

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Esse questionário foi elaborado pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, Helsinki; traduzido e adaptado por pesquisadores das seguintes instituições: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Departamento de Saúde Ambiental e Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento; Universidade Federal de São Carlos: Departamento de Enfermagem; Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública: Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana.

Por favor, responda cuidadosamente a todas as questões, assinalando a alternativa que você acha que melhor reflete a sua. Não deixe nenhuma questão sem responder.

<p>1. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com um X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual.</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Estou incapaz para o trabalho</p> <p>Estou em minha melhor capacidade para o trabalho</p>	<p>2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)</p> <p>Muito boa <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Boa <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Moderada <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Baixa <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Muito baixa <input type="checkbox"/> 1</p> <p>3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)</p> <p>Muito boa <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Boa <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Moderada <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Baixa <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Muito baixa <input type="checkbox"/> 1</p>
---	--

4. Na sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

	Em minha opinião	Diagnóstico médico		Em minha opinião	Diagnóstico médico
01. Lesão nas costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Lesão nos braços/mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou "derrame", neuralgia, enxaqueca, epilepsia).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Lesão nas pernas/pés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Lesão em outras partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onde? Que tipo de lesão?			29. Pedras ou doença da vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Doença na parte superior das costas ou região do pescoço, com dores freqüentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Doença do pâncreas ou do fígado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Doença da parte inferior das costas com dores freqüentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Úlcera gástrica ou duodenal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Gastrite ou irritação duodenal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores freqüentes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Colite ou irritação do cólon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Artrite reumatóide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Outra doença digestiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Outra doença músculo-esquelética.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?			35. Infecção das vias urinárias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hipertensão arterial (pressão alta).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Doença dos rins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Doença nos genitais e aparelho reprodutor (ex.: problema nas trompas ou próstata).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Infarto do miocárdio, trombose coronariana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Outra doença geniturinária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Alergia, eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Outra doença cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Outra erupção.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?			Qual?		
16. Infecções repetidas no trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Outra doença de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bronquite crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual?		
18. Sinusite crônica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Tumor benigno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Tumor maligno (câncer).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onde?		
21. Tuberculose pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. Obesidade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Outra doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual?			46. Bócio ou outra doença da tireóide.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Distúrbio emocional severo (ex.: depressão severa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. Outra doença endócrina ou metabólica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Distúrbio emocional leve (ex.: depressão leve, tensão, ansiedade, insônia).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Problema ou diminuição na audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			49. Outra doença do sangue.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Qual?		
			50. Defeito de nascimento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Qual?		
			51. Outro problema ou doença.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Qual?		

5. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

Não há impedimento/
Eu não tenho doenças 6

Eu sou capaz de fazer meu trabalho,
mas ele me causa alguns sintomas 5

Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo
de trabalho ou mudar meus métodos de
trabalho 4

Freqüentemente preciso diminuir meu
ritmo de trabalho ou mudar meus métodos
de trabalho..... 3

Por causa de minha doença sinto-me capaz
de trabalhar apenas em tempo parcial 2

Na minha opinião estou totalmente
incapacitado para trabalhar 1

6. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho
devido a problemas de saúde, consulta médica ou para
fazer exame durante os últimos 12 meses?

Nenhum 5
Até 9 dias 4
De 10 a 24 dias 3
De 25 a 99 dias 2
De 100 a 365 dias 1

7. Considerando sua saúde, você acha que será
capaz de **daqui a 2 anos** fazer seu trabalho atual?

É improvável 1
Não estou muito certo 4
Bastante provável 7

8. Recentemente você tem conseguido apreciar suas
atividades diárias?

Sempre 4
Quase sempre 3
Às vezes 2
Raramente 1
Nunca 0

9. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

Sempre 4
Quase sempre 3
Às vezes 2
Raramente 1
Nunca 0

10. Recentemente você tem se sentido cheio de
esperança para o futuro?

Quase sempre 3
Às vezes 2
Raramente 1
Nunca 0