

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO NÚCLEO DE SAÚDE DO TRABALHADOR - NUST/CST/FIOCRUZ: UMA PROPOSTA PARA O “GERENCIADOR DE SAÚDE DO TRABALHADOR” – GST.

Por

Denyelle Santos Magno

Projeto apresentado ao Instituto de
Comunicação e Informação Científica e
tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo
Cruz como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Informação Científica
e Tecnológica em Saúde

Orientadores: Maria Cristina Soares
Guimaraes e Ruy Casale

Rio de Janeiro, dezembro 2017.

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE

GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO NÚCLEO DE SAÚDE DO TRABALHADOR - NUST/CST/FIOCRUZ: UMA PROPOSTA PARA O “GERENCIADOR DE SAÚDE DO TRABALHADOR” – GST

por

DENYELLE SANTOS MAGNO

Fundação Oswaldo Cruz

Projeto apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

Orientadores:

Maria Cristina Soares Guimaraes
Ruy Casale

Rio de Janeiro, dezembro de 2017.

“Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser tudo em minha vida, autor de minha existência, consumidor de minha fé, meu guia, meu socorro bem sempre presente, ao meu pai Helio Luiz, minha mãe Maria José e ao meu amado marido Herbeth pessoas de suma importância em minha vida.”

AGRADECIMENTOS

A Deus, por seu amor incondicional, por sua bondosa proteção e cuidados, por sempre iluminar os meus passos, por ser meu auxílio e meu ajudador em todos os momentos de minha vida, a minha eterna adoração e gratidão.

Aos meus pais, Helio Luiz e Maria José, pelos valores a mim ensinados, os quais me fizeram ser a pessoa que sou hoje, pelos esforços incondicionais.

Ao meu amor Herbeth, por ser meu fiel companheiro e cúmplice, por estar sempre ao meu lado, pelas inúmeras horas de dedicação, por toda paciência empregada em meus momentos de fraqueza e angustia, pelo incentivo e apoio constante para a elaboração e realização deste projeto e por preencher minha vida com amor e felicidade.

Aos meus orientadores: Cristina Guimarães e Ruy Cassale, pela confiança, comprometimento e por suas valiosas orientações e ideias.

A minha chefia: Sônia Gertner e Attatianna Miranda, pela confiança, incentivo, carinho, atenção e por toda paciência a mim dedicados.

A Mariana Moreira por todo companheirismo vivido ao longo desse caminho sem você não teria sido possível.

A Cristiane Matos pela ajuda na secretaria do Nust.

Aos novos amigos que fiz no ICTS, jamais esquecerei vocês, em especial a Diego e Melina por todo carinho e assistência.

A todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram comigo para a execução deste projeto o meu muito obrigado, que Deus abençoe e recompense a cada um segundo sua medida.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo principal propor a modernização do Gerenciador de Saúde do Trabalhador - GST, visando à melhoria do fluxo do processo de atendimento dos exames ocupacionais do Núcleo de Saúde do trabalhador - Nust/CST/Cogepe/Fiocruz. O desenvolvimento deste trabalho se deu por meio da identificação e análise dos gargalos no processo de trabalho diário do núcleo. Como proposta metodológica foi utilizada uma técnica chamada de *Brown Paper*, que permite fazer o mapeamento das cinco atividades relacionadas aos fluxos de dados que gerenciam os exames ocupacionais, descrevendo assim os pontos críticos para futuras soluções. Os resultados encontrados apontam para uma necessária e urgente modernização da ferramenta já existente intitulada de: Gerenciador da Saúde do Trabalhador - “GST”, juntamente com algumas sugestões para o melhoramento do processo dos exames ocupacionais, servindo assim para ser um futuro facilitador e norteador em todo o serviço da secretaria do Nust. A importância deste tema se expressa pela relevância da Saúde do Trabalhador, campo em constante construção, para a atenção e cuidado da Fiocruz com todos os seus trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE: Exame Ocupacional, Fluxos, GST, Mapeamento, Nust.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	04
RESUMO.....	05
INTRODUÇÃO.....	07
JUSTIFICATIVA.....	10
REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
OBJETIVOS.....	34
METODOLOGIA.....	35
RESULTADOS ESPERADOS.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS CONSULTADAS.....	46
CRONOGRAMA.....	49
ORÇAMENTO.....	50
APÊNDICE.....	51-55
ANEXOS.....	56-122

INTRODUÇÃO

“Se quisermos fazer uso integral de toda a informação gerada por uma organização, nossas perspectivas e nossas ações precisam mudar drasticamente”. (Davenport, Thomas H. 1998, p.120)

É amplamente reconhecido o papel central da informação para o sucesso das ações de saúde do trabalhador no Programa Fiocruz Saudável, dado o papel integrador de atores e processos, com potencial de produzir um quadro elucidativo do perfil de saúde dos trabalhadores, proporcionando a orientação de estratégias de promoção de saúde e conferindo transparência e credibilidade ao Programa. De fato, no modelo integrado proposto pela Fundação, tem como um de seus princípios “a sistematização das informações (sic) visando à comunicação e gestão fundamentada em avaliações técnicas para adequações permanentes e sistemáticas do modelo.” (Fiocruz. Sistema Integral de Saúde do Trabalhador (SIST). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2007).

Este trabalho se debruçou sobre os fluxos de dados que fundamentam a organização do sistema de gestão do Núcleo de Saúde do Trabalhador, da Coordenação de Saúde do Trabalhador, da Coordenação Geral de Pessoas, da Fundação Oswaldo Cruz - Nust/CST/Cogepe/Fiocruz, o Gerenciador de Saúde do Trabalhador - GST, dispositivo tecnológico central que deveria acolher e sintetizar os dados oriundos dos diferentes registros das atividades relacionadas ao Programa, àqueles produzidos, recebidos e encaminhados pelo Nust para seus clientes internos e externos, seja: no registro do atendimento médico, no simples preenchimento manuscrito ou digitação de formulários ou até mesmo na devolutiva dos relatórios finais para as unidades técnico-científicas da Fiocruz que participaram do processo dos exames ocupacionais em saúde.

Trata-se, portanto, de um projeto situado no âmbito de estratégias para mapeamento de processos. A gestão e otimização de processos é um conjunto de ferramentas e ações que potencializam os recursos humanos, materiais, tecnológicos e de infraestrutura utilizados por uma organização. O objetivo é promover o funcionamento adequado desta estrutura para que se possam atingir os objetivos de planejamento, eliminando aquilo que for inadequado e incrementando aquilo que for adequado.

A importância do mapeamento de processos é similar ao conhecimento do funcionamento da empresa de forma realista. É uma ferramenta gerencial analítica de comunicação, que tem a intenção de ajudar a melhorar os processos existentes ou de implantar uma nova estrutura voltada para processos. A sua análise estruturada permite, dentre outros pontos, a redução nas falhas de integração entre sistemas e a melhora do desempenho da organização, além de ser uma abordagem potente para possibilitar o melhor entendimento dos processos atuais e eliminar ou simplificar aqueles que necessitam de mudanças. (Kwami Samora Alfama Correia e Dagoberto Alves de Almeida, 2002).

Para otimizar processos é fundamental utilizar ferramentas apropriadas para agilizar e garantir o sucesso do trabalho. A técnica do *Brown Paper* é uma representação ilustrada de um processo, que detalha as entradas, fases e interfaces, pontos de decisão e fontes de informação, e propõe oferecer uma visão instantânea, uma figura ou fotografia real do processo (MOULTRIE, 2007).

Lançou-se mão dessa técnica para produzir o desenho do fluxo de atividades das cinco principais tarefas que envolvem o atendimento médico referente à saúde ocupacional de servidores, bolsistas e estagiários, desenvolvidas pela secretaria do Nust/CST/Cogepe, e que precisamos que seja integrado dentro do GST.

Este mapeamento servirá de um norteador inteligível, para que haja uma interface entre as bases de dados dos sistemas já disponíveis (Gerenciador de Saúde do Trabalhador - GST e Sistema de Gestão Ambiental - SGA). Como resultado preliminar da aplicação dessa técnica, espera-se identificar ações que podem ser empreendidas para aprimorar a gestão da saúde do trabalhador desta instituição.

No texto que se segue, são discutidos os seguintes pontos. Na justificativa, é apresentado uma descrição sumarizada do campo teórico da saúde do trabalhador e como essa estratégia está institucionalizada na Fiocruz, especialmente no âmbito do Nust. O Referencial

Teórico situa a importância dos processos de gestão de informação na organização, e como a modelagem de processos é uma ferramenta e um passo importante nesse alcance. Seguem-se os Objetivos do presente projeto e as etapas que devem ser cumpridas para o alcance dos mesmos. No subitem Considerações Finais são apresentadas algumas sugestões prévias em prol da melhoria da gestão da informação no Nust, tomando como base um exercício preliminar com a técnica Brown Paper realizada, cujos arquivos são apresentados no Anexo. O Cronograma e o Orçamento do projeto são apresentados nos itens finais.

JUSTIFICATIVA

O movimento de saúde do trabalhador no Brasil vincula o direito e a defesa dos direitos trabalhistas, com o foco na

“[...] defesa do direito ao trabalho digno e saudável; a participação dos trabalhadores nas propostas de políticas e decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos e a busca da garantia de atenção integral à saúde do trabalhador através de ações de promoção, assistência e vigilância” (COSTA, 2009, p. 8).

Vale ressaltar que ações em conjunto com as instituições, principalmente a Fiocruz, foco do estudo proposto no projeto, tem como função estabelecer relações e parcerias com esferas como: representações sindicais, universidades, instituições públicas, profissionais de saúde, técnicos.

A Fiocruz desenvolve programas e iniciativas em prol dos direitos da saúde dos trabalhadores, como é o caso do Programa Institucional Fiocruz Saudável.

Questionamentos acerca da intervenção da componente saúde, nos direitos do trabalhador, estão alicerçados no diálogo no campo da saúde e do trabalho, alertando para a importância dos direitos a uma vida com qualidade (COSTA, 2009).

O corpo produtivo é descoberto e a concepção de saúde e doença, com suas causas, ganha outras definições. Assim, “[...] o sistema capitalista de produção demandou o surgimento de várias abordagens no campo da saúde como modo de amparo social ao trabalhador através das relações de trabalho e saúde” (PINHEIRO, 2009, p. 6).

A realização de práticas em especial das representações sindicais foram pontos fundamentais para viabilizar as práticas na área da saúde. O relato das experiências em saúde e o atual cenário de pesquisas e estudos adotavam princípios e diretrizes incorporadas pelo SUS.

O trabalhador para se proteger de acidentes e problemas pode contar com o cuidado e acesso a seus direitos à saúde do trabalhador. A orientação legal permite com os avanços, identificar as causas e isolar riscos das doenças.

Diante disso, “[...] no pós-guerra, o contexto de democratização do mundo e do fortalecimento do movimento sindical passa a significar uma pressão para melhores condições de trabalho” (PEREIRA, 2009, p. 7).

A doença não é um fenômeno individual e sim coletivo e os movimentos sociais têm como uma de suas missões básicas o combate às mazelas e a garantia dos direitos trabalhistas.

Os movimentos sociais no campo da saúde do trabalhador se intensificam após a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em março de 1994, que mobilizaram e reuniram diversos atores, setores governamentais e representações sindicais em torno do tema: “Construindo uma política de saúde do trabalhador” Costa (2009, p.9).

Na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em dezembro de 2005, a questão do controle social adquiriu papel fundamental, pois constituiu um dos três eixos temáticos que nortearam as discussões, na proposta de: “Como efetivar e ampliar o controle social em saúde do trabalhador?” (COSTA, 2009, p.8).

Essas conferências tiveram importância forma de comunicação e acesso aos direitos e participação da população na gestão pública. Esse reconhecimento dessas instâncias na formulação e avaliação das políticas integra as resistências institucionais no sentido na luta das políticas nacionais.

A saúde do trabalhador e suas práticas na relação trabalho encontram problemas que se referem à relação saúde e a direitos, na atenção à saúde dos mesmos. “O impacto dos direitos na saúde na rede pública e a ampliação de direitos desconsidera as orientações para criar Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho” (PEREIRA, 2009, p. 8).

Do ponto de vista legal, a saúde do trabalhador passa a ter nova definição e novo delineamento institucional a partir da promulgação da nova Constituição Federal de 1988 e com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua incorporação enquanto área de competência própria da saúde (COSTA, 2009, p. 9).

Como resultado essas iniciativas marcam a participação dos movimentos sociais, iniciando modificações em relação à atenção integral à saúde do trabalhador.

As táticas de atuação por parte dos trabalhadores estão efetivamente relacionadas ao seu grau de organização, à sua capacidade de luta e de definição de prioridades, “[...] além da possibilidade da articulação com outros segmentos da sociedade envolvidos como instituições de pesquisa e órgãos governamentais responsáveis por estas questões” (COSTA, 2009, p. 10). Segundo a mesma autoria, características marcantes desse movimento tem como peça chave a participação de representações sindicais, buscando estratégias de diálogo e novas formas negociação entre os setores. Realizar mudança das condições de trabalho está diretamente relacionado às pressões dos trabalhadores com o comprometimento das instituições.

As intervenções e experiências vivenciadas pelos trabalhadores no campo da saúde foram fundamentais na saúde pública, permitindo a organização e estruturação dos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores. A política na proteção à saúde dos trabalhadores na rede da saúde pública espalhou-se por vários estados originando os Serviços de Saúde do Trabalhador, que foram institucionalizados incorporando ações de assistência e vigilância à saúde dos trabalhadores (COSTA, 2009).

Ações de Saúde, Ambiente e Trabalho na Fiocruz tiveram por base promover a consciência da relação entre saúde e ambiente. Os desafios institucionais que o programa Fiocruz Saudável, foi pioneiro na intervenção na promoção da saúde da população brasileira. As práticas construídas e permeadas no programa conversam com a disseminação do conceito de saúde e ambiente no processo de desenvolvimento e nas práticas de trabalho na Fiocruz.

“O programa propõe a integração entre saúde e ambiente nas várias unidades que compõem a instituição, tornando-as um laboratório de

práticas que venham a se desenvolver de modo a conjugar interdisciplinarmente as áreas de Saúde do Trabalhador, Biossegurança, Saneamento e Ecologia” (PEREIRA, 2009, p.22).

Exemplificar movimentos de sociais com o foco na saúde no Brasil representa uma seara bem complexa. Na Fiocruz é possível unificar essas discussões no programa “Fiocruz Saudável que é constituído por três componentes que se articulam: Biossegurança, Gestão Ambiental e Saúde do Trabalhador”.

“Tais campos, tratados como objetos de ação exigem uma articulação interdisciplinar ampla entre métodos e atores, pois a relação entre processo de trabalho, saúde e meio ambiente agrega aspectos e mediadores sociais, tecnológicos e epidemiológicos” (PEREIRA, 2009, p. 24).

Esse Programa seguiu um escopo de saneamento, e objetivava a criação de barreiras a serem interpostas entre os resíduos dos processos produtivos da Instituição e os componentes ambientais, em particular os recursos hídricos do entorno do campus (COSTA, 2009). Um breve histórico da instituição é apresentado a seguir.

Breve histórico da Fiocruz

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é uma instituição pública de referência em saúde, possui: 5.137 servidores públicos ativos, 34 servidores públicos cedidos, 17 servidores públicos celetistas e celetistas anistiados, 28 servidores públicos cedidos SUS/lei 8.270, 18 servidores públicos nomeados para cargo em comissão, 02 servidores públicos requisitados, 6.380 terceirizados, (informações retiradas de acordo com o resumo do indicador de força de trabalho 08/2017), totalizando 11.616 trabalhadores, além de um grande volume de bolsistas e estagiários que não foram contemplados neste indicador.

A Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST) foi criada em 1996, com a finalidade de melhorar as condições de saúde e segurança dos trabalhadores, esta ligada à Coordenação Geral de Gestão de Pessoas (Cogepe), órgão da Presidência, criada em 1992 é uma unidade técnico-administrativa responsável por efetivar a política institucional de saúde do servidor de acordo com as diretrizes nacionais e têm como objetivo gerenciar ações e políticas gerais de

gestão do trabalho, bem como planejar, coordenar, supervisionar e executar as atividades relativas aos processos de avaliação de desempenho; seleção, e desenvolvimento de pessoal; classificação de cargos e salários; aposentadorias e pensões; benefícios; cadastro; pagamento e controle de pessoal; política de atenção à saúde do trabalhador da Fiocruz e das suas condições de trabalho; e informações gerenciais na área de recursos humanos, além de fornecer serviço de creche e educação infantil.

O Núcleo de Saúde do Trabalhador - Nust desenvolve prioritariamente ações de prevenção e promoção à saúde, através de atividades educativas e do atendimento em casos de agravos relacionados ao trabalho, possuindo assim caráter de vigilância, e não exclusivamente um serviço de pronto-atendimento dentro do campus. Possuímos em nosso núcleo profissional as seguintes áreas: Médica, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Ergonomia, Nutrição, Arquivo médico, Gestão e Secretaria. A saúde do trabalhador compõe as áreas de conhecimento e de prática, com a finalidade de abranger as relações entre trabalho e a saúde dos trabalhadores interferindo em assuntos relacionados à ocorrência ou agravos, com destaque na vigilância, tendo em vista à promoção e a proteção da saúde do trabalhador.

O Nust possui uma equipe multiprofissional com: médicos do trabalho, enfermeira do trabalho, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas, e proporciona um atendimento com características muito próprias, tendo como uma de suas atribuições à realização do exame ocupacional, exigindo o máximo de desempenho dos profissionais envolvidos dentro do processo produtivo, com conhecimento técnico referente às condições do trabalho que é exercido. A saúde ocupacional demonstra transparência e cuidado em relação ao seu colaborador, pois este é o bem mais valioso de qualquer organização seja pública ou privada. Após participar deste processo o funcionário se torna mais produtivo e motivado, a partir do momento em que se sente acolhido e cuidado pelo seu empregador. Além de permitir à empresa diagnosticar com antecedência doenças graves e o possível afastamento de funcionários. Abaixo são listadas a missão e visão do Nust: (http://www.direh.fiocruz.br/?i=saude_do_trabalhador&p=conhe%C3%A7a_a_cst).

Missão do Nust:

“Assegurar as melhorias das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores da Fiocruz, mediante a formulação de políticas, estratégias e ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho, de promoção e atenção à saúde, em conformidade com a política institucional”.

Visão do Nust:

“Ser reconhecida pela comunidade Fiocruz como referência na formulação e na implementação das políticas e na atenção à saúde do trabalhador, pautado nas premissas da saúde coletiva”.

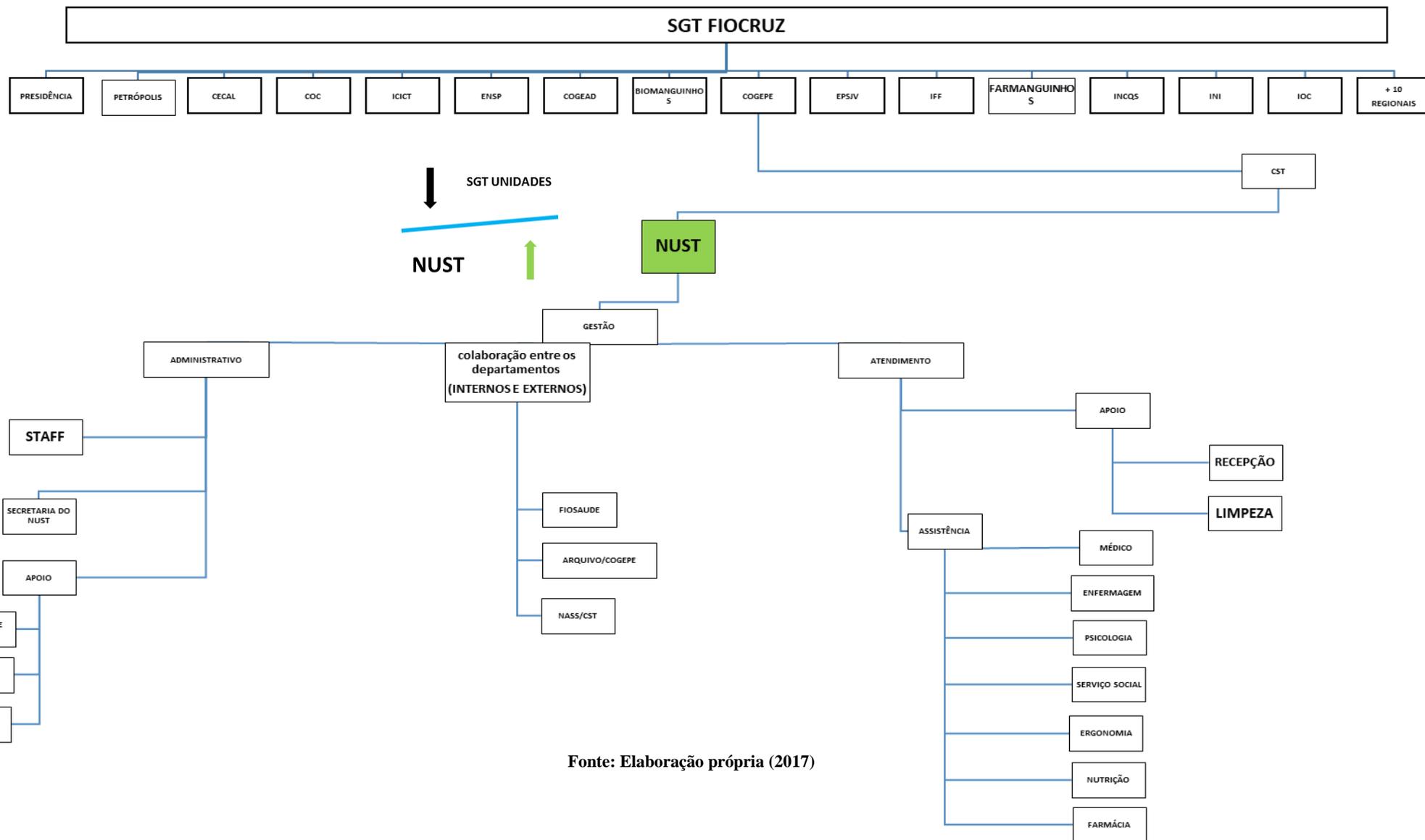
Serviços de Recursos Humanos (SRH) ou Serviço de Gestão do Trabalho (SGT)

Os Serviços de Recursos Humanos (SRH) ou Serviço de Gestão do Trabalho (SGT) das unidades recebem previamente do Nust uma planilha em branco com a solicitação das informações dos servidores, após estes encaminham para o Nust a mesma preenchida com as informações dos servidores lotados naquela unidade específica, para que sejam confeccionadas as requisições de exames médicos de acordo com a idade e sexo de cada servidor, estas requisições de exames serão entregues a eles no ato da consulta médica para o desmembramento do exame ocupacional em saúde.

Abaixo segue um diagrama de demandas para melhor entendimento. O desenho da figura 01 evidencia o fluxo do que é demandado ao Nust pelos SGT's das unidades e das regionais da Fiocruz em relação aos processos dos exames ocupacionais em saúde e para que todo este trabalho seja realizado o Nust conta com sua gestão que é dividida em três “braços” são eles:

1. **Administrativo:** Staff, Secretaria do Nust e o Apoio (Recepção e Portaria, Logística (transporte de pacientes) e a Infraestrutura (limpeza e higienização do local)).
2. **Colaboração entre departamentos:** Arquivo/Cogepe (Local de guarda dos prontuários médicos), Nass/CST/Cogepe (Núcleo responsável pela confecção dos relatórios para a devolutiva as unidades da Fiocruz) e a Fiosaúde (parceiro para a realização dos exames periódicos dos servidores).
3. **Atendimento:** Assistência (Médicos, Enfermeiros, Atendimento Nutricional, Atendimento com Serviço Social, Atendimento Psicológico, Atendimento Ergonômico e Farmacêutico e a Infraestrutura (limpeza e higienização do local)).

Figura 1 - Diagrama do fluxo das demandas ao Nust oriundas dos SGTs das Unidades da Fiocruz



Fonte: Elaboração própria (2017)

Figura 2 - Diagrama demandas internas a Secretaria o Nust.



