

ERGOROM- Pesquisa: Questionário MÉDIO

DISTURBIOS ÓSTEO MUSCULARES DOS MEMBROS SUPERIORES

Analistas: Data:

1. Empresa:

2. Posto de Trabalho:

CARACTERÍSTICAS GERAIS

3. Idade: (anos)

4. Peso: (kg)

5. Estatura: (cm)

6. Sexo : masculino⁰ feminino¹

7. O Sr(a) é canhoto⁰ destro¹

8. O Sr(a) é fumante? NÃO⁰ EX FUMANTE¹ SIM²
(há mais de 6 meses)

9. Tem hobbies, atividades extra profissionais implicando em esforços físicos ou outros:
bricolage, construção, jardinagem, tricô, crochê, atividades domésticas importantes, ...
nenhum⁰ < 5h/sem¹ > 5h/sem²

ANTECEDENTES MÉDICOS

Ao longo dos 12 últimos meses:

10. Acha que sua saúde é: excelente⁰ boa¹ média² má³

11. É portador de doença ou problema de saúde que necessite tomar medicamentos regularmente? NÃO⁰ SIM¹

12. Consultou um médico ou psicólogo por depressão? NÃO⁰ SIM¹

13. Ausentou-se do trabalho nos últimos 12 meses? NÃO⁰ SIM¹
No caso AFIRMATIVO, devido a

14. Ao longo de sua vida, acidentou-se no trabalho ou fora dele no que concerne os membros superiores? NÃO⁰ SIM¹
No caso AFIRMATIVO, de qual natureza:

15. O Sr(a) teve problemas durante os 12 últimos meses (dor, desconforto) na NUCA? NÃO⁰ SIM¹

No caso AFIRMATIVO nos últimos 12 meses:

16. intensidade do incômodo: um pouco¹ média² muito doloroso³

17. frequência dos episódios: <1 vez por semana¹ >1 vez por semana²

O Sr(a) teve problemas durante os 12 últimos meses (dor, desconforto) no

18. ombro direito NÃO⁰ SIM¹

19. ombro esquerdo NÃO⁰ SIM¹

No caso AFIRMATIVO:

20. intensidade do incômodo: um pouco¹ média² muito doloroso³

21. frequência dos episódios: <1 vez por semana¹ >1 vez por semana²

ERGOROM- Pesquisa: Questionário MÉDIO

O Sr(a) teve problemas durante os 12 últimos meses (dor, desconforto) no

- | | | |
|-----------------------|------------------|------------------|
| 22. cotovelo direito | NÃO ⁰ | SIM ¹ |
| 23. cotovelo esquerdo | NÃO ⁰ | SIM ¹ |

No caso AFIRMATIVO:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 24. intensidade do incômodo: | um pouco ¹ | média ² | muito doloroso ³ |
| 25. frequência dos episódios: | <1 vez por semana ¹ | >1 vez por semana ² | |

O Sr(a) teve problemas durante os 12 últimos meses (dor, desconforto) no

- | | | |
|--------------------|------------------|------------------|
| 26. pulso direito | NÃO ⁰ | SIM ¹ |
| 27. pulso esquerdo | NÃO ⁰ | SIM ¹ |

No caso AFIRMATIVO:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 28. intensidade do incômodo: | um pouco ¹ | média ² | muito doloroso ³ |
| 29. frequência dos episódios: | <1 vez por semana ¹ | >1 vez por semana ² | |

30. O Sr (a) teve problemas durante os 12 últimos meses (dor, desconforto) na REGIÃO LOMBAR? NÃO⁰ SIM¹

DISTURBIOS SOMÁTICOS	Æ jamais ou raramente	☹ Às vezes (1 x /mês)	☹☹ Frequentemente (1 x /sem.)	☹☹☹ Sempre (Várias x /sem.)
31. Sente dor de cabeça?	1	2	3	4
32. Sua pulsação é muito rápida ou irregular?	1	2	3	4
33. Sente um peso, tensão ou dores no peito?	1	2	3	4
34. Sente dor de barriga?	1	2	3	4
35. Tem distúrbios do sono?	1	2	3	4
36. Sente-se anormalmente cansado, mesmo após uma noite bem dormida?	1	2	3	4

POSTO DE TRABALHO ATUAL

37. Há quanto tempo trabalha nesta empresa? anos

38. Há quanto tempo efetua seu trabalho atual? anos

Seu trabalho exige de forma habitual?

- | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|---------------------|
| 39. esforços para erguer peso | nulo ¹ | leve ² | médio ³ | pesado ⁴ |
| 40. esforços dos punhos/mãos | nulo ¹ | leve ² | médio ³ | pesado ⁴ |

Seu trabalho exige?

