

Francisco José Koller<sup>a</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2911-7670>Leonel dos Santos Silva<sup>a,b</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8359-5622>Luciana de Alcantara Nogueira<sup>b</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5985-7418>Dario Consonni<sup>c</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8935-3843>Carolina Mensi<sup>c</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9075-3684>Luciana Puchalski Kalinke<sup>b</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4868-8193>

<sup>a</sup> Universidade Federal do Paraná, Complexo Hospital das Clínicas. Curitiba, PR, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Curitiba, PR, Brasil.

<sup>c</sup> Occupational Health Unit, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico. Milão, Itália.

**Contato:**

Francisco José Koller

**E-mail:**

francisco.koller@ebserh.gov.br

**Como citar (Vancouver):**

Koller FJ, Silva LS, Nogueira LA, Consonni D, Mensi C, Kalinke LP. Tradução e adaptação transcultural do "Questionario sulla storia di lavoro e sulle abitudini di vita" para a cultura brasileira. Rev Bras Saude Ocup [Internet]. 2025;50:e9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/40922pt2025v50e9>

## Tradução e adaptação transcultural do "Questionario sulla storia di lavoro e sulle abitudini di vita" para a cultura brasileira

*Translation and cross-cultural adaptation of the "Questionario sulla storia di lavoro e sulle abitudini di vita" for Brazilian culture*

### Apêndice A

## QUESTIONÁRIO SOBRE O HISTÓRICO DE TRABALHO E OS HÁBITOS DE VIDA – ReNaTuNS (versão brasileira)

### DOMÍNIO I

Todas as perguntas se referem a:

Nome: \_\_\_\_\_

Nº de identificação: \_\_\_\_\_

Sobrenome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: |\_\_|\_| / |\_\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|

Sexo: |\_\_| M |\_\_| F

Local de nascimento: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Último domicílio (onde reside):

Rua: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Município: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Estado civil: \_\_\_\_\_ se casado (a), ano do casamento/ união estável |\_\_|\_|\_|\_|

Qualificação educacional (ou última aula assistida): \_\_\_\_\_



## DOMÍNIO II

Data da entrevista: |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

Hora do INÍCIO da entrevista |\_|\_|:|\_|\_|

Hora do FIM da entrevista |\_|\_|:|\_|\_|

Local da entrevista: \_\_\_\_\_

Entrevistador (a) (nome e qualificação): \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Contato telefônico do entrevistador (a): \_\_\_\_\_

Dados de quem respondeu, se não for o (a) interessado (a):

Nome: \_\_\_\_\_

Sobrenome: \_\_\_\_\_

Sexo: |\_| M |\_| F

Data de nascimento |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEP |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Telefone: \_\_\_\_\_

Motivos pelos quais o(a) interessado(a) não pode responder: \_\_\_\_\_

Data de óbito do (a) paciente: |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

### DOMÍNIO III

Caso a entrevista não seja realizada:

- Impossível rastrear
- Falecido(a), familiares não localizados
- Eu recuso
- Falecido(a), recusa dos familiares
- Impossibilidades físico-psicológicas

### DOMÍNIO IV

#### PARTE A: HÁBITOS PESSOAIS

##### FUMO

A1. Fuma?     Sim             Não             Parou             Não sei

##### FUMANTE

##### EX-FUMANTE

A2. Se for fumante, o que fuma?

- Cigarros     com filtro
- sem filtro
- parte com, parte sem
- Não sei

- Charutos
- Cachimbo
- Não sei

A3. Quando começou a fumar?

Ano: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  Não sei

A4. Quantos cigarros (charutos, cachimbos) fuma por dia? \_\_\_\_\_  Não sei

A5. Se foi fumante, o que fumava?

- Cigarros     com filtro
- sem filtro
- parte com, parte sem
- Não sei

- Charutos
- Cachimbo
- Não sei

A6. Quando iniciou fumar?

Ano: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  Não sei

A7. Quando parou?

Ano: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  Não sei

A8. Há quanto tempo (anos, meses) parou de fumar? \_\_\_\_\_  Não sei

A9. Quantos cigarros (charutos, cachimbos) fumava por dia? \_\_\_\_  Não sei

#### Histórico de Tabagismo

Quantos cigarros fumou por dia na sua vida?

Idade (anos)	Número de cigarros	Tipo de cigarro		
		Com filtro	Com filtro especial	Sem filtro
10 – 20	.			
21 – 30				
31 – 40				
41 – 50				
51 - 60				
61 - 70				

## DOMÍNIO V

### OUTROS

A10. Você já usou estimulantes inalatórios (*popper*)?  Sim Qual? \_\_\_\_\_  Não  Não sei  
Com qual idade iniciou? \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_  
Com qual idade parou? \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_  
Quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_

A11. Já inalou alguma das seguintes substâncias?

