação foi a mistura entre a Neosaldina e o álcool. Consultando as Monografias em Toxicologia de Urgência (MTU), que é uma fonte bibliográfica adotada pelos Centros, e que já foi detalhada anteriormente, o álcool etílico (etanol) é classificado como um produto químico industrial, independente de seu uso. A Neosaldina é um medicamento. Portanto, é aceitável classificar este caso como uma mistura entre um medicamento e um produto químico industrial, ou somente um desses, pois não está claro, no caso, qual foi o principal produto da intoxicação. Vejamos a seguir as classificações adotadas pelos Centros, onde entre parênteses encontra-se a frequência dos Centros que marcaram a respectiva classificação:

Medicamentos (9)

Medicamentos + drogas de abuso (9)

Medicamentos + domissanitários (4)

Produtos químicos industriais (1)

Drogas de abuso (1)

Alguns Centros classificam um determinado produto pelo seu uso, pela sua finalidade, e o álcool é um produto que se enquadra bem neste problema, pois tem diversas finalidades, como limpeza, produção de bebidas alcoólicas, produção de combustíveis, dentre outras. Essa variedade gera muitas dúvidas, e é a partir disso que o álcool muitas vezes é classificado como domissanitários ou drogas de abuso.

Um outro produto que gera dúvidas por este mesmo motivo é o “chumbinho”, agrotóxico de uso agrícola, que é desviado clandestinamente para as cidades para ser vendido como raticida. Muitos Centros, de acordo com seu uso, classificam-no em agrotóxicos de uso agrícola ou raticidas, além de ter aparecido nesta pesquisa, surpreendentemente, a classificação “agrotóxicos de uso doméstico”.

*T. G., 5 anos de idade, feminino, 13 Kg. Mãe aplicou na cabeça da criança produto a base de **deltametrina** e deixou por 30 min (indicado 10 min). A criança começou a apresentar vômitos.*

A deltametrina, segundo as MTU, é um inseticida piretróide que é classificado como agrotóxicos/uso agrícola. Vejamos a classificação dos Centros:

Medicamentos (16)

Agrotóxicos/uso doméstico (5)

Produtos veterinários (1)

Domissanitários (1)

Metais (1)

Apesar das MTU serem usadas pelos Centros como material de apoio, o que mostra o depoimento a seguir, em relação a uma pergunta sobre o procedimento do profissional que preenche a ficha no caso de ter alguma dúvida, em nenhuma das classificações acima, houve concordância com a classificação da publicação utilizada para consulta pelos Centros, o que revela uma certa gravidade em relação a geração de informações a partir dos dados registrados.

*“Eles (os plantonistas) têm manual, biblioteca, Internet, as **Monografias em Toxicologia de Urgência** e o próprio sistema de informação para dar tudo o mais fácil possível.” (Entrevistado K)*

*R.M., 4 anos de idade, masculino. Menino ingeriu uma **pilha de bateria para relógio**.*

Neste caso, a classificação encontrada para a pilha de bateria, nas MTU, foi “miscelânea”, ou seja, uma mistura. É composta por uma parte de solução eletrolítica e uma parte de quantidade variada de metal pesado.

A classificação dos Centros para este caso foi:

Metais (11)

Produtos químicos industriais (7)

Outro (3)

Domissanitários (2)

Produtos químicos industriais + metais (1)

A maioria ficou com Metais, porém essa classificação não está clara para os Centros, ou em alguns as MTU nem sempre são usadas, como mostra o depoimento do entrevistado Y, que em nenhum momento da entrevista cita as Monografias como fonte de consulta tanto para procedimentos a serem adotados, quanto para a devida classificação do caso:

“No caso de alguma dúvida no procedimento que deve ser adotado, entramos em contato com o coordenador ou fazemos toda a pesquisa em nosso banco de dados, e depois dessa pesquisa feita e toda a avaliação do paciente, quando ainda temos dúvida, temos uma ligação direta com o coordenador”.

VARIÁVEL CIRCUNSTÂNCIA

A quantidade de categorias assinaladas para a variável circunstância foi bem maior que aquela observada para agente tóxico. Neste caso o mínimo encontrado foi uma categoria, o que aconteceu em apenas dois casos, e o máximo oito, o que nos mostra um nível de concordância entre os Centros bem disperso.

Tabela 2. Relação entre quantidade de categorias da variável circunstância e quantidade de casos.

Quantidade de categorias	Quantidade de casos
1	2
2	3
3	2
4	3
5	7
6	1
7	1
8	1
Total	20

Apesar da importância de se detalhar todos os casos que apresentam o número de categorias acima de um, vamos nos limitar aos três casos responsáveis pelos maiores números de categorias diferentes.

*W.T., 52 anos de idade, feminino. Paciente fez chá à base de **ARRUDA**. Passou a apresentar diarreia e vômitos.*

Este caso gerou uma grande confusão na classificação da circunstância. Apesar de não deixar claro se a pessoa bebeu o chá ou não, o que foi subentendido por alguns Centros, algumas categorias que foram assinaladas não são aceitáveis neste caso. Vejamos:

Uso terapêutico (6)

Auto medicação (5)

Uso indevido (5)

Acidente individual (2)

Ignorada (2)

Acidente coletivo (1)

Ingestão alimentos (1)

Outra (1)

* Um Centro não considerou este caso como intoxicação

De acordo com o Manual de Preenchimento da Ficha de Notificação e de Atendimento, o qual foi acordado pelos Centros como já explicado anteriormente, as categorias mais assinaladas pelos Centros recebem a seguinte definição:

Uso terapêutico: casos decorrentes da utilização de fármacos para profilaxia, diagnóstico ou terapia nas indicações e doses já reconhecidas.

Auto medicação: qualquer caso de administração errônea e/ou de doses inadequadas utilizadas por iniciativa do próprio paciente, sem orientação médica.

Uso indevido: qualquer situação em que se utilizou um produto e/ou substância química pensando que a mesma teria uma função e, na verdade, teria outra.

Como verificamos, de acordo com este manual, as duas primeiras categorias, tanto “Uso terapêutico” como “Auto medicação” são exclusivas de medicamentos, e este caso envolve uma planta. Já “Uso indevido” não se refere aos fármacos, especificamente.

Das outras categorias que tiveram um menor número de marcações, chama a atenção “Acidente coletivo”, que segundo o mesmo manual é definido como qualquer caso

de intoxicação e/ou exposição não intencional por qualquer produto e/ou substância química em mais de uma vítima. Em nenhum momento o caso anteriormente ilustrado mostra a participação de mais de uma pessoa, portanto deduz-se que esta categoria foi marcada por engano, o que é um grande problema no registro de dados, pois o caso depois de registrado na ficha usada pelo Centro, é passado para o relatório o qual é enviado ao SINITOX, como explicado no Capítulo IV (item 4.3), o que se não for feito com muita atenção e zelo, compromete a qualidade dos dados e conseqüentemente a confiabilidade das informações geradas por este Sistema.

Apesar de não se tratar da variável circunstância, e sim da via, chamamos a atenção do caso a seguir, pois ilustra mais uma vez o problema da qualidade dos dados citado anteriormente. Neste caso, vinte e três Centros assinalaram a via ocular e apenas um assinalou a via nasal.

*M.J.S., 49 anos de idade, feminino. A solicitante foi comprar um **colírio** com receita médica. Recebeu a informação do balconista que teria um outro “similar” mais barato. Apresentou forte reação ao medicamento, comprometendo sua **visão**.*

Em um depoimento em relação ficha de notificação, o entrevistado K deixa claro que se preocupa com os erros que ocorrem com o registro dos dados na ficha:

“Acho que a ficha tem falhas. A gente vem melhorando ao longo dos anos, e eu sempre tento adaptá-la, participo das renovações da ficha, e sempre tento entender porque o plantonista erra no preenchimento, e as vezes a gente também, e adaptar a ficha não aquele erro, mas tentar favorecer para que o erro não aconteça, torná-la cada vez mais fácil”.

