

# ERGOROM- Pesquisa: Questionário DETALHADO

## DISTURBIOS ÓSTEO MUSCULARES DOS MEMBROS SUPERIORES

O texto em azul dá as explicações, dos exemplos, ... para ajudar a melhor compreender a fim de efetuar corretamente as questões durante a entrevista

Analistas: ..... Data: .....

1. Empresa: .....
2. Posto de Trabalho: .....
3. Nº do Registro: .....

### CARACTERÍSTICAS GERAIS

4. Idade: ..... (anos)
5. Peso: ..... (kg)
6. Estatura: ..... (cm)
7. Sexo : masculino<sup>0</sup> feminino<sup>1</sup>
8. O Sr(a) é canhoto<sup>0</sup> destro<sup>1</sup>

Se a pessoa não souber responder ,perguntar com qual mão ela escreve.

9. O Sr(a) é fumante? NÃO<sup>0</sup> EX FUMANTE<sup>1</sup> SIM<sup>2</sup>  
(há mais de 6 meses)
10. Pratica atualmente atividades esportivas (min. 1x / semana): NÃO<sup>0</sup> SIM<sup>1</sup>
11. No caso AFIRMATIVO, o Sr(a) pratica esporte que solicita os braços (esporte com raquete, ...)

Para os esportes sazonais, praticados 1 à 2 x/semana durante a estação, a frequência a considerar é a da estação e não uma média dos 12 últimos meses.

12. Tem hobbies, atividades extra profissionais implicando em esforços físicos ou outros: bricolage, construção, jardinagem, tricô, crochê, atividades domésticas importantes, ...  
NÃO<sup>0</sup> <1 x/sem<sup>1</sup> ≥ 1 x/sem<sup>2</sup>

Os hobbies compreendem todas as atividades extra profissionais à exclusão da prática dos esportes considerados nas questões precedentes. Uma média deve ser realizada no ano. Se as ocupações forem muito duras, muito freqüentes nos últimos meses (ex.: reforma na casa todos os fins de semana, cortar e recolher madeira ...), será necessário levá-las em consideração e assinalar: >5h/sem.

nenhum<sup>0</sup> < 5h/sem<sup>1</sup> > 5h/sem<sup>2</sup>

### ANTECEDENTES MÉDICOS

Ao longo dos 12 últimos meses:

Trata-se do estado de saúde em geral nos últimos 12 meses e não do dia do exame: se a pessoa está gripada no dia da entrevista, não deve ser considerado mas sim a situação o ano todo

13. Acha que sua saúde é: excelente<sup>0</sup> boa<sup>1</sup> média<sup>2</sup> má<sup>3</sup>
14. É portador de doença ou problema de saúde que necessite tomar medicamentos regularmente? NÃO<sup>0</sup> SIM<sup>1</sup>
15. Consultou um médico ou psicólogo por depressão? NÃO<sup>0</sup> SIM<sup>1</sup>
16. Ausentou-se do trabalho nos últimos 12 meses? NÃO<sup>0</sup> SIM<sup>1</sup>  
No caso AFIRMATIVO, devido a .....

## ERGOROM- Pesquisa: Questionário DETALHADO

- |   |                  |                  |
|---|------------------|------------------|
| 17. Apresentou problemas ou modificações hormonais? (somente para as mulheres), ex.: menopausa, gravidez e operação ginecológica) | NÃO <sup>0</sup> | SIM <sup>1</sup> |
| 18. Ao longo de sua vida, acidentou-se no trabalho ou fora dele no que concerne os membros superiores?                            | NÃO <sup>0</sup> | SIM <sup>1</sup> |
| No caso AFIRMATIVO, de qual natureza: .....   |                  |                  |

*Exemplo: fratura, entorse, luxação, queimadura importante .....*

*Nota geral concernente as queixas para as questões seguintes:*

- *Considerar apenas as queixas relativas a dores que duraram vários dias ou se manifestaram várias vezes nos últimos 12 meses.*
- *Se a causa das dores é claramente **extra-profissional**, É preciso anotar e não considerar este trabalhador pertencente ao grupo de pessoas " com TMS".*
- *As dores passageiras, curtas, ligadas por exemplo à um choque ou uma batida devem ser excluídas.*

O Sr(a) teve problemas (dor, desconforto) na **NUCA**?

