

INVENTÁRIO DA DOR

Qual sua Patente? (ex.: soldado, cabo, sargento e outros) _____
Batalhão/Unidade: _____ () Operacional () Administrativo
Tempo na PMPA _____
Sexo: () Feminino () Masculino
Qual sua idade? _____ Peso: _____ Altura: _____
Qual sua formação: () Ensino Médio () Graduação () Especialização () Mestrado/Doutorado
Bebe? () SIM () NÃO Fuma? () SIM () NÃO

1. Responda com um "X" as seguintes questões:

1.1. Nas últimas 12 semanas você sentiu alguma dor? () Sim () Não () As vezes

1.2. Quando você sente dor, precisa de ajuda para realizar suas atividades diárias?

() Sim () Não

1.2.1. Se sim, em quais atividades sente mais dificuldade?

1.2.2. Se sim, que tipo de ajuda você precisa?

1.3. Você acha que sua dor está relacionada ao uso de equipamentos de proteção pessoal?

() Sim () Não

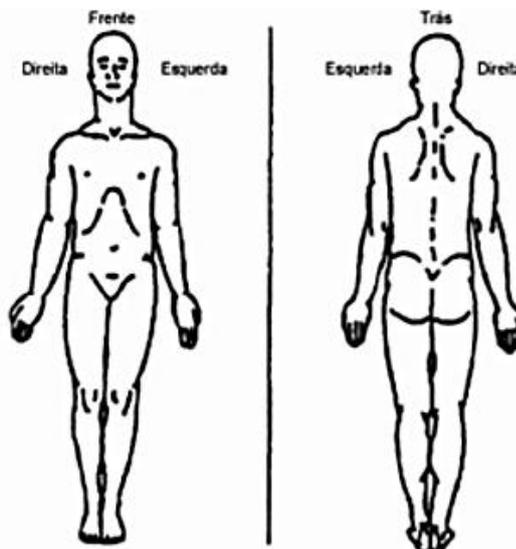
1.3.1. Se sim, quais equipamentos você acha que ocasionam as dores?

1.3.2. Com que frequência você utiliza os equipamentos de proteção?

1.4. Apresenta dor ao realizar caminhadas nas atividades típicas da sua função?

() Sim () Não Se sim, em que região do corpo? _____

1.5. Marque com um X as áreas do corpo onde sente mais dor:



2. Utilizando a escala a seguir:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------|---|--------------|
|  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sem Dor | Muito Leve | Tolerável | | Angustiante | | Intensa | | Muito Intensa | | Insuportável |

2.1. Qual a intensidade da sua dor nestas últimas 12 semanas?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

2.1.1. Qual o local da dor nestas últimas 12 semanas? _____

2.2. Você está sentindo dor nesse momento? () Sim () Não

2.3. 1 Se sim, qual a intensidade da sua dor neste momento?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

2.3.2. Qual o local da dor neste momento? _____

3. Em uma escala de 0 a 10, em que medida a dor, nestas últimas semanas, interferiu nos seguintes aspectos?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------|---|--------------|
|  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sem Dor | Muito Leve | Tolerável | | Angustiante | | Intensa | | Muito Intensa | | Insuportável |

3.1. Atividades específicas da Polícia Militar (apenas policiais em exercício):

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.2. Disposição:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.3. Relações com as pessoas:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.4. Sono:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3.1) Qualidade de Vida:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4. No que diz respeito às suas dores:

4.1. Você faz algo para tratar ou prevenir? () Não () Sim.

4.1.1. Se "SIM", com que frequência? () poucas vezes () muitas vezes () sempre

4.1.2. Se "SIM" o que você faz?

4.2. Já se lesionou¹ em serviço? () Sim () Não

4.2.1. Em caso "SIM", quantas vezes?

4.3. Você faz alguma atividade de alongamento antes de iniciar suas atividades laborais?

() Sim () Não () As vezes

4.4. Qual tipo de lesão você adquiriu durante o exercício da sua profissão? (Ex.: lombalgia, entorse e outros).

4.5. Você já se afastou do serviço por conta de lesões? () Sim () Não

4.5.1. Em caso "SIM", qual tipo de lesão e quantas vezes?

4.6. Você acha que suas dores podem ter alguma relação com a sua atual condição física, no caso de estar com lesão ou dor?

() Sim () Não

4.6.1. Em caso "SIM", qual(is) lesões/dor você apresenta (no momento)?_____

4.7. Você pratica exercícios físicos? () Não () sim () As vezes

4.7.1. Em caso "SIM" ou "ÀS VEZES", qual a finalidade de você fazer atividades físicas?

4.7.2. Em caso "SIM", qual(is) atividades físicas você pratica ?_____

4.8. Com que frequência pratica exercícios físicos? Marque um "x".

() Raramente

() De 15 em 15 dias

() 1 vez por semana

¹ Lesionar é um termo que se refere a sofrer uma lesão física, ou melhor, machucar o corpo.

- 2 vezes por semana
- 3 a 4 vezes por semana
- Todos os dias

4.9. A realização dos exercícios físicos (caso você faça) é: Marque um "X"

- Iniciativa minha
- Exigência da corporação

4.10. Você faz alguma atividade de alongamento antes de iniciar suas atividades laborais?

- Sim
- Não
- As vezes

4.11. Em caso "SIM" ou "AS VEZES", com que frequência?

- Raramente
- De 15 em 15 dias
- 1 vez por semana
- 2 vezes por semana
- 3 a 4 vezes por semana
- Todos os dias

4.12. Desde que você entrou no batalhão você percebe alguma alteração em seu corpo proveniente de sua atividade laboral?

- Sim. Se sim quais?
 - Não
-
-

4.13. Quando percebe alterações corporais ou presença de dor em decorrência da atividade laboral que atitude toma a respeito disso?

- Sim. Se sim quais?
 - Não
-
-

4.14. Você consegue manter uma postura adequada durante a execução do seu trabalho?

- Nunca
- Na minoria das vezes
- Na maioria das vezes
- Sempre

4.15. Você considera ter um bom desempenho físico?

- Sim
- Não
- As vezes

4.16. Atribua uma nota para o seu desempenho físico (0 a 10): _____

Obrigado pela participação!