*Acometido de doença reumática em seu cotovelo esquerdo, vai a curandeiro e se deixa ser picado por 50 **abelhas** no mesmo cotovelo, após apresentou choque sendo levado ao Hospital de Pronto Socorro onde foi medicado e liberado.*

As classificações assinaladas pelos Centros são as seguintes:

Uso indevido (9)

Outra (4)

- Acidente individual (3)
- Uso terapêutico (3)
- Auto medicação (3)
- Violência/homicídio (1)
- Uso terapêutico + uso indevido (1)

As categorias “Uso terapêutico” e “Auto medicação”, específicas de medicamentos, já mencionadas no caso anterior, mais uma vez são usadas fora do contexto, e deixa evidente que o manual não é usado, ou é, porém de forma inadequada, pois se este acordo foi firmado por representantes dos Centros, a equipe de plantonistas responsável pelo atendimento e notificação dos casos de intoxicação/envenenamento, além de terem esse manual sempre por perto, deveriam receber treinamento para que o mesmo fosse usado adequadamente. Esse detalhe foi observado também em entrevistas feitas em Centros da Rede, como podemos verificar nos depoimentos a seguir:

Entrevistado X:

“Esse Centro não utiliza nenhum manual para orientar o preenchimento das fichas de notificação. Nem sabia da existência do manual que foi acordado em uma reunião na FIOCRUZ”.

Entrevistado Y:

“O Centro não possui manual, só a ficha. Não conheço o manual que foi acordado, só a ficha”.

“Não existe treinamento para o profissional que preenche a ficha. O coordenador fala sempre conosco no sentido de melhorar os dados estatísticos, mas não existe um curso para isso, uma capacitação”.

A categoria mais assinalada neste caso, “Uso indevido”, definida anteriormente, também não deixa claro a sua utilização, pois neste caso o veneno da abelha teria de ser considerado um produto e/ou substância química.

Das quatro marcações na categoria Outra, duas não foram especificadas, e as outras duas foram: “meios alternativos de tratamento por credence popular” e “prática de curandeirismo. Não pode ser considerada uso terapêutico”.

*M.J.G., 38 anos de idade, feminino. Passou **creme esfoliante** na pele do rosto como tratamento anti-rugas indicado por amiga. Apresenta edema, eritema e ardência na área que utilizou o produto.*

Categorias adotadas pelos Centros:

Auto medicação (7)

Uso terapêutico (5)

Outra (5)

Acidente individual (3)

Uso indevido (3)

Uso terapêutico + auto medicação (1)

Neste caso a maioria dos Centros assinalou como o agente causador da intoxicação, “Cosméticos”, portanto, mesmo que o caso não deixe claro se esse creme é um medicamento ou não, os próprios Centros entenderam como se tratando de um cosmético, portanto as categorias “Auto medicação” e “Uso terapêutico” não deveriam ter sido assinaladas.

Das cinco marcações na categoria “Outra”, uma não foi especificada e as outras foram as seguintes: “indicação leiga”, “efeito adverso”, “reação adversa a medicamento” e “uso adequado”, esta última nos mostra mais uma vez o pouco cuidado na notificação do caso, e sinaliza para a necessidade de atenção nesta fase de coleta dos dados, pois se o uso foi adequado, porque provocou uma intoxicação?

VARIÁVEL VIA

Esta variável possui um maior nível de concordância entre os Centros, haja vista que em dez dos vinte casos (50%) os Centros apresentaram a mesma classificação, ou seja, apresentaram um mesmo entendimento em relação ao mesmo caso.

Tabela 3. Relação entre quantidade de categorias da variável via e quantidade de casos.

Quantidade de categorias	Quantidade de casos
1	10
2	4
3	3
4	3
Total	20

Vamos discutir os três casos que apresentaram o maior número de categorias, quatro, que apesar de ser um número alto, a maioria dos Centros apresentaram um mesmo entendimento.

*T. G., 5 anos de idade, feminino, 13 Kg. Mãe aplicou na cabeça da criança produto a base de **deltametrina** e deixou por 30 min (indicado 10 min). A criança começou a apresentar vômitos.*

As categorias assinaladas foram:

Cutânea (20)

Oral (2)

Respiratória (1)

Outra (1)

Este caso gerou dúvidas na variável agente tóxico, citado anteriormente, e apesar de ter um número grande de categorias na via, a dispersão não é grande, sendo que a maioria marcou “Cutânea”.

Em relação às outras classificações, apesar de apresentarem um pequeno número de marcações, vale a pena chamar a atenção para a categoria “Oral”, pois em nenhum momento o caso citou que a criança bebeu o produto.

Em “Outra” foi especificado “via couro cabeludo”, e neste caso o manual não define as vias de exposição e/ou intoxicação que a ficha de notificação possui, pois fica vago se couro cabeludo pode ou não ser considerado “via cutânea”. A única informação que o

manual apresenta em Via é “Assinalar a(s) via(s) correspondente(s) ao caso de exposição e/ou intoxicação, até no máximo de três”.

Recém-nascido, 2,8 Kg, masculino. A mãe do recém-nascido é usuária crônica de cocaína, a criança apresenta síndrome de abstinência.

Categorias assinaladas pelos Centros:

Outra (19)

Parenteral (3)

Oral (1)

Parenteral + nasal (1)

A classificação “Outra” recebe o maior número de marcações, o que chama a atenção. Na especificação dos dezenove Centros em relação a essa classificação, eles foram praticamente unânimes. “via Placentária” (7), “transplacentária” (9), “hemoplacentária” (1), “precisa de mais especificação” (1) e “sem descrição” (1), o que poderia sugerir a inclusão desta categoria na Ficha.

T.P., 25 anos de idade, masculino. Foi tomar água na mangueira do jardim e engoliu um filhote de cobra. Achou outros filhotes dentro da mangueira. Identificados pelo pessoal do Centro de Intoxicações como filhote de Cruzeiro (Bothrops).

As classificações foram as seguintes:

Oral (20)

Mordedura/picada (2)

Oral + Mordedura/picada (1)

Outra (1)

Mais uma vez verifica-se que apesar da geração de categorias diferentes, a maioria concorda com somente uma.

A categoria “Outra” não foi especificada.

A falta de um mesmo entendimento nos casos abordados, mesmo quando estão citados no material de consulta dos Centros, é um fator preocupante em relação à confiabilidade dos dados gerados, como assinala o entrevistado Y, em sua opinião em relação à ficha usada para a notificação dos casos de intoxicação/envenenamento:

“Para a codificação da informação ela quase que atende, a gente tem que avaliar mais um pouco essas classes, padronizar porque é complicado, ela não atende porque você não sabe onde vai colocar.”

Em outra análise, considerando cada variável separadamente, verificamos os Centros que apresentavam maior discordância dos demais.

A metodologia utilizada nesta análise foi a eleição da categoria com maior frequência como padrão, ou seja, a mais assinalada pelos Centros em um determinado caso, e destacamos os Centros que discordavam desta. Portanto, a frequência representa a quantidade de vezes que um Centro discorda da maioria. Vejamos o quadro a seguir:

Quadro 4 . Frequência de discordância dos Centros em relação às variáveis agente tóxico, circunstância e via.

Agente Tóxico		Circunstância		Via	
Centro	Frequência	Centro	Frequência	Centro	Frequência
1	4	1	7	1	4
2	3	2	4	2	1
3	9	3	5	3	1
4	5	4	5	4	2
5	7	5	4	5	1
6	2	6	10	6	1
7	4	7	4	7	-
8	4	8	5	8	-
9	6	9	8	9	2
10	5	10	5	10	1
11	4	11	5	11	2
12	4	12	4	12	2
13	2	13	7	13	-
14	5	14	7	14	2
15	8	15	6	15	2
16	2	16	7	16	-
17	4	17	7	17	-
18	3	18	3	18	-
19	6	19	6	19	2
20	5	20	6	20	-
21	5	21	5	21	4
22	1	22	7	22	1
23	4	23	5	23	1
24	3	24	5	24	-

Não se pode afirmar que o Centro que assinalou uma categoria diferente da maioria está certo ou errado. Porém, é no mínimo estranho que esse fato ocorra em aproximadamente 50% dos casos, tanto para a variável agente tóxico quanto para a circunstância.

Na variável agente tóxico, a menor frequência encontrada foi um, o que significa que nenhum Centro concordou com a maioria em todos os casos, o que seria representado pela frequência zero.

A menor frequência observada nesta variável ocorreu com o Centro 22, localizado na Região Sudeste, que revela que este Centro somente discordou da maioria em apenas um caso, tendo a mesma interpretação que os outros, em praticamente todos os outros.

