

## 9.4 Questionário ICT

Referência:

AZEVEDO, Rone Antônio de. **Está Tudo sob Controle? A Segurança do Trabalho nas Organizações**. Goiânia: Edição do Autor, 2019.

1. Sexo: (1) Masculino; (2) Feminino.
2. Idade atual em anos completos: \_\_\_\_\_.
3. Escolaridade atual: (1) Ensino Fundamental; (2) Ensino Médio; (3) Ensino Superior; (4) Especialização; (5) Mestrado ou Doutorado.
4. Total de anos completos na Empresa até a presente data: \_\_\_\_\_.
5. Área/Setor no qual trabalha atualmente: \_\_\_\_\_.
6. Total de colegas no trabalho com os quais se relaciona pessoalmente: \_\_\_\_.
7. Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem valor igual a 10 (dez) pontos. Na escala de zero a dez, marque quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual? (1) Estou incapaz para o trabalho; (10) Estou em minha melhor capacidade para o trabalho
8. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às EXIGÊNCIAS FÍSICAS do seu trabalho? (1) Muito baixa; (2) Baixa; (3) Moderada; (4) Boa; (5) Muito Boa
9. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às EXIGÊNCIAS MENTAIS do seu trabalho? (1) Muito baixa; (2) Baixa; (3) Moderada; (4) Boa; (5) Muito Boa
10. Entre as lesões por acidente ou doenças nos grupos abaixo, quais você possui ATUALMENTE? Marque somente aquelas que foram CONFIRMADAS (diagnosticadas) por médicos ou outros profissionais de saúde:

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO: (1) Lesões nas costas; (2) Lesões nos braços/mãos; 3. Lesões nas pernas/pés; (4) Lesões em outras partes do corpo; (5) Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes; (6) Doença da parte inferior das costas com dores frequentes; (7) Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática); (8) Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes; (9) Artrite reumatoide; (10) Outra doença músculo esquelética;

SISTEMA CARDIOVASCULAR: (11) Hipertensão arterial (pressão alta); (12) Doença coronariana, dor no peito durante o exercício (angina pectoris); (13) Infarto do miocárdio, trombose coronariana; (14) Insuficiência cardíaca; (15) Outra doença cardiovascular;

SISTEMA RESPIRATÓRIO: (16) Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda); (17) Bronquite crônica; (18) Sinusite crônica; (19) Asma; (20) Enfisema; (21) Tuberculose pulmonar; (22) Outra doença respiratória;

SISTEMA NERVOSO E ÓRGÃOS DOS SENTIDOS: (23) Distúrbio emocional severo (depressão severa); (24) Distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia); (25) Problema ou diminuição da audição; (26) Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lente de contato de grau); (27) Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou "derrame", neuralgia, enxaqueca, epilepsia); (28) Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos;

APARELHO DIGESTIVO: (29) Pedras ou doença da vesícula biliar; (30) Doença do pâncreas ou do fígado; (31) Úlcera gástrica ou duodenal; (32) Gastrite ou irritação duodenal; (33) Colite ou irritação duodenal; (34) Outra doença digestiva;

SISTEMA GENITURINÁRIO: (35) Infecção das vias urinárias; (36) Diarreia; (37) Constipação; (38) Gazes; (39) Doenças dos rins; (40) Doenças nos genitais e aparelho reprodutor (incluindo problema nas trompas ou na próstata); (41) Outra doença geniturinária;

PELE: (42) Alergia, eczema; (43) Outra erupção; (44) Outra doença da pele;

SISTEMA ENDÓCRINO E SANGUE: (45) Tumor benigno; (46) Tumor maligno (câncer); (47) Obesidade; (48) Diabetes; (49) Varizes; (50) Colesterol alto; (51) Bócio ou outra doença da tireoide; (52) Outra doença endócrina ou metabólica; (53) Anemia; (54) Outra doença do sangue;

OUTRAS LESÕES E DOENÇAS: (55) Defeito de nascimento; (56) Outro problema ou doença não listada nos itens anteriores.

11. Sua lesão ou doença (identificada na questão anterior) é impeditiva para seu trabalho atual? (1) Na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar; (2) Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial; (3) Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho; (4) Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho; (5) Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas; (6) Não há impedimento / Eu não tenho doenças).
12. Quantos DIAS INTEIROS você esteve afastado do trabalho devido a problemas de saúde, consulta médica ou exame nos últimos 12 meses? (1) 100 a 365 dias; (2) 25 a 99 dias; (3) 10 a 24 dias; (4) Até 9 dias; (5) Nenhum.
13. Considerando seu estado de saúde, você acha que será capaz de fazer seu trabalho atual DAQUI A 2 ANOS? (1) Improvável; (2) Não estou muito certo; (3) Bastante provável.
14. Você tem se sentido satisfeito com suas atividades diárias no trabalho? Marque a opção na escala: (1) Nunca; (2) Raramente; (3) Às vezes; (4) Quase sempre; (5) Sempre.
15. Você tem se sentido ativo e alerta no trabalho? Marque a opção na escala: (1) Nunca; (2) Raramente; (3) Às vezes; (4) Quase sempre; (5) Sempre.
16. Você tem se sentido cheio de esperança para o futuro? Marque a opção na escala: (1) Nunca; (2) Raramente; (3) Às vezes; (4) Quase sempre; (5) Sempre.