Fonte: Elaboração própria (2017)

O desenho da figura 02 mostra como a secretaria do Nust é demanda internamente pelos setores do Nust, e ela utiliza tecnologia arcaica para atender estes setores. Tudo é feito de forma manual, através do pacote Microsoft Office Word (.doc), Excel (.xls), Access (.mdb) e Adobe (.pdf) para “tentar” agilizar o serviço diário. Não possuímos nenhum tipo de sistema de informação para a manipulação e tratamento dos dados que atenda a real necessidade do setor.

A informação é uma necessidade humana, e não possuir uma gestão sobre esta informação resulta em vários problemas para a tomada de decisão. Verificamos pontos muito delicados na gestão da informação do Nust, há muita dificuldade gerencial para a obtenção e manipulação da informação da maneira adequada para o atendimento das demandas dos trabalhadores.

Gerenciador de Saúde do Trabalhador – GST

Em 05/2009 o Nust “ganhou” uma preciosa ferramenta de trabalho que visava

aperfeiçoar o atendimento à comunidade Fiocruz, chamada de Gerenciador de Saúde do Trabalhador – GST. Foi criado com o intuito de facilitar o trabalho, aumentar a produtividade e reduzir as probabilidades de erro para os levantamentos estatísticos. Havendo a possibilidade de impressão do prontuário e da folha de atendimento diretamente na sala de atendimento, evitando, que se mobilizassem trabalhadores de outros setores, contando ainda com a geração automática de relatórios, obtendo a fidedignidade dos dados e a modernização do serviço, já que antes era tudo preenchido a mão, trazendo assim maior agilidade na apuração das informações.

O desenvolvimento deste novo sistema foi o resultado de uma parceria entre a equipe de informática e a comunicação da Direh hoje Cogepe, com o antigo Nist hoje Nust; foram apenas 06 meses para desenvolvimento deste produto em sua versão final, e ele já passou automaticamente para a fase de “produção dos dados”. Passou por constantes atualizações e correções de erros, que só podiam ser verificadas conforme a utilização diária dos usuários, fase esta que durou apenas 02 meses. Houve a promessa de que seriam adicionados mais dois módulos em conjunto no GST: chamados de “Coletivos” e “Periódicos”, tornando assim, o sistema completo para o atendimento. Posteriormente foi criado o Guia de Admissão e Integração de Servidores da Fiocruz – GAIS para atender a demanda emergencial do exame admissional dos novos servidores concursados, sendo desenvolvido pela CGTI, que até hoje atende especialmente no que se refere à construção da agenda dos admissionais, porém sem efetividade e exatidão nas informações que são geradas.

Na opinião das recepcionistas da época: “O sistema ainda precisava de pequenos ajustes, mas alguns avanços já haviam mudado a rotina de trabalho, porém ainda era preciso recorrer ao sistema antigo para buscar informações”. Na época a principal melhoria que o GST trouxe para a recepção foi a possibilidade da impressão do formulário (ficha) de pronto atendimento, que antes era preenchida a mão, acelerando assim o serviço.

Decorrido aproximadamente oito anos, o que se verifica é que a ferramenta não sofreu as atualizações necessárias, e nem obteve o desenvolvimento tecnológico imprescindível o qual o desenho inicial apontava.

De acordo com Wainer

“A baixa qualidade e produtividade no desenvolvimento de software tem duas consequências. A primeira é que os projetos são cancelados e seus custos têm que ser absorvidos pelas empresas. A outra consequência é que mesmo quando os projetos se completam a termo, os produtos gerados, isto é, o software não é de boa qualidade e precisa sofrer manutenção constante.” (WAINER, 2003, p. 43).

“Mas a tecnologia não pode ser identificada como uma mercadoria, pois é de difícil transferência, encontrando-se condicionada às decisões políticas e institucionais, e não apenas às decisões dos agentes econômicos.” (WAINER, 2003, p. 126).

O GST foi criado como uma proposta inovadora para melhoria do atendimento do Nust, conforme já mencionado no histórico acima, contudo sobre este sistema “inovador”, temos algumas considerações a fazer e também explicaremos o porquê desta problemática crônica paradoxal existente entre a utilização desta ferramenta no serviço diário do Nust.

O que se constata diariamente é que a nossa demanda não foi atendida em sua totalidade, e não houve evidência alguma do aumento de produtividade para os processos de trabalho, ficando assim a qualidade de nosso serviço muitas vezes limitada por estas questões.

Verificamos que o Nust, precisa de uma urgente otimização em seus processos de trabalho, sendo essencial que toda informação consumida, produzida e disseminada por ele para outras unidades da Fiocruz e para as regionais, que estas possam circular com exatidão, rapidez e clareza sem distorções ou ruídos.

Precisamos de sistema informatizado com a “nossa cara”, que este possa ser capaz de contemplar a singularidade enquanto Núcleo de Saúde, viabilizando melhoria do serviço, não apenas aos usuários, mais também para o capital humano, pois estes fazem a engrenagem dessa grande máquina funcionar todos os dias. Nenhuma informação para originar resultado/produto terá valor, se esta não for empregada da maneira correta.

“Antes de conhecer qualquer tarefa, temos de aprender a fazer a pergunta: “De que tipo de informação necessito, sob que forma e quando?” (.....) “A quem devo que tipo de informação?” Quando e onde?” (Peter Drucker).

Podemos observar que esta frase do texto de Peter Drucker está interagindo harmoniosamente, como a linha de nosso projeto de pesquisa. Para criar uma melhor solução ou uma inovação tecnológica, é necessário que seja feita uma análise prévia do levantamento real das necessidades dos envolvidos, tendo uma arquitetura flexível, para resolução de problemas futuros e a acomodação de novas necessidades sem que haja a necessidade, de se fazer outro “projeto” para suprir a necessidade que não foram contempladas no anterior.

Não há possibilidade de desenvolver qualquer sistema de informação (informática) sem que haja uma análise dos procedimentos, estruturação e manualização dos processos. Equipamentos, brinquedos e muitos outros utensílios que são utilizados em casa, todos possuem manuais e outros mecanismos de comunicação para que o uso atinja seus objetivos. (Marques, Cícero P. 119)

De acordo com a frase acima, evidenciamos a importância da proposta de modernização do GST enquanto ferramenta disponível, visando à obtenção de resultados mais aprimorados, com contínuo aperfeiçoamento nos processos de trabalho, promovendo assim a interação e a integração entre as equipes do Nust, melhorando o acesso à informação, através da verificação dos pontos críticos das atividades envolvidas e pela autoria em conjunto com as equipes de trabalho.

A vivência cotidiana, como analista, possibilitou a presente autora tecer alguns comentários sobre algumas dificuldades encontradas no dia-a-dia para o desempenho das atividades:

1. O sistema apresenta indícios de problemas no fluxo de dados, pois é efetuado através da entrada pela Recepção do Nust, onde a coleta de dados permite a inserção ao sistema GST – permissão para a criação de dados duplicados, uma vez que o sistema não alerta por registros duplos do CPF, gerando registros duplicados com vários lançamentos diferenciados – o lançamento de registros para cadastro pessoais/profissional e registro histórico de entrada no atendimento.

2. Não há fidedignidade dos dados, pois não existe a possibilidade de alteração ou inclusão no registro do paciente, gerando assim a duplicata no registro.
3. A base de dados do GST não é integrada com o SGA módulo Recursos Humanos, por isso, se têm muita dificuldade para a obtenção dos dados dos servidores para a confecção das requisições de exames, quando os dados não vêm do SGT da unidade.
4. Dificuldades de navegação dos dados em tempo real. Quando repassamos os dados dos locais credenciados para a realização dos exames pelo servidor, muitas vezes os laboratórios encerram o credenciamento e existe uma demora na formalização com o Nust, o que dificulta que o informe chegue a tempo ao servidor.
5. Há registro de dificuldades quanto à questão de administração de tempo/recursos e gastos com fluxo do atendimento ao servidor e impressão de exames. Temos muitos problemas quanto ao atendimento, além do básico que é o cadastramento.
6. Nunca houve a criação de módulos abrangentes para cada usuário com sistema de permissão interligado, contemplando cada particularidade com integração das informações.
7. Os procedimentos gerados na entrada do sistema são limitados a gama de serviços ofertados pelo atendimento no Nust. Existe um desafio para reduzir o tempo do processamento gasto e problemas para a identificação exata sobre quais tarefas consomem mais tempo para que dessa forma se possa trabalhar atacando esse ponto inicial.
8. No caso do GST, não houve aumento de produtividade e nem redução de probabilidades de erro nos levantamentos estatísticos, porque ele não conta com geração automática de relatórios.

9. No caso do GAIS, ele atende parcialmente o admissional dos servidores, faltam informações a respeito deste programa e quando geram relatórios os dados não são precisos, muito conflitantes do real lançado e controlado pela secretaria do Nust.
10. Existe a opção telegrama no GAIS, só que o sistema não tem a opção fazer telegrama automático, tudo é feito em Excel e após necessita-se enviar um e-mail para o correio para que seja feito a confecção e envio do mesmo ao servidor.
11. No caso da agenda do GAIS a secretaria do Nust, precisa criar os eventos para que apareçam na agenda, caso contrário nada aparece.
12. Os dados para os relatórios são produzidos a partir de fichas de papel, de forma manuscrita pelos médicos, enfermagem, serviço social, psicologia e recepção. Logo após, estas são encaminhadas ao arquivo e posteriormente enviadas à secretaria do Nust para a digitação desses dados, e depois, Estes são encaminhados por e-mail ou por pendrive ao Nass/CST/Cogepe para a geração de relatório, devido o e-mail institucional não ter suporte para a anexação, (indicando vírus ou arquivo malicioso) dos boletins de produção das equipes por causa do formato do arquivo ser em access extensão (.mdb) e os formulários são devolvidos ao arquivo.
13. O núcleo atravessa dificuldades no processo de leitura dos dados como principal problema e para tratamento e processamento da informação com maior rapidez. É necessária a utilização de ferramentas para coleta de dados a fim de alcançar melhor desempenho de todo o sistema e a eficiência do processamento dos dados com alta produtividade. Utilizamos atualmente os aplicativos Microsoft Office. Conforme já mencionamos anteriormente, cada setor tem seu formulário / ficha própria e cada uma dessas é confeccionada na secretaria do Nust, de forma manual, utilizando o pacote Microsoft Office (Word (. doc), Excel (. xls), Access (.mdb) e Adobe (.pdf) para “tentar” agilizar o serviço, só que mesmo assim não é feito da maneira mais correta e padronizada sendo uma forma menos eficaz, não houve e nem há modernização no serviço. Devido à falta de atualização do sistema, não conseguimos executar nosso trabalho com padrão de excelência, pois cada equipe

do Nust tem seus formulários próprios para atendimento, conforme mostra a figura abaixo.



Fonte: Elaboração própria (2017)

14. Há uma redundância de registros salvos na rede Fiocruz, pois, após o recebimento dos dados de todas as unidades Campus e Regional em Planilha Excel estes são salvos na rede e após isso, são retirados os dados e repassados a Planilha de Controle do Periódico em formato Excel para junção de todas as unidades em Exame no período atual.
15. A secretaria utiliza o recurso da Mala Direta de Formulários do Word para preparação do kit por unidade e salva os dados na rede. Contudo existe uma dificuldade quanto à questão de administração de tempo/recursos gastos. Há dificuldade para realização da Mala Direta é necessário salvar uma Planilha com os dados da unidade e para controle do Exame é necessário repassar as mesmas informações para outra Planilha. Os registros adicionados posteriormente devem ser salvos por duas vezes na rede nas duas planilhas salvas. Depois de feita a mala e salva na rede, os dados são acessados em torno de 18 vezes diariamente para impressão das guias de cada servidor presente a fim de evitar impressões desnecessárias. Porém, os dados estão salvos em rede.
16. Existem registros de demora no tempo de acesso e risco de problemas no acesso à rede impossibilitando o acesso aos dados e risco a ameaça de terceiros. Há dificuldade quanto ao processo de Segurança da Informação, a agenda para marcações de Exames Ocupacionais é disponibilizada em Rede e construída em formato Excel, com isso, A Rede Fiocruz é uma infraestrutura de comunicação que interliga as redes de dados das Unidades e departamentos no campus de

Manguinhos, porém fica sujeita a ameaça de vírus ou falta de gerenciamento de espaço.

17. Há a necessidade constante de realização de Backup devido à ocorrência, no passado, de um incêndio no servidor por superaquecimento, onde todos os dados gravados no HD foram perdidos. Dificuldades no gerenciamento de espaço na rede Fiocruz. Modo de sistema vulnerável podendo representar a possibilidades de ponto de ataque de terceiros. Dessa forma, fica claro a garantia de Segurança da Informação e a proteção a determinados dados, com a intenção de preservar seus respectivos valores Fiocruz. A instituição deve prezar pela garantia da precisão e confiabilidade dos dados processados observados os valores: Confidencialidade, Integridade e Disponibilidade.
18. Sempre há a necessidade de recorrer a outros setores, já que tudo é preenchido de forma manual, o que nos gera um grande desconforto, pois tira a agilidade e o sigilo na apuração das informações que serão repassadas futuramente. O sistema não é completo nem preciso para o nosso tipo de serviço e atendimento aos nossos usuários, ele precisa de grandes ajustes e avanços para mudar a rotina de trabalho.
19. Não há possibilidade de impressão do prontuário ou inclusão de prontuários, as fichas são desarquivadas e arquivadas diretamente no arquivo médico, e as folhas de pronto atendimento são preenchidas de forma manuscrita como antigamente gerando problemas ao cuidado com o documento físico e o transporte para o meio digital. Há a necessidade de guardar de forma mais segura o documento físico em meio digital e de utilização de um software que auxilie na disponibilização de forma segura e preocupação com o armazenamento físico das informações.
20. A Gestão dos Documentos necessita de segurança que possa garantir a agilidade no armazenamento e segurança da informação representa a eficiência e eficácia no processo de geração do arquivo.

21. Dificuldade para lançamento dos registros da Anamnese Ocupacional, Preenchimentos de Formulários em punho para posterior digitação em Banco de Dados. Há carência de assinatura digital das médicas para preenchimento dos formulários e para a transmissão de documento de forma consistente que preserve a integridade das informações.
22. Não há registro de assinatura eletrônica. A Secretaria do Nust solicita a assinatura e carimbo manual em cada Guia de Requisição de Exame.
23. Há uma dificuldade para atualização e acesso dos dados da força de trabalho de cada unidade com maior rapidez, pois existe uma demanda extensa de unidades com quantitativo elevado de servidores segundo dados da última atualização em agosto de 2017 (Total de Servidores ativos acima de 05 mil) (Total de Terceirizados acima de 6mil) além do quantitativo de Bolsistas e Estagiários atuantes na Instituição. As informações a serem administradas são controladas de forma manual, a unidade não possui um sistema para atendimento que atenda as exigências. São utilizadas Planilhas em Excel com uso de combinações e fórmulas para efetuar o cruzamento e processamento da informação, além do uso de pacote Microsoft Office.
24. Existe dificuldade para o acompanhamento dos prazos estabelecidos. É necessário realizar um bom planejamento a fim de não perder prazos e evitar problemas, à construção do Cronograma Anual para estabelecimento das Avaliações dos Exames Ocupacionais realizados no Nust, estabelecendo as unidades selecionadas no campus Fiocruz e Regionais para realização do Exame, que podem ser delineados de forma estratégica a partir de estudos realizados previamente sobre perfil histórico da unidade respeitando critérios para: Avaliação ambiental e do perfil de risco dos trabalhadores; Estudo dos relatos de avaliações das equipes a partir de registros de atendimentos e relatórios construídos a partir de ações imediatas (Ergonomia – Psicologia – Serviço Social – Nutrição); Estudo dos registros de Acidentes de Trabalho;

25. Há a necessidade de verificação dos fatores que contribuem para retardar ou impedir o processo de compartilhamento da informação dentro da Instituição e além. Dificuldade para o processo de Interação social como um fator facilitador do compartilhamento da informação entre os setores internos a fim de assegurar condições estruturais e logísticas que estimulem a efetiva troca de informação.
26. Há necessidade de usufruir os benefícios da gestão de metas que são alinhadas de acordo com a probabilidade de alcance dos objetivos da Instituição. Há a necessidade de verificação do Cronograma para realização de Exames Ocupacionais: Há dificuldade para o acompanhamento dos prazos pré-estabelecidos devido à ocorrência de eventualidades nos horários das marcações e executar as estratégias da Instituição com mais agilidade e precisão.
27. Necessidade de garantir o grau de satisfação do usuário e avaliar a satisfação do usuário/cliente quanto aos serviços e informação ofertados pelo Nust.
28. Há dificuldades quanto ao acesso aos dados liberados em planilhas Excel por unidade. Para cada unidade, solicitamos e recebemos uma planilha em formato Excel contendo os registros de nome, siape, CPF, data de nascimento, gênero, idade, e-mail, cargo, função, departamento. Os dados dessas planilhas são compartilhados através de e-mail institucional dos recursos humanos ou serviços de gestão do trabalho das unidades para o serviço de Gestão e suporte do Nust.
29. Existe dificuldade para acesso desses dados em um sistema integrado com a permissão para agrupar ou restringir o acesso de dados sigilosos ou restritos atendendo ao padrão do serviço.
30. Há dificuldades de navegação dos dados em tempo real. Os registros de afastamento (férias, licença, cessão, aposentadoria) são comunicados ao Nust de modo formalizado somente através de sinalizações por e-mail a informação é solicitada ao SGT da unidade que nos retorna à referência da última atualização.

31. Há dificuldade de integração com o serviço de afastamento (Nupafs - Núcleo de Perícia e Avaliação Funcional em Saúde) através de um sistema integrado padrão do serviço, visto que os servidores que se encontra nessas situações assinaladas não são elegíveis à realização do Exame Periódico. Dificuldade de informe da Equipe do Nupafs para o Arquivo e para o Nust, quanto aos servidores acompanhados em Afastamento ou Licença Médica. Trabalho de forma integrada com os outros setores do Nust.
32. Dificuldade de interação e integração para os serviços do Nust, com conexão de registros (histórico) de passagem do trabalhador pelas Equipes do Nust.
33. Há registros de dificuldades no canal de comunicação com o credenciamento do Fio Saúde referente aos postos prestadores de serviços para realização de Exames Laboratoriais e de imagem, são muitas horas no telefone para conseguir algum tipo de informação.
34. É necessário fazer avaliação do Software de informação: Para automatização das rotinas e serviços do Nust é necessário o uso de recursos que são indispensáveis à organização.

Os indícios apontados acima se configuram como grande motivador para uma análise mais criteriosa dos processos em curso. Para isso utilizamos a técnica *Brown Paper* como instrumento que nos permitirá uma abordagem visual, simplificadora e participativa produzindo uma visão do contexto de como as ações estão estruturadas.

REFERENCIAL TEÓRICO

Marques, Cícero (2012), definem que dentro do conjunto de processos de qualquer organização sempre existirá os chamados processos críticos. Estes são aqueles que fazem parte da atividade fim até o negócio central da organização. Toda organização é formada de setores, e estes precisam se relacionar entre si de forma integrada, para alcançar um objetivo comum. É mapear o fluxo dos processos de cada tarefa é vital para um melhor funcionamento administrativo.

Para a O&M (Organização e Métodos) para OSM (Organização, Sistemas e Métodos), precisa-se construir um novo modelo organizacional, com aplicação em TI (Tecnologias de Informação), para a integração de tarefas. Substituindo assim tarefas manuais por tarefas informatizadas, visando o menor custo, a maior qualidade e agilidade.

Marques, Cícero (2012), no Livro Organização, sistemas e métodos 01 ed., rev. e atual, afirma que:

“O sistema de informação gerencial ideal de uma empresa deve ser resultante da análise detalhada de todos os seus processos de negócios essenciais, com especificações dos requisitos necessários ao atendimento das funcionalidades e facilidades operacionais, das informações que o mesmo deve fornecer às decisões, e de diferenciais que as TIs possam propiciar à empresa frente à concorrência. Essa análise resulta no que se denomina de Projeto Lógico de SIG, que retrata o funcionamento dinâmico da organização com a explicitação formal de seus processos e de suas necessidades de informações”. (Marques, Cícero P. 157).

Observamos que as tecnologias de informação não podem ser tomadas como soluções a priori. Ao contrário, se elas não forem bem planejadas, podem criar novos problemas gerenciais ou de natureza social. Por isso é fundamental, como primeira etapa, que se realize um mapeamento de processos, para que se tenha uma visão mais clara de como se dá o fluxo de comunicação, e o conteúdo que esses fluxos carregam, ou seja, que dados, registrados nos documentos, circulam na organização.

Para Davenport (1998):

“O mapeamento de informações é um guia para o ambiente informacional presente. Descreve não apenas a localização do informe, mas também quem é o responsável por ele, para que foi utilizada, a quem se destina e se está acessível. O benefício mais óbvio do mapeamento é que ele pode melhorar o acesso à informação”. (Davenport, Thomas P. 209-210).

A falta de mapeamento pode gerar várias consequências dentro de uma organização seja ela pública ou privada. Além da comum desorganização, podemos mencionar fatores como: a desmotivação de colaboradores, a repetição desnecessária de tarefas, a perda de recursos materiais e financeiros e doenças ou agravos à saúde dos envolvidos. Em concordância com essa ideia, podemos ratificar que o mapeamento de processos, serve para identificar e solucionar os entraves e os possíveis gargalos encontrados dentro do fluxo de tarefas.

O mapeamento de processos é uma ferramenta simples e didática, de nível gerencial auxiliando assim o gestor a tomada de decisão e na ascensão de melhorias. Enxergando claramente os pontos fortes e fracos, harmonizando uma visão ampla daquele tipo de informação, para a elaboração de uma solução assertiva quanto ao desempenho daquela tarefa.

A participação efetiva dos colaboradores é de suma importância para a melhoria da qualidade e da produtividade dentro de um segmento organizacional. Podemos observar na frase abaixo de Davenport que:

“Empresas que procuram aperfeiçoar a qualidade, redefinir processos ou aumentar a satisfação do cliente percebem que as coisas aparentemente mais fáceis são, na verdade, as mais difíceis, e o planejamento de novos processos de trabalho, novas estruturas organizacionais, novas estratégias, parece brincadeira de criança quando comparado às alterações diárias de comportamentos e de atitudes.” (Davenport, Thomas p.109).

Segundo Moultrie (2007), a técnica *Brown Paper* é

“Uma maneira estruturada de mapear e criticar o processo a fim de examinar sua eficácia ao longo de várias dimensões. Encoraja uma equipe multifuncional a identificar elementos críticos no processo e localizar áreas potenciais para melhoria”.

Segundo o mesmo autor, o nome Brown Paper (papel pardo, normalmente é usado para empacotamento) vem do uso de um suporte que permite uma visualização, em formato de grande escala, para mapear um processo de negócios existente, com ênfase em ser "áspero e rápido" ao invés de um documento preciso, limpo e arrumado. Ele incentiva uma compreensão compartilhada das implicações do fluxo de informação em diferentes partes do negócio e ajuda a gerar um sentido de responsabilidade compartilhada do processo. A expectativa é que esse mapa do processo ilustre a complexidade do processo e demonstre os fluxos críticos de informação, os pontos-chave de verificação e áreas de mais ou menos burocracia. Ainda segundo o mesmo autor, o resultado é intencionalmente e fisicamente grande o que pode ser intimidante no começo, mas pretende trazer o processo à vida.

A literatura científica sobre a técnica *Brown Paper*, para melhor o conhecimento, é bastante escassa. Uma busca na biblioteca Scielo (www.scielo.org) e no buscador Google Acadêmico praticamente não retornaram resultados. A rara literatura encontrada é de autoria de empresas de consultoria, por exemplo, <https://www.ifm.eng.cam.ac.uk/research/dmg/tools-and-techniques/process-mapping-brown-paper/>, onde são descritas suas características principais:

1. Mais Rapidez: Em até 04 (quatro) semanas o trabalho é desenvolvido, o produto final elaborado e entregue, pronto para início de implementação.
2. Mais Foco: Técnica que lida com todas as possibilidades e oportunidades de melhorias apontadas (yellow flags), mas que filtra, trabalham e endereçam somente os pontos de atenção significativos (red flags); a idéia é sempre manter a premissa de que a abordagem passa pela "visão de contexto" de modo a visualizar os "elefantes" e não as "formigas" (Big Picture – Forest and Trees).
3. Mais Real: O desenho dos processos são criativos, autoexplicativos e retratados com as informações "ao vivo", ou seja, cópias reais de relatórios, listagens, formulários, print screen de telas, planilhas, regras de negócio, enfim, documentos de apoio e suporte ao processo e suas atividades são "anexados" ao fluxo em questão.