Os que mais discordaram da maioria foram os Centros 3 e 15, ambos da Região Nordeste, que, praticamente, na metade dos casos apresentaram entendimento diferente da situação dada em relação aos demais. Ambos os Centros discordaram simultaneamente nos casos 3, 4, 7, 10 e 20.

No caso 10 ocorreu o maior número de Centros fora da categoria com maior frequência.

A variável circunstância apresenta frequências maiores, sendo a menor 3 e a maior 10, porém seus valores estão mais próximos entre si do que na variável anterior.

Os Centros 6 e 9, da Região Sudeste e Centro-Oeste, respectivamente, apresentaram praticamente em metade dos casos uma interpretação diferente da maioria. Os casos 8, 13, 14, 16 e 17 são coincidentes, ou seja, ambos os Centros assinalaram uma categoria diferente que o maior grupo.

Já o Centro 18, localizado na Região Sudeste, em três casos não assinalou a mesma categoria que a maioria.

A variável via é a que apresenta melhor comportamento, tanto na primeira análise que foi feita anteriormente, quanto nesta.

A frequência mínima encontrada foi zero, o que indica uma concordância com a maioria. Os Centros que apresentaram esta frequência, tiveram uma interpretação do caso compatível com os demais. São os Centros 13 e 20, da Região Nordeste, 16, 17 e 18, da Região Sudeste, 7 e 8, da Região Sul, e o Centro 24 da Região Centro-Oeste.

Como se pode notar, a classificação da via por parte dos Centros apresenta um melhor entendimento por parte destes, pois apresenta frequência nula para vários Centros.

A maior frequência encontrada nesta variável, quatro, é bem menor do que no agente tóxico e na circunstância. Os Centros 1 e 21, da Região Norte e Nordeste, respectivamente, foram responsáveis por isto, porém não houve coincidência em nenhum caso, a discordância ocorreu em casos distintos.

As figuras a seguir permitem uma melhor visualização do comportamento dessas três variáveis em relação à discordância dos Centros, em cada caso.

A Figura 4 refere-se à frequência de discordância dos Centros em relação à variável agente tóxico. A frequência mínima encontrada foi 1 e a máxima 9, o que gerou uma amplitude de 8, o que revela uma grande variação entre os valores.

Na Figura 5, referente à variável circunstância, encontra-se uma amplitude de 7, e pode-se verificar que apesar desses valores se encontrarem em um patamar superior em relação aos encontrados na variável agente tóxico, com uma frequência mínima de 3 e máxima de 10, a variação entre eles é bem menor.

Na Figura 6, referente à variável via, a amplitude encontrada foi 4, menor em relação às outras variáveis, mais um indicador de que a via de exposição e/ou intoxicação não constitui o maior problema em relação à padronização.

Figura 4. *Freqüência de discordância dos Centros em relação à variável agente tóxico*

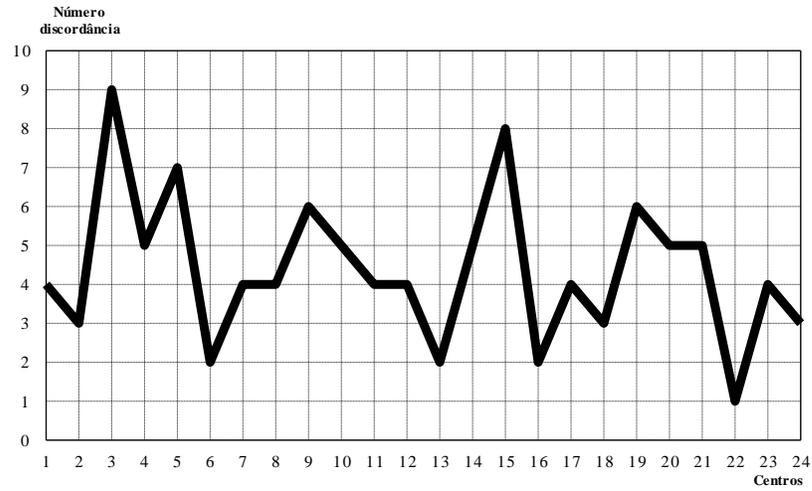


Figura 5. *Freqüência de discordâncias dos Centros em relação à variável circunstância*

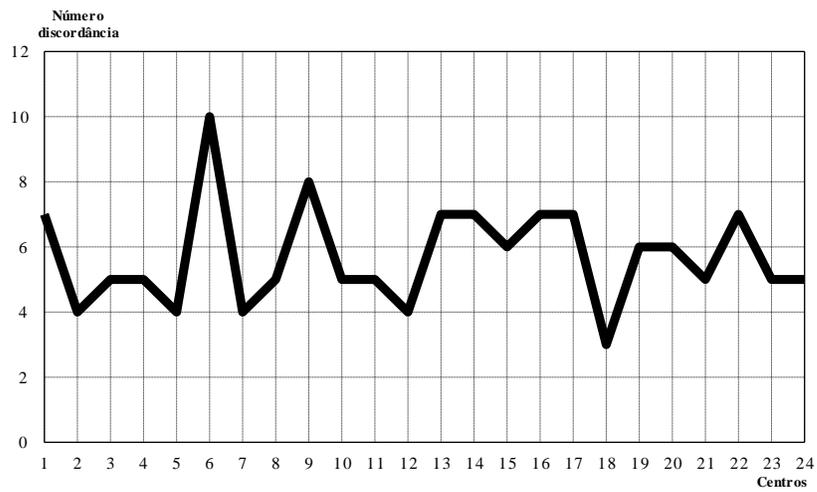
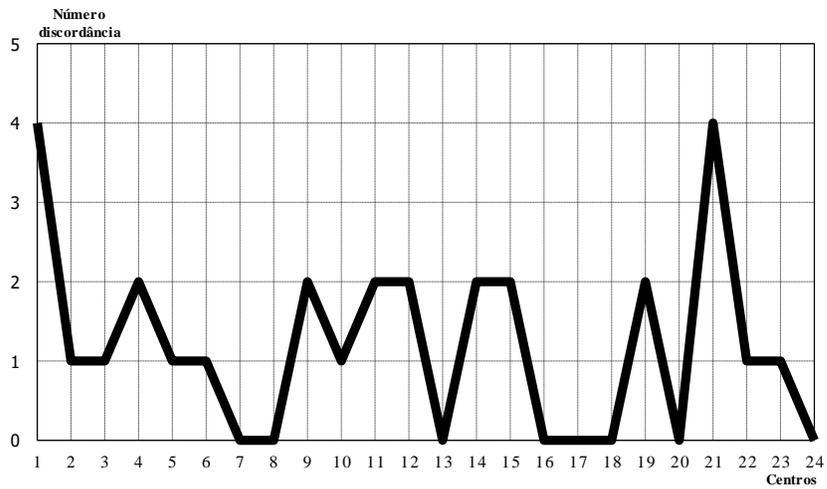


Figura 6. *Freqüência de discordâncias dos Centros em relação à variável via*



VII – CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como principal objetivo, contribuir para a melhoria das informações que são geradas no SINITOX, a partir dos dados coletados nos CIATs, com um olhar específico para a padronização do registro dos casos de intoxicação e envenenamento.

Dentro desse recorte, pode-se concluir que o objetivo proposto foi alcançado, pois a partir do estudo de caso podemos conhecer melhor a forma de como os casos de intoxicação e envenenamento são registrados pelos Centros e o entendimento que esses têm de uma mesma situação.

Com um diagnóstico da situação atual, mudanças podem ser adotadas no sentido de se aproximar ao máximo da situação desejada.

Com toda a certeza, os resultados expostos no capítulo anterior não se esgotam nesta dissertação, pois aqui foram apresentadas algumas das várias possibilidades de interpretação, haja vista a grande riqueza de informação coletada no estudo de caso e nas entrevistas.

A primeira conclusão que se tirou no decorrer deste estudo, de uma maneira geral, é que a falta de padronização passa pela própria criação dos Centros, como já foi mencionado anteriormente, que foi um processo isolado e pontual, cada um com vínculos institucionais diferentes, maneiras diferentes de trabalho, perfis diferentes.

Porém atualmente, fazem parte de uma grande rede nacional, e para tanto precisam compor uma unidade, pela necessidade de comunicação que é central no estabelecimento de redes, e para otimizar o processo de registro dos casos de intoxicação e envenenamento ocorridos no país, gerando dados com qualidade, e para tanto a definição de padrões exerce um papel fundamental.

