

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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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