Enquanto um painel visual, o *Brown Paper* tem a finalidade de documentar e mapear Processos e Cenários de Operação de negócio, com seus respectivos problemas, oportunidades, melhorias e transformações. Trata-se de instrumento de referência e movimentação dos trabalhos e, ponto de convergência de todas as questões, discussões e decisões. Ela vai além de uma metodologia de trabalho, trata-se de uma abordagem prática e envolvente no mundo dos Processos de Negócio e pode ser aplicada em vários tipos de processo, tais como, operacionais, estratégicos, internacionais e outros. Como produto final, oferece a identificação das oportunidades e melhorias nos processos de negócio (Yellow Flags Report), a definição e especificação dos pontos de atenção com suas respectivas soluções\proposições (Red Flags Report), a definição de Indicadores de Expectativa e um Plano de Ação para curtíssimo prazo (ações imediatas), curto prazo e recomendações para o médio prazo.

Trata-se, enfim, de um grande "rascunho" (draft) pronto para ser trabalhado, ajustado e corrigido quando necessário, e endereça a construção de um trabalho com alto grau de envolvimento de todos os profissionais envolvidos por meio de seus usuários-chave do processo. Tem ainda como vantagem a não necessidade de montar equipes multifuncionais ou multidisciplinares, bem como não mobilizar profissionais e infraestrutura de modo dedicado.

São as seguintes as etapas que devem ser cumpridas:

1. Walk – thru – ou, percorrer as áreas e usuários envolvidos no(s) processo(s) em questão com objetivo de obter uma boa compreensão do fluxo e das atividades desenvolvidas; evidenciar interfaces principais e identificar pontos-chave no contexto; identificar atividades formais e informais do(s) processo(s) e entender as regras explícitas e não explícitas que circundam os pontos de decisão;
2. Segue-se a montagem do painel contendo o fluxo integrado e documentos de suporte. Os principais usuários de todas as áreas envolvidas devem participar de forma conjunta com a finalidade de "visitação" do fluxo, interagindo com o painel e fixando comentários e sugestões - identificação e discussão das BANDEIRAS AMARELAS (yellow flags) - identificação e definição das BANDEIRAS VERMELHAS (red flags);

3. Dar forma a subprojetos passíveis de ação imediata e de curto prazo com descrição dos objetivos a serem alcançados, a constituição de grupo de trabalho com elaboração de indicadores de expectativa e plano de trabalho.

Dado esse referencial teórico, os objetivos são apresentados a seguir.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O principal objetivo do estudo proposto é mapear e analisar os fluxos de informação dos exames ocupacionais em saúde no Campus e nas Regionais da Fiocruz.

Esse projeto é motivado pela necessidade do Nust para a modernização da ferramenta GST, para que ele possa controlar todos os dados do paciente, organizá-los, disponibilizá-los nas consultas dos exames ocupacionais, tendo um histórico clínico daquele paciente em todas as passagens no Nust por cada equipe diferente. O projeto tem como foco a modernização e a implantação do GST em todas as equipes do Nust que sejam necessários o atendimento a pacientes.

Objetivos Específicos

- Identificar e descrever as atividades que produzem os dados que alimentam o GST;
- Identificar e descrever os fluxos de dados (dimensões, conteúdo, forma, formato) que alimentam, são processados e gerados no âmbito do GST;
- Descrever os fluxos e respectivos dados segundo a técnica Brown Paper;
- Identificar possíveis ações de curto prazo que potencialmente possam ser desenvolvidas para melhoria do sistema GST.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste projeto tem caráter teórico reflexivo descritivo e está baseada no mapeamento das atividades que envolvem o fluxo do exame ocupacional em saúde realizado pelo Nust/CST/Cogepe/Fiocruz.

Através deste mapeamento, há uma proposta de modernização do GST e possíveis soluções de melhoria para o fluxo de tarefas. Seguimos a pesquisa bibliográfica a livros, teses de doutorado, dissertações de mestrado, artigos, apresentações e sites, com especial foco nas questões éticas e de segurança.

1ª ETAPA: Coletar formulários e conversar com as equipes

- ✓ Analise e coleta de formulários do Nust.
- ✓ Conversa com Chefia do Nust, Equipe da secretaria do Nust, Núcleo de Arquivo.

2ª ETAPA: Construção do Brown Paper

- ✓ Digitação do fluxo de atividades do exame ocupacional no Excel.
- ✓ Impressão e colagem das folhas de papel.
- ✓ Enumeração dos problemas envolvidos no fluxo de tarefas do exame ocupacional.

3ª ETAPA: Mapeamento e Modelagem

- ✓ Definição da equipe de trabalho.
- ✓ Apresentação Brown Paper para a equipe.
- ✓ Organização de oficinas de discussão para definir o modelo ideal para a instituição.
- ✓ Validação do modelo ideal e indicação de um plano de implantação, junto as gestoras com ênfase para a implantação do modelo.

4ª ETAPA: Consenso entre as equipes e redação do projeto

- ✓ Realização do trabalho em conjunto com a equipe da secretaria do Nust.
- ✓ Redação deste projeto com uma proposta de melhoria em longo prazo.

RESULTADOS ESPERADOS

A partir da metodologia aplicada foi possível elaborar o presente trabalho e pensar em soluções de melhoria acerca das tarefas que são desenvolvidas no Nust. Assim temos como resultado uma possível proposta de melhoria para o Nust de acordo com as preposições que se seguem abaixo.

Faremos correlação numérica entre os problemas listados e as possíveis soluções encontradas:

1. Criação uma espécie de “*filtro avançado colorido*” para que não haja a criação de dados duplicados, com sistema de alerta e bloqueio de digitação em linha.
2. Possibilidade de inclusão, alteração e exclusão do registro de qualquer paciente.
3. Integração entre as bases de dados do sistema com o SGA módulo Recursos Humanos com o GST para obtenção fidedigna dos dados dos servidores em um único local.
4. Navegação dos dados em tempo real, com locais de exame credenciados ao servidor.
5. Elaboração de um contador de tempo em sistema uma espécie de “relógio cronômetro”, indicado quanto tempo o usuário esta em atendimento ou no percurso do atendimento. Levando em consideração que é o tempo total para o atendimento de 1ª vez é de 01h e para retornos e de apenas 30 minutos.
6. Criação de módulo com conta de usuários com login e senha para cada equipe (Médica, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Ergonomia, Nutrição, Arquivo médico, Gestão e Secretaria) e cada usuário tenha a possibilidade de confecção e impressão de seus formulários próprios.

7. Criação de indicadores para melhoria e desempenho de tarefas/funções na busca da melhoria de qualidade.
8. Criação de geração automática de relatórios nos módulos do GST para cada equipe por atendimento.
9. Avaliação do software ou avaliação de sistema para o GST e para o GAIS, através de levantamento de necessidade entre setores, abrangendo de forma correta as informações inseridas sem conflitos com as informações da secretaria do Nust.
10. Na opção para “telegrama” do GAIS, geração automática do telegrama interligado com o serviço dos Correios, evitando assim que o telegrama seja feito de forma manual em Excel e posterior envio por e-mail e confirmação telefônica de recebimento de arquivo para depois este ser confeccionado.
11. No caso da agenda do GAIS, esta agenda traria de modo que abrangesse todo o *exame ocupacional* não apenas a exame admissional. E quanto aos “eventos” estes horários já deveriam estar fixos na agenda pré-estabelico para horário comercial do atendimento do Nust das 08:00 às 17:00h.
12. Os dados para relatórios deveriam ser digitados automaticamente dentro do sistema de acordo com cada módulo permissivo para aquele usuário, gerando assim automaticamente o relatório final sem divergências na informação, diminuindo os excessos de papel e digitação desnecessária por diferentes setores, protegendo assim a integridade e o sigilo da informação.

Evitando o uso de pendrives ou mídias USB deveriam ser abolidas, por conta do risco de contaminação por vírus.

Criação do boletim de produção dentro do sistema, uma vez que a ele é feito em formato de máscara do acess (. mdb) que a política institucional não permite o

envio desses arquivos por e-mail.

13. Criação de todos os formulários que envolvem não apenas exame ocupacional mais todas as equipes do Nust dentro do sistema, para agilidade significativa no processamento das informações de forma integrada.
14. As informações das planilhas vindas de outras unidades para o registro, já poderiam ser inseridas dentro do sistema “módulo secretaria do Nust”, evitando assim que se colocassem na rede as mesmas planilhas de forma redundantes ou estas fossem apagadas por qualquer usuário sem perceber de forma acidental.
15. Criação de kit do exame periódico dentro do sistema “módulo secretaria do Nust” para que já saísse automaticamente o kit completo, sem a necessidade de utilizar a mala direta em Word, economizando assim tempo, divergências ou inconsistência de dados dos servidores.
16. Criação de uma agenda de atendimento dentro do sistema “módulo secretaria do Nust”, evitando assim a o bloqueio em usuário como hoje acontece por ser em formato Excel, evitando que qualquer usuário que tem acesso apague a informação ou o arquivo acidentalmente.
17. Gravação de backup de segurança para os arquivos que estejam em rede em desuso ou sem acesso há 12 meses para retirar-los da rede Fiocruz e posteriormente excluídos, pois nossa rede esta com excesso de material antigo e não utilizável, garantindo assim a confiabilidade de dados e evitando o desperdício acidental na impressão de documentos.
18. Com a criação do módulo para cada equipe, não haveria necessidade de mobilizar outros setores para a digitação de dados dos formulários que hoje são feitos de forma manuscrita.

19. Possibilidade de impressão do prontuário ou inclusão de prontuários em sistema no módulo “arquivo médico” com histórico de fichas e movimentações, evitando que as fichas são desarquivadas e arquivadas constantemente e haja o desaparecimento acidental do documento.
20. Realização de um inventário de todos os prontuários e documentos que estão alocados dentro do arquivo médico, garantindo assim a eficiência e eficácia da guarda destes documentos.
21. Criação do formulário da Anamnese Ocupacional em sistema módulo “Médico” de forma que o próprio médico possa efetuar o lançamento e digitação dos registros relevantes à saúde do servidor de maneira sigilosa no ato da consulta com este servidor.
22. Solicitação de assinatura eletrônica para as médicas do Nust, agilizando assim o as requisições de exames.
23. Acesso e atualização aos dados da força de trabalho de todos os servidores, bolsistas e estagiários da Fiocruz de forma integrada, pois todas essas informações são controladas em planilhas de Excel por cada unidade e muitas vezes a unidade não tem a informação atualizada o que torna inviável o nosso trabalho.
24. O cronograma será estabelecido dentro do sistema de modo que as unidades possam cumprir o prazo estabelecido de modo que não impacte de forma negativa a meta, o ambiente e as relações de trabalho.
25. Construção para o chamamento das unidades esquematizando um estudo prévio sobre o perfil histórico daquela unidade, respeitando critérios para a avaliação ambiental e o perfil de risco dos trabalhadores envolvidos, levando em consideração os registros dos atendimentos das equipes do Nust e o índice de acidentes de trabalho ocorridos.

26. Promoção de Interação entre todas as equipes do Nust através do sistema.
27. Gestão de metas alinhada com a probabilidade de alcance dos objetivos da Instituição, de acordo com Cronograma de acompanhamento dos prazos pré-estabelecidos devido à ocorrência de eventualidades nos horários das marcações e executar as estratégias da Instituição com mais agilidade e precisão.
28. Sistema de alerta com pesquisa de satisfação sendo enviado um link para o celular deste servidor, medindo o grau de satisfação do usuário quanto ao serviço e informação ofertados pelo Nust e pelo Fiosauúde.
29. Acesso aos dados liberados em planilhas Excel por unidade, evitando assim erros ou retrabalhos, alinhando essas informações com o futuro sistema na preventiva de erros ou discrepâncias.
30. Construção de um sistema integrado com a permissão para agrupar ou restringir o acesso de dados sigilosos ou restritos atendendo ao padrão do serviço.
31. Integração de base de dados do SGA recursos humanos com o GST para verificação dos registros de afastamento (férias, licença, cessão, aposentadoria).
32. Criação de um módulo no GST em que possa abranger o Nupafs para que possamos ter acesso e integração que este núcleo na geração dos dados quanto aos servidores em Afastamento ou Licença Médica tendo ação integrada com os outros setores do Nust através de histórico do paciente.
33. Criação do histórico de “passagem” do paciente para qualquer serviço que este usuário foi atendido dentro do Nust.
34. Idealização de uma estratégia para melhorar o canal de comunicação com o credenciamento do Fio Saúde referente aos postos prestadores de serviços para

realização de exames laboratoriais e de imagem, se gasta muitas horas no telefone para conseguir algum tipo de informação, evitando assim que se gastem horas na espera no telefone ou e-mail.

35. Precisamos urgentemente fazer avaliação do Software do GST e do GAIS através de estudo abrangente para a automatização das rotinas e serviços do Nust, para que esta proposta de modernização possa sempre ter um evento sentinela evitando assim o que hoje ocorre de a ferramenta não atender nem de forma parcial a nossa demanda garantindo transparência à gestão.
36. Sincronização da comunicação com os setores do Nust seguido com agendas e datas de pautas pré-definidas para institucionalização dos processos.
37. Mobilização de recursos – financeiros, técnicos, humanos, institucionais, recursos inovadores e instrumentos que se incorporam os princípios de uma gestão sustentável.
38. Definição de prazos e cronograma de ações, evitando perder prazos ou abrir exceções.
39. Estabelecimento de estratégias para o alcance dos objetivos, medidas de controle e monitoramento utilizadas como ações preventivas necessárias.
40. Promoção do aproveitamento adequado do tempo e luta contra a procrastinação.
41. Criação de mecanismos para executar as ações e poupar tempo nas tarefas sem prejudicar a qualidade do serviço.
42. Uso de indicadores de desempenho como fórmulas que auxiliem o cálculo de desvio padrão do cronograma atual;

43. Estabelecimento de forma clara e objetiva do prazo de tolerância estipulados para cada unidade.
44. Desenvolvimento de uma ferramenta para avaliação de riscos com o objetivo no processo decisório de controle e prevenção de exposição de indivíduos a agente de potencial dano presentes em ambientes de trabalho como agentes biológicos, químicos e físicos.
45. Análise periódica do Relatório de Investigação e Análise de Acidente juntamente com a equipe responsável e Técnicos em Segurança do Trabalho.
46. Busca de alternativas para melhorar a produtividade e o engajamento dos setores e aumento da produtividade.
47. Integração e motivação das equipes a fim de contar com o clima organizacional mais favorável ao crescimento direcionado em busca de um objetivo maior.
48. Canal de acesso entre todos os colaboradores.
49. Divulgação das estratégias de comunicação interna.
50. Obtenção de sincronismo.
51. Estudo dos relatos de avaliações das equipes a partir de registros de atendimentos e relatórios construídos a partir de ações imediatas (Ergonomia – Psicologia – Serviço Social – Nutrição) otimizando os resultados de cooperação dos setores com o objetivo de analisar os ganhos de informação com o uso do relatório gerencial para auxílio nas tomadas de decisões. Dessa maneira, o Relatório Anual de Gestão fica construído com a participação de todas as áreas técnicas.
52. Organização tecnológica para a execução de tarefas.

53. Criação de planejamento semanal, mensal, trimestral, semestral e anual para tarefas com evolução de metas e objetivos.

Identificamos a necessidade de atualização do sistema e a criação de módulos abrangentes para periódicos, inclusão de novos módulos coletivos para cada equipe de atendimento do Nust, com a inclusão dos formulários que são utilizados diariamente desde a recepção do Nust ao atendimento médico, aprimorando assim este instrumento, contribuindo para a sua excelência no acolhimento à comunidade Fiocruz, tornando este trabalho pioneiro em seu enfoque.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“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 a informação certa às pessoas certas no tempo certo.” Do ELECTRIC POWER RESEARCH INSTITUTE – (DAVENPORT p. 173).

Independente de ser setor público ou privado, todos em geral, buscam a contínua melhora para os seus processos de trabalho. E quando o tema é saúde do trabalhador é preciso buscar opções para uma gestão mais produtiva, alinhada a qualidade do serviço prestado. Dessa forma é superinteressante e inovador enxergar os defeitos e ter em vista o aperfeiçoamento constante.

Há necessidade de modernizar o GST, para agilizar o trabalho, desde o agendamento do exame até a emissão do ASO do paciente. É essencial que se tenha um software para o Nust e que este seja integrado com todos os setores, obtendo assim o máximo de desempenho, extinguindo as fontes de erro, e a desnecessária digitação, garantindo assim o sigilo e a preservação da informação.

Para aproveitamento desta pesquisa para estudos futuros, sugerimos a implantação das sugestões apontadas, quantificar os resultados e modernizar a ferramenta. Sabemos que para solucionarmos estes problemas, a priori criaremos outros. Em longo prazo, o produto final desenvolvido, apresentará uma melhor qualidade, clareza e transparência frente as novas demandas recebidas. Ratifico que, tal avanço nesta atualização e criação dos módulos nesta ferramenta proporcionarão a evolução das tarefas de forma inteligível, tornando assim as atividades menos laboriosas e desgastantes, conforme observamos na frase abaixo que encaixa perfeitamente com a questão.

“Ironicamente, á medida que a informação se torna mais e mais importante, precisamos apreender a pensar além das máquinas.” (Davenport, 1998, p. 15).

Os fluxos das atividades mapeadas serão analisados e futuramente passarão pelo crivo numa espécie de validação da Chefia do Nust, visando à qualidade e o desempenho de todos os fluxos dos exames ocupacionais, prevendo assim o pleno funcionamento dos

fluxos e permitindo o direcionamento do trabalho a ser desenvolvido. Responsabilizando cada setor envolvido de acordo com sua atividade, avaliando os pontos críticos, de controle e os de melhoria, bem como suas alterações, exclusões ou adaptações necessárias à execução das tarefas e dos resultados esperados. Criando assim um produto final consistente de acordo com a qualidade exigida e requerida pelo Nust para o atendimento a comunidade Fiocruz.

Chegamos a conclusão que existe a oportunidade de melhoria do serviço, através da modernização do GST, para a produção dos dados de maneira confiável e integrada entre as equipes, visando sempre à qualidade e a eficácia da produção e manipulação dos dados.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ALAMONICA, Roberta; OLIVEIRA, Simone Santos; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Desafios à Vigilância em Saúde do Trabalhador: ações de um Núcleo de Saúde do Trabalhador. Trabalho em Saúde. Desigualdades e Políticas Públicas, 2014. Disponível em: <www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/article>. Acesso em: 5 jun. 2017.

CARVALHO, Maria Cristina Jorge de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; BONFATTI, Renato José. O processo de institucionalização das práticas de saúde em uma unidade de produção da Fiocruz. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe2, p. 80-91, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000600080&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 5 jun. de 2017.

CHIAVENATO, Idalberto. Gestão de pessoas 3 ed. São Paulo: Elsevier 2010.

MARQUES, Luana Cristina. Proposta de ficha de notificação de acidentes de trabalho para a Fundação Oswaldo Cruz. 2011. Monografia (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde), Fundação Oswaldo Cruz, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6527?locale=pt_BR>. Acesso em: 10 jun. de 2017.

COGEPE - FIOCRUZ. Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas (Cogepe), 2018. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/coordenacao-geral-de-gestao-de-pessoas>>. Acesso em: 10 maio de 2017.

_____. Gerenciador de Saúde do Trabalhador: uma nova ferramenta para otimizar o atendimento do Nust, 2018. Disponível em: <http://www.direh.fiocruz.br/?i=rh_na_fiocruz&p=noticias&inc=noticia&id=788>. Acesso em 10 out. de 2018.

_____. CST busca acreditação do Nust, 2018. Disponível em: <http://www.direh.fiocruz.br/?i=rh_na_fiocruz&p=noticias&inc=noticia&id=679>. Acesso em: 12 jul. de 2018.

Coordenação de Saúde do Trabalhador. Conheça a CST, 2018. Disponível em: <http://www.cogepe.fiocruz.br/index.cfm?i=saude_do_trabalhador&p=conhe%C3%A7a_a_cst>. Acesso em: 15 out. de 2017.

COSTA, Kelly Cristina Freitas da. Análise da Trajetória do Controle Social em Saúde do Trabalhador no Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Aróuca, 2009.

DAVENPORT, Thomas H. Ecologia da informação: Por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. São Paulo: Editora Futura, 1998.

Disponível em: <<http://amormino.com.br/livros/20141114-ecologia-informacao.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Saúde do trabalhador, 2018.

Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/sa%C3%BAde-do-trabalhador>>. Acesso em: 10 jun. de 2018.

LUCIDCHART. Diagramas bem feitos: Uso o Lucichart para criar fluxogramas. Disponível em: <<https://www.lucidchart.com/pages/pt>>. Acesso em: 12 nov. de 2017.

PINHEIRO, Renata Mendes da Silva. FIOCRUZ saudável: análise das ações de saúde do trabalhador na FIOCRUZ através de um programa Institucional. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/12426>>. Acesso em: 20 jun. de 2018.

RAIZEN. Política de segurança da informação, 2018.

Disponível em: <https://www.raizen.com.br/sites/default/files/fornecedores_seguranca_da_informacao.pdf>. Acesso em: 5 jul. De 2018.

RUBEM, Guilherme; WAINER, Jacques; DWYER, Tom. Informática, Organizações e Sociedade no Brasil. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

SOUZA, Vera Lúcia Queiróz de. Organização Dos Fluxos Informativos Administrativos: Uma Proposta Para Gestão Tecnológica. Fundação Oswaldo Cruz, Projeto de Pesquisa: Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, 2009. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2955/1/Vera%20Queir%C3%B3z.pdf>>. Acesso em: 14 de jul de 2017.

TECNOMIDIA – WEB COLSULTING. Mapear e Otimizar Processos: O Caminho para uma gestão mais ágil e moderna, 2018. Disponível em: <<http://blog.tecmedia.com.br/mapear-e-otimizar-processos-o-caminho-para-uma-gestao-mais-agil-e-moderna/>>. Acesso em: 02 nov. de 2017.

SBIS – O que é informática em Saúde - Disponível em: <http://www.sbis.org.br/comissoes>. Acesso em: 03 nov. de 2017.

Marques, Cícero Organização, sistemas e métodos / Cícero Marques, Érico Oda. - [1.ed., rev. e atual.]. - Curitiba, PR : IESDE Brasil, 2012. Pavani Junior, Orlando e Scucuglia, Rafael. Mapeamento e Gestão por Processos – BPM. Gestão orientada à entrega por meio de objetos. Metodologia GAUSS/Orlando Pavani Junior e Rafael Scucuglia. 2011 – São Paulo – M.Books do Brasil Editora Ltda.

Governo do Brasil - Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/09/novo-sistema-agiliza-atendimento-em-upas-do-distrito-federal>. Acesso em: 03 nov. de 2017.

MOUTRIE, J. Process mapping (Brown Paper). Disponível em <https://www.ifm.eng.cam.ac.uk/research/dmg/tools-and-techniques/process-mapping-brown-paper/>. Acesso em 12 nov 2017

Aplicação da técnica de mapeamento de fluxo de processo no diagnóstico do fluxo de informações da cadeia cliente-fornecedor - Kwami Samora Alfama Correia e Dagoberto Alves de Almeida, phd. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2002_tr11_0553.pdf. acesso em 12 nov 2017.