No capítulo anterior foram feitas duas análises diferentes. A primeira, em relação aos casos que apresentaram o maior número de categorias, que apesar deste estudo se

limitar a mostrar detalhes apenas desses casos, os outros também merecem toda atenção no sentido de se acordar qual a melhor classificação a ser adotada.

A geração de várias categorias em um mesmo caso é um fator preocupante. O esperado seria se houvesse uma padronização, que os Centros marcassem somente uma categoria para uma determinada situação.

O que se espera em relação aos casos que estão contemplados no material de consulta, principalmente nas Monografias de Toxicologia de Urgência, que segundo a coordenação do SINITOX, este material foi amplamente distribuído e divulgado na Rede de Centros, é que eles apresentem um mesmo entendimento para uma determinada situação, e notifique o caso de acordo com este material.

Os casos polêmicos são mais complicados e, é claro, deverão ter um tratamento especial, porém depois de definidos, em acordo com todos os Centros, deveriam ser notificados da mesma forma.

Um outro fator importante que se verificou neste estudo, é que alguns produtos são classificados de acordo com o seu uso no momento da ocorrência da intoxicação, não levando em conta a sua classificação original.

A padronização neste sentido é muito importante, como citado no Capítulo III deste trabalho. Os dados somente serão gerados com precisão se forem definidos padrões, pois este processo envolve vários Centros, com perfis e realidades diferentes, e mesmo dentro de cada Centro, o número de pessoas envolvidas é grande, pois os plantonistas se intercalam em escalas ininterruptas. A discussão entre os representantes dos Centros, no sentido de acordar a melhor classificação em relação às variáveis que são registradas na Ficha, possibilitará a geração de padrões e a geração de dados com maior qualidade, no que diz respeito a este problema em particular, a falta de padronização.

Em relação às situações polêmicas, que não estão previstas, acredita-se que o processo comunicativo entre os diversos Centros da Rede resolveria, pois a decisão tomada seria consensual e então poderia se definir um padrão.

A segunda análise abordou a geração de um grande grupo de Centros que marcou uma mesma categoria, ou seja, a categoria modal, e chama-se a atenção dos Centros que

não estavam incluídos neste grupo, o que não significa se os mesmos estão certos ou errados.

Em alguns casos apenas poucos Centros não estavam em acordo com a maioria, porém em outros se formaram dois grandes grupos, o que preocupa pela divisão de opinião, mas nada que não possa ser resolvido em uma reunião para que se possa chegar a um acordo.

Em relação ao manual de preenchimento da ficha, os resultados obtidos neste estudo nos mostram que muitos Centros não o conhecem, e dos que conhecem, vários não o utilizam.

Além disso, várias lacunas existem neste material, como algumas categorias que não estão bem definidas, ou simplesmente não estão definidas, como é o caso da via de exposição e/ou intoxicação em que só é instruído o preenchimento da via, porém não explica o que se encaixa em cada classificação.

Esse estudo nos mostra que o registro dos dados realizado pelos Centros de Informação e Assistência Toxicológica, não possui a qualidade desejada, e que a informação gerada, posteriormente no SINITOX, não representa a realidade do que ocorre com os casos de intoxicação e envenenamento no país.

Os resultados abordados no capítulo anterior deixam bem claro que a notificação desses casos não segue um padrão, tanto em relação às diversas fichas utilizadas e o não uso de um manual de preenchimento, quanto ao próprio entendimento pelos profissionais que atuam nesta fase de registro dos dados.

É de extrema importância que seja dada toda atenção possível para a fase de Coleta dos dados, como foi afirmado em todo o trabalho. O treinamento e a conscientização dos profissionais envolvidos nesta fase, que é uma etapa importantíssima, como foi mostrado no decorrer deste estudo, são requisitos importantes para a melhoria da qualidade dos dados.

Apesar do grande avanço tecnológico, com o desenvolvimento de sistemas bem estruturados e *on line*, não se pode pensar que a tecnologia resolva tudo. Antes mesmo de se avançar neste Sistema tecnologicamente, essas questões que são anteriores precisam ser

resolvidas. Os dados que alimentam a base de dados devem possuir um grau de qualidade suficiente para que possam gerar indicadores que possibilitem o conhecimento da realidade.

Espera-se que os resultados iniciais alcançados por este estudo sejam utilizados pela ANVISA para aprofundar as análises e servir como guia para implantação de políticas que contribuam para um aprimoramento da qualidade dos dados nacionais no setor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caldas LQA, Moraes ACL, Unes A. Toxicologia Médica: a desinformação é alarmante. *Ciência Hoje*. 1996; 21:66-70.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Informativo*. 2001. 10: 1-8.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Informativo*. 2003. 27: 1-8.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Informativo*. 2004. 40: 1-8.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Curso de capacitação em Toxicologia [CD-ROM]. 2002. Brasil: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [S.D.]
6. Marques MB, Bortoletto ME, Freitas CM, Bezerra MCC, Santana RAL. Intoxicações e Envenenamentos Acidentais no Brasil: Análise Epidemiológica dos Casos Registrados Pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX. *Inf Epidemiológico do SUS* 1993; 2: 59-93.
7. Senra NC. Informação estatística: política, regulação, coordenação. *Ci. Inf.* 1999; 28(2): 124-35.
8. Davenport T. *Ecologia da Informação*. São Paulo: Futura, 2000.
9. Branco MAF. Sistemas de informações em saúde no nível local. *Cad. Saúde Pública* 1996; 12(2):267-70.
10. Ripsa. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
11. Angeloni MT. Elementos intervenientes na tomada de decisão. *Ci. Inf.* 2003; 32(1): 17-22.

12. Mota E, Carvalho DM. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquayrol MZ, Filho NA. Epidemiologia & Saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 505-21.
13. Cunha RE. Cartão Nacional de Saúde: os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. Ciências Saúde Coletiva 2002; 7(4): 869-78.
14. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Versão 2.0. Brasília 2004. [documento]
15. Guimarães EMP, Evora YDM. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. Ci. Inf. 2004; 33(1): 72-80.
16. Senra NC. A Questão dos Registros Administrativos vis-à-vis a Geração de Estatísticas. Revista Brasileira de Estudos da População. 1996. 13 (2):199-205.
17. Moraes IHS. Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da Cidadania. Rio de Janeiro. Hucitec-ABRASCO, 1994.
18. Senra NC A Coordenação da Estatística Nacional. O Equilíbrio entre o Desejável e o Possível. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Comunicação – ECO, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ e Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia – IBICT, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq; 1998.
19. Lara MLG, Camargo JCC, Rocha SG. Informação estatística e cidadania. São Paulo em Perspectiva. 2002. 16(3): 86-91.
20. Leão BF. Padrões para representar a informação em saúde. In: I Seminário Nacional de Informação e Saúde. O setor saúde no contexto da sociedade da informação. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2000. p.21-34.

21. González de Gómez MN. Da política de informação ao papel da informação na política. Rev Internacional de Estudos Políticos. NUSEG/UERJ. 1999, 1(1): 67-93.
22. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990.
23. Silva JJO, Meyer A. O sistema de notificação das intoxicações: o fluxograma do joieira. In: É veneno ou é remédio? agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p.317-26.
24. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. <http://www.anvisa.gov.br> (acessado em 27/set/2004).
25. Bortoletto ME, Bochner R. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. Cad. Saúde Pública 1999; 15(4):859-69.
26. Projeto de Lei nº 4.841 – A. Determina a utilização de Embalagem Especial de Proteção à Criança – EEPC em medicamentos e produtos químicos de uso doméstico que apresentem potencial risco à saúde. Câmara dos Deputados 1994.
27. Bochner R, Struchiner CJ. Acidentes por animais peçonhentos e sistemas nacionais de informação. Cad. Saúde Pública 2002; 18(3):735-46.
28. Bortoletto ME. Tóxicos, Civilização e Saúde. Contribuição à Análise dos Sistemas de Informações Tóxico-Farmacológicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1990.
29. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. GGTOX (Brasil). Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica: Proposta de Regulamentação dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica. Brasília, 2004. [documento]

30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de população: estimativas da populacionais para os municípios brasileiros em 01/07/2004. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 17/nov/2004).
31. CIT/RS. Monografias de Toxicologia de Urgência. Porto Alegre: ATOX; 1997.
32. Dichiade MP. População brasileira: um retrato em movimento. In: Minayo MC, organizadora. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999. p. 14-56.
33. Senra NC. Regime e política de informação estatística. São Paulo em Perspectiva. 2002. 16 (3):75-85.
34. Marques MB, Bortoletto ME, Bezerra MCC, Santana RAL. Avaliação da Rede Brasileira de Centros de Controle de Intoxicações e Envenenamentos – CCIEs. Cad Saúde Pública 1995, 11(4): 560-78.

