

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO/RISCOS PSICOSSOCIAIS

Informação geral	
Empresa:	NIPC:
Sede:	Telefone:
Estabelecimento:	Telemóvel:
Email:	Fax:
Setor de atividade (CAE):	

Informação sobre o local de trabalho			
Morada:			
N.º total de trabalhadores:	Homens:	Mulheres:	
N.º de trabalhadores até 25 anos:	entre 26 e 45 anos	entre 46 e 55 anos	N.º de trabalhadores com 56 ou mais anos
Nº de trabalhadores com Vínculo contratual: Ocasional :      Efetivo :      Termo :			

**Assinale os fatores que se verificam, ou que se aplicam, ou não, na sua empresa, departamento, serviço ou local de trabalho:**

1. No seu trabalho acontece que:	Sim	Não	Não Aplicável
Trabalha habitualmente sob muita pressão (ritmo de trabalho elevado, prazos curtos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A carga de trabalho é frequentemente muito elevada (tarefas em simultâneo, muitos registos, obstáculos burocráticos, equipas pequenas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocorrem distúrbios ou interrupções com frequência (telefones a tocar, colegas a pedir ajuda, ruídos, entradas e movimentos de pessoas e equipamentos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os trabalhadores são excluídos dos processos de planeamento do seu trabalho e de tomada de decisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está sujeito a horários de trabalho com períodos de longa duração (muitas horas seguidas, sem intervalos, sobreposição de turnos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalha habitualmente para além dos períodos normais de trabalho (horas extras, trabalho em dias de folga)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faltam regras e especificações claras para a execução do trabalho e há contradições, por exemplo, entre as metas, ou objetivos e a qualidade exigida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe falta de colaboração e dificuldades na comunicação entre os trabalhadores (grupos profissionais e departamentos diferentes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há falta de apoio dos colegas e das chefias (nas situações de mudança, de incerteza, de pressão)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os problemas que surgem (entre trabalhadores, superiores, clientes e outros) e os erros no trabalho não são discutidos/debatidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os horários de trabalho não são planeados com a antecedência desejada e são frequentemente alterados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>1. No seu trabalho acontece que:</b>	Sim	Não	Não Aplicável
Existe uma grande competição entre colegas de trabalho ou outros trabalhadores (chefias também)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As capacidades (físicas e mentais) e a qualificação dos trabalhadores são insuficientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há falta de formação (inicial ou subsequente) sobre formas de evitar e de gerir conflitos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os trabalhadores que executam bem o seu trabalho não são devidamente reconhecidos, nem distinguidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem conhecimento de colegas de trabalho terem tido, nos últimos anos, problemas relacionados com consumo de álcool, de drogas, perturbações do foro psíquico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofreu, até à data, quaisquer insultos ou ameaças verbais relacionadas com o seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofreu, até à data, ameaças/agressões físicas no local de trabalho, por motivos relacionados com o seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As situações críticas de agressividade não são devidamente registadas e documentadas, ou não são devidamente tratadas e acompanhadas (aconselhamento profissional, reuniões de equipa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente-se muitas vezes exausto no fim do trabalho e não consegue deixar de pensar no serviço depois de sair?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não pode expressar livremente a suas opiniões e sugestões, por escrito e verbalmente, sem ser refreado pelos superiores? Ou condicionado pelo ambiente de trabalho (usos, colegas, por <i>não valer a pena</i> )?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já pensou, algumas vezes, em mudar de local de trabalho por causa dos seus colegas ou das chefias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente ou já sentiu distúrbios na sua saúde (dores de cabeça, problemas de estômago, insónias) relacionados com o ambiente e as condições de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Observações/Especificações:****Local e data:****Assinatura:**