Fiocruz. Sistema Integral de Saúde do Trabalhador (SIST). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

CRONOGRAMA

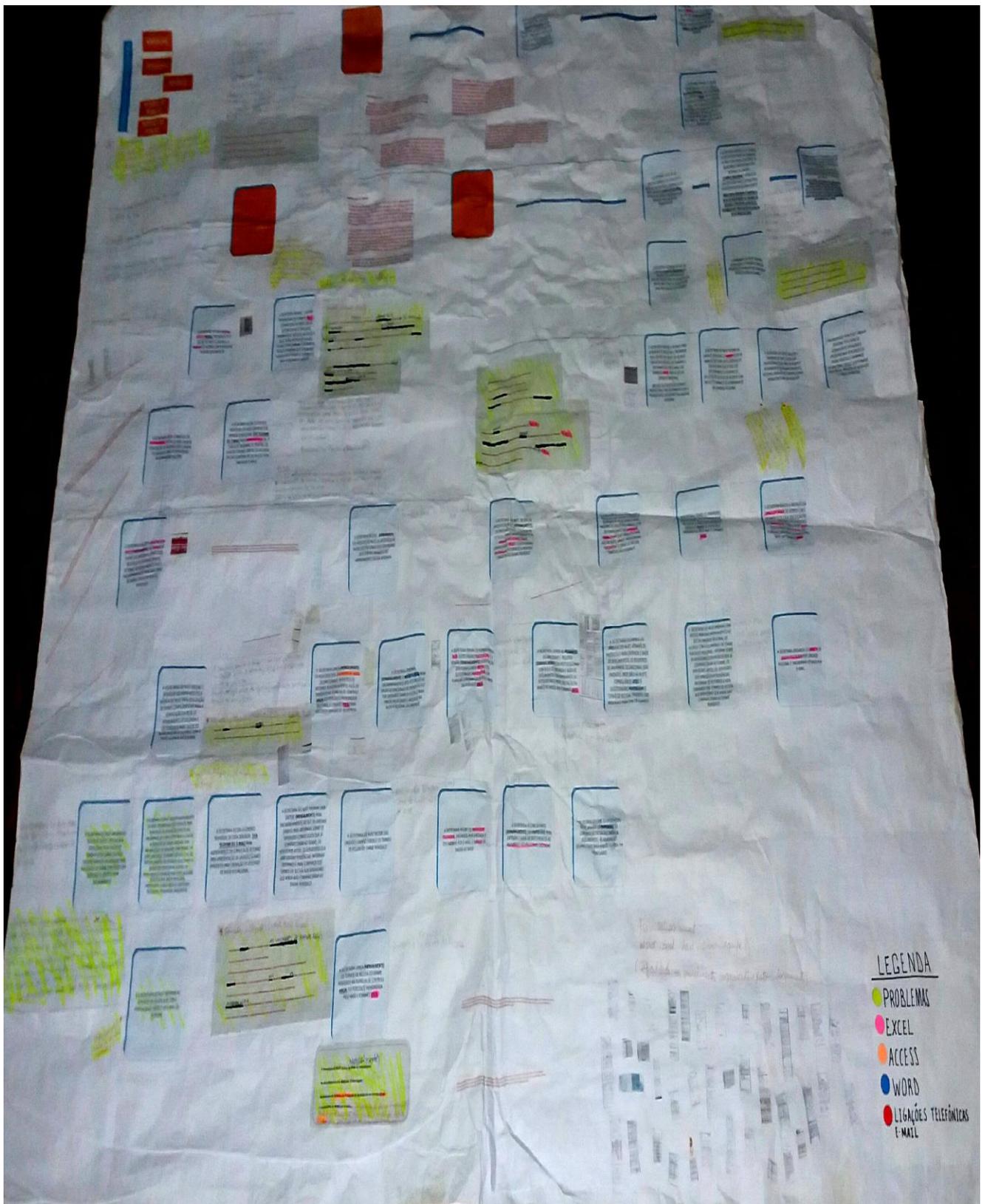
Atividades	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Pesquisa do tema	X	X								
Definição do tema		X	X							
Pesquisa bibliográfica	X	X	X	X	X	X				
Coleta de Dados				X	X	X				
Apresentação e discussão dos dados						X				
Elaboração do projeto							X	X	X	
Defesa do projeto										X

ORÇAMENTO

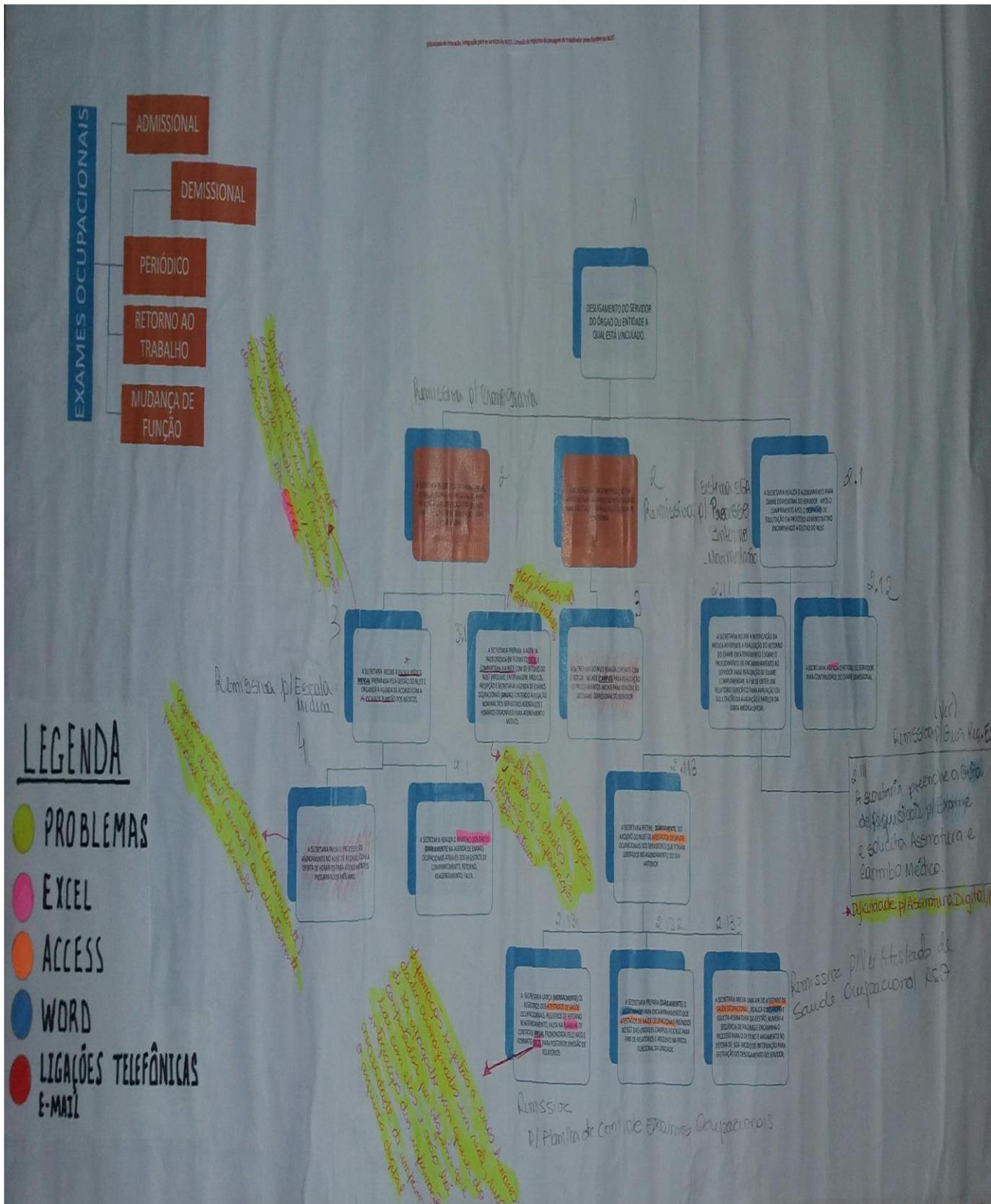
Não haverá a necessidade de um plano orçamentário para o desenvolvimento deste projeto, pois todos os recursos que nele foram envolvidos tais como: humanos, materiais e tecnológicos estavam à disposição na própria instituição.

Os mapeamentos dos fluxos das atividades dos exames ocupacionais, bem como a proposta de atualização do GST, correspondem às atividades inseridas e realizadas pelo setor da secretaria do Nust/CST/Cogepe/Fiocruz.

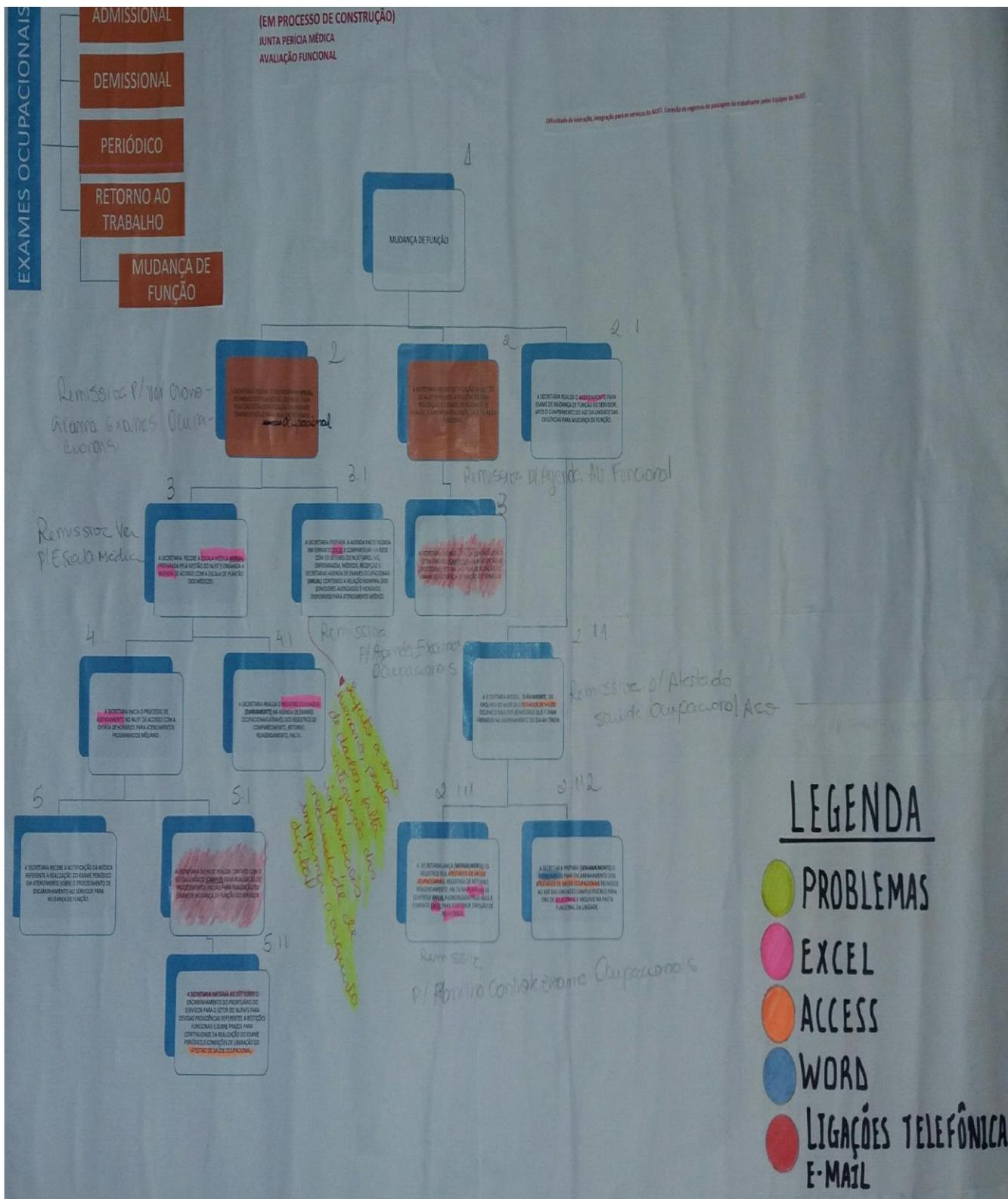
APÊNDICE A – Mapeamento do exame periódico em saúde



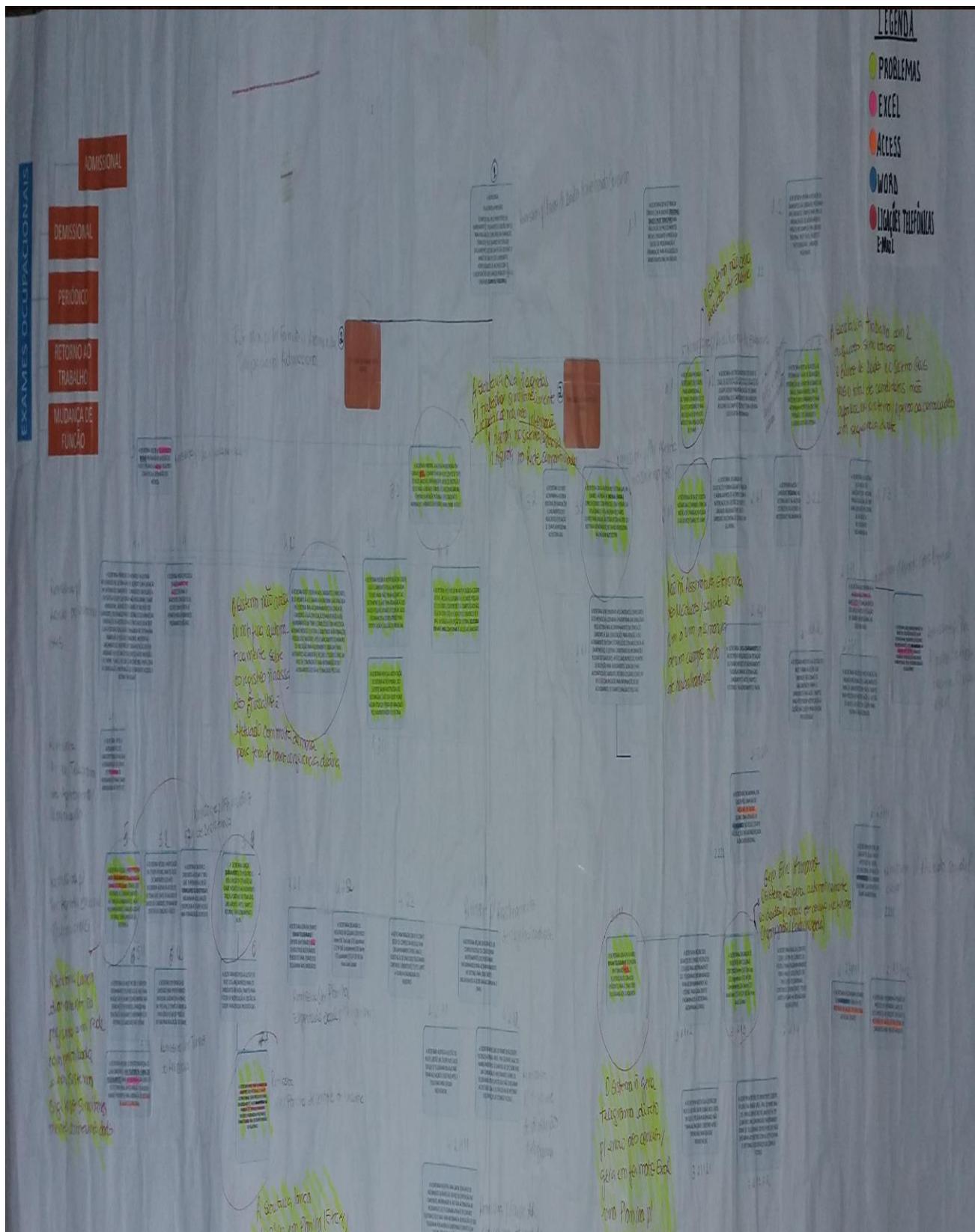
APÊNDICE B – Mapeamento do exame demissional



APÊNDICE A – Mapeamento do exame mudança de função



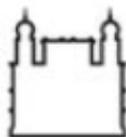
APÊNDICE A – Mapeamento do exame admissional



ANEXO A – Formulário De Registro No Componente Guia Médico - Guia De Requisição De Exame

 <p>Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas Coordenação de Saúde do Trabalhador</p>	 <p>ICST Coordenação de Saúde do Trabalhador</p>			
<h3>Guia de Requisição de Exames</h3>				
<input type="checkbox"/> Admissional	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Mudança de Função	<input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho	<input type="checkbox"/> Demissional
DADOS PESSOAIS				
Nome		Sexo		Idade
«Nome_do_servidor»		«Gênero»		«Idade»
<small>Matrícula</small>	<small>CPF</small>	<small>Vínculo</small>	<small>Cargo / Função</small>	
«Matricula_SIAPE»		«CPF»	RJU	«Cargo_»
<small>Unidade / Departamento / Laboratório / Setor</small>				
Unidade				
AVALIAÇÕES E EXAMES REALIZADOS				
X	Mamografia de Alta Resolução (MMG)			
Assinatura e Carimbo/CRM do Médico			Rio de Janeiro, ____/____/____. <small>Local e data</small>	

**ANEXO AB – Formulário De Registro No Componente Guia Médico - Guia De
Receituário**



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas
Coordenação de Saúde do Trabalhador
Núcleo de Saúde do Trabalhador – NUST

Nome: _____

RECEITUÁRIO

Rio, ____/____/____

Médico(a)

**ANEXO AC – Formulário De Registro No Componente Guia Médico - Guia De
Receituário de Controle Especial**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS – DIREH
COORDENAÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR – CST
NÚCLEO DE SAÚDE DO TRABALHADOR - NUST



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Pavilhão Carlos Augusto da Silva
Cx Postal 926 Cep: 21045-900
Av. Brasil, 4.365 – Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ – Tel.: 2598-4295

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Prontuário: | | | | | | | | | | - | |

Endereço: _____

Prescrição: Lista C da Port. SVS 344/98 (máximo p/60 dias-validade 30dias)

Antimicrobianos – RDC 44/2010 (validade 10dias)

Até três substâncias:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo do Profissional

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

FORNECEDOR

ANEXO AD – Formulário De Registro No Componente Guia Médico - Guia De Referência

 <p>Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz Coordenação Geral de Gestão de Pessoas Coordenação de Saúde do Trabalhador Núcleo de Saúde do Trabalhador - NUST</p>	 <p>COGEPE Gestão de pessoas</p>
<u>GUIA DE REFERÊNCIA</u>	ORIGEM:
CST/NUST	
Destino: _____	
Nome: _____	
Idade: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> _____ Nº De Prontuário: _____
Endereço Residencial: _____	
Bairro: _____ CEP: _____ - _____ Município: _____ Estado: _____ Tel.: () _____	

<u>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:</u>	
Consulta (especificar): _____	
Exame(s): _____	
Vacinação: (especificar): _____	
Outros (especificar): _____	

<u>RELATO DO SETOR DE ORIGEM:</u>	
História sumária: _____	

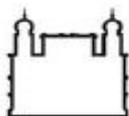
História diagnóstica (CID): _____	
Conduta: _____	
____/____/____	_____
Data	Assinatura e carimbo

<u>GUIA DE CONTRAREFERÊNCIA:</u>	
ORIGEM: _____	
DESTINO: FIOCRUZ/CST/NUST	
NOME: _____	

<u>RELATO DO SETOR DE DESTINO:</u>	
Diagnóstico (s): _____	
Exame(s): Complementar(es): _____	
Tratamento (s) / Orientações: _____	

____/____/____	_____
Data	Assinatura e carimbo

ANEXO AE – Formulário De Registro No Componente Guia Médico – Atestado Médico (Afastamento)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas
Coordenação de Saúde do Trabalhador

ATESTADO MÉDICO

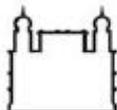
Atesto que o funcionário _____
matrícula nº _____ lotado na Unidade _____
_____ necessita de
_____ dia(s) de afastamento no trabalho, a partir
de _____, por motivo de:

- () Licença para tratamento de saúde
- () Licença por acidente em serviço
- () Licença Maternidade
- () Licença por motivo de doença em pessoa da família

Local e data

Médico

ANEXO AF – Formulário De Registro No Componente Guia Médico – Atestado Médico (Condições de Saúde)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

Coordenação de Saúde do Trabalhador

ATESTADO MÉDICO

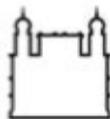
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE _____

ENCONTRA-SE NO MOMENTO EM CONDIÇÕES DE SAÚDE CLINICAMENTE NORMAIS.

Rio de Janeiro: ____/____/____

Médico

ANEXO AG – Formulário De Registro No Componente Guia Médico – Declaração de Comporecimento



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas
Coordenação de Saúde do Trabalhador
Núcleo de Saúde do Trabalhador – NUST

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro, para os devidos fins que _____
_____ permaneceu nesta Unidade
no dia _____ de _____ às _____ horas para
_____.

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

Data: ____/____/____

ANEXO B – Formulário De Registro No Componente Atendimento – Ficha de Pronto Atendimento



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

Data: ____/____/____

Horário do atendimento: _____

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO

Ao preencher o documento marque 'X' ou '-'

Nome completo: _____

Nome social: _____

CPF nº: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Servidor: N° de prontuário: _____ Unidade: _____

Terceirizado: Empresa: _____ Setor: _____

Outros: Especificar: _____ Função: _____

Telefone: _____ Celular: _____ E-mail: _____

GESTÃO DA DOR: Horário do atendimento de enfermagem: _____



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Paciente Comunicativo: Sim Não

Característica da Dor: _____

Localização	Tipo	Duração
-------------	------	---------

Usou analgésico: Sim Não Qual? _____ Hora: _____

Ação do serviço: Farmacológica Não farmacológica Apenas observação

1ª Medicação: Qual? _____ Hora: _____

1ª Reavaliação: Hora: _____ Melhorou? _____ Sim Não NOTA:

2ª Medicação: Qual? _____ Hora: _____

2ª Reavaliação: Hora: _____ Melhorou? _____ Sim Não NOTA:

OBS: _____

ANAMNESE DA ENFERMAGEM/PRÉ-CONSULTA

PA: ____ mmHg T ax: ____ °C FR: ____ irpm FC: ____ bpm HGT: ____ mg/dl SPO₂: ____ %

Eq. Vacinal Completo: Sim Não Vacinado na data de hoje? Não Sim Quais vacinas? _____

Paciente de Risco: Sim Não Qual (ais): _____

Risco de queda inicial: Sim Não Risco de queda- reavaliação: Não Sim Medidas preventivas? _____

Alergia: Sim Não Qual(ais): _____

Tabagista: Sim Não N° de cigarros/dia: ____ Já tentou parar de fumar? Sim Não

Tabagista eventual Ex-tabagista

Ação Educativa: Sim Não Qual? _____

O paciente compreendeu a ação educativa? Sim Não

Em caso negativo, qual ação foi tomada? _____

Profissional de Enfermagem: _____

(Assinatura e Carimbo)

CCD.026.192_DOC-CST-06.3_R01

ANAMNESE MÉDICA/EXAME MÉDICO:

Horário do atendimento: _____

QP: _____

Anamnese ocupacional: Sim Não NA

Ectoscopia:					
Lote	Deambulando	Eupneico	Febre	Eulálico	
Normocorado	Edemas	Anictérico	Tosse	Lesões de pele	
Normohidratado		Conjuntivas Normais		Outros	

HDA/Exame Físico:	
Cabeça/Pescoço	Aparelho Cardiovascular
Aparelho Digestório	Aparelho Respiratório
Aparelho Genitourinário	Aparelho Osteoarticular/ligamentoso
Sistema Nervoso	Sistema Endócrino
Psicológico	Outros (detalhar abaixo)
Obs.	

