

# AGE 2015

O questionário seguinte tem como objectivo aceder a um determinado conjunto de informações sobre condições físicas e psicológicas de trabalho, saúde e envelhecimento. O seu preenchimento deverá demorar cerca de 15 minutos.

A sua participação é voluntária e os seus dados e respostas individuais serão tratados de forma confidencial e anónima.

Não existem respostas certas ou erradas, pelo que responda da forma mais sincera possível.

## 1. Indique, assinalando com uma cruz, o tipo de contrato da sua atividade principal (selecionar apenas uma opção):

- 2.1 Contrato de trabalho efetivo ou sem termo     2.2 Contrato de trabalho a termo     2.3 Contrato de trabalho temporário
- 2.4 Trabalhador independente ("recibos verdes")     2.5 Formação, Estágio ou Bolsa     2.6 Outra situação
- Qual? \_\_\_\_\_

## 2. Indique se realiza outra atividade profissional (além daquela que corresponde à sua principal fonte de rendimento mensal):

Não  Sim  ⇒ Se sim qual?: \_\_\_\_\_

## 3. Em relação à sua atividade, por favor indique:

- 3.1 O regime de horário praticado na sua atividade principal:    Completo     Parcial
- 3.2 No total das atividades, qual o número médio de horas de trabalho:    Por dia:      Por semana:

## 4. Indique com uma cruz o horário que cumpre habitualmente:

- 4.1 Horário tradicional (cerca de 8 horas diurnas)
- 4.2 Turnos rotativos
- 4.3 Horário noturno
- 4.4 Horários estendidos (entrar antes das 6h ou sair depois das 20h)
- 4.5 Horário intercalado (com interrupções ao longo do dia)
- 4.6 Horário imprevisível (pode ser chamado durante o período de descanso)

## 5. Pense na sua situação de trabalho atual. Para cada questão, por favor escolha uma das sete alternativas que expressam a frequência com que ocorre cada situação. Por favor, utilize a seguinte escala de resposta:

Nunca – 1    Raramente – 2    Poucas Vezes – 3    Às vezes – 4    Muitas Vezes – 5    Quase Sempre – 6    Sempre – 7

- 5.1 Trabalha sob pressão de tempo? (por exemplo, ter que fazer rapidamente uma tarefa que necessitaria de mais tempo, ter controlo ou vigilância permanentes, ter um ritmo de trabalho dependente da cadência de uma máquina, etc.)
- 5.2 Qual a frequência com que tem que trabalhar mais intensamente para cumprir com as suas tarefas? (por exemplo, ultrapassar os horários definidos, saltar uma refeição ou pausa, trabalhar no tempo livre, etc.)
- 5.3 O seu trabalho exige muita concentração? (por exemplo, muitas coisas a reter simultaneamente, esforço mental intenso; fazer várias coisas ao mesmo tempo, etc.)
- 5.4 O seu trabalho exige um cuidado minucioso ou precisão?
- 5.5 Tem que lidar com clientes exigentes, ou que não o/a tratam com o respeito devido?
- 5.6 É confrontado(a) com situações emocionalmente fortes no seu trabalho?
- 5.7 No seu trabalho, diferentes grupos de pessoas esperam coisas opostas de si?
- 5.8 Recebe pedidos contraditórios de duas ou mais pessoas?
- 5.9 Tem que lidar com aborrecimentos administrativos/burocráticos?
- 5.10 Tem que ultrapassar muitos constrangimentos formais para conseguir realizar as suas tarefas?
- 5.11 Tem controlo sobre a forma como realiza o seu trabalho?
- 5.12 Pode participar nas decisões que dizem respeito ao seu trabalho?
- 5.13 Pode contar com os seus colegas para o(a) apoiarem, caso surjam dificuldades no seu trabalho?
- 5.14 No seu trabalho, sente-se valorizado(a) pelos seus colegas?
- 5.15 O seu trabalho permite-lhe saber quão bem está a realizar as suas tarefas?
- 5.16 O seu trabalho dá-lhe a possibilidade de aprender coisas novas?
- 5.17 Sente-se valorizado(a) pela sua chefia direta?
- 5.18 A sua chefia utiliza a influência dele(a) para o(a) ajudar a resolver problemas no trabalho?
- 5.19 Consegue conciliar a vida de trabalho com vida fora do trabalho?
- 5.20 Tem facilidade em tirar uma ou duas horas do seu horário para resolver questões pessoais?

