



RESOLUÇÃO SESA nº 094/2013

(Publicada no Diário Oficial do Estado nº 8897, de 14/02/13)

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 90 da Constituição Estadual do Paraná e pelo Código de Saúde do Paraná, conforme Lei nº 13.331, de 23 de novembro de 2001 e Decreto nº 5.711, de 23 de maio de 2002 e no cumprimento das disposições da Lei Federal nº 7.802, de 11 de julho de 1989, do Art. 71 do Decreto Federal nº 4.074, de 04 de janeiro de 2002, da Lei Estadual nº 7.827, de 29 de dezembro de 1983 e do Art.15 do Decreto Estadual nº 3.876, de 20 de setembro de 1984, e

- considerando que os profissionais da saúde no Brasil carecem de instrumentos clínicos no campo da Toxicologia que orientem o diagnóstico das intoxicações crônicas dos trabalhadores expostos ambientalmente e ocupacionalmente a substâncias químicas reconhecidamente tóxicas e o estabelecimento da relação com o trabalho e/ou o ambiente;
- considerando a necessidade de estabelecer instrumentos facilitadores para a vigilância à saúde de populações expostas a agrotóxicos, com orientações para diagnóstico, tratamento, notificação, reabilitação, prevenção e ações de vigilância sanitária e epidemiológica das intoxicações,

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir, na forma do Anexo I desta Resolução, o Protocolo de Avaliação das Intoxicações Crônicas por Agrotóxicos.

Art. 2º - O protocolo é constituído por:

1- Ficha de Exposição Ocupacional e Ambiental, com informações sobre moradia, caracterização do contato com os agrotóxicos (nomes dos produtos, tempo de exposição, descrição da atividade geradora da exposição, intoxicações pregressas);

2 - Ficha de Avaliação Clínica/Anamnese, sobre história clínica atual e pregressa, hábitos de vida, história familiar, vida sexual e reprodutiva;



3- Ficha de Avaliação Clínica/Exame Físico, com ênfase no exame neurológico: funções sensoriais, movimentos, força muscular, sensibilidade, coordenação, tônus muscular e sinais de irritação radicular e meníngea, palpação de nervos periféricos, reflexos.

Exames Complementares:

Hemograma completo, com contagem de reticulócitos;

Bioquímicos: uréia, creatinina, proteínas totais e frações; bilirrubinas totais e frações; fosfatase alcalina; TGO; TGP; GAMA-GT; TSH, glicemia de jejum, Colesterol total e frações, triglicérides, VRDL;

Dosagem de colinesterase plasmática;

Dosagem de acetilcolinesterase verdadeira.

4- Questionário Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), um questionário padronizado pela Organização Mundial de Saúde para avaliação de saúde mental.

Outros exames importantes:

Avaliação audiométrica – ototoxicidade.

Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 08 de fevereiro de 2013.

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

*** Este Texto não substitui o publicado no Diário Oficial**



ANEXO I DA RESOLUÇÃO SESA Nº 094/2013



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

PROTÓCOLO DE AVALIAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES CRÔNICAS A AGROTÓXICOS

1 - FICHA DE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL E AMBIENTAL

I - Identificação		
a) Nome:	b) Prontuário:	
c) Data de Nascimento:	d) Sexo: () Masculino () Feminino	
e) Nome da mãe:	f) Raça:	
g) Endereço:		
h) Bairro:	i) Município	
j) Ponto de referência:	k) Zona Rural () Sim () Não	
l) Telefone ()	m) Celular: ()	
II - Se criança/adolescente (de 6 a 18 anos), atividade(s) que realiza:		
a) atividade escolar exclusivamente ()	d) combinação de trabalho produtivo e estudo ()	
b) trabalho produtivo na unidade familiar ()	e) não estuda ()	
c) trabalho produtivo extrafamiliar remunerado ()		
III - Se gestante:		
a) 1º trimestre ()	b) 2º trimestre ()	c) 3º trimestre ()
d) Idade gestacional desconhecida ()		
IV - Escolaridade:		
V - Ocupação:		
VI - Situação no Mercado de Trabalho:		
a) Empregado registrado com carteira assinada ()	e) Servidor público celetista ()	j) Trabalhador avulso ()
b) Empregado não registrado ()	f) Aposentado ()	k) Empregador ()
c) Autônomo / conta própria ()	g) Desempregado ()	l) Ignorado ()
d) Servidor público estatutário ()	h) Trabalho Temporário ()	m) Outros:
i) Cooperativado ()		
VII - Ramo da atividade do trabalho atual:		
VIII - É segurado do INSS: () sim () não		
IX - Renda Familiar:		
		a) nº pessoas na família:

X. Caracterização do contato

a) Atualmente tem contato com agrotóxico? () Sim () Não	
b) Se sim, o contato se dá: () Pelo trabalho () Pela contaminação ambiental	
c) Tempo de exposição: dias () meses () anos ()	d) Data do último contato com agrotóxico:
e) Nome dos agrotóxicos que tem contato:	
f) Local de compra dos agrotóxicos:	
g) Atividade na qual ocorre o contato:	
1. Agricultura ()	5. Serviço público / Agente de endemias ()
2. Pecuária ()	6. Uso doméstico ()
3. Indústria ()	7. Outros setores/ circunstâncias:
4. Serviço de desinsetização ()	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

h) Formas de contato, considerando a ocupação atual:	
1. Preparo do produto ()	10. Limpeza da roupa ()
2. Diluição ()	11. Carga/ descarga ()
3. Tratamento de sementes ()	12. Transporte ()
4. Aplicação do produto (pulverização/imersão) ()	13. Controle/ expedição ()
5. Colheita ()	14. Produção e/ou formulação de agrotóxicos ()
6. Supervisão na aplicação ()	15. Contaminação ambiental ()
7. Armazenamento dos produtos ()	16. Outras formas:
8. Descarte da embalagem ()	
9. Limpeza/ manutenção do equipamento ()	
i) Utiliza equipamentos de proteção individual (EPI's)? Sim () Não (). Se sim, quais?	
1. Luvas ()	4. Macacão ()
2. Botas ()	5. Óculos ()
3. Máscara ()	6. Outros, quais?
j) Intoxicações progressas por agrotóxicos? () Sim () Não	
k) Quantas vezes já se intoxicou? vezes	
l) Quais sintomas apresentou?	
1. Gastrointestinais ()	5. Alteração respiratória ()
2. Alteração de sensorio / neurológica ()	6. Não lembra ()
3. Alteração de pele ()	7. Outros, quais?
4. Alteração cardiovascular ()	
m) Local onde foi atendido?	
1. Hospital ()	4. Consultório Particular ()
2. Unidade de Saúde ()	5. Não procurou atendimento de saúde ()
3. Centro de Urgência e Emergência ()	

XI. História Ocupacional Progressa

a) Teve contato no passado com agrotóxico? () Sim () Não
b) Se sim, o contato se deu: () Pelo trabalho () Pela contaminação ambiental
c) Nome dos agrotóxicos que teve contato:
d) Atividade na qual ocorreu o contato:
e) Formas de contato, considerando ocupações anteriores:

Avaliador	Data
Assinatura	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

h) O paciente percebe relação entre o horário dos seus sintomas e o seu horário de trabalho? () Sim () Não
i) Existe alguém no trabalho do paciente que apresenta sintomas/problemas iguais ou similares aos dele? () Sim () Não
j) Existe algum familiar ou vizinho que apresenta sintomas/problemas iguais ou similares aos dele? () Sim () Não
k) Tem conhecimento de tentativa de suicídio ou suicídio na comunidade, família ou trabalho? () Sim () Não

III. Hábitos de Vida

a) Tabagista: () Sim () Não	l) Consome álcool há quantos anos:
b) Se sim, fuma cigarro industrializado () Sim () Não	m) Ex-etilista: () Sim () Não
c) Número de cigarros por dia:	n) Quantidade (por dia/ semana):
d) Há quantos anos:	o) Etilista por quanto tempo:
e) Ex-tabagista: () Sim () Não	p) Parou de beber há:
f) Número de cigarros por dia	q) Dependência química () Sim () Não
g) Durante quantos anos:	r) Tipo:
h) Interrompeu quanto tempo:	s) O que você faz quando não está trabalhando?
i) Consumo de álcool? () Sim () Não	
j) Quantidade (por dia/ semana):	
k) Frequência (por dia/ semana):	

IV - Vida sexual e reprodutiva feminina

a) Menstrua? () Sim () Não () Não informado.	b) Menarca: anos	c) D.U.M.:
d) Dificuldade para engravidar? () Sim () Não () Não se aplica		
e) N° de gestações	f) N° de partos	g) N° de abortos
h) Filho c/ malformação congênita? () Sim () Não () Não informado.		
i) Quantos?		
j) Quais malformações?		
k) Filho c/ alterações no desenvolvimento neuropsicomotor ou distúrbios comportamentais? () Sim () Não () Não informado.	l) Quantos?	
m) Quais alterações?		