HPP:					
HAS	DM	Neoplasia	Cirurgias	Radioterapia	
Quimioterapia	Dç Infecciosas	TB	Dç Tireoidiana	Glaucoma	
Dç Autoimune	Alergias	Nefropatia	Coronariopatia	Dç Cardiovascular	
Pneumopatia	Espondilopatia	Uropatias	Int. hospitalar	*Med. em uso	
Hepatopatias	Neuropatias	Tabagismo	Etilismo	Outras drogas	
*Especificar a posologia:					

Hipótese diagnóstica:	CID principal:
-----------------------	----------------

Conduta terapêutica:	
Efeito(s) adverso(s): Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Qual(ais)? _____	

Resolução:					
Alta:		Melhorado para trabalho		Melhorado para casa	
Ação Educativa:	Não	Sim	Qual (ais)?		
O paciente compreendeu a ação educativa?	Não	Sim	Em caso negativo, qual ação foi tomada?		
At. Médico:	Não	Sim	Dec. comparecimento:	Não	Sim
Enc. Especialidade/ Unidade	Qual?		Meios próprios		Ambulância

 Profissional Médico: _____
 (Assinatura e Carimbo)

Hora de saída: _____

ANEXO BA – Formulário De Registro No Componente Atendimento -- Ficha de Aferição e Controle de Pressão Arterial



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

FICHA DE AFERIÇÃO E CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____

Nome social: _____

CPF nº: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Servidor:

Nº de prontuário: _____

Unidade: _____

Terceirizado:

Empresa: _____

Setor: _____

Outros:

Especificar: _____

Função: _____

Telefone: _____

Celular: _____

E-mail: _____

CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL

DATA	HORA	PA	OBS	Rubrica/ Carimbo

ANEXO BB – Formulário De Registro No Componente Atendimento -- Ficha de Controle de Imunização



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

FICHA DE CONTROLE DE IMUNIZAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____

Nome social: _____

CPF nº: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Servidor: Nº de prontuário: _____ Unidade: _____
 Terceirizado: Empresa: _____ Setor: _____
 Outros: Especificar: _____ Função: _____
 Telefone: _____ Celular: _____ E-mail: _____

CONTROLE DE IMUNIZAÇÃO DO TRABALHADOR

DUPLA BACTERIANA				HEPATITE B			
Dose	Data/ Hora	Lote	Rubrica/ Carimbo	Dose	Data/ Hora	Lote	Rubrica/ Carimbo
1ª				1ª			
2ª				2ª			
3ª				3ª			
Ref.				1ª			
Ref.				2ª			
Ref.				3ª			
FEBRE AMARELA				VACINA:			
Dose	Data/ Hora	Lote	Rubrica/ Carimbo	Dose	Data/ Hora	Lote	Rubrica/ Carimbo

OBS: _____

ANEXO BC – Formulário De Registro No Componente Atendimento – Ficha de Evolução



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

Data: ___/___/___

Horário de atendimento: ___:___

FICHA DE EVOLUÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____

Nome social: _____

CPF nº: _____

Data de nascimento: ___/___/___

Servidor: Nº de prontuário: _____ Unidade: _____

Terceirizado: Empresa: _____ Setor: _____

Outros: Especificar: _____ Função: _____

Telefone: _____ Celular: _____ E-mail: _____

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Ação Educativa: Sim Não Qual? _____

O paciente compreendeu a ação educativa? Sim Não

Em caso negativo, qual ação foi tomada? _____

Profissional: _____

Hora da saída: ___:___

(Assinatura e Carimbo)

II- HISTÓRIA OCUPACIONAL

27- Descrição sucinta das atividades:

28- Preencha a tabela a seguir com todas as atividades relevantes em que o/a trabalhador(a) esteve/está envolvido, incluindo os temporários e de meio período iniciando pelo mais recente ou atual:

Período (Início e Término)	Ramo de Atividade*	Função**/Ocupação	Exposição***	Equipamentos de Proteção**** (EPI's)
_____ a _____				
_____ a _____				
_____ a _____				

*Área do mercado em que uma empresa se insere ou atua (é o que o/a empresa faz)

**Conjunto de responsabilidades e tarefas relacionadas ao cargo

***Liste todos os agentes químicos (poeira, fibras, fumos metálicos, substâncias químicas, etc.), agentes biológicos e/ou agentes físicos (ruídos, vibração, calor e frio externos, radiações ionizantes e não ionizantes etc.) a que o trabalhador esteve ou já tenha estado exposto nas suas atividades de trabalho.

****Liste os equipamentos de proteção individuais

29- O/A trabalhador (a) já teve diagnóstico de doenças (s) relacionadas ao trabalho: () Sim () Não

Se Sim, Qual(is)?

Doença: _____ CID |__|_|_|_|_|_| Doença: _____ CID |__|_|_|_|_|_|

Se Sim, Foi notificado? |__| Sim |__| Não |__| Ignorado

30- O/A trabalhador(a) já sofreu acidente de trabalho? |__| Sim |__| Não

Se Sim, de qual tipo: |__| Típico |__| Típico com material biológico |__| Trajeto

Se Sim, Foi notificado? |__| Sim |__| Não |__| Ignorado

Descrição do(s) acidente(s): (Quando? Como? Agente causador? Natureza da lesão? Sequelas?) _____

31- O/A trabalhador(a) esteve afastado por acidente ou doença relacionada ao trabalho? |__| Sim |__| Não

Período? |__| Até 30 dias |__| 31 a 90 dias |__| 91 a 120 dias |__| 121 a 180 dias |__| Mais que 180 dias

Motivo(s): _____

Realizado atendimento pericial em saúde? |__| Sim |__| Não |__| Ignorado

Quando? _____

III- HISTÓRIA CLÍNICA		CPF: _ _ _ _ · _ _ _ _ · _ _ _ _ - _ _ _ _
32- O/A trabalhador (a) apresenta ou relata algum sinal/sintoma: () Sim () Não		
33- Se sim, assinale com (x) onde o/a trabalhador (a) apresenta o(s) sinal(is)/sintoma(s) e descreva-o(s), sucintamente:		
() Geral?	() Cabeça e Pescoço?	
() de Olhos e/ou Visão?	() Ouvidos e/ou Audição?	
() Boca, Nariz e/ou Garganta?	() Aparelho Cardiovascular?	
() Aparelho Respiratório?	() Aparelho Digestivo?	
() Aparelho Geniturinário?	() Pele e Anexos?	
() Sistema Nervoso?	() Coluna Vertebral?	
() Membros Superiores?	() Membros Inferiores?	
() Psiquiátrico?	() Outros	

III.1 - ANTECEDENTES DE MORBIDADE:		
34- O/A trabalhador (a) sofre de alguma(s) patologia(s) com diagnóstico(s) confirmado(s)? () Sim () Não () Ign		
35- Se sim, que patologia(s)? Relacione os nomes e respectivos códigos (CID10):		
Doença: _____ CID __ _ _ _ _ _ _	Doença: _____ CID __ _ _ _ _ _ _	
Doença: _____ CID __ _ _ _ _ _ _	Doença: _____ CID __ _ _ _ _ _ _	
Doença: _____ CID __ _ _ _ _ _ _	Doença: _____ CID __ _ _ _ _ _ _	
36- Faz Tratamento(s)? () Sim () Não		
37- Qual (is) tratamento(s)? _____		

38- O/A trabalhador(a) possui alergia e/ou intolerância alimentar e/ou medicamentosa? () Sim () Não () Ign		
39- Se sim, descrever: _____		
40- O/A trabalhador(a) já foi submetido a cirurgia(s)? () Sim () Não () Ign		
41- Se sim, responda Qual (is) cirurgia(s)? Quando?		
Cirurgia: _____ Ano: __ _ _ _ _ _ _	Cirurgia: _____ Ano: __ _ _ _ _ _ _	
Cirurgia: _____ Ano: __ _ _ _ _ _ _	Cirurgia: _____ Ano: __ _ _ _ _ _ _	
42- Apresenta sequela(s) de doenças e/ou cirurgias? () Sim () Não () Ign Se sim, descrever: _____		

43- Patologias Progressas e DCI (Doenças Comuns da Infância)		
Doença: _____	Doença: _____	Doença: _____
Doença: _____	Doença: _____	Doença: _____
Doença: _____	Doença: _____	Doença: _____
Doença: _____	Doença: _____	Doença: _____
44- Antecedentes familiares (Pai, Mãe, irmão, filho – relatar o que for relevante):		
Parentesco		Patologia(s)
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
III.2) ESTADO VACINAL:		
Utilize => (1) - Esquema Completo - (2) - Encaminhado p/vacinação - (3) - Recusou-se - (4) - Vacina em falta - (5) - Não se aplica		
Hepatite B	__ _	OBS: _____
D. T.	__ _	OBS: _____
Febre Amarela	__ _	OBS: _____
Raiva	__ _	OBS: _____
Triviral	__ _	OBS: _____
OUTRAS	__ _	OBS: _____

IV- ESTILO DE VIDA		CPF: __ __ __ . __ __ __ . __ __ __ _ - __ __ __ _
(A) Tabagismo		
45- O/A trabalhador(a) é: () Fumante regular * () EX-Fumante () Nunca Fumou () Fumante Passivo(a)		
<small>*O conceito de fumante regular de cigarro pressupõe que o indivíduo fuma atualmente e já fumou pelo menos 100 cigarros na vida. (SIIDE Internacional de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIISa. - 2. Ed. - Brasil: Organização Pan-Americana de Saúde, 2000).</small>		
46- Se é fumante regular, já fez alguma tentativa para deixar de fumar? () Sim () Não		
46.1 - Já pensou em parar de fumar? _____		
(B) Consumo Excessivo de Álcool		
47- O/A trabalhador(a) consome bebida alcoólica?		
() Sim () Frequentemente () Ocasionalmente () Não () Nunca		
Se sim ou frequentemente, aplique o questionário CAGE*:		
47.1- Alguma vez o(a) trabalhador(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?		
() Sim () Não		
47.2- As pessoas o(a) aborrecem porque criticam seu modo de tomar bebida alcoólica?		
() Sim () Não		
47.3- O/A trabalhador(a) se sente culpado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebida alcoólica?		
() Sim () Não		
47.4- O/A trabalhador(a) costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?		
() Sim () Não		
<small>*validado no Brasil em 1983</small>		
Se não, responda as questões		
48- O/A trabalhador(a) relata já ter tido consumo excessivo de álcool e parou? () Sim () Não		
49- Se sim, há quanto tempo parou de beber em excesso? _____		
50- Se sim, durante quanto tempo bebeu em excesso? _____		
(C) Consumo de Substâncias Psicoativas		
51- Atualmente usa substâncias psicoativas: () Sim () Não () Nunca usou		
52- Qual (is)? _____		
53- Com que frequência?		
() 01 a 02 vezes por semana () 03 a 04 vezes por semana () 05 a 06 vezes por semana		
() Diariamente () Outra: _____		
54- Se sim, há quanto tempo usa? _____		
55- Se atualmente não usa, mas já usou, foi por quanto tempo? _____		
56- Se já usou, há quanto tempo deixou de usar? _____		
(D) Atividade Física		
57- O/A trabalhador, atualmente, pratica alguma atividade física? () Sim () Não		
58- Tipo de atividade: _____		
59- Qual frequência? () 01 a 02 vezes por semana () 03 a 04 vezes por semana () 05 a 06 vezes por semana		
() Diariamente () Outra: _____		
60- Há quanto tempo pratica atividades físicas? _____		
(E) Outros Fatores Relevantes		
61- O/A trabalhador(a) dorme bem? () Sim () Não		
Se Não, Por que? _____		
62- O/A trabalhador(a) se alimenta bem? () Sim () Não		
Se Não, Por que? _____		
63- O/A trabalhador (a) tem algum hobby? () Sim () Não		
Se Sim, Qual? _____		
64- Quais as principais atividades de lazer do trabalhador(a)? _____		

V- HISTÓRIA REPRODUTIVA:			
V.1) HISTÓRIA REPRODUTIVA – HOMENS:			
63- Possui filhos?	() Sim	() Não	Quantos? __ __
64- Se Sim, são saudáveis?	() Sim	() Não	
65- Se Não, qual patologia?	_____		
66- Apresenta ou já apresentou alguma patologia do aparelho reprodutivo?	() Sim	() Não	Qual? _____
67- Usa preservativo?	() Sim	() Não	
V.2) HISTÓRIA REPRODUTIVA – MULHERES:			
68- Possui filhos naturais?	() Sim	() Não	Quantos? __ __
69- Se sim, são saudáveis?	() Sim	() Não	
70- Se não, qual patologia?	_____		
71- Número de gestações:	__ __		
72- Número de partos:	__ __		
73- Número de Cesarianas:	__ __		
74- Número de abortos:	__ __	Provocados	__ __ Espontâneos
75- Número de nascidos vivos:	__ __		
76- Idade em que ocorreu a primeira menstruação:	__ __	Anos	
77- Idade em que entrou na menopausa:	__ __	Anos	() Não se aplica
78- Faz reposição Hormonal?	() Sim	() Não	
79- Método contraceptivo:	() A. Hormonal () DIU () Tabela () Diafragma () Preservativos () Outros _____		
80- Apresenta ou já apresentou patologias do aparelho reprodutor?	() Sim	() Não	
81- Se sim, Qual (ais)?	_____		
VI - EXAME FÍSICO:			
82- Sinais Vitais:			
Pressão Arterial: ____X____ mmHg	Pulso: _____ bpm	Frequência Respiratória: _____ ipm	Temperatura: _____ °C
83- Medidas antropométricas:			
Peso (Kg): _____	Altura (m): _____	Perímetro de cintura (cm): _____	IMC (Kg/m ²): _____ <small>(vide parâmetros)</small>
<small>(assinatura e carimbo de identificação)</small>			
84- Alterações observadas ao exame físico:			
Utilize => 1, para apresentou alteração; 2=> não apresentou alteração ; 3=> não foi avaliado			
de Facies?	1-() 2-() 3-()	de Cabeça e Pescoço?	1-() 2-() 3-()
de Olhos e/ou Visão?	1-() 2-() 3-()	de Ouvidos e/ou Audição?	1-() 2-() 3-()
de Boca, Nariz, Garganta?	1-() 2-() 3-()	de Aparelho Cardiovascular?	1-() 2-() 3-()
de Aparelho Respiratório?	1-() 2-() 3-()	de Aparelho Digestivo?	1-() 2-() 3-()
de Aparelho Geniturinário?	1-() 2-() 3-()	de Pele e Anexos?	1-() 2-() 3-()
de Sistema Nervoso?	1-() 2-() 3-()	de Coluna Vertebral?	1-() 2-() 3-()
de Membros Superiores?	1-() 2-() 3-()	de Membros inferiores?	1-() 2-() 3-()
Psiquiátrias?	1-() 2-() 3-()	Portador de Deficiência?	1-() 2-() 3-()
85- Observações :			

DATA DO EXAME:

____/____/____

VII – EXAME COMPLEMENTARES		CPF: _ _ _ _ · _ _ _ _ · _ _ _ _ - _ _ _ _	
<i>(Decreto 6856 de 25 de maio de 2009)</i>			
Exames:		Resultados, se alterado anotar valor ao lado:	
HEMOGRAMA			
01	Eritrograma	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado
02	Leucograma	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado
03	Plaquetas	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado
BIOQUÍMICA			
04	Glicemia	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado
05	Creatinina	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado
06	Colesterol total	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado
07	Colesterol HDL	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado
08	Colesterol LDL	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado
09	Triglicérides	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado
10	TGO	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado
11	TGP	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado
URINA			
12	EAS	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado
*SOROLOGIAS PARA HEPATITES VIRAIS			
13	Anti-HBs	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado
14	HbsAg	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado
15	Avaliação Oftalmológica (45 anos ou +)	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado
FEZES			
16	Pesq. de sangue oculto nas fezes (50 anos ou +)	(<input type="checkbox"/>) Negativa	(<input type="checkbox"/>) Positiva
MULHERES			
17	Citopatologia Cérvico-Uterina	(<input type="checkbox"/>) Negativa	(<input type="checkbox"/>) Positiva (para CA de colo uterino)
18	Mamografia de alta resolução (MMG) (mulheres com 50 anos ou +)	(<input type="checkbox"/>) Ausência de sinais de malignidade (<input type="checkbox"/>) Sinais sugestivos para avançar investigação BIRADS: _____	
HOMENS			
19	Antígeno Prostático Específico (PSA) (homens com 50 anos ou +)	(<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Níveis sugestivos para avançar investigação	

** não constantes no decreto, porém avalia o estado imunológico para realização ou não de vacinação contra Hepatite B*

VIII – SOLICITAÇÃO DE OUTROS EXAMES RELACIONADOS À FUNÇÃO OU EXAMES EXCEDENTES:

Exames:	Resultados:

IX – ENCAMINHAMENTO(S):

IX – ENCAMINHAMENTO(S):				OUTROS ENCAMINHAMENTOS:
01	<input type="checkbox"/> Clínica Médica	07	<input type="checkbox"/> Cardiologia	
02	<input type="checkbox"/> Pneumologia	08	<input type="checkbox"/> Dermatologia	
03	<input type="checkbox"/> Ginecologia	09	<input type="checkbox"/> Cirurgia	
04	<input type="checkbox"/> Hematologia	10	<input type="checkbox"/> Urologia	
05	<input type="checkbox"/> Psiquiatria	11	<input type="checkbox"/> Nutrição	
06	<input type="checkbox"/> Psicologia	12	<input type="checkbox"/> Serviço Social	

OBSERVAÇÕES/PENDÊNCIAS:

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

NOME: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: |__|__|__|·|__|__|__|·|__|__|__|·|__|__|

X – IMPRESSÃO FINAL:

1- |__| Apto (a) para a Função:

Nos casos abaixo, encaminhar ao NUPAFS para parecer.

2- |__| Inapto (a) para a Função de acordo com o CID 10 _____, podendo ser Readaptado (a) por Doença(s) Relacionada(s) ao Trabalho.

NOTIFICAÇÃO |__| SIM |__| NÃO

Se Sim,

CAT-SP |__| SINAN |__|

3- |__| Inapto (a) para a Função, de acordo com o CID 10 _____, podendo ser Readaptado(a) por Patologia(s) Não Ocasionalada(s) ou Não Relacionada(s) ao Trabalho.

4- |__| Inapto (a) para a Função de acordo com o CID 10 _____, por Doença(s) Relacionada(s) ao Trabalho.

NOTIFICAÇÃO |__| SIM |__| NÃO

Se Sim,

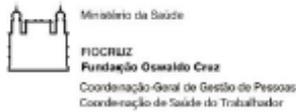
CAT-SP |__| SINAN |__|

5- |__| Inapto (a) para a Função de acordo com o CID 10 _____, por Patologia(s) Não Ocasionalada(s) pelo Trabalho.

Data: ____/____/____.

Médico Responsável – CRM

ANEXO BE – Formulário De Registro No Componente Atendimento – Ficha de Anamnese Ocupacional Admissional



DATA DO EXAME:

____/____/____

EXAME MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Tipo de Exame: Admissional

Esta ficha clínica foi elaborada para seu exame admissional e servirá como base para os futuros exames periódicos oferecidos pela instituição. Todas as informações aqui contidas serão tratadas com o sigilo devido. A essas informações terá acesso apenas a equipe de saúde desta instituição. Por favor, preencha as questões dos itens de 1 a 4 antes da consulta com o médico. Isso agilizará seu exame admissional.

I – IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO			
1 – Nome do candidato: _____			
2 – CPF: _____			
3 – Data Nascimento: ____/____/____	4 – Idade: __	5 – Sexo: Masc Fem Ign	
6 – Nacionalidade: 01 – Brasileira 02 – Estrangeira 03 – Naturalizado 99 – Ign			
7 – Naturalidade: _____			
8 – Escolaridade: __			
01 – Ensino médio completo		02 – Graduação incompleta	03 – Graduação completa
04 – Especialização		05 – Mestrado	06 – Doutorado
07 – Pós-Doutorado		99 – Ign	
9 – Estado Civil:			
01 – Casado(a)	02 – Desquitado(a) ou separado(a) judicialmente		03 – Divorçado(a)
04 – Viúvo(a)	05 – Solteiro(a)	06 – União estável	99 – Ign
10 – Endereço Residencial: _____			
11 – Bairro: _____		12 – CEP: __ __ -	
13 – Cidade: _____		14 – Estado: _____	
15 – Telefone residencial: _____		16 – Telefone celular: _____	
17 – E-mail: _____			
18 – Cargo pleiteado: _____			

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO _____ CPF: _____

II – ESTILO DE VIDA

19 – Tabagismo: Sim Não Ex-tabagista @ Há quanto tempo parou de fumar? _____

Se sim, há quanto tempo fuma? _____

Se sim, quantos cigarros fuma por dia? _____

Já tentou parar de fumar? Sim Não

20 – Exercício físico: Sim Não Irregularmente

Quando regular, qual duração? Menos de 2,5 horas semanais 2,5 horas ou mais semanais

Alguma restrição médica a exercícios? Sim Não

Se sim, cite: _____

21 – Bebida alcoólica: Sim Não Socialmente

Se sim, há quanto tempo? _____

Se sim, quantas doses por semana? _____

Já tentou parar de beber? Sim Não

22 – Outros hábitos/uso de drogas: Sim Não

Se sim, cite: _____

III – HISTÓRIA FAMILIAR (parentes até 2º grau)

Especificar doença e relação de parentesco

23 – Doenças	Grau de parentesco
Câncer (próstata, mama, cólon, reto, ovário)	
Outros cânceres. Especifique:	
Infarto ou AVC ("derrame") (homens antes dos 55 e mulheres antes dos 65 anos)	
Doenças neurológicas, mentais ou psiquiátricas (incluir quadros demenciais)	
Glaucoma	
Diabetes mellitus	
Doença renal (diálise)	
Outras doenças recorrentes na família: _____	

IV – HISTÓRIA PATOLÓGICA E INTERROGATÓRIO SISTÊMICO

Especificar doenças ativas, já resolvidas, motivos e época

24 – Internações hospitalares: Sim Não

Cite: _____

25 – Cirurgias: Sim Não

Cite: _____

26 – Transfusões sanguíneas: Sim Não

Cite: _____

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

CPF:

Doenças e tratamentos**27 – Sistema Circulatório (Cardiovascular):**

- Hipertensão Arterial (HAS) Sim Não
- Trombose/Embolia Sim Não
- Isquemia/Infarto/Angina pectoris Sim Não
- Outras doenças cardiovasculares Sim Não

Cite quais das condições supracitadas estão em tratamento regular e qual o tratamento:

28 – Sistema Digestório:

- Esôfago/Estômago/Fígado/Pâncreas Sim Não
- Cólon/Retô/Ânus Sim Não @ Em tratamento regular? Sim Não

Cite quais das condições supracitadas estão em tratamento regular e qual o tratamento:

- Última consulta ao dentista: Há menos de um ano Há mais de um ano

29 – Sistema Endócrino (hormonal):

- Diabetes Mellitus Sim Não @ Em tratamento regular? Sim Não

Observações: _____

- Alterações de Tireoide Sim Não @ Em tratamento regular? Sim Não

Observações: _____

- Outras doenças endócrinas: _____

30 – Sistema Imunitário/Doenças Infecciosas:

- Doenças comuns da Infância (catapora, sarampo, caxumba, rubéola) Sim Não

Outras: _____

- Alergias (medicamentos, alimentos, contato, respiratória) Sim Não @ Em tratamento regular? Sim Não

Cite: _____

- Doenças Autoimunes Sim Não @ Em tratamento regular? Sim Não

Cite: _____

- Doenças infecciosas crônicas (Hepatites, HPV, VIH, outras) Sim Não Prefiro não especificar
- Em tratamento regular? Sim Não

Cite: _____

31 – Sistema Locomotor:

- Músculos, tendões, ossos, articulações, coluna Sim Não @ Em tratamento regular? Sim Não

Outras: _____

- Dor crônica Sim Não @ Em tratamento regular? Sim Não

Cite: _____

- Deficiência física (motora) Sim Não

Cite: _____

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

CPF:

Doenças e tratamentos

(continuação)

32 – Condições Psicológicas ou Psiquiátricas:

Já fez tratamentos psicológicos ou psiquiátricos, já foi encaminhado por profissionais de saúde para tratamentos psicológicos ou psiquiátricos, já sentiu a necessidade de fazer tratamentos psicológicos ou psiquiátricos?