<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Tricloroetileno/Tíner	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Cola	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Gasolina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Solvente e/ou esmalte de unhas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Diluentes de verniz	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Heroína	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Outro, especificar: _____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei

Com qual idade iniciou? \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_  
Com qual idade parou? \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_  
Quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_

Se sim:	Tipo de produto	Nº de meses/ ano	Por quantos anos	Período

(\*) O paciente conhecia a palavra "*popper*"?  Sim  Não  Não sei

## DOMÍNIO VI - A

### PARTE B: ANAMNESE NASO-SINUSAL

B1. Já sofreu de sinusite?  Sim  Não  Não sei  
Em qual local?  Maxilar direito  Maxilar esquerdo  
 Frontal direito  Frontal esquerdo  
Como foi realizado o diagnóstico?  consulta de especialista  
 RX  TAC  RNM  Outro: \_\_\_\_\_  Não sei  
Ano do diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Já foi hospitalizado(a) por sinusite?  Sim, Ano: \_\_\_\_\_  Não  Não sei  
Foi realizado tratamento cirúrgico?  Sim, Ano: \_\_\_\_\_  Não  Não sei

B2. Já teve pólipos nasais?  Sim  Não  Não sei  
Em qual local?  Cavidade nasal direita  Cavidade nasal esquerda  
 Seio maxilar direito  Seio maxilar esquerdo  
Como foi realizado o diagnóstico?  Consulta de especialista  
 RX  TAC  RNM  Outro: \_\_\_\_\_  Não sei

Ano do diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Foi realizado tratamento cirúrgico?  Sim, Ano: \_\_\_\_\_  Não  Não sei  
 O pólipo recidivou?  Sim, Ano: \_\_\_\_\_  Não  Não sei  
 Foi operado(a) novamente?  Sim, Ano: \_\_\_\_\_  Não  Não sei  
 Quantas vezes no total foi operado(a)? \_\_\_\_\_ em que ano foi a última vez? \_\_\_\_\_

B3. Você já foi diagnosticado com hipertrofia de fossas nasais?  Sim  Não  Não sei  
 Como foi feito o diagnóstico?  consulta de especialista  
 RX  TAC  RNM  Outro: \_\_\_\_\_  Não sei  
 Ano do diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Realizou tratamento cirúrgico (turbinectomia/cirurgias de fossas nasais)?  Sim, Ano: \_\_  Não  Não sei

### DOMÍNIO VI - B

B4. Você já foi diagnosticado com desvio de septo nasal?  Sim  Não  Não sei  
 Como foi realizado o diagnóstico?  Consulta de especialista  
 RX  TAC  RNM  Outro: \_\_\_\_\_  Não sei  
 Ano do diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Realizou tratamento cirúrgico (septoplastia)?  Sim, Ano: \_\_\_\_\_  Não  Não sei

B5. Já sofreu de rinite alérgica?  Sim  Não  Não sei  
 Ano do diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Realizou exames para alergias?  Sim  Não  Não sei  
 Resultado? \_\_\_\_\_

B6. Já sofreu de alguma doença nasal?  Sim  Não  Não sei  
 Se sim, quais? \_\_\_\_\_  
**Fez algum tratamento?** \_\_\_\_\_

### DOMÍNIO VI - C

B7. Já utilizou spray nasal para algum tratamento?  Sim  Não  Não sei

Se sim: tipo de produto	Nº de meses/ano	Por quantos anos	Período

B8. (Se for mulher) Já realizou terapia hormonal com estrogênio pelos motivos a seguir?

	Sim	Não	Idade da primeira dose	Total de meses
Ciclo irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Para engravidar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Método anticoncepcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reposição hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

B9. Já realizou radioterapia no rosto?  Sim  Não  Não sei

Se sim, por qual motivo: \_\_\_\_\_

Em qual período: \_\_\_\_\_

B10. Já teve alguma doença ocupacional reconhecida pelo INSS?  Sim  Não  Não sei

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Recebe pensão por invalidez?  Sim  Não Desde quando? \_\_\_\_\_ Qual o percentual? \_\_\_\_\_

## DOMÍNIO VII

### PARTE C: HISTÓRICO PROFISSIONAL – PARTE GERAL

(Com base nas respostas, integrar com a tabela genérica Indústria – Artesanato ou com eventuais tabelas de funções específicas)

C1. Atualmente, realiza alguma atividade ocupacional/profissional?  Sim  Não

Se não, indicar o motivo: \_\_\_\_\_

C2. Histórico profissional completo:

Nº	Início		Fim		Nome, Atividade da Empresa, Cidade	Função
	Idade	Ano	Idade	Ano		

A carteira de trabalho está disponível?  Sim  Não  Não sei

C3. Realiza ou já realizou trabalhos temporários?  Sim  Não Se sim, descreva o histórico profissional completo.

Nota: No caso de trabalhos temporários, poderá ser preenchido se a duração cumulativa for >6 meses (>3 para Agricultura e Sazonais).