V - Vida sexual e reprodutiva masculina

a) Tem filhos biológicos? () Sim () Não () Não informado	
b) Se não, porquê?	
c) Disfunção erétil? () Sim () Não () Não informado	
d) Filho c/ malformação congênita? () Sim () Não () Não informado.	
e) Quantos?	
f) Quais malformações?	
g) Filho c/ alterações no desenvolvimento neuropsicomotor ou distúrbios comportamentais? () Sim () Não () Não informado.	h) Quantos?
i) Quais alterações?	

Avaliador	Data
Assinatura	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA EM SAUDE
CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES CRÔNICAS POR AGROTOXICOS

3- FICHAS DE AVALIAÇÃO CLÍNICA / EXAME FÍSICO

I – IDENTIFICAÇÃO:

a) Nome do paciente:	b) Idade:
c) Nome da mãe:	
d) Telefone:	e) Prontuário:

II – HISTORIA PREGRESSA:

a) HAS	() Sim	() Não	k) Hantavirose	() Sim	() Não
b) DM	() Sim	() Não	l) Toxoplasmose	() Sim	() Não
c) Epilepsia	() Sim	() Não	m) Hipotireoidismo	() Sim	() Não
d) Depressão	() Sim	() Não	n) Hipertireoidismo	() Sim	() Não
e) Ansiedade	() Sim	() Não	o) Trauma	() Sim	() Não
f) Outro Transtorno mental	() Sim	() Não	p) Cirurgia	() Sim	() Não
g) Qual?			- Qual?		
h) Outra Doença neurológica	() Sim	() Não	q) Câncer	() Sim	() Não
- Qual?			- Qual?		
i) Doenças cardíacas	() Sim	() Não	r) Alergia	() Sim	() Não
- Qual?			- Qual?		
j) Leptospirose	() Sim	() Não	s) Outras, quais?		

III – HISTORIA FAMILIAR:

a) Pai
b) Mãe
c) Avós
d) Irmãos
e) Filhos

IV ANAMNESE ESPONTÂNEA:



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA EM SAUDE
CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

V - INSPEÇÃO GERAL - DADOS VITAIS:

a) PA:	d) Temperatura:	g) FC:
b) Pulso:	e) FR:	h) IMC:
c) Altura:	f) Peso:	

i) Estado Geral: () Bom () Regular () Ruim () Normocorado () Hipocorado () Normohidratado () Desidratado Observações:
j) Pele e Mucosas:
k) Tórax
l) Precórdio
m) Abdome
n) Edema: () Ausente () Presente
o) Outros

VI - EXAME NEUROLÓGICO

Pares cranianos

	Direito	Esquerdo	Legenda
Campo Visual			0 = Normal; 1 = Quadrantopsia; 2 = Hemianopsia
Motricidade ocular			0 = Normal; 1 = Alterada
Nistagmo			0 = Ausente; 1 = Ao movimento; 2 = Em repouso
Audição (Webber)			0 = Normal; 1 = Alterado
Motricidade facial			0 = Normal; 1 = Alterada
Sensibilidade facial			0 = Normal; 1 = Hipoestesia leve; 2 = Hipoestesia moderada; 3 = Hipoestesia grave; 4 = Anestesia



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA EM SAUDE
CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

Tremores e tiques

Tremor: () Ausente () Postural () Repouso () Intenção () Antigravitacional
Tiques: () Ausente () Presente - Qualificar:

Força Muscular

	Mão	Antebraço	Braço	Ombro	Pé	Perna	Coxa
Direito							
Esquerdo							

Legenda: 0 = Normal; 1 = Paresia leve; 2 = Paresia moderada; 3 = Paresia grave; 4 = Plegia