- Psicológico Sim Não @ Em tratamento regular? Sim Não
- Psiquiátrico Sim Não @ Em tratamento regular? Sim Não

Se sim, cite os medicamentos em uso:

33 – Sistema Tegumentar:

- Pele, cabelos, pelos, unhas Sim Não @ Em tratamento regular? Sim Não

Cite: _____

Tatuagem Sim Não @ Se sim, localização: _____

34 – Sistema Urinário e Reprodutivo:

- Rins, vias urinárias (ureteres, bexiga, uretra) Sim Não @ Em tratamento regular? Sim Não

Se sim, cite: _____

- Aparelho reprodutivo masculino Sim Não Prefiro não especificar

Em tratamento regular? Sim Não

Se sim, cite: _____

35 – Ginecológico – História reprodutiva da mulher (continuação):

- Possui filhos? Sim Não @ Se não, motivo: _____

• Número de gestações: |__|__|

• Número de partos: |__|__|

• Número de nascidos vivos: |__|__|

• Número de abortos: |__|__| Provocados |__|__| Espontâneos

• Idade em que ocorreu a primeira menstruação: |__|__| anos Não se aplica

• Idade em que entrou na menopausa: |__|__| Anos Não se aplica

• Método contraceptivo: AO DIU Tabela Diafragma CONDOM Outros

Observações: _____

36 – Visão/Audição:

- Problema de visão Sim Não @ Usa correção visual? Sim Não

Em tratamento regular? Sim Não

Se sim, cite: _____

- Problema de audição Sim Não @ Usa aparelho? Sim Não

Em tratamento regular? Sim Não

Se sim, cite: _____

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO CPF:

Doenças e tratamentos

(continuação)

37 – Sistema Respiratório, nariz, orelhas e garganta:

- Pulmões/Brônquios Sim Não @ Em tratamento regular? Sim Não

Se sim, cite: _____

- Nariz, orelhas, garganta, seios nasais Sim Não @ Em tratamento regular? Sim Não

Se sim, cite: _____

38 – Outros: Sim Não @ Em tratamento regular? Sim Não

Se sim, cite: _____

39 – Uso de medicamentos:

- Uso regular ou frequente de medicamentos Sim Não

Se sim, cite quais: _____

Declaro ser responsável pela veracidade das informações anteriormente citadas.

_____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO CPF:

V – EXAME FÍSICO (I) Hora:

40 – Sinais Vitais:
 Pressão arterial: _____ x _____ mmHg Pulso: _____ bpm Frequência respiratória: _____ ipm Temperatura axilar: _____ °C

41 – Medidas antropométricas:
 Peso em Kg: _____ Altura em m: _____ Perímetro abdominal cm: _____ IMC: _____

VI – ESTADO IMUNOLÓGICO

42 – Utilize: 1-Eschema Completo 2-Encaminhado p/ vacinação 3-Recusou 4-Vacina em falta 5-Não se aplica

<input type="checkbox"/>	Sarampo	<input type="checkbox"/>	Triplice Viral	<input type="checkbox"/>	Rubéola
<input type="checkbox"/>	Hepatite B	<input type="checkbox"/>	Meningite A C	<input type="checkbox"/>	Meningite B C
<input type="checkbox"/>	D.T.	<input type="checkbox"/>	Febre Amarela	<input type="checkbox"/>	Poliomielite
<input type="checkbox"/>	Raiva	Outras: _____			

PPD: Não Reator Reator Fraco Reator Forte Não realizado

Observações: _____

VII- HISTÓRIA OCUPACIONAL

43 – Descrição sucinta das atividades pregressas: _____

44 – Preencha a tabela a seguir com todas as atividades relevantes em que esteve o trabalhador esteve envolvido, incluindo os temporários e de meio período. Inicie pelo mais recente ou atual.

Período (Início e Término)	Atividade Econômica	Ocupação	Exposição*	Equipamentos de Proteção

*Liste todos os agentes químicos (poeiras, fibras, fumos metálicos, substâncias químicas etc.), agentes biológicos e agentes físicos (ruído, vibração, calor e frio extremos, radiações ionizantes e não-ionizantes etc.) a que o trabalhador esteja ou já tenha estado exposto nas suas atividades de trabalho.

45 – O trabalhador já teve diagnóstico de doença(s) relacionada(s) ao trabalho: Sim Não
 Se sim, qual(is)?
 Doença: _____ CID 10 - |__|__|__|__| Doença: _____ CID 10 - |__|__|__|__|

46 – O trabalhador já sofreu acidente de trabalho? Sim Não
 Se sim, de qual tipo? Típico Trajeto Típico com material biológico
 Cite o(s) agente(s) biológico(s) envolvido(s): _____

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO _____ CPF: _____

47 – Relacionar a natureza da lesão dos acidentes de trabalho sofridos pelo trabalhador.

Natureza da Lesão: _____ CID 10 - | _ | _ | _ | _ |

Natureza da Lesão: _____ CID 10 - | _ | _ | _ | _ |

48 – O trabalhador esteve afastado por acidente ou doença relacionada ao trabalho? Sim Não

Período: Até 30 dias 31 a 90 dias 91 a 120 dias 121 a 180 dias Mais que 180 dias

Motivo(s): _____

49 – O trabalhador sofre de alguma(s) patologia(s) com diagnóstico(s) confirmado(s)? Sim Não Ign

50 – Que patologia(s)? Relacione os nomes e respectivos códigos (CID10).

Doença: _____	CID 10 - _ _ _ _	Doença: _____	CID 10 - _ _ _ _
---------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Doença: _____	CID 10 - _ _ _ _	Doença: _____	CID 10 - _ _ _ _
---------------	--------------------------	---------------	--------------------------

Doença: _____	CID 10 - _ _ _ _	Doença: _____	CID 10 - _ _ _ _
---------------	--------------------------	---------------	--------------------------

51 – Faz tratamento(s)? Sim Não Ign

Se sim, qual(is) tratamento(s)? _____

52 – O trabalhador já foi submetido à cirurgia(s)? Sim Não Ign

53 – Qual(is) cirurgia(s)? Quando?

Cirurgia: _____	Ano: _ _ _ _
-----------------	----------------------

Cirurgia: _____	Ano: _ _ _ _
-----------------	----------------------

Cirurgia: _____	Ano: _ _ _ _
-----------------	----------------------

54 – Apresenta sequelas? Sim Não Ign

Se sim, qual(is)? _____

IX – EXAME FÍSICO (II)

55 – Alterações observadas ao exame físico:

de Facies	Sim	Não	de Cabeça e Pescoço	Sim	Não
de Olhos e/ou Visão	Sim	Não	de Ouvidos e/ou Audição	Sim	Não
de Boca, Nariz, Garganta	Sim	Não	de Aparelho Cardiovascular	Sim	Não
de Ap. Respiratório	Sim	Não	de Aparelho Digestivo	Sim	Não
de Ap. Gênito-urinário	Sim	Não	de Pele e anexos	Sim	Não
de Sistema Nervoso	Sim	Não	de Coluna Vertebral	Sim	Não
de Membros Superiores	Sim	Não	de Membros Inferiores	Sim	Não
Psiquiátricas	Sim	Não	Portador de Deficiência	Sim	Não
Sinal de Romberg positivo	Sim	Não	Punho-percussão lombar positiva	Sim	Não
Sinal de Blumberg positivo	Sim	Não			

56 – Descrever as alterações observadas ao Exame Físico: _____

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO	CPF:
----------------------------	------

X – EXAMES COMPLEMENTARES			
57 – Exames	Resultado		
Eritrograma	Normal	Alterado	Não Realizado
Leucograma	Normal	Alterado	Não Realizado
Plaquetas	Normal	Alterado	Não Realizado
Hemoglobina glicosilada	Normal	Alterado	Não Realizado
Glicemia	Normal	Alterado	Não Realizado
Ácido úrico	Normal	Alterado	Não Realizado
Creatinina	Normal	Alterado	Não Realizado
Colesterol total	Normal	Alterado	Não Realizado
Uréia	Normal	Alterado	Não Realizado
Colesterol HDL	Normal	Alterado	Não Realizado
Colesterol LDL	Normal	Alterado	Não Realizado
Anti –HCV	Normal	Alterado	Não Realizado
Anti-HBs	Normal	Alterado	Não Realizado
Anti-HBc-IgG	Normal	Alterado	Não Realizado
HbsAg	Normal	Alterado	Não Realizado
Anti-HAV-IgG	Normal	Alterado	Não Realizado
Triglicérides	Normal	Alterado	Não Realizado
TGP	Normal	Alterado	Não Realizado
TGO	Normal	Alterado	Não Realizado
EAS	Normal	Alterado	Não Realizado
EPF	Normal	Alterado	Não Realizado
Pesq. de sangue oculto nas fezes	Normal	Alterado	Não Realizado
Provas de Função Hepática	Normal	Alterado	Não Realizado
Prova de Função Respiratória	Normal	Alterado	Não Realizado
Eletrocardiograma	Normal	Alterado	Não Realizado
Teste ergométrico	Normal	Alterado	Não Realizado
Audiometria	Normal	Alterado	Não Realizado
Citopatologia Cérvico-Uterina	Normal	Alterado	Não Realizado
RX Tórax PA/Perfil	Normal	Alterado	Não Realizado
US abdominal total	Normal	Alterado	Não Realizado
Antígeno Prostático Específico	Normal	Alterado	Não Realizado
Acuidade Visual	Normal	Alterado	Não Realizado
Avaliação Oftalmológica	Normal	Alterado	Não Realizado
Avaliação Odontológica	Normal	Alterado	Não Realizado
Avaliação Psicológica	Normal	Alterado	Não Realizado

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO CPF:

XI – SOLICITAÇÃO DE OUTROS EXAMES

Exames:	Resultado

XII – ENCAMINHAMENTOS

Clinica Médica	Sim	Não	Cardiologia	Sim	Não
Pneumologia	Sim	Não	Dermatologia	Sim	Não
Ginecologia	Sim	Não	Cirurgia	Sim	Não
Hematologia	Sim	Não	Urologia	Sim	Não
Saúde Mental	Sim	Não	Outros	Sim	Não

XIII – RESULTADO DO EXAME ADMISSIONAL

58 – Apto para o Cargo ou Função ao qual se candidata

59 – Inapto para o Cargo ou Função ao qual se candidata
CID 10

60 – Observações: _____

Data: ____/____/____.

Hora: ____:____

Médico Responsável – CRM

ANEXO BF – Formulário De Registro No Componente Atendimento – Comunicação de Acidente de Trabalho



MINISTÉRIO DA SAÚDE
NÚCLEO ESTADUAL NO RIO DE JANEIRO – NERJ
DIVISÃO DE SAÚDE OCUPACIONAL - DISAO

COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO

I- DADOS PESSOAIS

01- Nome:	02- Matrícula SLAPE:
_____	_____
03- Lotação:	04- Função:
_____	_____
05- Data de nascimento:	06- Sexo:
_____	_____
07- Endereço:	

II- DESCRIÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO

08- Tipo do acidente de CAT <small>(Iniciã, reabertur, óbito):</small>	09- Tipo de acidente <small>(Típico, percurso, doença ocupacional):</small>	
_____	_____	
10- Local do acidente:	11- Data do acidente:	12- Horário:
_____	____/____/____	____:____

13- O (a) servidor (a) foi vítima de acidente de trabalho, no termo da Lei 8.112/90, art.:211 a 214, ocorrido da seguinte forma:



MINISTÉRIO DA SAÚDE

NÚCLEO ESTADUAL NO RIO DE JANEIRO – NERJ
DIVISÃO DE SAÚDE OCUPACIONAL - DISAO

14- CID: _____ 15- Houve afastamento do trabalho: _____ 16- Quantos dias: _____

| _____ | _____ | _____ |

17- O acidente foi testemunhado por: (Nome e endereço)

| _____ |

| _____ |

| _____ |

| _____ |

18- Sendo informado por: (Nome e endereço)

19- Data:

| _____ | ____/____/____ |

| _____ |

20- Assinaturas

| _____ |

Servidor (a)

| _____ |

Testemunha

| _____ |

Chefia Imediata

| _____ |

Testemunha

| _____ |

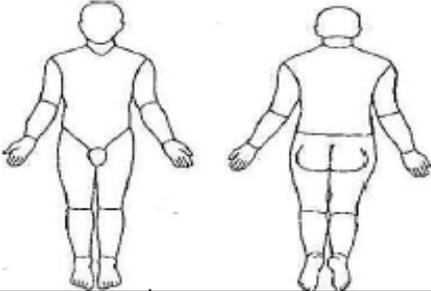
Informante

Observação:

- Trazer uma cópia da folha de frequência do mês do acidente.
- Caso seja acidente de trajeto, trazer o Boletim de Ocorrência Policial (BOP) e o Boletim Hospitalar de atendimento.

ANEXO BG – Formulário De Registro No Componente Atendimento – Notificação de Acidente de Trabalho

 Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Osvaldo Cruz Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas Coordenação de Saúde do Trabalhador Núcleo de Saúde do Trabalhador – NUST			Ficha de Acidentes de Trabalho - (Art. 211/214 da Lei nº 8112/90 do R.J.U.)			
Data da notificação: ____/____/____						
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	Nome: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
	Data Nascimento: ____/____/____		Matrícula: _____		CPF: _____	
	Unidade: _____			Deptº (Setor/Sala): _____		
	Cargo: _____			Função: _____		
	Vínculo: <input type="checkbox"/> RJU <input type="checkbox"/> Bolsista <input type="checkbox"/> Terceirizado <input type="checkbox"/> Outros. Qual? _____					
	Nome da empresa (se terceirizado): _____					
	Turno de trabalho _____		Hora de entrada: ____:____:____		Hora de saída: ____:____:____	
	Tempo na função: _____					
DADOS DO ACIDENTE	Data do acidente: ____/____/____		Hora do acidente: ____:____:____		Dia da semana: _____	
	Acidente: <input type="checkbox"/> Típico <input type="checkbox"/> Trajeto			Óbito: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
	Acidente causado por agentes químicos, físicos ou biológicos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Em caso afirmativo, indicar abaixo.					
	<input type="checkbox"/> Instrumental/equipamento de Laboratório		<input type="checkbox"/> Produtos Químicos		<input type="checkbox"/> Frio	
	<input type="checkbox"/> Instrumental/equipamento Hospitalar		<input type="checkbox"/> Gás/Poeiras/Vapores		<input type="checkbox"/> Ruído	
	<input type="checkbox"/> Instrumental/equipamento de Jardinagem		<input type="checkbox"/> Radiação		<input type="checkbox"/> Eletricidade	
	<input type="checkbox"/> Instrumental/equipamento de Const. Civil		<input type="checkbox"/> Fogo		<input type="checkbox"/> Agentes Biológicos	
	<input type="checkbox"/> Instrumental/equipamento de Oficina		<input type="checkbox"/> Calor		<input type="checkbox"/> Animais	
	<input type="checkbox"/> Equipamento ou produtos de limpeza		<input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____			
	Há quanto tempo trabalha com o agente específico do acidente? _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica					
	Acidente devido a causas externas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
	<input type="checkbox"/> Veículos		<input type="checkbox"/> Arma Branca		<input type="checkbox"/> Altitude/queda	
<input type="checkbox"/> Arma de Fogo		<input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____				
Local do acidente:						
<input type="checkbox"/> Hospital/Centro de Saúde		<input type="checkbox"/> Instalações Sanitárias		<input type="checkbox"/> Jardim/Horto		
<input type="checkbox"/> Laboratórios		<input type="checkbox"/> Cozinhas/Restaurantes		<input type="checkbox"/> Dentro dos campi da Fiocruz		
<input type="checkbox"/> Produção		<input type="checkbox"/> Áreas de circulação do edifício		<input type="checkbox"/> Via pública (trajeto)		
<input type="checkbox"/> Oficinas		<input type="checkbox"/> Áreas administrativas				
<input type="checkbox"/> Obras		<input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____				
Unidade em que ocorreu o acidente: _____				Testemunha: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Houve lesão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
Natureza da Lesão (se for o caso):						
<input type="checkbox"/> Corte/Perfuração		<input type="checkbox"/> Mordedura		<input type="checkbox"/> Atropelamento		
<input type="checkbox"/> Fratura/Entorse/Luxação		<input type="checkbox"/> Esmagamento		<input type="checkbox"/> Afogamento		
<input type="checkbox"/> Contusão/Distensão Muscular		<input type="checkbox"/> Reações Anafiláticas		<input type="checkbox"/> Politraumatismo		
<input type="checkbox"/> Escoriação		<input type="checkbox"/> Sufocação				
<input type="checkbox"/> Queimadura		<input type="checkbox"/> Choque Elétrico				
<input type="checkbox"/> Envenenamento ou Intoxicação		<input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____				

DADOS DO ACIDENTE	Parte(s) do corpo atingida(s): <input type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> Pescoço <input type="checkbox"/> Olhos <input type="checkbox"/> Membro(s) Superior(es) <input type="checkbox"/> Membro(s) Inferior(es) <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Dorso <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____	
	Existia equipamento de proteção no local do acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Ign <input type="checkbox"/> Não se aplica	
	Na ocasião do acidente usava equipamento de proteção? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Ign <input type="checkbox"/> Não se aplica	
	Em caso afirmativo, quais os equipamentos? <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Luvas <input type="checkbox"/> Botas <input type="checkbox"/> Óculos <input type="checkbox"/> Avental <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____ <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Perneira _____ <input type="checkbox"/> Protetor facial <input type="checkbox"/> Sapato de segurança _____	
	Descrição do Acidente: _____ _____ _____ _____	
	Houve necessidade de atendimento no local do acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Houve necessidade de remoção do local do acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Qual o tipo de veículo utilizado para remoção? <input type="checkbox"/> Ambulância da Fiocruz <input type="checkbox"/> Carro particular <input type="checkbox"/> Carro da brigada de incêndio <input type="checkbox"/> Ambulância externa <input type="checkbox"/> Carro de serviço <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____	
	Houve atendimento médico no NUST? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Horário: _____ : _____	
	Em caso afirmativo, especificar a conduta : <input type="checkbox"/> Prescrição <input type="checkbox"/> Vacina <input type="checkbox"/> Encaminhamento Externo <input type="checkbox"/> Medicação no momento <input type="checkbox"/> Repouso no momento <input type="checkbox"/> Removido Hospital Fiosatúde <input type="checkbox"/> Sutura/Curativo <input type="checkbox"/> Solicitação exames complementares <input type="checkbox"/> Removido Hospital SUS <input type="checkbox"/> Crioterapia <input type="checkbox"/> Encaminhamento Interno (Fiocruz) <input type="checkbox"/> Recusou atendimento/medicação <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____	
Houve abono de dias de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantos dias? _____		
Notificante: <input type="checkbox"/> NUST/CST <input type="checkbox"/> NUST/IFF <input type="checkbox"/> NUST/BIO <input type="checkbox"/> SST/FAR <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Atendimento feito pelo(s) profissional(is) de(o): (rubricar e carimbar) <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Serviço Social <input type="checkbox"/> Segurança do Trabalho <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Outros Profissionais _____		
Observações: _____ _____ _____		
TRATAMENTO E CONDUTA		

ANEXO BH – Formulário De Registro No Componente Atendimento – Recordatório Alimentar - 24 horas

	Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Getúlio Cruz Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas Coordenação de Saúde do Trabalhador	Data: ___/___/___
		Hora do Atendimento: ___:___
Ao preencher o documento marque "X" ou "- "		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome completo: _____		
CPF nº: _____		Data de nascimento: ___/___/___
Servidor:	<input type="checkbox"/>	Nº de prontuário: _____ Unidade: _____
Terceirizado:	<input type="checkbox"/>	Empresa: _____ Setor: _____
Outros:	<input type="checkbox"/>	Especificar: _____ Função: _____
Desperta: ___ : ___ horas		
RECORDATÓRIO DE 24 HORAS		
• DESJEJUM ___ : ___ horas / Local: _____		

• COLAÇÃO ___ : ___ horas / Local: _____		

• ALMOÇO ___ : ___ horas / Local: _____		

• LANCHE ___ : ___ horas / Local: _____		

• JANTAR ___ : ___ horas / Local: _____		

• CEIA ___ : ___ horas / Local: _____		

Ação Educativa: <input type="checkbox"/> Sim / Não <input type="checkbox"/> Qual? _____		
Medicamentos em uso: _____ _____ _____ * Se possível informar os horários e dias de uso.		
Profissional: _____		Hora da saída: ___ : ___
(Assinatura e Carimbo)		

ANEXO BI – Formulário De Registro No Componente Atendimento – Ficha de Atendimento Nutricional



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
 Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

FICHA DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL

Data: ___/___/___
 Hora do atendimento: _____

Ao preencher o documento marque 'X' ou '...'

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____
 CPF nº: _____ Data de nascimento: ___/___/___
 Servidor: Nº de prontuário: _____ Unidade: _____
 Terceirizado: Empresa: _____ Setor: _____
 Outros: Especificar: _____ Função: _____

ATENDIMENTO NUTRICIONAL

E-mail: _____ Telefone: _____
 Encaminhamento: _____ Acompanhamento: _____

Motivo da consulta: _____

Antropometria

Perímetro cintura: _____ cm
 Homens: Normal (<94 cm) Risco moderado (94 a 102 cm) Alto risco (>102 cm)
 Mulheres: Normal (<80 cm) Risco moderado (80 a 88 cm) Alto risco (>88 cm)
 Peso atual: _____ Kg Peso desejado: _____ Kg Estatura: _____ cm
 Alteração de peso nos últimos 6 meses:
 Ganho _____ Kg Perda _____ Kg IMC atual: _____ Kg/m²

Monitoramento da Composição Corporal (Bioimpedância)

Percentual de Gordura Corporal: _____ % de Gordura

Como interpretar o resultado da porcentagem de gordura corporal

Sexo	Idade	Baixo (-)	Normal (0)	Alto (+)	Muito alto (++)
Feminino	20-39	≈ 21,0	21,0 - 32,9	33,0 - 38,9	≥ 39,0
	40-59	< 23,0	23,0 - 33,9	34,0 - 39,9	≥ 40,0
	60-79	< 24,0	24,0 - 35,9	36,0 - 41,9	≥ 42,0
Masculino	20-39	< 8,0	8,0 - 19,9	20,0 - 24,9	≥ 25,0
	40-59	< 11,0	11,0 - 21,9	22,0 - 27,9	≥ 28,0
	60-79	< 13,0	13,0 - 24,9	25,0 - 29,9	≥ 30,0

Fonte: baseado nas diretrizes NIH/NOMS para IMC
 Fonte: Gallagher et al., American Journal of Clinical Nutrition, vol.72, setembro de 2000

Percentual de Músculo esquelético: _____ %

Interpretando o resultado da porcentagem de músculo esquelético

Sexo	Idade	Baixo (-)	Normal (0)	Alto (+)	Muito alto (++)
Feminino	18-39	< 24,3	24,3 - 30,3	30,4 - 35,3	≥ 35,4
	40-59	< 24,1	24,1 - 30,1	30,2 - 35,1	≥ 35,2
	60-80	≈ 23,9	23,9 - 29,9	30,0 - 34,9	≥ 35,0
Masculino	18-39	< 33,3	33,3 - 39,3	39,4 - 44,0	≥ 44,1
	40-59	< 33,1	33,1 - 39,1	39,2 - 43,8	≥ 43,9
	60-80	< 32,9	32,9 - 38,9	39,0 - 43,6	≥ 43,7

Fonte: Omron Healthcare

CCD.026.192_DOC-CST-24.1_R01



Escala do Nível de Gordura Visceral: _____ %

Como interpretar o resultado do nível de gordura visceral

 Classificação do nível de gordura visceral ≤ 9 0 (Normal)	 10 ≤ Classificação do nível de gordura visceral ≤ 14 + (Alto)	 Classificação do nível de gordura visceral ≥ 15 ++ (Muito alto)
---	---	---

Distribuição de área de gordura visceral (0 - aprox. 300 cm², 1 polegada=2,54 cm) com 30 níveis.
 Fonte: Omron Healthcare

OBSERVAÇÃO: os níveis de gordura visceral são valores relativos e não absolutos.

Idade Metabólica: _____ anos

História Clínica (Descrever abaixo, história familiar, sinais e sintomas, etc.)

Medicações utilizadas

Exames bioquímicos - Data: / /

CT _____ mg/dL HDL _____ mg/dL LDL _____ mg/dL TG _____ mg/dL
 Glicose _____ mg/dL Hemácia _____ milhões/mm³ Hemoglobina _____ g/dL Hematócrito _____ %

Outros:

Processo de trabalho (Descrever abaixo, tempo de pausa, carga de trabalho, intensidade, etc.)