ANEXO I

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E DE ATENDIMENTO
CENTROS DE ATENDIMENTO TOXICOLÓGICO

CENTRO: _____ NÚMERO: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Vítima: (1)Humana (2)Animal (3)Informação
Idade: [] [] (H)(D)(M)(A) Sexo: (1)Masc. (2)Fem. (9)Ignorado Gestante: (1)1° Trim. (2)2° Trim. (3)3° Trim. (4)Trim.Desc.
Espécie (se Animal): _____ (5)Não (6)Não se aplica (9)Ignorado
Peso: [] [] [] (Kg) Profissão/Ocupação: _____
Endereço: _____ Telefone: _____
UF: _____ Município: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Cartão SUS: _____ Nome da mãe (se menor): _____

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome: _____ UF: _____ Município: _____
Instituição: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Tel: _____ Ramal: _____
Categoria: (1)Próprio (2)Médico (3)Parente (4)Veterinário (9)Ign. (5)Outro Prof. Saúde: _____ (8)Outro: _____

ATENDIMENTO		TIPO DE OCORRÊNCIA	CIRCUNSTÂNCIA	
TELEFÔNICO	HOSPITALAR	(1) Intoxicação (2) Exposição (3) Reação Adversa (4) Diagnóstico Diferencial (8) Outro: _____ (9) Ignorada	(1) Acidente Individual (2) Acidente Coletivo (3) Acidente Ambiental (4) Ocupacional (5) Uso Terapêutico (6) Prescr. Médica Inadequada (7) Erro de Administração (8) Auto Medicação	(9) Abstinência (10) Abuso (11) Ingestão de Alimentos (12) Tent. Suicídio (13) Tent. Aborto (14) Violência/Homicídio (15) Uso Indevido (99) Ignorada (88) Outra: _____
(1) Hosp./Clínicas (2) CS/UBS (3) Consult./Ambul. (4) Local Trabalho (5) Outros CIT's (6) Outros Serv. Públicos: (7) Residência (8) Outro: _____ (9) Ignorado	(1) PS (2) Enfermaria (3) Ambulatório (4) UTI (8) Outro: _____			

EXPOSIÇÃO		
ZONA (1) Urbana (2) Rural (3) Outra (9) Ignorada	VIA (01)Oral (07)Retal (02)Cutânea (08)Vaginal (03)Respiratória (09)Mordedura/Picada (04)Parenteral (99)Ignorada (05)Nasal (88)Outra: _____ (06)Ocular	TIPO (1) Aguda - única (2) Aguda - repetida (3) Crônica (4) Aguda sobre crônica (9) Ignorada
LOCAL (1) Residência (5) Escola/Creche (2) Amb. Trabalho (6) Ambiente Externo (3) Trajeto de Trabalho (9) Ignorado (4) Serviços de Saúde (8) Outro: _____ Endereço: _____ Bairro: _____ Município: _____ UF: _____		Tempo decorrido da exposição: [] [] (MIN)(H)(D)(M)(A) Duração da exposição: [] [] (MIN)(H)(D)(M)(A)

AGENTE TÓXICO			
(01) Medicamentos (02) Agrotóxicos/Uso Agrícola (03) Agrotóxicos/Uso Doméstico (04) Produtos Veterinários (05) Raticidas	(06) Domissanitários (07) Cosméticos (08) Produtos Quím. Industriais (09) Metais (10) Drogas de Abuso	(11) Plantas (12) Alimentos (13) An. Peçonhentos/Serpentes (14) An. Peçonhentos/Aranhas (15) An. Peçonhentos/Escolopendros	(16) Outros An. Peç./Venenosos (17) Animais Não Peçonhentos (99) Desconhecido (88) Outro: _____
NOME COMERCIAL/ESPÉCIE	DOSE/QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO	CLANDESTINO () Sim () Não
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

ANEXO II

CASOS DO QUESTIONÁRIO APLICADO NO ESTUDO DE CASO

Centro: _____ **Data:** ____/____/____

Preenchido por: _____ **Função:** _____

1 - M.P., 5 anos de idade, masculino.

Mãe da criança deu Creolina para ele tomar como vermífugo.

2 - D. M., 1 ano e 4 meses de idade, masculino, 11 Kg.

A criança foi encontrada pela mãe no momento em que colocava **óleo de freio (carro)** na boca. Ela acredita que a quantidade tenha sido pequena.

3 - J. M., 17 anos de idade, feminino, 55 Kg.

Paciente ingeriu em tentativa de suicídio 10 comprimidos de **Neosaldina mais quantidade ignorada de álcool (etanol)**. Chega ao Pronto Socorro sonolenta e embriagada. Sinais Vitais estáveis.

4 - T. G., 5 anos de idade, feminino, 13 Kg.

Mãe aplicou na cabeça da criança produto a base de **deltametrina** e deixou por 30 min (indicado 10 min). A criança começou a apresentar vômitos.

5 - M.C.S., 1 ano de idade, feminino. 10 Kg.

Mãe da criança deu, por conta própria, 20 gotas (aproximadamente 1 ml) de **Tylenol gotas** (Acetaminofen 200 mg/ml). Menina passou a apresentar quadro de intoxicação leve.

6 - R. Z., 37 anos de idade, feminino.

Paciente agricultor ingeriu **melão** de uma plantação que foi aplicado **DECIS 25 CE** (Pesticida Agrícola Piretróide). Iniciou com quadro de diarreia, dor abdominal e febre.

7 - M. M., 44 anos de idade, feminino, 70 Kg.

A paciente ingeriu 20 gotas de **acetona** pensando ser água de melissa. Está apresentando queimação no estômago.

8 - Recém-nascido, 2,8 Kg, masculino.

A mãe do recém-nascido é usuária crônica de **cocaína**, a criança apresenta síndrome de abstinência.

9 - W.T., 52 anos de idade, feminino.

Paciente fez chá à base de **ARRUDA**. Passou a apresentar diarreia e vômitos.

10 - - R.M., 4 anos de idade, masculino.

Menino ingeriu uma **pilha de bateria para relógio**.

11 - T.P., 25 anos de idade, masculino.

Foi tomar água na mangueira do jardim e engoliu um **filhote de cobra**. Achou outros filhotes dentro da mangueira. Identificados pelo pessoal do Centro de Intoxicações como filhote de Cruzeiro (Bothrops).

12 - L.C.Q., 19 anos de idade, feminino.

Paciente ingeriu numa festa, um coquetel de **cocaína + álcool + Mioflex**.

13 - J.L.M., 19 anos de idade, masculino.

Viciado em **cola de sapateiro**, trabalhador de indústria de calçados foi encontrado desacordado junto a seu posto de trabalho.

14 - Acometido de doença reumática em seu cotovelo esquerdo, vai a curandeiro e se deixa ser picado por 50 **abelhas** no mesmo cotovelo, após apresentou choque sendo levado ao Hospital de Pronto Socorro onde foi medicado e liberado.

15 - M.J.G., 38 anos de idade, feminino.

Passou **creme esfoliante** na pele do rosto como tratamento anti-rugas indicado por amiga. Apresenta edema, eritema e ardência na área que utilizou o produto.

16 - M.P., 16 anos de idade, feminino.

Tomou durante 28 dias **suco de limão** puro, começando com 1 limão no 1º dia até chegar a 14 limões no 14º dia. No 15º dia 14 limões até chegar a 1 limão no 28º dia, como tratamento anti obesidade indicado por um frei (curandeiro) de sua cidade. Apresenta dor em queimação no estômago e várias aftas na cavidade oral.

17 - M.J.S., 49 anos de idade, feminino.

A solicitante foi comprar um **colírio** com receita médica. Recebeu a informação do balconista que teria um outro “similar” mais barato. Apresentou forte reação ao medicamento, comprometendo sua visão.

18 - S.S., 52 anos de idade, feminino.