Sensibilidade

	Mão	Antebraço	Braço	Ombro	Pé	Perna	Coxa
Direito							
Esquerdo							

Legenda: 0 = Normal; 1 = Hipoestesia leve; 2 = Hipoestesia moderada; 3 = Hipoestesia grave; 4 = Anestesia

Coordenação

	Com os olhos abertos		Com os olhos fechados	
	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Dedo-nariz-dedo				
Calcanhar-tíbia-joelho				

Legenda: 0 = Normal; 1 = Alterada

Tônus Muscular

	Membro Sup. D.	Membro Sup. E.	Membro Inf. D.	Membro Inf. E.
Tônus				

Se alterado, caracterizar: () Hipotonia () Hipertonia () Roda denteada () Plástica () Espasmos
() Lasegue () Rigidez de nuca () Kernig () Brudzinski

Observação: confirmar Lasegue deitado com teste de Bragard

Reflexos

	Bicipital	Tricipital	Patelar	Babinski	Abdominal
Direito					
Esquerdo					

Legenda: 0 = Normal; 1 = Hiporreflexia; 2 = Hiperreflexia; 3 = Clonus



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA EM SAUDE
CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Marcha e movimentos

Marcha: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Marcha alterada
Se alterada: <input type="checkbox"/> Coreia <input type="checkbox"/> Atetose <input type="checkbox"/> Mioclonia <input type="checkbox"/> Balismo <input type="checkbox"/> Distonia

Equilíbrio

Romberg:

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

EXAME	RESULTADOS
Hemograma completo, com contagem de reticulócitos	
Ureia	
Creatinina	
Proteínas totais e frações	
Bilirubinas totais e frações	
Fosfatase alcalina	
TGO	
TGP	
GAMA-GT	
TSH	
Glicemia de jejum	
Colesterol total e frações	
Triglicerídeos	
VRDL	
Dosagem de colinesterase plasmática	
Dosagem de acetilcolinesterase verdadeira	

AValiação AUDIOLÓGICA

EXAME	RESULTADOS
Audiometria Tonal	
Imitanciométria	
Emissão Otoacústica	
Potencial Evocado Auditivo de Troncoencefálico (PEATE)	
Processamento Auditivo Central	



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA EM SAUDE
CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

Hipóteses diagnósticas:
1.
2.
3.
4.
Encaminhamentos:
Conclusões

OBS: CASO NÃO TENHA SIDO NOTIFICADO NO SINAN, FAZER A NOTIFICAÇÃO

Avaliador	Data
Assinatura	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Projeto: Investigação dos Processos de Contaminantes Químicos e seus Impactos na Saúde da População e Trabalhadores Expostos no Paraná

4- QUESTIONÁRIO SRQ-20

(Esta ficha pode ser aplicada por qualquer profissional da saúde de nível superior)

A seguir serão feitas algumas perguntas sobre assuntos mais pessoais. Procure fazer as perguntas com calma e segurança. Se necessário, leia novamente a pergunta.

Questões	Sim	Não
1. Você tem dores de cabeça frequentes?	()	()
2. Você tem falta de apetite?	()	()
3. Você dorme mal?	()	()
4. Você se assusta com facilidade?	()	()
5. Você tem tremores nas mãos?	()	()
6. Você se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	()	()
7. Você tem má digestão?	()	()
8. Você sente que suas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?	()	()
9. Você tem se sentido triste ultimamente?	()	()
10. Você tem chorado mais do que de costume?	()	()
11. Você tem dificuldade para sentir prazer nas suas atividades diárias?	()	()
12. Você tem dificuldade de tomar decisões?	()	()
13. Você acha que seu trabalho é penoso e lhe causa sofrimento?	()	()
14. Você se acha incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	()	()
15. Você tem perdido o interesse pelas coisas?	()	()
16. Você se sente uma pessoa sem valor?	()	()
17. Alguma vez você pensou em acabar com sua vida?	()	()
18. Você se sente cansado o tempo todo?	()	()
19. Você sente alguma coisa desagradável no estômago?	()	()
20. Você se cansa com facilidade?	()	()

Somatório do SRQ-20 (Cada "sim" corresponde a 1 ponto): _____

Avaliador	Data
Assinatura	
Nº no projeto:	