Histórico Alimentar (Descrever abaixo, história alimentar, preferências, rejeições, etc.)

Ingestão Hídrica (em L/dia):	Ingestão de bebida alcoólica	Função do TGI normal	Alergia alimentar ou Intolerância Alimentar	Tabagismo	Prática de Atividade Física
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Frequência: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sintomas: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais alimentos: _____	<input type="checkbox"/> Fumante regular n° de cigarros ___ dia <input type="checkbox"/> Ex-fumante regular <input type="checkbox"/> Nunca fumou	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ Duração diária: _____ horas Frequência semanal: _____ dias

Recordatório Alimentar 24 horas

Acordou: _____ horas Dormiu: _____ horas

Café da manhã: _____ horas Local: _____
 café leite pão manteiga/margarina frios outros _____

Colação: _____ horas Local: _____
 fruta biscoito outros _____

Almoço: _____ horas Local: _____
 arroz pta feijão vegetal B vegetal C vegetal A sobremesa bebida
 outros _____

Lanche da tarde: _____ horas Local: _____
 café leite pão manteiga/margarina frios outros _____

Jantar: _____ horas Local: _____
 arroz proteína feijão vegetal B vegetal C vegetal A sobremesa bebida
 outros _____

Ceia: _____ horas Local: _____



fruta biscoito outros _____

Rotina Alimentar Final de Semana:

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

IMC: _____ Kg/m²

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Magreza leve (17 a 18,4 Kg/m ²) | <input type="checkbox"/> Adequado (18,5 a 24,9 Kg/m ²) | <input type="checkbox"/> Obesidade grau I (30 a 34,9 Kg/m ²) |
| <input type="checkbox"/> Magreza moderada (16 a 16,9 Kg/m ²) | <input type="checkbox"/> Pré-obeso (25 a 29,9 Kg/m ²) | <input type="checkbox"/> Obesidade grau II (35 a 39,9 Kg/m ²) |
| <input type="checkbox"/> Magreza severa (<16 Kg/m ²) | | <input type="checkbox"/> Obesidade grau III (> 40 Kg/m ²) |

Conduta Nutricional:

Fracionamento da Dieta: _____ / dia

VET: _____ Kcal/dia

Exames laboratoriais solicitados:

Ação Educativa: Não Sim Qual?

O paciente compreendeu a ação educativa? Sim Não Em caso negativo, qual ação foi tomada? _____

Profissional: _____
(Assinatura e Carimbo)

Hora de saída: _____

ANEXO BJ – Formulário De Registro No Componente Atendimento – Ficha de Evolução Nutricional



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
 Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

FICHA DE EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

Data: ___/___/___

Hora do atendimento: _____

Ao preencher o documento marque 'X' ou '-'

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____
 CPF nº: _____ Data de nascimento: ___/___/___

Servidor: Nº de prontuário: _____ Unidade: _____
 Terceirizado: Empresa: _____ Setor: _____
 Outros: Especificar: _____ Função: _____

EVOLUÇÃO ATENDIMENTO NUTRICIONAL

E-mail: _____	Telefone: _____																																						
Encaminhamento: _____	Acompanhamento: _____																																						
Motivo da consulta: _____																																							
Antropometria																																							
Perímetro de Cintura: _____ cm																																							
Homens: <input type="checkbox"/> Normal (<94 cm) <input type="checkbox"/> Risco moderado (94 a 102 cm) <input type="checkbox"/> Alto risco (>102 cm)																																							
Mulheres: <input type="checkbox"/> Normal (<80 cm) <input type="checkbox"/> Risco moderado (80 a 88 cm) <input type="checkbox"/> Alto risco (>88 cm)																																							
Peso atual: _____ Kg	Peso desejado: _____ Kg																																						
Alteração de peso nos últimos 6 meses:																																							
Ganho _____ Kg	Perda _____ Kg																																						
Altura: _____ cm																																							
IMC atual: _____ Kg/m ²																																							
Monitoramento da Composição Corporal (Bioimpedância)																																							
Percentual de Gordura Corporal: _____ %																																							
Como interpretar o resultado da porcentagem de gordura corporal:																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Sexo</th> <th>Idade</th> <th>Baixo (-)</th> <th>Normal (0)</th> <th>Alto (+)</th> <th>Muito Alto (++)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Feminino</td> <td>20 - 39</td> <td><21,0</td> <td>21,0 - 32,9</td> <td>33,0 - 38,9</td> <td>≥ 39,0</td> </tr> <tr> <td>40-59</td> <td><23,0</td> <td>23,0 - 33,9</td> <td>34,0 - 39,9</td> <td>≥ 40,0</td> </tr> <tr> <td>60-79</td> <td><24,0</td> <td>24,0 - 35,9</td> <td>36,0 - 41,9</td> <td>≥ 42,0</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Masculino</td> <td>20 - 39</td> <td>< 8,0</td> <td>8,0 - 19,9</td> <td>20,0 - 24,9</td> <td>≥ 25,0</td> </tr> <tr> <td>40-59</td> <td>< 11,0</td> <td>11,0 - 21,9</td> <td>22,0 - 27,9</td> <td>≥ 28,0</td> </tr> <tr> <td>60-79</td> <td>< 13,0</td> <td>13,0 - 24,9</td> <td>25,0 - 29,9</td> <td>≥ 30,0</td> </tr> </tbody> </table>		Sexo	Idade	Baixo (-)	Normal (0)	Alto (+)	Muito Alto (++)	Feminino	20 - 39	<21,0	21,0 - 32,9	33,0 - 38,9	≥ 39,0	40-59	<23,0	23,0 - 33,9	34,0 - 39,9	≥ 40,0	60-79	<24,0	24,0 - 35,9	36,0 - 41,9	≥ 42,0	Masculino	20 - 39	< 8,0	8,0 - 19,9	20,0 - 24,9	≥ 25,0	40-59	< 11,0	11,0 - 21,9	22,0 - 27,9	≥ 28,0	60-79	< 13,0	13,0 - 24,9	25,0 - 29,9	≥ 30,0
Sexo	Idade	Baixo (-)	Normal (0)	Alto (+)	Muito Alto (++)																																		
Feminino	20 - 39	<21,0	21,0 - 32,9	33,0 - 38,9	≥ 39,0																																		
	40-59	<23,0	23,0 - 33,9	34,0 - 39,9	≥ 40,0																																		
	60-79	<24,0	24,0 - 35,9	36,0 - 41,9	≥ 42,0																																		
Masculino	20 - 39	< 8,0	8,0 - 19,9	20,0 - 24,9	≥ 25,0																																		
	40-59	< 11,0	11,0 - 21,9	22,0 - 27,9	≥ 28,0																																		
	60-79	< 13,0	13,0 - 24,9	25,0 - 29,9	≥ 30,0																																		
Percentual de Músculo esquelético: _____ %																																							
Interpretando o resultado da porcentagem do nível e gordura visceral:																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Sexo</th> <th>Idade</th> <th>Baixo (-)</th> <th>Normal (0)</th> <th>Alto (+)</th> <th>Muito Alto (++)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Feminino</td> <td>18 - 39</td> <td><24,3</td> <td>24,3 - 30,3</td> <td>30,4 - 35,3</td> <td>≥ 35,4</td> </tr> <tr> <td>40-59</td> <td><24,1</td> <td>24,1 - 30,1</td> <td>30,2 - 35,1</td> <td>≥ 35,2</td> </tr> <tr> <td>60-80</td> <td><23,9</td> <td>23,9 - 29,9</td> <td>30,0 - 34,9</td> <td>≥ 35,0</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Masculino</td> <td>18 - 39</td> <td>< 33,3</td> <td>33,3 - 39,3</td> <td>39,4 - 44,0</td> <td>≥ 44,1</td> </tr> <tr> <td>40-59</td> <td>< 33,1</td> <td>33,1 - 39,1</td> <td>39,2 - 43,8</td> <td>≥ 43,9</td> </tr> <tr> <td>60-80</td> <td>< 32,9</td> <td>32,9 - 38,9</td> <td>39,0 - 43,6</td> <td>≥ 43,7</td> </tr> </tbody> </table>		Sexo	Idade	Baixo (-)	Normal (0)	Alto (+)	Muito Alto (++)	Feminino	18 - 39	<24,3	24,3 - 30,3	30,4 - 35,3	≥ 35,4	40-59	<24,1	24,1 - 30,1	30,2 - 35,1	≥ 35,2	60-80	<23,9	23,9 - 29,9	30,0 - 34,9	≥ 35,0	Masculino	18 - 39	< 33,3	33,3 - 39,3	39,4 - 44,0	≥ 44,1	40-59	< 33,1	33,1 - 39,1	39,2 - 43,8	≥ 43,9	60-80	< 32,9	32,9 - 38,9	39,0 - 43,6	≥ 43,7
Sexo	Idade	Baixo (-)	Normal (0)	Alto (+)	Muito Alto (++)																																		
Feminino	18 - 39	<24,3	24,3 - 30,3	30,4 - 35,3	≥ 35,4																																		
	40-59	<24,1	24,1 - 30,1	30,2 - 35,1	≥ 35,2																																		
	60-80	<23,9	23,9 - 29,9	30,0 - 34,9	≥ 35,0																																		
Masculino	18 - 39	< 33,3	33,3 - 39,3	39,4 - 44,0	≥ 44,1																																		
	40-59	< 33,1	33,1 - 39,1	39,2 - 43,8	≥ 43,9																																		
	60-80	< 32,9	32,9 - 38,9	39,0 - 43,6	≥ 43,7																																		



Escala do Nível de Gordura Visceral: _____ %

Como interpretar o resultado do nível de gordura visceral

 Classificação do nível de gordura visceral ≤ 9 0 (Normal)	 10 \leq Classificação do nível de gordura visceral ≤ 14 + (Alto)	 Classificação do nível de gordura visceral ≥ 15 ++ (Muito alto)
---	--	---

Distribuição de área de gordura visceral (0 - aprox. 300 cm², 1 polegada=2,54 cm) com 30 níveis.
Fonte: Omron Healthcare

OBSERVAÇÃO: os níveis de gordura visceral são valores relativos e não absolutos.

Idade Metabólica: _____ anos

História Clínica (Descrever abaixo, história familiar, sinais e sintomas, etc.)

Blank space for clinical history.

Medicações utilizadas

Blank space for medications used.

Exames bioquímicos – Data: ____/____/____

CT _____ mg/dL HDL _____ mg/dL LDL _____ mg/dL TRIGLIC _____ mg/dL
Glicose _____ mg/dL Hemácia _____ milhões/mm³ Hemoglobina _____ g/dL Hematócrito _____ %

Outros:

Processo de trabalho (Descrever abaixo, tempo de pausa, carga de trabalho, intensidade, etc.)

Blank space for work process description.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

Histórico Alimentar (Descrever abaixo, história alimentar, preferências, rejeições, etc.)

Ingestão Hídrica (em L/dia):	Ingestão de bebida alcoólica	Função do TGI normal	Alergia alimentar ou Intolerância Alimentar	Tabagismo	Prática de Atividade Física
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Frequência: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sintomas: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais alimentos: _____	<input type="checkbox"/> Fumante regular n° _____ de cigarros _____ dia <input type="checkbox"/> Ex-fumante regular <input type="checkbox"/> Nunca fumou	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____ Duração diária: _____ horas Frequência semanal: _____ dias

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

IMC: _____ Kg/m²

Magreza leve (17 a 18,4 Kg/m²)

Magreza moderada (16 a 16,9 Kg/m²)

Magreza severa (<16 Kg/m²)

Adequado (18,5 a 24,9 Kg/m²)

Pré-obeso (25 a 29,9 Kg/m²)

Obesidade grau I (30 a 34,9 Kg/m²)

Obesidade grau II (35 a 39,9 Kg/m²)

Obesidade grau III (> 40 Kg/m²)

Conduta Nutricional:

Fracionamento da Dieta: _____ / dia

VET: _____ Kcal/dia

Exames laboratoriais solicitados:

Ação Educativa: Não Sim Qual?

O paciente compreendeu a ação educativa? Sim Não Em caso negativo, qual ação foi tomada? _____

Profissional: _____
(Assinatura e Carimbo)

Hora de saída: _____

CCD.026.192_DOC-CST-24.2_R01

ANEXO C – Formulário De Registro No Componente Instrumento para Avaliação – SRQ 20 – Self Report Questionnaire



Identificação	
Nome:	
SIAPE:	CPF:
Data:	

SRQ 20 – Self Report Questionnaire

Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo.

O SRQ 20 é um instrumento de avaliação preliminar de sintomas psicológicos comuns e faz parte da abordagem psicossocial que compõe seu exame periódico. Suas informações individuais serão tratadas com sigilo, sendo acessadas apenas por profissionais de saúde habilitados. As informações do grupo de trabalhadores poderão ser utilizadas de forma coletiva e anônima para o planejamento de ações de promoção da saúde e melhoria das condições de trabalho.

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você, responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

Questões	Sim	Não
1. Tem dores de cabeça frequentes?		
2. Tem falta de apetite?		
3. Dorme mal?		
4. Assusta-se com facilidade?		
5. Tem tremores nas mãos?		
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?		
7. Tem má digestão?		
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?		
9. Tem se sentido triste ultimamente?		
10. Tem chorado mais do que de costume?		
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12. Tem dificuldades para tomar decisões?		
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?		
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17. Tem tido a ideia de acabar com a vida?		
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?		
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?		
20. Você se cansa com facilidade?		

ANEXO CA – Formulário De Registro No Componente Instrumento para Avaliação
– Entrevista Exame Periódico De Saúde (Serviço Social e Psicologia)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Diretoria de Recursos Humanos
Coordenação de Saúde do Trabalhador

ENTREVISTA EXAME PERIÓDICO DE SAÚDE (Serviço Social e Psicologia)

Nome: _____ CPF: _____
Unidade: _____ Departamento: _____ Setor: _____
Contato Telefônico: () _____ Celular: () _____ E-mail: _____
Ano de admissão: _____ Data nascimento: _____ Cargo: _____
Transferência/Remoção: (Se ocorreu, citar a lotação anterior) _____
Motivo: _____

Fatores de risco à saúde

Você identifica fatores de risco à sua saúde no seu trabalho? () não () sim, quais? _____

Instalações e ferramentas de trabalho:

Espaços de convivência para pausas, lanches () sim () não
Espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza () sim () não, por quê? _____
Mobiliário adequado () sim () não, por quê? _____
Equipamentos e ferramentas adequados () sim () não, por quê? _____

Fatores organizacionais

Você realiza tarefas incompatíveis com o seu cargo/função?
() sim () não () às vezes Quais? _____
Tem oportunidade de fazer cursos de capacitação/atualização?
() sim () não () às vezes
Existem pessoas suficientes para realizar as atividades no seu setor?
() Sim () Não
Sente-se sobrecarregado?
() sim () não () às vezes
Há uma divisão equilibrada do trabalho entre as pessoas do seu setor?
() Sim () Não, por quê? _____
Você costuma ficar além do horário de trabalho? () Não () Sim () Eventual
Costuma levar trabalho para casa? () Não () Sim () Eventual

Relações no trabalho

Existe bom relacionamento interpessoal no seu setor?
() sim () não () às vezes
Sente-se livre para contribuir com críticas e sugestões à chefia imediata?
() sim () não () às vezes
Já passou por algum tipo de constrangimento provindo da chefia ou colega de trabalho?
() Sim, da chefia () Sim, do colega () Sim, Por ambos
() Não. Quantos episódios em média? _____
Como e quando aconteceu? _____
Continua acontecendo? () Sim () Não

Acidente de trabalho

Sofreu algum acidente de trabalho ou doença relacionada ao trabalho? () Não () Sim

Em caso afirmativo, foi realizada a notificação? () Não () Sim

Em caso afirmativo, realizou perícia? () Sim () Não, pq? _____

Em caso de acidente com material biológico foi feito acompanhamento? () Sim () Não

Satisfação e reconhecimento no trabalho

Numa escala de 0 a 10 qual o grau de satisfação com o seu trabalho? _____

Por quê? _____

Seu trabalho é reconhecido?

() sim () não () às vezes

Traieto

Você utiliza qual (is) meios de transporte para se deslocar até o trabalho?

() Carro () A pé () Barca () Trem () Transporte Alternativo () Metrô

() Ônibus coletivo () Ônibus Corporativo. Quantos? _____

Em média você gasta quanto tempo?

() Até 30 min. () 30' à 60' () 60' à 90' () 90' à 120' () mais de 120 min

Você considera o deslocamento desgastante?

() Não () Sim, porque?

() Engarrafamento () Superlotação () Traieto longo () Demora do transporte

() Violência () Outros _____

Participação em associações, movimentos sociais

Participa de movimentos sociais, sindicais e políticos (Sindicato, Conselho profissional, CIPA, Comissão de Saúde do Trabalhador)?

() Não () Sim Qual: () Sindicato () CIPA - Comissão de Saúde do Trabalhador

() Conselho Profissionais () Outros: _____

Família

Reside com:

() Só () Pai () Mãe () Companheiro(a) () Filhos, quantos? _____ Idade: _____

() Irmão(s) Quantos? _____ () Avó(s) Quantos? _____ Outros _____

Dentre essas pessoas algumas precisam de cuidados especiais (pela idade avançada, questões de saúde)

() não () sim Quem? _____ Qual problema? _____

Existe alguma preocupação maior na vida pessoal/familiar? () não () sim, qual?

Tais questões geram interferência no seu trabalho?

() Não () Sim. Quais? () Falta de Concentração () Irritabilidade

() Outros: _____

O trabalho interfere na sua vida pessoal/familiar?

() Não () Sim Como?

() Irritabilidade () Falta de tempo pra família ()

Outros _____

Sugestões (para o seu setor de trabalho; ou para a Fiocruz; ou para o NUST/ CST)

ANEXO CB – Formulário De Registro No Componente Instrumento para Avaliação –
Pesquisa de Satisfação Atendimento Interno

 Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

 **COGEPE**
Centro de Gestão e Estudos Estratégicos

 **ICST**
Instituto de Controle de Qualidade Total

 **Fundação Integração Qualidade**

Sua Opinião é muito importante!

Data do Atendimento: ____ / ____ / ____ Qual
o tipo de atendimento que você procurou?
Exame admissional () Períodico ()
Outros: () Fisioterapia
() Psicologia () Nutrição () Assistência Social

LEGENDA

			
OTIMO	BOM	REGULAR	RUIM

1- Avalie o atendimento na recepção:
   

2- Avalie a higiene do ambiente:
   

3- Avalie o acolhimento e cortesia durante o processo de atendimento:
   

4- Avalie as informações recebidas durante o processo de atendimento:
   

5- Avalie a eficiência e a eficácia do processo de atendimento:
   

6- Avalie o atendimento de um modo geral:
   

7- Críticas e Sugestões:

Ou contate Tel: 38362084/2747
Email: cegepeatende@fiocruz.br

**ANEXO CC – Formulário De Registro No Componente Instrumento para Avaliação
– Pesquisa de Satisfação Prestador de Serviço**


Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

*Sua avaliação visa melhorar a qualidade dos
nossos prestadores de serviços.*

Data do Atendimento: ____ / ____ / ____

Numa escala de 0 a 10 assinale a opção que
corresponde a sua avaliação, sendo que **0**
corresponde a péssimo e **10** a excelente:

➤ **Laboratório da Rede Labs D'Or e A+**

Quanto ao atendimento:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2.0 Quanto ao Espaço Físico:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

➤ **Consulta Oftalmológica;**

3.0 Atendimento do médico:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Espaço físico
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

➤ **Consulta Ginecológica**

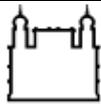
Atendimento do médico:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Espaço físico
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Críticas e Sugestões:

Ou contate Tel: 38362084/2747
Email: cegepeatende@fiocruz.br

**ANEXO CD – Formulário De Registro No Componente Instrumento para Avaliação
– Entrevista Serviço Social – Acidente de Trabalho**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS – DIREH
COORDENAÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR – CST
NÚCLEO DE SAÚDE DO TRABALHADOR - NUST

Data: ____/____/____

Hora do Atendimento: ____:____

ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL – ACIDENTE DE TRABALHO

Nome completo: _____

CPF n°: _____._____._____-_____ Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: () Feminino () Masculino

Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Ignorado

Escolaridade: _____

Contato telefônico: _____

Empresa: _____

Unidade: _____

Setor: _____ Chefia: _____

Telefone do trabalho: _____

Tempo de empresa: _____ Função: _____

Vínculo: () RJU () CLT () Cedido () Bolsista () Anistiado () Estágio

Jornada de Trabalho: _____

O trabalhador é sindicalizado? () Sim () Não

A qual sindicato a categoria está vinculada? _____

Data do acidente: ____/____/____ Horário: ____:____

Dia da semana do acidente: 2ª-feira () 3ª-feira () 4ª-feira () 5ª-feira () 6ª-feira

() Sábado () Domingo ()

Tipo de Acidente: Típico () Trajeto ()

História do Acidente:

Descrição da Lesão:

Local do 1º Atendimento:

Acidentes anteriores? Sim () Não () Na mesma função? Sim () Não ()

Qual? _____

Uso do EPI no momento do acidente? Sim () Não ()

Senão por quê? _____

A que você atribui ter sofrido o acidente de trabalho?

() Condições inseguras () Sobrecarga de trabalho () Falta de equipamento

() Outros

A empresa tem CIPA? Sim () Não () É eficaz? Sim () Não ()

Conduta /Ação Educativa

Entrevistador(a): _____ Hora da saída: ____:____

**ANEXO CE – Formulário De Registro No Componente Instrumento para Avaliação –
Ficha de Notificação e Investigação de Eventos**

	Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS			
Setor de Origem da Notificação:	Identificação do SETOR:	Data da Notificação:	Nº de controle:
Tipo de Evento / Ocorrência: <input type="checkbox"/> Evento Adverso <input type="checkbox"/> Quase Falha <input type="checkbox"/> Evento Sentinela <input type="checkbox"/> Não Conformidade Evento envolvendo paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, favor preencher Dados do Paciente			
1 - Dados do Paciente			
Nome:			
Endereço / Telefone:			
Prontuário:			
2 - Classificação da Ocorrência			
<input type="checkbox"/> Procedimento <input type="checkbox"/> Equipamento <input type="checkbox"/> Mão de obra <input type="checkbox"/> Meio Ambiente <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Infraestrutura <input type="checkbox"/> Material Hospitalar Se Medicamento, favor preencher dados abaixo:			
Lote:	Fabricante:	Validade:	
2.1 - Descrição da Ocorrência:			
Responsável pela notificação da ocorrência:			Data:
CCD.013.3_DOC-CST-14.1_R01			

ANEXO CF – Formulário De Registro No Componente Instrumento para Avaliação – Ficha de Análise e Tratamento de Eventos



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

FICHA DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE EVENTOS

Neste formulário serão registradas as não conformidades e ações tomadas.

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:
 Descrição da NC: O que foi observado?
 Possíveis causas: Relatar a sua análise diante do fato ocorrido.
 Ação tomada: Ação realizada no momento da identificação da NC.
 Ação Proposta: Ação tomada para sanar as não conformidade identificada.
Essa ação deverá ser decidida em conjunto com o responsável pelo processo.

