

ANEXO I DA RESOLUÇÃO SESA Nº 094/2013



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

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES CRÔNICAS A AGROTOXICOS

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 ()	



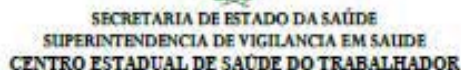
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

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 sensório / 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	



2 - FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA/ ANAMNESE

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

a) Está com algum problema de saúde? () Sim () Não

b) Se sim, qual?

c) Uso de medicamentos: () Sim () Não

d) Quais?

e) Sintomas neuropsiquiátricos	f) Outros sintomas
1-Cefaleia () Sim () Não	19-Salivação () Sim () Não
2-Tontura () Sim () Não	20-Náusea / Vômito () Sim () Não
3-Diminuição da memória () Sim () Não	21-Inapetência () Sim () Não
4-Iritabilidade () Sim () Não	22-Incontinência urinária () Sim () Não
5-Alteração do sono () Sim () Não	23-Incontinência fecal () Sim () Não
6-Parestesia / MMSS () Sim () Não	24-Epigastria () Sim () Não
7-Parestesia / MMII () Sim () Não	25-Diminuição da acuidade visual () Sim () Não
8-Visão turva () Sim () Não	26-Sangramentos () Sim () Não
9-Confusão mental () Sim () Não	27-Irritação da pele () Sim () Não
10-Fotofobia () Sim () Não	28-Irritação mucosas () Sim () Não
11-Fraqueza Muscular () Sim () Não	29-Alteração na vida sexual () Sim () Não
12-Cansaço fácil nas pernas () Sim () Não	30-Taquicardia () Sim () Não
13-Câimbras () Sim () Não	31-Palpitação () Sim () Não
14-Zumbido () Sim () Não	32-Sudorese () Sim () Não
15-Alteração do humor () Sim () Não	33-Dispneia () Sim () Não
16-Dificuldade da concentração () Sim () Não	34-Chiado torácico () Sim () Não
17-Dificuldade de raciocínio () Sim () Não	35-Tosse () Sim () Não
18 - Tremores () Sim () Não	36- Outros:

g) Em caso de algum dado positivo, caracterizar o sintoma quanto à época de surgimento, em que situações aparecem, fatores de piora e de melhora, se são constantes ou cíclicos, uso de medicamentos, consultas médicas, exames, etc.



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 () outro ()	
c) Número de cigarros por dia:	m) Ex-etilista: () Sim () Não
d) Há quantos anos:	n) Quantidade (por dia/ semana):
e) Ex-tabagista: () Sim () Não	o) Etilista por quanto tempo:
f) Número de cigarros por dia	p) Parou de beber há:
g) Durante quantos anos:	q) Dependência química () Sim () Não
h) Interrompeu quanto tempo:	r) Tipo:
i) Consumo de álcool? () Sim () Não	s) O que você faz quando não está trabalhando?
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 SAÚDE
CENTRO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES CRÔNICAS POR AGROTÓXICOS

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-jelho				
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 <i>Observação: confirmar Lasegue deitado com teste de Bragard</i>				

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: ☐ Normal ☐ Marcha alterada

Se alterada: ☐ Coreia ☐ Atetose ☐ Mioclonia ☐ Balismo ☐ 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	
Imitanciometria	
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 freqüentes?	()	()
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:	