- |                                 |                  |                  |
|---------------------------------|------------------|------------------|
| 19. durante os 12 últimos meses | NÃO <sup>0</sup> | SIM <sup>1</sup> |
| 20. durante os 7 últimos dias   | NÃO <sup>0</sup> | SIM <sup>1</sup> |

No caso AFIRMATIVO nos últimos 12 meses:

*Os antecedentes musculo esqueléticos são caracterizados de 4 maneiras:*

- |                                     |                                      |  |  |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| 21. <i>intensidade do incômodo:</i> | um pouco <sup>1</sup>                | média <sup>2</sup>                         | muito doloroso <sup>3</sup>                |
| 22. <i>duração do incômodo:</i>     | desaparece <sup>1</sup><br>após ± 2h | desaparece <sup>2</sup><br>no dia seguinte | persiste + <sup>3</sup><br>prolongadamente |

- *desaparecem após ± 2 horas: após retornar para casa, depois do jantar,...*
- *desaparece no dia seguinte: após uma boa noite de sono*
- *persiste muito mais tempo: vários dias*

- |                                      |                                |                                |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 23. <i>frequência dos episódios:</i> | <1 vez por semana <sup>1</sup> | >1 vez por semana <sup>2</sup> |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

24. *natureza:* .....

- *se um médico foi consultado: indicar o diagnóstico*
- *se nenhum médico foi consultado mas a patologia é clara, indicar a patologia*
- *se a patologia é dificilmente apreciada, indicar "dor não específica"*

O Sr(a) teve problemas (dor, desconforto) no **OMBROS**?

- |                                 |                |                  |                  |
|---------------------------------|----------------|------------------|------------------|
| 25. durante os 12 últimos meses | ombro direito  | NÃO <sup>0</sup> | SIM <sup>1</sup> |
| 26.                             | ombro esquerdo | NÃO <sup>0</sup> | SIM <sup>1</sup> |
| 27. durante os 7 últimos dias   | ombro direito  | NÃO <sup>0</sup> | SIM <sup>1</sup> |
| 28.                             | ombro esquerdo | NÃO <sup>0</sup> | SIM <sup>1</sup> |

No caso AFIRMATIVO nos últimos 12 meses:

- |                                      |           |                                      |  |  |
|--------------------------------------|-----------|--------------------------------------|--|--|
| 29. <i>intensidade do incômodo:</i>  | direito   | um pouco <sup>1</sup>                | média <sup>2</sup>                         | muito doloroso <sup>3</sup>                |
| 30.                                  | esquerdo  | um pouco <sup>1</sup>                | média <sup>2</sup>                         | muito doloroso <sup>3</sup>                |
| 31. <i>duração do incômodo:</i>      | direito   | desaparece <sup>1</sup><br>após ± 2h | desaparece <sup>2</sup><br>no dia seguinte | persiste + <sup>3</sup><br>prolongadamente |
| 32.                                  | esquerdo  | desaparece <sup>1</sup><br>após ± 2h | desaparece <sup>2</sup><br>no dia seguinte | persiste + <sup>3</sup><br>prolongadamente |
| 33. <i>frequência dos episódios:</i> | direito   | <1 vez por semana <sup>1</sup>       |  | >1 vez por semana <sup>2</sup>             |
| 34.                                  | esquerdo  | <1 vez por semana <sup>1</sup>       |  | >1 vez por semana <sup>2</sup>             |
| 35. <i>natureza:</i>                 | direito:  | .....                                |  |  |
| 36.                                  | esquerdo: | .....                                |  |  |

## ERGOROM- Pesquisa: Questionário DETALHADO

O Sr(a) teve problemas (dor, desconforto) no *COTOVELO*S?