Setor/Serviço:	Data:	Número de Controle:
Responsável pela abertura:		
1 - Fonte/Origem da Não Conformidade / do Evento		
<input type="checkbox"/> INTERNA	<input type="checkbox"/> INTERNO	<input type="checkbox"/> PROCESSO
Auditoria: <input type="checkbox"/> EXTERNA	Cliente <input type="checkbox"/> EXTERNO	<input type="checkbox"/> SISTEMA DA QUALIDADE
2 - Descrição da Não Conformidade / do Evento		
Descrição da Não Conformidade / Evento		
•		
3 - Ação tomada		
<input type="checkbox"/> CORRETIVA <input type="checkbox"/> PREVENTIVA		
•		
4 - Descrição das possíveis Causas		
•		
5 - Ações Proposta		
O que fazer	Responsável	Prazo
•		
•		
•		
6 - Verificações:		
6.1 - IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO		6.2 - EFICÁCIA DA AÇÃO
Ação implementada: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Ação foi eficaz: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Data da Verificação:	Data da Verificação:	
Evidência Objetiva:	Evidência Objetiva:	
•	•	
Observações:		

CCD.013.3_DOC-CST-14.2_R01

ANEXO CG – Formulário De Registro No Componente Instrumento para Avaliação – Estatística Diária de Atendimento Médico



Estatística diária de atendimento médico do Núcleo de Saúde do Trabalhador

Nome do médico:	Horário:	Data:
-----------------	----------	-------

	Nome do paciente:	Sexo	Idade	Unidade	Vínculo	Tipo de atendimento	Diagnósticos prováveis	Dia(s) Abonado(s)	Encaminhamento
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Tipo de atendimento: (PA) Pronto Atendimento (A) Adicional (P) Periódico (D) Demissional (R) Retorno ao Trabalho
 (AV) Avaliação Bolsista/Estagiário (AT) Acidente de Trabalho (Peq. Cir) Pequena Cirurgia (LC) Laboratório do Corpo (O) Outros
 Tipo de Vínculo: (S) Servidor (T) Terceirizado (Al) Aluno (E) Estagiário (B) Bolsista (O) Outros

Formulário 05

Núcleo de Saúde do Trabalhador

CST/DIREH

**ANEXO CH – Formulário De Registro No Componente Instrumento para Avaliação
– Registro de Referências**

Presidência da Fiocruz Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde



6 – Rede interna de referência e contrarreferência:

Registro de Referências

Data de referência	Nome do paciente	Prontuário	Unidade de referência / Especialidade	Data do retorno	Necessidade de acompanhamento Sim/NÃO	Término do acompanhamento Sim/Não	Referência Adequada Sim/Não

www.who.int/entity/management/Referralnotes.doc

**ANEXO CJ – Formulário De Registro No Componente Instrumento para Avaliação –
Formulário de Notificação e Investigação de Eventos**



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
 Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS

Setor de Origem da Notificação:	Identificação do SETOR:	Data da Notificação:	Nº de controle:
---------------------------------	-------------------------	----------------------	-----------------

Tipo de Evento / Ocorrência:

Evento Adverso
 Quase Falha
 Evento Sentinela
 Não Conformidade

Evento envolvendo paciente?
 Sim
 Não

Se SIM, favor preencher Dados do Paciente

1 - Dados do Paciente
Nome:
Endereço / Telefone:
Prontuário:

2 - Classificação da Ocorrência			
<input type="checkbox"/> Procedimento <input type="checkbox"/> Equipamento <input type="checkbox"/> Mão de obra <input type="checkbox"/> Meio Ambiente <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Infraestrutura <input type="checkbox"/> Material Hospitalar			
Se Medicamento, favor preencher dados abaixo:			
<table border="1"> <tr> <td>Lote:</td> <td>Fabricante:</td> <td>Validade:</td> </tr> </table>	Lote:	Fabricante:	Validade:
Lote:	Fabricante:	Validade:	

2.1 - Descrição da Ocorrência:	
Responsável pela notificação da ocorrência:	Data:

CCD.013.3_DOC-CST-14.1_R01

**ANEXO CK – Formulário De Registro No Componente Instrumento para Avaliação
– Ficha de Análise e Tratamento de Eventos**



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

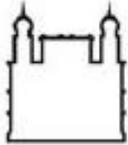
FICHA DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE EVENTOS

Neste formulário serão registradas as não conformidades e ações tomadas.
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:
 Descrição da NC: O que foi observado?
 Possíveis causas: Relatar a sua análise diante do fato ocorrido.
 Ação tomada: Ação realizada no momento da identificação da NC
 Ação Propostas: Ação tomada para sanar as não conformidade identificada.
 Essa ação deverá ser decidida em conjunto com o responsável pelo processo.

Setor/Serviço:	Data:	Número de Controle:
Responsável pela abertura:		
1 - Fonte/Origem da Não Conformidade / do Evento		
<input type="checkbox"/> INTERNA	<input type="checkbox"/> INTERNO	<input type="checkbox"/> PROCESSO
Auditoria: <input type="checkbox"/> EXTERNA	Cliente <input type="checkbox"/> EXTERNO	<input type="checkbox"/> SISTEMA DA QUALIDADE
2 - Descrição da Não Conformidade / do Evento		
Descrição da Não Conformidade / Evento		
•		
3 - Ação tomada		
<input type="checkbox"/> CORRETIVA <input type="checkbox"/> PREVENTIVA		
•		
4 - Descrição das possíveis Causas		
•		
5 - Ações Proposta		
O que fazer	Responsável	Prazo
•		
•		
•		
6 - Verificações:		
6.1 - IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO		6.2 - EFICÁCIA DA AÇÃO
Ação implementada: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Ação foi eficaz: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Data da Verificação:		Data da Verificação:
Evidência Objetiva:		Evidência Objetiva:
•		•
Observações:		

CCD.013.3_DOC-CST-14.2_R01

ANEXO D – Formulário De Registro Técnico-Administrativo – Declaração de Desistência de Cargo em Concurso Público



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas
Coordenação de Saúde do Trabalhador

DECLARAÇÃO

Eu _____,
CPF nº _____ aprovado no concurso público da Fundação Oswaldo Cruz realizado no ano de 2010 declaro não ter mais interesse em ocupar o cargo público para o qual fui aprovado.

Cargo:

Perfil:

Local e Data

Assinatura

**ANEXO DA – Formulário De Registro Técnico-Administrativo – Termo de
Responsabilidade de Recusa ao Exame Periódico**



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Diretoria de Recursos Humanos
Coordenação de Saúde do Trabalhador

Termo de Responsabilidade

_____, Matrícula Siape _____, servidor (a)
da Fundação Oswaldo Cruz, lotado (a) no (a) _____ vem por meio
deste Termo declarar sua recusa em submeter-se aos procedimentos necessários à realização do exame
periódico, no ano de 2017, estando ciente que poderá reconsiderar sua decisão no prazo de até 30 dias
decorridos da data de assinatura deste Termo.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2017

Assinatura do servidor declarante

Assinatura do Servidor do RH do Órgão

Declaro que o servidor acima citado se recusa a participar do programa de exame
médico periódico, bem como a assinar o presente termo de responsabilidade.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2017

Assinatura do Servidor do RH do Órgão

Testemunha

Testemunha

ANEXO DB – Formulário De Registro Técnico-Administrativo – Termo de Anuência



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas
Coordenação de Saúde do Trabalhador

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu _____

_____ estou ciente de que devo retornar no prazo de

_____ dias com o laudo

solicitado no Exame Médico (Solicitação em Anexo) de acordo com o

edital do presente Concurso Público.

Local: _____ Data: ____/____/____

(Assinatura do Candidato)

ANEXO DC – Formulário De Registro Técnico-Administrativo – Atestado de Saúde Ocupacional (ASO)



Instituto de Saúde - ISB
Rua São Cavalo Cruz - ROCRUZ
Diretoria de Recursos Humanos - DRHR
Coordenação de Saúde do Trabalhador - CST
Núcleo de Saúde do Trabalhador - NUST

Atestado de Saúde Ocupacional (ASO)

Aceite para fins de cumprimento da Lei Nº 8.112, de 11/12/1990, da Lei Nº 11.907, de 2009, do Decreto Nº 6856, de 25/05/2009 e da Portaria Normativa SRRH/MP Nº 4, de 15/09/2009, que o (s) servidor(a) abaixo identificado(a) se submetido(a) ao Exame:

Admissional: Periódico: Mudança de Função: Retorno ao Trabalho: Demissional:

DADOS PESSOAIS

Nome:

Sexo: Idade: CPF: Matrícula:

Vínculo: Cargo/Função:

Unidade/Departamento/Laboratório/Setor:

EXPOSIÇÃO AO(S) RISCO(S) OCUPACIONAL(ES)

Risco: Químico: Biológico: Ergonômico: Sem Risco:

AVALIAÇÕES E EXAMES REALIZADOS

	Data		Data
Avaliação Clínica: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	PSA Total (Antígeno Prostático Específico): <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Hemograma Completo + Plaquetas: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Radiografia do Tórax: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Ácido Úrico: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Mamografia de Alta Resolução: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ALT(TGP) + AST(TGO): <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Ultrassonografia de Próstata via Abdominal: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Coletato Total (ADULTO): <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Avaliação Ginecológica + Citologia Oncoficial: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Triglicédeos: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Avaliação Oftalmológica: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Creatinina: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	AntiHAIV IgG: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Glicemia: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	AntiHC1 IgG: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Urela: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	AntiHBs: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ES: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	AntiHCV: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Prova de Sangue Oculto-Reac: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	HBS Ag: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
PPD: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	EPF: <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

CONCLUSÃO DO EXAME MÉDICO

O servidor encontra-se: Apto Inapto Apto com restrições para exercer atividades de trabalho que:

Observações:

Local e data:

Assinatura e Carimbo/CPF do Médico Examinador

Assinatura, Data, e 2ª e 3ª via do Atestado

Nota: Não concluir foi baseado nos resultados de exames e avaliações aplicadas no profissional do trabalhador sob guarda do Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUST) da Coordenação de Saúde do Trabalhador (CST) da Diretoria de Recursos Humanos (DRHR/Rouriz).
 Formulário "Atestado de Saúde do Trabalhador (ASO)" (NUST/CS/MS/DRHR) - Via Portuário do Trabalhador, Via São João, Via Passagem Fundador e Via

ANEXO DD – Formulário De Registro Técnico-Administrativo – Atestado de Avaliação Clínica

	Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz Diretoria de Recursos Humanos	ATESTADO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DE ESTAGIÁRIO			
Unidade:	<input type="text"/>	Departamento:	<input type="text"/>	Setor:	<input type="text"/>
Atesto que:	<input type="text"/>				
Candidato ao estágio de:	<input type="text"/>				
Exames Realizados	Data	Exames Realizados	Data		
Exame Clínico: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	EPF: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Hemograma Completo: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	EAS: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Bioquímica: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Outros: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Quais:	<input type="text"/>
Obs: Os resultados encontram-se arquivados em prontuário médico					
Conclusão					
Apto ao estágio: <input type="checkbox"/>		Inapto ao estágio: <input type="checkbox"/>			
Rio de Janeiro,	<input type="text"/>				
_____ Assinatura do examinado			_____ Carimbo e assinatura do médico		

ANEXO DE – Formulário De Registro Técnico-Administrativo – Certificado de Vacina Contra Febre Amarela

Nº _____ Canhoto do Certificado Contra Febre Amarela

Unidade: _____

Nome: _____

End: _____

Tel: _____

Data de Nascimento: _____

Data da Aplicação: _____

Lote: _____

Laboratório: _____

Validade do Frasco: _____

Assinatura e Matrícula do Vacinador: _____

P
i
c
t
a
r
i
a
d
e
s
t
r
u
t
u
r
a


Ministério da Saúde - MS
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS - DIREH
COORDENAÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR - CST
NÚCLEO DE SAÚDE DO TRABALHADOR - NUST

CERTIFICADO DE VACINAÇÃO CONTRA FEBRE AMARELA

Nº _____

Unidade: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: - / - / - Sexo: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Endereço: _____

Data de Aplicação: - / - / - Lote: _____

Laboratório: _____ Val do Frasco: - / - / -

Assinatura do Vacinador: _____

OBS: Reforço de 10 em 10 Anos

ANEXO DF – Formulário De Registro Técnico-Administrativo – Comprovante de Vacina



Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenação do Programa de Imunizações

COMPROVANTE DE VACINAÇÃO - ADULTO

Unidade:	
Nome:	
Data de nascimento:	Idade:

vacina dose	Dupla Adulto	Anti- influenza (sazonal)	Anti Pneumocócica	
1 ^a				
2 ^a				
3 ^a				
Ref.				

ATENÇÃO

Para proteção contra o Tétano e Difteria são necessárias 3 (três) doses da vacina Dupla, mais 1 (um) reforço a cada 10 anos.

Uma dose apenas não é suficiente.

Sempre que houver campanhas não deixe de se vacinar, a proteção é muito importante.

Complete o seu esquema vacinal na Unidade de Saúde mais próxima à sua residência.

ESTE COMPROVANTE É MUITO IMPORTANTE, guarde-o junto com seus documentos.

EM CASO DE ACIDENTE,
APRESENTE-O AO MÉDICO.



SUS
SISTEMA
UNICO
DE SAÚDE

ANEXO DG – Formulário De Registro Técnico-Administrativo – Cartão de Imunização do Trabalhador

Conhecendo Um Pouco Mais as Vacinas

Hepatite B

Doença viral grave que acomete o fígado, deixando sequelas. É altamente contagiosa e pode causar danos irreparáveis ao fígado.

Sua transmissão se dá através do contato com material contaminado com sangue; via sexual (sexo sem uso de preservativo); material perfuro-cortante, como por exemplo, agulhas e seringas contaminadas; via transplacentária (da mãe para o feto); e por outros líquidos corporais como a saliva e o sêmen.

Todas as pessoas devem ser vacinadas. Principalmente os adultos em destaque: profissionais de saúde; profissionais do sexo; populações indígenas; HIV positivos; renais crônicos; politransfundidos; hemofílicos; pessoas das forças armadas e reclusos (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores, etc); comunicantes domiciliares de portadores do vírus da hepatite B; nos doadores regulares de sangue para mantê-lo em tal condição.

O seu esquema vacinal é composto de três doses : 0, 1 e 6 meses. Disponível no SUS.

Hepatite A

Doença viral que acomete o fígado.

É uma doença transmitida através do contato com água e alimentos contaminados pelo vírus da hepatite A.

O seu esquema vacinal é composto por duas doses da vacina: 0 a 6 meses. Disponível na rede privada.

Dupla Bacteriana (DT, Difteria e Tétano)

Doença bacteriana grave que compromete o sistema nervoso central.

É uma doença transmitida pelo contato com materiais enferrujados, como por exemplo, pregos; areia; solo.

Como a única maneira mais eficaz de se prevenir contra o tétano é a vacina, por isso, todos, inclusive crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos devem ser vacinados para prevenção da difteria e principalmente do tétano acidental e neonatal.

O seu esquema vacinal é composto de três doses para aqueles indivíduos que não possuem nenhuma história vacinal anterior. Esta vacina possui um reforço, que é a cada 10 anos, antecipado para 5 anos nos casos de acidente grave e /ou gravidez. Disponível no SUS.

Febre Amarela

É uma vacina que previne contra a febre amarela, portanto as pessoas que irão viajar para áreas endêmicas como nas regiões Norte e Centro-Oeste do país, como por exemplo, Amazonas, Pará, Mato Grosso, Goiás, etc, devem ser vacinadas com dez dias de antecedência antes da viagem. O seu esquema vacinal é composto por apenas uma dose e um reforço a cada dez anos. Disponível no SUS.

Tríplice Viral ou Triviral (sarampo, rubéola e caxumba)

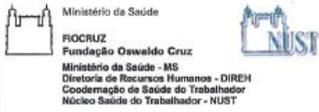
É uma vacina indicada para prevenir o sarampo, a rubéola e a caxumba. A sua administração é feita a partir de 1 ano de idade e é agendado um reforço entre 4 e 6 anos. A partir dos 12 anos de idade é aplicado apenas uma dose para mulheres até 49 anos e homens até 38 anos de idade. A sua administração é contra indicada para pessoas que fazem uso de imunoglobulina, sangue total ou plasma no momento da vacinação ou que fizeram uso nos últimos três meses ou ainda, vão fazer uso nos próximos quinze dias a partir do recebimento da vacina. Disponível no SUS.

Influenza (gripe)

É uma vacina que previne contra o vírus influenza (gripe) e está indicado para idosos acima de 60 anos de idade (que devem ser vacinados anualmente) e também profissionais de saúde, pessoas que fazem tratamento de quimioterapia e radioterapia, pacientes HIV positivos, doenças cardíacas graves, doenças do fígado (hepatites, cirrose), doenças pulmonares (enfisema, bronquite, asma, pneumonia), doenças hematológicas (sangue), diabetes mellitus insulino-dependente, transplantados, doença renal crônica, imunocomprometidos (indivíduos que fazem uso de corticóides e possuem imunidade baixa) e familiares e acompanhantes desses indivíduos. Disponível no SUS.

BCG (Bacilo de Calmette Guérin)

Imunidade contra as formas extra-pulmonares da tuberculose. Reforço com a BCG está indicado em regiões endêmicas para Hanseníase. O esquema vacinal da BCG-ID é uma dose ao nascer e um reforço até 18 anos. Disponível no SUS.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Ministério da Saúde - MS
Diretoria de Recursos Humanos - DIREH
Coodenação de Saúde do Trabalhador
Núcleo Saúde do Trabalhador - NUST

CARTÃO DE IMUNIZAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: ____ anos

Sexo: () FEM () MASC

Endereço: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Empresa: _____

Prontuário: _____

Cargo: _____

Função: _____

Lotação / Unidade: _____

Setor: _____

OBSERVAÇÕES:

- Guarde o seu cartão de vacinação em local limpo e seco;
- Quando for se vacinar, não esqueça de levar o seu cartão de vacina e /ou o seu comprovante de vacinação;
- Fique atento ao número de doses correspondente a cada vacina
- Complete sempre o seu esquema vacinal, pois é muito importante para adquirir imunidade específica (proteção) para estas doenças.

CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÃO DO TRABALHADOR ESQUEMA VACINAL / HISTÓRIA VACINAL			
<p>BCG-ID (indicado para imunidade contra Hanseníase)</p> <p>_____</p> <p>RUBRICA</p>	<p>Anti- meningocócica C Dose única</p> <p>_____</p> <p>RUBRICA</p>	<p>Vacina: _____ 1ª dose _____ RUBRICA</p> <p>2ª dose _____ RUBRICA 3ª dose _____</p> <p>Reforço _____ RUBRICA RUBRICA</p>	<p>HISTÓRIA DE ANAFILAXIA / USO DE MEDICAÇÃO E TRATAMENTO DE SAÚDE COM DIAGNÓSTICO</p> <p>EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAIS:</p> <p>Deixar: Calor; Vermelhidão local; Dificuldade para engolir; Dificuldade para respirar; Tosse; Sinais de edema (inchado) de glote; Flocos urticariformes; Edema (inchado) nos olhos.</p> <p>REAÇÃO ANAFILÁTICA: Tem início em até 30 minutos depois da administração do imunobiológico (vacina).</p> <p>Sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coceira; • Edema (inchado) progressivo em face e boca e outras partes do corpo; • Sintomas respiratórios: tosse expiratória ruído respiratório sibilante brôncoespasmo ansiedade dificuldade de deglutição obstrução das vias aéreas. <p>ATENÇÃO !!! Caso apresente alguns desses sintomas procure imediatamente uma unidade de saúde mais próxima.</p> <p>Telefone de Contato com o NUST: 2598-4284 Telefone do Serviço de Enfermagem em Saúde do Trabalhador: 2598-4573</p>
<p>Dupla Bacteriana</p> <p>1ª dose _____ RUBRICA 2ª dose _____</p> <p>3ª dose _____ RUBRICA Reforço _____</p> <p>(a cada 10 anos)</p>	<p>Anti-rúbrica</p> <p>1ª dose _____ RUBRICA 2ª dose _____</p> <p>3ª dose _____ RUBRICA (em caso de acidentes com animais)</p>	<p>Vacina: _____ 1ª dose _____ RUBRICA</p> <p>2ª dose _____ RUBRICA 3ª dose _____</p> <p>Reforço _____ RUBRICA RUBRICA</p>	
<p>Hepatite B</p> <p>1ª dose _____ RUBRICA 2ª dose _____</p> <p>3ª dose _____ RUBRICA</p>	<p>OUTRAS VACINAS:</p> <p>Vacina: _____ 1ª dose _____ RUBRICA</p> <p>2ª dose _____ RUBRICA 3ª dose _____</p> <p>Reforço _____ RUBRICA RUBRICA</p>		
<p>Hepatite A</p> <p>1ª dose _____ RUBRICA 2ª dose _____</p>	<p>Vacina: _____ 1ª dose _____ RUBRICA</p> <p>2ª dose _____ RUBRICA 3ª dose _____</p> <p>Reforço _____ RUBRICA RUBRICA</p>	<p>Vacina: _____ 1ª dose _____ RUBRICA</p> <p>2ª dose _____ RUBRICA 3ª dose _____</p> <p>Reforço _____ RUBRICA RUBRICA</p>	
<p>Influenza Dose única anual</p> <p>_____</p> <p>RUBRICA</p>	<p>Triviral (sarampo, rubéola e caxumba) Dose única</p> <p>_____</p> <p>RUBRICA</p>	<p>Vacina: _____ 1ª dose _____ RUBRICA</p> <p>2ª dose _____ RUBRICA 3ª dose _____</p> <p>Reforço _____ RUBRICA RUBRICA</p>	
<p>Febre Amarela 1ª dose</p> <p>_____</p> <p>RUBRICA</p> <p>Reforço _____</p> <p>(a cada 10 anos)</p>	<p>Vacina: _____ 1ª dose _____ RUBRICA</p> <p>2ª dose _____ RUBRICA 3ª dose _____</p> <p>Reforço _____ RUBRICA RUBRICA</p>	<p>Vacina: _____ 1ª dose _____ RUBRICA</p> <p>2ª dose _____ RUBRICA 3ª dose _____</p> <p>Reforço _____ RUBRICA RUBRICA</p>	

ANEXO E – Formulário De Registro no Componente Estatístico – Boletim de Produção em Saúde do Trabalhador

	Ministério da Saúde - MS Fundação de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ Diretoria de Recursos Humanos - DIREH COORDENAÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR - CST Núcleo de Saúde do Trabalhador - NUST	Boletim de Produção em Saúde do Trabalhador - NUST/CST	Sequência: <input type="text" value="1"/> Data do Atendimento: <input type="text"/>
	DADOS DA UNIDADE DE ATENDIMENTO		
UF: <input type="text" value="RJ"/>	Código Unidade (UGR): <input type="text" value="254468 - COORDENAÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR"/>	Nome do Estabelecimento de Saúde: <input type="text" value="NUST"/>	
Nome do Profissional: <input type="text" value="EQUIPE DE ENFERMAGEM"/>	CBO: <input type="text" value="3222.15 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO"/>		
ATENDIMENTO REALIZADO			
Identificador do Usuário: <input type="text"/>	Nome do Usuário: <input type="text"/>		
Data de Nascimento: <input type="text"/>	Sexo: <input type="text"/>	Raça/Cor: <input type="text"/>	CEP Residência do Usuário: <input type="text"/>
Código Unidade (UGR): <input type="text"/>	Vínculo: <input type="text"/>		
Empresa: <input type="text"/>	Caráter de Atendimento: <input type="text"/>		
Código do Procedimento: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vacina: <input type="text"/>
CID - 10: <input type="text"/>	Abono: <input type="text"/>	Encaminhamento: <input type="text"/>	Outros encaminhamentos: <input type="text"/>
Tabagismo: <input type="text"/>	Ação de educação: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANEXO EA – Formulário De Registro no Componente Estatístico – Estatística Diária de Atendimento



Estatística diária de atendimento médico do Núcleo de Saúde do Trabalhador

Nome do médico:	Horário:	Data:
-----------------	----------	-------

	Nome do paciente:	Sexo	Idade	Unidade	Vínculo	Tipo de atendimento	Diagnósticos prováveis	Dia(s) Abonado(s)	Encaminhamento
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Tipo de atendimento: (PA) Pronto Atendimento (A) Admisional (P) Periódico (D) Demissional (R) Retorno ao Trabalho
 (AV) Avaliação Bolsista/Estagiário (AT) Acidente de Trabalho (Peq. Cir) Pequena Cirurgia (L) Laboratório do Corpo (O) Outros
 Tipo de Vínculo: (S) Servidor (T) Terceirizado (Aluno) (E) Estagiário (B) Bolsista (O) Outros

Formulário 05

Núcleo de Saúde do Trabalhador

CST/DIREH

ANEXO EB – Formulário De Registro no Componente Estatístico – Controle de Visitante



Data	Nome do Visitante	Unidade do Visitante	Local da Visita na CST (Setor ou Sala)
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			
__/__/__			