- | | | | | |
|--|---------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------|
| 41. repetição de movimentos idênticos | jamais ¹ | às vezes ² | frequentemente ³ | sempre ⁴ |
| 42. utilização de equipamentos vibrantes | jamais ¹ | às vezes ² | frequentemente ³ | sempre ⁴ |
| 43. posturas desconfortáveis dos braços | jamais ¹ | às vezes ² | frequentemente ³ | sempre ⁴ |

44. Seu trabalho provoca uma fadiga importante nos pulsos/mãos em fim de jornada?
não⁰ <1x/sem¹ >1x/sem²

POSTOS DE TRABALHO ANTERIORES

45. Quais são seus postos de trabalho anteriores?

- | | | | |
|---------|----------|-------|------|
| 1. | duração: | | anos |
| 2. | duração: | | anos |
| 3. | duração: | | anos |
| 4. | duração: | | anos |

ERGOROM- Pesquisa: Questionário MÉDIO

Os trabalhos exigem de forma habitual?

- | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|---------------------|
| 46. esforços para erguer peso | nulo ¹ | leve ² | médio ³ | pesado ⁴ |
| 47. esforços dos punhos/mãos | nulo ¹ | leve ² | médio ³ | pesado ⁴ |

Seu trabalho exige?

- | | | | | |
|--|---------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------|
| 48. repetição de movimentos idênticos | jamais ¹ | às vezes ² | frequentemente ³ | sempre ⁴ |
| 49. utilização de equipamentos vibrantes | jamais ¹ | às vezes ² | frequentemente ³ | sempre ⁴ |
| 50. posturas desconfortáveis dos braços | jamais ¹ | às vezes ² | frequentemente ³ | sempre ⁴ |

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

PERCEPÇÃO E APRECIÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

- | | | | | | |
|--|--------------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------|
| 52. É necessário apressar-se para realizar seu trabalho? | sem opinião ¹ | de forma alguma ² | um pouco ³ | mais ou menos ⁴ | muito ⁵ |
| 53. É possível parar e descansar um momento caso queira? (fora das pausas, intervalo de refeições...) | | | | | |
| | sem opinião ¹ | de forma alguma ² | um pouco ³ | mais ou menos ⁴ | muito ⁵ |
| 54. Faz horas extras? | | | | | |
| | sem opinião ¹ | de forma alguma ² | um pouco ³ | mais ou menos ⁴ | muito ⁵ |
| 55. Seu posto de trabalho é isolado? (sem colegas ao redor ou sem poder conversar devido a ruído ou outro motivo)? | | | | | |
| | sem opinião ¹ | de forma alguma ² | um pouco ³ | mais ou menos ⁴ | muito ⁵ |
| 56. O Sr(a) e seus colegas, ajudam-se entre si no trabalho | | | | | |
| | sem opinião ¹ | de forma alguma ² | um pouco ³ | mais ou menos ⁴ | muito ⁵ |
| 57. As ferramentas, máquinas ou o software apresentam problemas? (pane, defeito de fabricação) | | | | | |
| | sem opinião ¹ | de forma alguma ² | um pouco ³ | mais ou menos ⁴ | muito ⁵ |
| 58. Seu trabalho é monótono (rotineiro)? | | | | | |
| | sem opinião ¹ | de forma alguma ² | um pouco ³ | mais ou menos ⁴ | muito ⁵ |
| 59. Tem autonomia (independência, liberdade) no seu trabalho? | | | | | |
| | sem opinião ¹ | de forma alguma ² | um pouco ³ | mais ou menos ⁴ | muito ⁵ |
| 60. Seu trabalho é fisicamente fatigante? | | | | | |
| | sem opinião ¹ | de forma alguma ² | um pouco ³ | mais ou menos ⁴ | muito ⁵ |
| 61. Seu trabalho é mentalmente fatigante? | | | | | |
| | sem opinião ¹ | de forma alguma ² | um pouco ³ | mais ou menos ⁴ | muito ⁵ |
| 62. Seu emprego está economicamente ameaçado (segurança no emprego) | | | | | |
| | sem opinião ¹ | de forma alguma ² | um pouco ³ | mais ou menos ⁴ | muito ⁵ |
| 63. 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 ¹ | de forma alguma ² | um pouco ³ | mais ou menos ⁴ | muito ⁵ |
| 64. Em que proporção seu trabalho é controlado? | | | | | |
| | sem opinião ¹ | de forma alguma ² | um pouco ³ | mais ou menos ⁴ | muito ⁵ |

ERGOROM- Pesquisa: Questionário MÉDIO

65. Seu relacionamento (entendimento), com os colegas é satisfatório?

1 = ☹☹

2 = ☹

3 = ☹

4 = ☺

5 = ☺☺

66. Seu relacionamento com os superiores é satisfatório?

1 = ☹☹

2 = ☹

3 = ☹

4 = ☺

5 = ☺☺

67. Está satisfeito com seu trabalho atual?

1 = ☹☹

2 = ☹

3 = ☹

4 = ☺

5 = ☺☺

68. Sente-se reconhecido por seu trabalho?

1 = ☹☹

2 = ☹

3 = ☹

4 = ☺

5 = ☺☺

69. Sente-se tenso, contraído, estressado?

1 = ☹☹

2 = ☹

3 = ☹

4 = ☺

5 = ☺☺