37. durante os 12 últimos meses	cotovelo direito	NÃO <sup>0</sup>	SIM <sup>1</sup>
38.	cotovelo esquerdo	NÃO <sup>0</sup>	SIM <sup>1</sup>
39. durante os 7 últimos dias	cotovelo direito	NÃO <sup>0</sup>	SIM <sup>1</sup>
40.	cotovelo esquerdo	NÃO <sup>0</sup>	SIM <sup>1</sup>

No caso AFIRMATIVO nos últimos 12 meses:

41. <i>intensidade do incômodo:</i>	direito	um pouco <sup>1</sup>	média <sup>2</sup>	muito doloroso <sup>3</sup>
42.	esquerdo	um pouco <sup>1</sup>	média <sup>2</sup>	muito doloroso <sup>3</sup>
43. <i>duração do incômodo:</i>	direito	desaparece <sup>1</sup> após ± 2h	desaparece <sup>2</sup> no dia seguinte	persiste + <sup>3</sup> prolongadamente
44.	esquerdo	desaparece <sup>1</sup> após ± 2h	desaparece <sup>2</sup> no dia seguinte	persiste + <sup>3</sup> prolongadamente
45. <i>freqüência dos episódios:</i>	direito	<1 vez por semana <sup>1</sup>	>1 vez por semana <sup>2</sup>	
46.	esquerdo	<1 vez por semana <sup>1</sup>	>1 vez por semana <sup>2</sup>	
47. <i>natureza:</i>	direito:	.....		
48.	esquerdo:	.....		

O Sr(a) teve problemas (dor, desconforto) no *PULSOS/MÃOS*?

49. durante os 12 últimos meses	pulso direito	NÃO <sup>0</sup>	SIM <sup>1</sup>
50.	pulso esquerdo	NÃO <sup>0</sup>	SIM <sup>1</sup>
51. durante os 7 últimos dias	pulso direito	NÃO <sup>0</sup>	SIM <sup>1</sup>
52.	pulso esquerdo	NÃO <sup>0</sup>	SIM <sup>1</sup>

No caso AFIRMATIVO nos últimos 12 meses:

53. <i>intensidade do incômodo:</i>	direito	um pouco <sup>1</sup>	média <sup>2</sup>	muito doloroso <sup>3</sup>
54.	esquerdo	um pouco <sup>1</sup>	média <sup>2</sup>	muito doloroso <sup>3</sup>
55. <i>duração do incômodo:</i>	direito	desaparece <sup>1</sup> após ± 2h	desaparece <sup>2</sup> no dia seguinte	persiste + <sup>3</sup> prolongadamente
56.	esquerdo	desaparece <sup>1</sup> após ± 2h	desaparece <sup>2</sup> no dia seguinte	persiste + <sup>3</sup> prolongadamente
57. <i>freqüência dos episódios:</i>	direito	<1 vez por semana <sup>1</sup>	>1 vez por semana <sup>2</sup>	
58.	esquerdo	<1 vez por semana <sup>1</sup>	>1 vez por semana <sup>2</sup>	
59. <i>natureza:</i>	direito:	.....		
60.	esquerdo:	.....		

O Sr (a) teve problemas (dor, desconforto) na *REGIÃO LOMBAR*?

61. durante os 12 últimos meses		NÃO <sup>0</sup>	SIM <sup>1</sup>
62. durante os 7 últimos dias		NÃO <sup>0</sup>	SIM <sup>1</sup>

### DISTURBIOS SOMÁTICOS

	Æ jamais ou raramente	☹ Às vezes (1 x /mês)	☹☹ Frequentemente (1 x /sem.)	☹☹☹ Sempre (Várias x /sem.)
63. Sente dor de cabeça?	1	2	3	4
64. Sua pulsação é muito rápida ou irregular?	1	2	3	4
65. Sente vertigens?	1	2	3	4
66. Sente náuseas?	1	2	3	4
67. Sente um peso, tensão ou dores no peito?	1	2	3	4
68. Sente dor de barriga?	1	2	3	4
69. Tem distúrbios do sono?	1	2	3	4
70. Sente-se anormalmente cansado, mesmo após uma noite bem dormida?	1	2	3	4

# ERGONOMY- Pesquisa: Questionário DETALHADO

## POSTO DE TRABALHO ATUAL

71. Há quanto tempo trabalha nesta empresa? ..... anos

72. Há quanto tempo efetua seu trabalho atual? ..... anos

Seu trabalho exige de forma habitual?