Doméstica tomou de uma garrafa de **álcool** usado na limpeza da casa, pensando que era água.

19 - T.G. 17 anos de idade, feminino.

Paciente grávida de 3 meses, filha de pescador, leu no jornal de que o peixe “Baiacu” poderia matar. Pegou um peixe (Baiacu) e fez um prato para comer.

20 - F.L.S., 40 anos de idade, masculino.

A vítima passou chumbinho no corpo com o objetivo de matar sarnas.

QUESTÕES ASSINALADAS EM CADA CASO

AGENTE TÓXICO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Plantas |
| <input type="checkbox"/> Agrotóxicos/Usos Agrícola | <input type="checkbox"/> Alimentos |
| <input type="checkbox"/> Agrotóxicos/Usos Doméstico | <input type="checkbox"/> Animais Peç./Serpentes |
| <input type="checkbox"/> Produtos Veterinários | <input type="checkbox"/> Animais Peç./Aranhas |
| <input type="checkbox"/> Raticidas | <input type="checkbox"/> Animais Peç./Escorpiões |
| <input type="checkbox"/> Domissanitários | <input type="checkbox"/> Outros Animais Peç./Venenosos |
| <input type="checkbox"/> Cosméticos | <input type="checkbox"/> Animais não Peçonhentos |
| <input type="checkbox"/> Produtos Químicos Industriais | <input type="checkbox"/> Desconhecido |
| <input type="checkbox"/> Metais | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Drogas de Abuso | |

CIRCUNSTÂNCIA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acidente individual | <input type="checkbox"/> Abuso |
| <input type="checkbox"/> Acidente Coletivo | <input type="checkbox"/> Ingestão de alimentos |
| <input type="checkbox"/> Acidente Ambiental | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio |
| <input type="checkbox"/> Ocupacional | <input type="checkbox"/> Tentativa de aborto |
| <input type="checkbox"/> Uso terapêutico | <input type="checkbox"/> Violência / homicídio |
| <input type="checkbox"/> Prescrição médica inadequada | <input type="checkbox"/> Uso indevido |
| <input type="checkbox"/> Erro de administração | <input type="checkbox"/> Ignorada |
| <input type="checkbox"/> Auto medicação | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Abstinência | |

VIA

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oral | <input type="checkbox"/> Retal |
| <input type="checkbox"/> Cutânea | <input type="checkbox"/> Vaginal |
| <input type="checkbox"/> Respiratória | <input type="checkbox"/> Mordedura / picada |
| <input type="checkbox"/> Parenteral | <input type="checkbox"/> Ignorada |
| <input type="checkbox"/> Nasal | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ocular | |

ANEXO III

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS CENTROS

Bloco I: Dados do Centro

Entrevistado:

1. Data:
2. Centro:
3. Coordenador:
4. Vínculo Institucional:
5. Localização física:
6. Horário de funcionamento:
7. Quanto tempo o Centro está em atividade?
8. Equipe: Quantificar e qualificar.
9. Média de atendimento por mês:
10. Qual é o perfil de atendimento deste Centro:

Bloco 2: Coordenação do Centro

Entrevistado:

1. Quão fidedignos são os dados gerados por este Centro, em relação à realidade?
2. Até que ponto esses dados refletem a realidade das intoxicações do estado onde está localizado?
3. Na estatística desse Centro a maioria dos casos ocorreu na zona urbana, e o interior é coberto?
4. Os Centros que acompanham a solicitação de informação até a sua evolução, eles colocam como intoxicação humana. O Senhor procede diferente?
5. Que estratégia é usada para aprimorar o funcionamento do Centro no sentido de gerar estatísticas com qualidade:
6. Qual é o seu entendimento em relação ao treinamento dos profissionais que trabalham em seu Centro:

7. Qual é o procedimento do Centro, quando acontece algum caso de intoxicação polêmica? Existe interação com outros Centros ou com alguma outra instituição no sentido de troca de informação?
8. Dentro da Rede de Centros, qual é o que o Senhor procura em caso de alguma dúvida?
9. No Brasil a realidade inter regional e entre alguns estados é muito acentuada. Existem os chamados regionalismos (jargões) que em algumas situações interferem no processo de comunicação. Sendo o SINITOX um sistema de informação de abrangência nacional, no seu entendimento, alguns fatores por serem regionais podem impactar na padronização dos dados?
10. E o profissional que faz a notificação, ele sabe traduzir para a ficha?
11. O que o senhor acha do instrumento de coleta de dados? Este Centro usa uma ficha própria e depois passa os dados para o relatório que é enviado ao SINITOX. E a ficha que foi acordada em 2001, em uma reunião na FIOCRUZ com todos os coordenadores de Centros, é usada?
12. E essa implantação que a ANVISA está tentando fazer, que é um sistema informatizado *on-line*. Se isto acontecer, este centro vai ter condições de preencher este sistema?

Bloco 3: Preenchimento da Ficha de Notificação

Entrevistado:

1. Qual é a rotina do preenchimento da ficha? Detalhar o fluxo de informações do Centro: Ver se tem documentação específica.
2. Qual ficha é utilizada pelo Centro para a notificação do caso de intoxicação?
3. A ficha é preenchida no ato do atendimento? Se não detalhar o procedimento:
4. Quem atende o caso quando chega?
5. E o atendimento por telefone, todos são preenchidos?
6. O profissional que preenche a ficha tem treinamento? Detalhar.
7. Em caso de dúvida no ato do preenchimento da ficha, a quem ou a quem o profissional recorre?
8. O Centro possui algum manual para orientar o preenchimento da ficha?
9. O profissional que preenche a ficha tem conhecimento e acesso a esse manual?

10. Em caso positivo, qual?
11. A FIOCRUZ/SINITOX tem um manual que foi desenvolvido em uma reunião com todos os coordenadores de Centros em 2001, na FIOCRUZ. Você conhece?
12. No caso de dúvida em relação a algum agente tóxico, para fazer o preenchimento da ficha, qual é o procedimento?
13. Como profissional, qual a sua opinião em relação à ficha? Ela atende ou teria alguma informação a colocar ou a tirar, o que você acha deste instrumento?
14. Os médicos responsáveis pelo plantão estão sempre olhando o preenchimento da ficha que é feito pelos residentes e estagiários? E quando esses residentes e estagiários têm dúvidas, principalmente no início do estágio, há troca de informação entre vocês?

ANEXO IV



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Informação Científica e Tecnológica

SINITOX

Sistema Nacional de Informações
Tóxico-Farmacológicas**Centro:****Trimestre:****Ano:**

Tabela 1. Casos Registrados de Intoxicação Humana, de Intoxicação Animal e de Solicitação de Informação por Agente Tóxico.

Agente	Vítima		Solicitação de Informação	Total
	Humana	Animal		
Medicamentos				
Agrotóxicos/Usos Agrícola				
Agrotóxicos/Usos Doméstico				
Produtos Veterinários				
Raticidas				
Domissanitários				
Cosméticos				
Prod. Químicos Industriais				
Metais				
Drogas de Abuso				
Plantas				
Alimentos				
An.Peçonhentos/Serpentes				
An. Peçonhentos/Aranhas				
An.Peçonhentos/Escorpiões				
Outros animais peç./venenosos				
Animais não Peçonhentos				
Desconhecido				
Outro				
Total				

Observações:

Preenchido por	Data	Assinatura
-----------------------	-------------	-------------------

Centro:

Trimestre:

Ano:

Tabela 2. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância.

Agente	Circunstância																	Total
	AI	AC	AA	AO	UT	PI	EA	AM	AS	AB	IA	TS	TA	VH	UI	IG	OT	
Medicamentos																		
Agrot./Uso Agrícola																		
Agrot./Uso Doméstico																		
Prod. Veterinários																		
Raticidas																		
Domissanitários																		
Cosméticos																		
Prod. Quím. Ind.																		
Metais																		
Drogas de Abuso																		
Plantas																		
Alimentos																		
An. Peç./Serpentes																		
An. Peç./Aranhas																		
An. Peç./Escorpiões																		
Outros an. Peç./ven.																		
Animais não Peç.																		
Desconhecido																		
Outro																		
Total																		

Observações:

Preenchido por	Data	Assinatura
-----------------------	-------------	-------------------

Legenda: AI=Acidente Individual; AC=Acidente Coletivo; AA=Acidente Ambiental; AO=Ocupacional; UT=Uso Terapêutico; PI=Precrição Médica Inadequada; EA=Erro de Administração; AM=Auto Medicação; AS=Abstnência; AB=Abuso; IA=Ingestão de Alimentos; TS=Tentativa de Suicídio; TA=Tentativa de Aborto; VH=Violência/Homicídio; IG=Ignorada e OT=Outra.