## DOMÍNIO VIII

### PARTE D: EXPOSIÇÃO EXTRA-LABORAL

D1. Histórico ocupacional dos familiares e coabitantes. (Referente ao período em que viveram na mesma casa do indivíduo em análise)

#### COMPOSIÇÃO DA FAMÍLIA (só os coabitantes)

Grau de parentesco	Período de convivência (de...a...)	Descrição resumida do trabalho atividade laboral detalhada por período		M/C*	Uniforme**
		Nome, Atividade da Empresa, Cidade	Função		
Mãe					
Pai					
Cônjuge					
Outro familiar coabitante					

\* O trabalho implicava o uso ou a manipulação de artefatos que continham madeira (M) ou couro (C)?

\*\* O uniforme de trabalho era levado para casa?

Em caso de resposta positiva ou incerta na coluna M/C, preencher para cada parente a tabela e as seguintes questões:

Familiar: Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Nome e sobrenome: \_\_\_\_\_ Óbito por: \_\_\_\_\_

(Listar se possível os trabalhos exercidos durante o período de convivência com o indivíduo em análise)

Período	Empresa	Principais produtos e serviços	Atividades do Setor/ do Departamento	Função e descrição da atividade exercida	Uniformes (a)	Lavagem (b)

(a). Marcar caso levasse para casa o uniforme de trabalho/ (b). Marcar caso o uniforme de trabalho fosse limpo ou lavado em casa.

D2. Seu familiar recebe pensão do INSS por doença ocupacional?  Sim  Não  Não sei

Se sim, por qual doença e desde quando? \_\_\_\_\_

D3. Sua residência ficava próxima à atividade profissional do coabitante que trabalhava com madeira/couro?

Sim  Não  Não sei

D4. Já frequentou ambientes onde essas atividades eram exercidas?  Sim  Não  Não sei

Se sim, por qual motivo?  Trabalho  Brincadeira  Limpeza  Outro \_\_\_\_\_.

Em qual período? Ano de início: \_\_\_\_\_ Ano de final: \_\_\_\_\_

Com qual frequência? \_\_\_\_\_

## DOMÍNIO IX

### PARTE E: ATIVIDADE DE LAZER

Nota: Esta lista de controle deve ser apresentada depois da lista da seção C e depois das tabelas de funções específicas. Se uma atividade de lazer foi exercida por mais de 4 horas por semana, deve ser preenchida uma tabela de função específica.

No seu tempo livre:

E1. Já exerceu trabalhos de marcenaria ou carpintaria em geral?  Sim  Não  Não sei

Especificar: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ Horas/ semana: \_\_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ Horas/ semana: \_\_\_\_\_

E2. Já realizou trabalhos com couro?  Sim  Não  Não sei

Especificar: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ Horas/ semana: \_\_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ Horas/ semana: \_\_\_\_\_

E3. Já cultivou/cultiva horta/campo para uso familiar?  Sim  Não  Não sei

Usa substâncias antiparasitas?  Sim  Não  Não sei

Período: \_\_\_\_\_ Horas/ semana: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ Horas/ semana: \_\_\_\_\_

E4. Já trabalhou/ trabalha em um jardim?  Sim  Não  Não sei

Usa substâncias antiparasitas?  Sim  Não  Não sei

Período: \_\_\_\_\_ Horas/ semana: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ Horas/ semana: \_\_\_\_\_

E5. Outros?  Sim  Não  Não sei

Especificar: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ Horas/ semana: \_\_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ Horas/ semana: \_\_\_\_\_

## DOMÍNIO X

### PARTE F: CONFIABILIDADE DAS RESPOSTAS

F1. Exatidão das informações:	<input type="checkbox"/> Pouca	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Suficiente
F2. Atitude em relação à entrevista:	<input type="checkbox"/> Favorável	<input type="checkbox"/> Com alguma reserva	<input type="checkbox"/> Negativa
F3. Motivação para colaborar:	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Discreta	<input type="checkbox"/> Baixa
F4. Estágio da doença:	<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Avançado	<input type="checkbox"/> Não se aplica (entrevista com um substituto)
F5. O paciente tem conhecimento da patologia?	<input type="checkbox"/> Completamente	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não tem conhecimento
F6. Os familiares têm conhecimento da patologia do paciente?	<input type="checkbox"/> Completamente	<input type="checkbox"/> Parcialmente	<input type="checkbox"/> Não tem conhecimento

Existem outros familiares ou colegas de trabalho do indivíduo que poderiam dar respostas mais aprofundadas sobre alguns períodos específicos? Se sim, informar se possível o endereço e o número de telefone.

Data: |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

Local da entrevista: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

Foi redigido o Laudo de doença ocupacional?     Sim    Não

Pelo Dr./ Dra.: \_\_\_\_\_

Data |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

## DOMÍNIO XI

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_ caso a minha doença  
(doença de \_\_\_\_\_ – grau de parentesco: \_\_\_\_\_) resulte de  
origem ocupacional,

#### *AUTORIZO*

operador do cadastro para encaminhar o 1º atestado de doença ocupacional ao INSS e demais documentos exigidos pela regulamentação em vigor?

Assinatura do paciente (ou do familiar): \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

**Data:** |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|      **Local:** \_\_\_\_\_

Nota: Caso a doença do indivíduo NÃO resulte como sendo de origem ocupacional, essa autorização será anulada.