73. esforços para erguer peso                      nulo<sup>1</sup>      leve<sup>2</sup>      médio<sup>3</sup>      pesado<sup>4</sup>

*É a opinião do trabalhador que conta.*

*Entretanto, uma orientação pode ser dada:*

- *nulo: trabalho com uma caneta ou sem carga*
- *leve, médio: trabalho com uma carga inferior a 30 kg. É necessário fazer uma ponderação entre a frequência e a intensidade*
- *pesados: a carga é superior a 30 kg*

*ex.: levantar um saco de cimento algumas vezes por dia = pesado*

*levantar 2000 tijolos/dia = pesado pois a frequência é grande.*

74. esforços dos punhos/mãos                      nulo<sup>1</sup>      leve<sup>2</sup>      médio<sup>3</sup>      pesado<sup>4</sup>

- *nulos:                      nem um pouco penoso ou importante*
- *leves:                      um pouco penoso ou importante*
- *médios:                      penoso ou importante*
- *pesados:                      muito penoso ou importante*

75. esforços estáticos nos braços                      nulo<sup>1</sup>      leve<sup>2</sup>      médio<sup>3</sup>      pesado<sup>4</sup>

*Os esforços estáticos correspondem aos esforços efetuados sem deslocamento da articulação (por exemplo: a digitação demanda um esforço estático ao nível da nuca, dos ombros e dos braços).*

Seu trabalho exige?

76. repetição de movimentos idênticos                      jamais<sup>1</sup>      às vezes<sup>2</sup>      frequentemente<sup>3</sup>      sempre<sup>4</sup>

*A repetição concerne principalmente os gestos realizados com os punhos/mãos. "Sempre" corresponde a um trabalho realizado em cadeia, em uma linha de montagem, com os tempo de ciclo frequentemente muito curtos. A pessoa ocupa um só posto.*

*Se o operador ocupa vários postos onde o trabalho é repetitivo mas implica em gestos diferentes, deve-se escolher como resposta "frequente".*

77. utilização de equipamentos vibrantes                      jamais<sup>1</sup>      às vezes<sup>2</sup>      frequentemente<sup>3</sup>      sempre<sup>4</sup>

78. posturas desconfortáveis dos braços                      jamais<sup>1</sup>      às vezes<sup>2</sup>      frequentemente<sup>3</sup>      sempre<sup>4</sup>

79. Seu trabalho provoca uma fadiga importante nos pulsos/mãos em fim de jornada?

*Trata-se aqui de uma fadiga ao nível dos punho/mãos e não de uma fadiga geral.*  
Não<sup>0</sup>                      <1x/sem<sup>1</sup>                      >1x/sem<sup>2</sup>

## POSTOS DE TRABALHO ANTERIORES

80. Quais são seus postos de trabalho anteriores?

1. .... duração: ..... anos

2. .... duração: ..... anos

3. .... duração: ..... anos

4. .... duração: ..... anos

*As questões seguintes concernem o último posto de trabalho (antes de ocupar o posto de trabalho atual).*

*Se o último posto foi ocupado por pouco tempo e que um posto anterior foi especialmente constrangedor é este que deve ser considerado .*

Os trabalhos exigem de forma habitual?

81. esforços para erguer peso                      nulo<sup>1</sup>      leve<sup>2</sup>      médio<sup>3</sup>      pesado<sup>4</sup>

82. esforços dos punhos/mãos                      nulo<sup>1</sup>      leve<sup>2</sup>      médio<sup>3</sup>      pesado<sup>4</sup>

83. esforços estáticos nos braços                      nulo<sup>1</sup>      leve<sup>2</sup>      médio<sup>3</sup>      pesado<sup>4</sup>

## ERGOROM- Pesquisa: Questionário DETALHADO

Seu trabalho exige?