Centro:

Trimestre:

Ano:

Tabela 3. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Faixa Etária.

Agente	Faixa Etária													Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	IG	
Medicamentos														
Agrot./Uso Agrícola														
Agrot./Uso Doméstico														
Prod. Veterinários														
Raticidas														
Domissanitários														
Cosméticos														
Prod. Quím. Ind.														
Metais														
Drogas de Abuso														
Plantas														
Alimentos														
An. Peç./Serpentes														
An. Peç./Aranhas														
An. Peç./Escorpiões														
Outros an. Peç./ven.														
Animais não Peç.														
Desconhecido														
Outro														
Total														

Observações:

Preenchido por	Data	Assinatura

A=<01; B=01-04; C=05-09; D=10-14; E=15-19; F=20-29; G=30-39; H=40-49; I=50-59; J=60-69; K=70-79; L=80E+ e IG=Ignorada

Centro:

Trimestre:

Ano:

Tabela 4. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Sexo.

Agente	Sexo			Total
	Masculino	Feminino	Ignorado	
Medicamentos				
Agrotóxicos/Usos Agrícola				
Agrotóxicos/Usos Doméstico				
Produtos Veterinários				
Raticidas				
Domissanitários				
Cosméticos				
Prod. Químicos Industriais				
Metais				
Drogas de Abuso				
Plantas				
Alimentos				
An. Peçonhentos/Serpentes				
An. Peçonhentos/Aranhas				
An. Peçonhentos/Escorpiões				
Outros animais peç./venenosos				
Animais não Peçonhentos				
Desconhecido				
Outro				
Total				

Observações:

Preenchido por	Data	Assinatura

Centro:

Trimestre:

Ano:

Tabela 5. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Zona de Ocorrência.

Agente	Zona			Total
	Rural	Urbana	Ignorada	
Medicamentos				
Agrotóxicos/Usos Agrícola				
Agrotóxicos/Usos Doméstico				
Produtos Veterinários				
Raticidas				
Domissanitários				
Cosméticos				
Prod. Químicos Industriais				
Metais				
Drogas de Abuso				
Plantas				
Alimentos				
An. Peçonhentos/Serpentes				
An. Peçonhentos/Aranhas				
An. Peçonhentos/Escorpiões				
Outros animais peç./venenosos				
Animais não Peçonhentos				
Desconhecido				
Outro				
Total				

Observações:

Preenchido por

Data

Assinatura

Centro:

Trimestre:

Ano:

Tabela 6. Evolução dos Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico.

Agente	Evolução							Total
	Cura	Cura não Confirmada	Seqüela	Óbito(*)	Óbito outra Circunstância	Outra	Ign.	
Medicamentos								
Agrot./Uso Agrícola								
Agrot./Uso Doméstico								
Prod. Veterinários								
Raticidas								
Domissanitários								
Cosméticos								
Prod. Quím. Ind.								
Metais								
Drogas de Abuso								
Plantas								
Alimentos								
An. Peç./Serpentes								
An. Peç./Aranhas								
An. Peç./Escorpiões								
Outros an. Peç./ven.								
Animais não Peç.								
Desconhecido								
Outro								
Total								

Observações:

(*) A Tabela 7 deverá ser preenchida especificando cada caso de óbito por agente envolvido segundo circunstância, faixa etária e sexo

Preenchido por

Data

Assinatura

Centro:

Trimestre:

Ano:

Tabela 7. Óbitos Registrado segundo Agente Tóxico, Circunstância, Faixa Etária e Sexo.

Agente	1			2			3			4			5		
	Circuns- tância	Faixa Etária	Sexo												
Medicamentos															
Agrot./Uso Agrícola															
Agrot./Uso Doméstico															
Prod. Veterinários															
Raticidas															
Domissanitários															
Cosméticos															
Prod. Quím. Ind.															
Metais															
Drogas de Abuso															
Plantas															
Alimentos															
An. Peç./Serpentes															
An. Peç./Aranhas															
An. Peç./Escorpiões															
Outros an. peç./vem.															
Animais não Peç.															
Desconhecido															
Outro															
T o t a l															

Legenda:

Circunstância: AI=Acidente Individual; AC=Acidente Coletivo; AA=Acidente Ambiental; AO=Ocupacional; UT=Uso Terapêutico; PI=Precrição Médica Inadequada; EA=Erro de Administração; AM=Auto Medicação; AS=Abstnência; AB=Abuso; IA=Ingestão de Alimentos; TS=Tentativa de Suicídio; TA=Tentativa de Aborto; VH=Violência/Homicídio; IG=Ignorada e OT=Outra.

Faixa Etária: A=<01; B=01-04; C=05-09; D=10-14; E=15-19; F=20-29; G=30-39; H=40-49; I=50-59; J=60-69; K=70-79; L=80E+ e IG=Ignorada.

Sexo: M=Masculino; F=Feminino e IG=Ignorada.

Nota: Caso a ocorrência de óbitos ultrapasse 7 (sete) casos do mesmo agente, deverá ser utilizada outra tabela idêntica.

Observações:

Preenchido por	Data	Assinatura
-----------------------	-------------	-------------------

ANEXO V

Quadro 3. Resultado do estudo de caso.

Caso 1. M.P., 5 anos de idade, masculino. Mãe da criança deu creolina para ele tomar como vermífugo.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Domissanitários	17	70,8
Produtos químicos industriais	3	12,5
Produtos veterinários	3	12,5
Outro	1	4,2
Circunstância		
Acidente individual	1	4,2
Uso terapêutico	1	4,2
Auto medicação	1	4,2
Violência / homicídio	1	4,2
Uso indevido	20	83,3
Via		
Oral	24	100,0
Caso 2. D. M., 1 ano e 4 meses de idade, masculino, 11 Kg. A criança foi encontrada pela mãe no momento em que colocava óleo de freio (carro) na boca. Ela acredita que a quantidade tenha sido pequena.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Produtos químicos industriais	22	91,7
Outro	1	4,2
Desconhecido	1	4,2
Circunstância		
Acidente individual	24	100,0
Via		
Oral	23	95,8
Oral - Cutânea	1	4,2
Caso 3. J. M., 17 anos de idade, feminino, 55 Kg. Paciente ingeriu em tentativa de suicídio 10 comprimidos de Neosaldina mais quantidade ignorada de álcool (etanol). Chega ao Pronto Socorro sonolenta e embriagada. Sinais Vitais estáveis.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Medicamentos - domissanitários	4	16,7
Medicamentos	9	37,5
Produtos químicos industriais	1	4,2
Medicamentos - drogas de abuso	9	37,5
Drogas de abuso	1	4,2
Circunstância		
Tentativa de suicídio	23	95,8
Abuso - Tentativa de suicídio	1	4,2
Via		
Oral	24	100,0

Caso 4. T. G., 5 anos de idade, feminino, 13 Kg. Mãe aplicou na cabeça da criança produto a base de deltametrina e deixou por 30 min (indicado 10 min). A criança começou a apresentar vômitos.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Medicamentos	16	66,7
Agrotóxicos/uso doméstico	5	20,8
Produtos veterinários	1	4,2
Domissanitários	1	4,2
Metais	1	4,2
Circunstância		
Acidente individual	2	8,3
Prescrição médica inadequada	1	4,2
Erro de administração	18	75,0
Auto medicação	1	4,2
Uso indevido	2	8,3
Via		
Oral	2	8,3
Cutânea	20	83,3
Respiratória	1	4,2
Outra	1	4,2
Caso 5. M.C.S., 1 ano de idade, feminino, 10 Kg. Mãe da criança deu, por conta própria, 20 gotas (aproximadamente 1 mL) de Tylenol gotas (Acetaminofen 200 mg/mL). Menina passou a apresentar quadro de intoxicação leve.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Medicamentos	24	100,0
Circunstância		
Erro de administração	6	25,0
Auto medicação	14	58,3
Uso indevido	3	12,5
Outra	1	4,2
Via		
Oral	24	100,0