**6. Indique por favor se pensa que no seu trabalho está exposto(a) a alguma das seguintes situações. Para cada situação a que estiver exposto(a), por favor assinale com uma cruz a frequência da exposição, e ainda, indique com o respetivo número o nível de incómodo/desconforto que tal situação lhe causa, utilizando a seguinte escala:**

Não me incomoda – 1 | Incomoda-me ligeiramente – 2 | Incomoda-me bastante – 3 | Incomoda-me profundamente – 4

	Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre		Grau de Incómodo
6.1.1. Posturas obrigatórias, esforço, transporte de pesos, gestos repetitivos, deslocações importantes/longas a pé, longos períodos em pé, constrangimentos posturais/articulares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↔	1
6.1.2 Poeiras, gases, vapores ou fumos de qualquer substância química, ácidos, carburantes, compostos orgânicos, fluidos de lubrificação e refrigeração, medicamentos, oxidantes, pesticidas, solventes, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↔	1
6.1.3 Raios x, raios laser, radiação ionizante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↔	1
6.1.4 Trabalho com equipamentos elétricos suscetíveis de causar electrocussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↔	1
6.1.5 Qualquer tipo de vibrações transmitidas a uma parte do corpo ou ao corpo inteiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↔	1
6.1.6 Ruído elevado ou nocivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↔	1
6.1.7 Calor ou frio intenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↔	1
6.1.8 Trabalho com computador ou outros constrangimentos visuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↔	1
6.1.9 Violência verbal, assédio sexual, ameaças ou comportamentos humilhantes, violência física, bullying	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↔	1
6.1.10 Contacto com lixos, resíduos, fluídos orgânicos, micro organismos, vírus e bactérias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↔	1
6.1.11 Contacto direto com o público, clientes ou fornecedores: suportar exigências, confrontar-me com situações de tensão nas relações, risco de agressão verbal ou física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↔	1
6.1.12 Trabalho em altura, em espaços confinados, em ambientes subterrâneos ou com risco de soterramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↔	1
6.1.13 Discriminação etária, racial/étnica, por nacionalidade, sexo, religião, deficiência, orientação sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↔	1
6.1.14 Condições de iluminação inadequadas (a mais ou a menos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↔	1
6.1.15 Trabalho ou condução de máquinas, equipamentos e veículos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↔	1

**7. Indique por favor se nos últimos 3 anos sofreu algum dos seguintes problemas de saúde. Se sim, indique ainda a relação que considera que essa questão tem com o seu trabalho**

	Não	Sim		Sem relação com o meu trabalho	Foi agravado ou acelerado pelo meu trabalho	Foi causado pelo meu trabalho
7.1.1 Problemas musculares, articulares ou ósseos (dores, dificuldade em efetuar determinados movimentos e gestos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.2 Cansaço rápido, dificuldades de recuperação, fadiga recorrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.3 Problemas de sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.4 Problemas respiratórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.5 Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.6 Problemas digestivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.7 Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.8 Problemas hepáticos (fígado, vesícula)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.9 Problemas renais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.10 Problemas de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.11 Problemas de circulação (varizes, adormecimento dos membros, derrames)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.12 Disfunções sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.13 Dificuldades de visão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.14 Dificuldades de audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.15 Problemas hormonais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.16 Problemas de memória e concentração, necessidade de mais tempo para realizar tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.17 Nervosismo, irritabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1.18 Desmoralização, abatimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se Sim →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**13. Dados do trabalhador:**

|\_|\_|\_|\_| / |\_|4|

13.1 Idade: |\_|\_|\_| anos

13.2 Sexo Masculino  Feminino 13.3 Nacionalidade Cidadão Nacional  Estrangeiro da União Europeia  Outro 

## 13.4 Habilitações Literárias

Inferior 4ª Classe  4ª Classe Completa  6º Ano Completo 9º Ano Completo  12º Ano Completo  Ensino Superior 

## 13.5 Indique o seu rendimento bruto mensal

até 505 euros  de 505 a 1000 euros  de 1000 a 1500 euros de 1500 a 2500 euros  de 2500 a 5000 euros  superior a 5000 euros 

## 13.6 Agregado

Número de pessoas do agregado familiar: |\_|\_|\_|

Número de descendentes ou ascendentes a cargo: |\_|\_|\_|

**14. Informações da empresa:**

14.1 Em que distrito se situa o local onde trabalha? \_\_\_\_\_

## 14.2 Qual a dimensão da empresa onde trabalha?

Microempresa (menos de 10 pessoas)  Pequena Empresa (entre 10 e 49 pessoas) Média Empresa (entre 50 e 249 pessoas)  Grande Empresa (mais de 250 pessoas) 

## 14.3 Indique por favor qual a sua função na empresa:

Produção, Fabrico, Estaleiros, Agricultura Instalação, Manutenção, Reparação Limpeza, Trabalho doméstico, Cuidar de crianças ou idosos Entregas, Compras, Transporte Recepção, Secretaria, Portaria Gestão, Contabilidade, Trabalho administrativo Comércio, Vendas, Assistência a clientes Investigação, Consultoria, Informática Ensino, Saúde Outra. Qual? \_\_\_\_\_ 14.4 Desempenha uma função de chefia? Não  Sim 

14.5 Há quanto tempo trabalha nesta empresa? |\_|\_|\_| Anos |\_|\_|\_| Meses

14.6 Há quanto tempo trabalha nesta função? |\_|\_|\_| Anos |\_|\_|\_| Meses

15. Código de Atividade Económica: |\_|\_|\_|\_|\_| ( a preencher pela ACT)