- |  |                     |                       |                             |                     |
|--|---------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------|
| 84. repetição de movimentos idênticos    | jamais <sup>1</sup> | às vezes <sup>2</sup> | frequentemente <sup>3</sup> | sempre <sup>4</sup> |
| 85. utilização de equipamentos vibrantes | jamais <sup>1</sup> | às vezes <sup>2</sup> | frequentemente <sup>3</sup> | sempre <sup>4</sup> |
| 86. posturas desconfortáveis dos braços  | jamais <sup>1</sup> | às vezes <sup>2</sup> | frequentemente <sup>3</sup> | sempre <sup>4</sup> |

87. Seu trabalho provoca uma fadiga importante nos pulsos/mãos em fim de jornada?  
não<sup>0</sup>
<1x/sem<sup>1</sup>
>1x/sem<sup>2</sup>

### FORÇA MÁXIMA DE PREENSÃO

	Ensaio 1	Ensaio 2	Ensaio 3	Média (kg)
88. FMV direita				
89. FMV esquerda				

### ÂNGULOS MÁXIMOS

PUNHO DIREITO	Graus(°)	PUNHO ESQUERDO	Graus(°)
90. desvio cubital		91. desvio cubital	
92. desvio radial		93. desvio radial	
94. extensão		95. extensão	
96. flexão		97. flexão	

### PERCEPÇÃO E APRECIÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

*Nesta seção, duas questões serão efetuadas para cada tema:*

- *uma questão de percepção da situação de trabalho*
- *uma questão de apreciação da situação de trabalho idêntica para cada tema:*
  - 1 = ☹☹ não me importo de forma alguma
  - 2 = ☹ não me importo muito
  - 3 = ☺ sem opinião
  - 4 = ☺ me importo muito
  - 5 = ☺☺ me importo bastante

98. É necessário apressar-se para realizar seu trabalho?

sem opinião<sup>1</sup>      de forma alguma<sup>2</sup>      um pouco<sup>3</sup>      mais ou menos<sup>4</sup>      muito<sup>5</sup>

99. Isso lhe agrada?

1 = ☹☹      2 = ☹      3 = ☺      4 = ☺      5 = ☺☺

100. É possível parar e descansar um momento caso queira? (fora das pausas, intervalo de refeições...)

sem opinião<sup>1</sup>      de forma alguma<sup>2</sup>      um pouco<sup>3</sup>      mais ou menos<sup>4</sup>      muito<sup>5</sup>

101. Isso lhe agrada?

1 = ☹☹      2 = ☹      3 = ☺      4 = ☺      5 = ☺☺

102. Faz horas extras?

sem opinião<sup>1</sup>      de forma alguma<sup>2</sup>      um pouco<sup>3</sup>      mais ou menos<sup>4</sup>      muito<sup>5</sup>