Caso 6. R. Z., 37 anos de idade, feminino. Paciente agricultor ingeriu melão de uma plantação que foi aplicado DECIS 25 CE (Pesticida Agrícola Piretróide). Iniciou com quadro de diarreia, dor abdominal e febre.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Agrotóxicos/uso agrícola	21	87,5
Alimentos	2	8,3
Agrotóxicos/uso agrícola - alimentos	1	4,2
Circunstância		
Acidente individual	6	25,0
Acidente ambiental	1	4,2
Ingestão de alimentos	16	66,7
Ocupacional	1	4,2
Via		
Oral	24	100,0
Caso 7. M. M., 44 anos de idade, feminino, 70 Kg. A paciente ingeriu 20 gotas de acetona pensando ser água de melissa. Está apresentando queimação no estômago.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Domissanitários	3	12,5
Cosméticos	15	62,5
Produtos químicos industriais	6	25,0
Circunstância		
Acidente individual	23	95,8
Auto medicação	1	4,2
Via		
Oral	24	100,0
Caso 8. Recém-nascido, 2,8 Kg, masculino. A mãe do recém-nascido é usuária crônica de cocaína, a criança apresenta síndrome de abstinência.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Drogas de abuso	24	100,0
Circunstância		
Acidente Coletivo	1	4,2
Abstinência	19	79,2
Abuso	1	4,2
Auto medicação	1	4,2
Outra	2	8,3
Via		
Oral	1	4,2
Parenteral	3	12,5
Parenteral - nasal	1	4,2
Outra	19	79,2
Caso 9. W.T., 52 anos de idade, feminino. Paciente fez chá à base ARRUDA. Passou a apresentar diarreia e vômitos.		

CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Medicamentos	1	4,2
Plantas	22	91,7
*	1	4,2
Circunstância		
Acidente individual	2	8,3
Acidente coletivo	1	4,2
Uso terapêutico	6	25,0
Auto medicação	5	20,8
Ingestão alimentos	1	4,2
Uso indevido	5	20,8
Outra	1	4,2
Ignorada	2	8,3
*	1	4,2
Via		
Oral	22	91,7
Ignorada	1	4,2
*	1	4,2
* Não considerado intoxicação		
Caso 10. R.M., 4 anos de idade, masculino. Menino ingeriu uma pilha de bateria para relógio.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Domissanitários	2	8,3
Produtos químicos industriais	7	29,2
Produtos químicos industriais - metais	1	4,2
Metais	11	45,8
Outro	3	12,5
Circunstância		
Acidente individual	24	100,0
Via		
Oral	24	100,0

Caso 11. T.P., 25 anos de idade, masculino. Foi tomar água na mangueira do jardim e engoliu um filhote de cobra. Achou outros filhotes dentro da mangueira. Identificados pelo pessoal do Centro de Intoxicações como filhote de Cruzeiro (Bothrops).		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Animais Peçonhentos/serpentes	22	91,7
Outro	2	8,3
Circunstância		
Acidente individual	21	87,5
Acidente ambiental	3	12,5
Via		
Oral	20	83,3
Mordedura/picada	2	8,3
Oral - mordedura/picada	1	4,2
Outra	1	4,2
Caso 12. L.C.Q., 19 anos de idade, feminino. Paciente ingeriu numa festa, um coquetel de cocaína + álcool + Mioflex.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Medicamentos	1	4,2
Drogas de abuso	9	37,5
Medicamentos - drogas de abuso	13	54,2
Produtos químicos industriais - drogas de abuso	1	4,2
Circunstância		
Abuso	21	87,5
Violência/homicídio	1	4,2
Uso indevido	2	8,3
Via		
Oral	23	95,8
Oral - nasal	1	4,2

Caso 13. J.L.M., 19 anos de idade, masculino. Viciado em cola de sapateiro, trabalhador de indústria de calçados foi encontrado desacordado junto a seu posto de trabalho.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Produtos químicos industriais	15	62,5
Drogas de abuso	7	29,2
Outro	1	4,2
Ignorado	1	4,2
Circunstância		
Ocupacional	3	12,5
Abuso	14	58,3
Ocupacional - abuso	2	8,3
Uso indevido	2	8,3
Ignorada	3	12,5
Via		
Respiratória	22	91,7
Ignorada	2	8,3
Caso 14. EP., 35 anos de idade, masculino. Acometido de doença reumática em seu cotovelo esquerdo, vai a curandeiro e se deixa ser picado por 50 abelhas no mesmo cotovelo, após apresentou choque choque sendo levado ao Hospital de Pronto Socorro onde foi medicado e liberado.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Outros animais peçonhentos/venenosos	21	87,5
Animais não peçonhentos	3	12,5
Circunstância		
Acidente individual	3	12,5
Uso terapêutico	3	12,5
Auto medicação	3	12,5
Violência/homicídio	1	4,2
Uso indevido	9	37,5
Uso terapêutico - uso indevido	1	4,2
Outra	4	16,7
Via		
Cutânea	7	29,2
Parenteral	1	4,2
Mordedura/picada	16	66,7

Caso 15. M.J.G., 38 anos de idade, feminino. Passou creme esfoliante na pele do rosto como tratamento anti-rugas indicado por amiga. Apresenta edema, eritema e ardência na área que utilizou o produto.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Medicamentos	3	12,5
Cosméticos	19	79,2
Domissanitários	2	8,3
Circunstância		
Acidente individual	3	12,5
Uso terapêutico	5	20,8
Auto medicação	7	29,2
Uso indevido	3	12,5
Uso terapêutico - auto medicação	1	4,2
Outra	5	20,8
Via		
Cutânea	24	100,0
Caso 16. M.P., 16 anos de idade, feminino. Tomou durante 28 dias suco de limão puro, começando com 1 limão no 1º dia até chegar a 14 limões até chegar a 1 limão no 28º dia, como tratamento anti obesidade indicado por um frei (curandeiro) de sua cidade. Apresenta dor em queimação no estômago e várias aftas na cavidade oral.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Plantas	4	16,7
Alimentos	19	79,2
Outro	1	4,2
Circunstância		
Uso terapêutico	2	8,3
Auto medicação	3	12,5
Ingestão de alimentos	3	12,5
Uso indevido	15	62,5
Outra	1	4,2
Via		
Oral	24	100,0

Caso 17. M.J.S., 49 anos de idade, feminino. A solicitante foi comprar um colírio com receita médica. Recebeu a informação do balconista que teria um outro “similar” mais barato. Apresentou forte reação ao medicamento, comprometendo sua visão.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico Medicamentos	24	100,0
Circunstância Acidente individual Uso terapêutico Erro administração Auto medicação Outra	1 5 2 6 10	4,2 20,8 8,3 25,0 41,7
Via Nasal Ocular	1 23	4,2 95,8
Caso 18. S.S., 52 anos de idade, feminino. Doméstica tomou de uma garrafa de álcool usado na limpeza da casa, pensando que era água.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico Domissanitários Produtos químicos industriais Drogas de abuso Alimentos	19 1 3 1	79,2 4,2 12,5 4,2
Circunstância Acidente individual Ocupacional Abuso Ocupacional - abuso Acidente individual - ocupacional	18 2 2 1 1	75,0 8,3 8,3 4,2 4,2
Via Oral	24	100,0
Caso 19. T.G. 17 anos de idade, feminino. Paciente grávida de 3 meses, filha de pescador, leu no jornal de que o peixe “Baiacu” poderia matar. Pegou um peixe (Baiacu) e fez um prato para comer.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico Alimentos Outros animais peçonhentos/venenosos	7 17	29,2 70,8
Circunstância Tentativa suicídio Tentativa aborto Uso indevido	22 1 1	91,7 4,2 4,2
Via Oral	24	100,0

Caso 20. F.L.S.,40 anos de idade, masculino. A vítima passou chumbinho no corpo com o objetivo de matar sarnas.		
CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DE CENTROS	%
Agente Tóxico		
Agrotóxico/uso agrícola	15	62,5
Agrotóxico/uso doméstico	3	12,5
Raticidas	6	25,0
Circunstância		
Acidente individual	1	4,2
Uso terapêutico	1	4,2
Auto medicação	3	12,5
Uso indevido	19	79,2
Via		
Oral	1	4,2
Cutânea	23	95,8
Total de casos analisados: 20		