103. Isso lhe agrada?

1 = ☹☹      2 = ☹      3 = ☺      4 = ☺      5 = ☺☺

## ERGOROM- Pesquisa: Questionário DETALHADO

104. Seu posto de trabalho é isolado? (sem colegas ao redor ou sem poder conversar devido a ruído ou outro motivo?)  
sem opinião<sup>1</sup> de forma alguma<sup>2</sup> um pouco<sup>3</sup> mais ou menos<sup>4</sup> muito<sup>5</sup>
105. Isso lhe agrada?  
1 = ☹☹ 2 = ☹ 3 = ☹ 4 = ☺ 5 = ☺☺
106. O Sr(a) e seus colegas, ajudam-se entre si no trabalho  
sem opinião<sup>1</sup> de forma alguma<sup>2</sup> um pouco<sup>3</sup> mais ou menos<sup>4</sup> muito<sup>5</sup>
107. Isso lhe agrada?  
1 = ☹☹ 2 = ☹ 3 = ☹ 4 = ☺ 5 = ☺☺
108. As ferramentas, máquinas ou o software apresentam problemas? (pane, defeito de fabricação)  
sem opinião<sup>1</sup> de forma alguma<sup>2</sup> um pouco<sup>3</sup> mais ou menos<sup>4</sup> muito<sup>5</sup>
109. Isso lhe agrada?  
1 = ☹☹ 2 = ☹ 3 = ☹ 4 = ☺ 5 = ☺☺
110. Seu trabalho é monótono (rotineiro)?  
sem opinião<sup>1</sup> de forma alguma<sup>2</sup> um pouco<sup>3</sup> mais ou menos<sup>4</sup> muito<sup>5</sup>
111. Isso lhe agrada?  
1 = ☹☹ 2 = ☹ 3 = ☹ 4 = ☺ 5 = ☺☺
112. Tem autonomia (independência, liberdade) no seu trabalho?  
*A pessoa tem autonomia quando ela pode decidir como fazer seu trabalho , como o organizar no tempo, etc... Ao contrário ela não tem nenhuma autonomia se ela depende da máquina (como em um trabalho em linha, ....).*  
sem opinião<sup>1</sup> de forma alguma<sup>2</sup> um pouco<sup>3</sup> mais ou menos<sup>4</sup> muito<sup>5</sup>
113. Isso lhe agrada?  
1 = ☹☹ 2 = ☹ 3 = ☹ 4 = ☺ 5 = ☺☺
114. Seu trabalho é fisicamente fatigante?  
sem opinião<sup>1</sup> de forma alguma<sup>2</sup> um pouco<sup>3</sup> mais ou menos<sup>4</sup> muito<sup>5</sup>
115. Isso lhe agrada?  
1 = ☹☹ 2 = ☹ 3 = ☹ 4 = ☺ 5 = ☺☺
116. Seu trabalho é mentalmente fatigante?  
sem opinião<sup>1</sup> de forma alguma<sup>2</sup> um pouco<sup>3</sup> mais ou menos<sup>4</sup> muito<sup>5</sup>
117. Isso lhe agrada?  
1 = ☹☹ 2 = ☹ 3 = ☹ 4 = ☺ 5 = ☺☺
118. Seu emprego está economicamente ameaçado (segurança no emprego)  
sem opinião<sup>1</sup> de forma alguma<sup>2</sup> um pouco<sup>3</sup> mais ou menos<sup>4</sup> muito<sup>5</sup>
119. Isso lhe agrada?  
1 = ☹☹ 2 = ☹ 3 = ☹ 4 = ☺ 5 = ☺☺
120. No caso do Sr(a) cometer algum erro, há risco de acarretar parada importante da produção, rejeito de produto ou problemas graves para os equipamentos e pessoas?  
sem opinião<sup>1</sup> de forma alguma<sup>2</sup> um pouco<sup>3</sup> mais ou menos<sup>4</sup> muito<sup>5</sup>
121. Isso lhe agrada?  
1 = ☹☹ 2 = ☹ 3 = ☹ 4 = ☺ 5 = ☺☺

## ERGOROM- Pesquisa: Questionário DETALHADO

122. Em que proporção seu trabalho é controlado? sem opinião <sup>1</sup> de forma alguma <sup>2</sup> um pouco <sup>3</sup> mais ou menos <sup>4</sup> muito <sup>5</sup>
123. Isso lhe agrada? 1 = ☹☹      2 = ☹      3 = ☹      4 = ☺      5 = ☺☺
124. Seu relacionamento (entendimento), com os colegas é satisfatório? 1 = ☹☹      2 = ☹      3 = ☹      4 = ☺      5 = ☺☺
125. Seu relacionamento com os superiores é satisfatório? 1 = ☹☹      2 = ☹      3 = ☹      4 = ☺      5 = ☺☺
126. Está satisfeito com seu trabalho atual? 1 = ☹☹      2 = ☹      3 = ☹      4 = ☺      5 = ☺☺
127. Sente-se reconhecido por seu trabalho? 1 = ☹☹      2 = ☹      3 = ☹      4 = ☺      5 = ☺☺
128. Sente-se tenso, contraído, estressado? 1 = ☹☹      2 = ☹      3 = ☹      4 = ☺      5 = ☺☺