

LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO: STRESSE *

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	
N.º de trabalhadores com Vínculo contratual:	Ocasional: Efetivo: Termo:

Existe um problema de stresse no local de trabalho? As questões seguintes ajudam a discernir se existe um problema

1. Ambiente de Trabalho	Sim	Não	Não Aplicável
Tem que de prestar trabalho extraordinário para manter o seu emprego ou ser promovido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As pessoas afetadas pelo stresse são tidas como fracas ou levadas a sério?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É dada importância ao seu trabalho e às sugestões que apresenta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe uma pressão constante para trabalhar mais e a maior velocidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:			

2. Exigências cognitivas /emocionais	Sim	Não	Não Aplicável
Recebe mais trabalho do que é possível fazer no tempo que dispõe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O seu trabalho é demasiado difícil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta do trabalho que faz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O ambiente de trabalho é demasiado ruidoso, a temperatura é agradável, o local de trabalho é arejado e tem boa luz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corre risco de ser alvo de violência por parte de clientes ou do público que atende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:			

* Adaptado da Facts 31 da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

3. Controlo	Sim	Não	Não Aplicável
Tem possibilidade de influenciar o trabalho que faz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participa no processo de tomada de decisões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:			

4. Relações interpessoais	Sim	Não	Não Aplicável
As relações com os seus superiores são boas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem boas relações de trabalho com os seus colegas, ou, se tem um cargo de chefia, com os seus colaboradores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É vítima de assédio moral no seu local de trabalho, por exemplo, são-lhe dirigidos insultos ou é alvo de comportamentos ofensivos ou abusivos por parte de superiores ou de colegas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É alvo de humilhações e abusos por preconceitos de raça, sexo, origem étnica, deficiência, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:			

5. Inovações	Sim	Não	Não Aplicável
Recebe informações sobre as inovações introduzidas no seu local de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recebe apoio durante o processo de inovações?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participa no planeamento das inovações que afetam o seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:			

6. Papel desempenhado	Sim	Não	Não Aplicável
Conhece com clareza em que consiste o trabalho e as responsabilidades que lhe foram delegados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem de cumprir tarefas que, em sua opinião, não fazem parte do seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:			

7. Apoio	Sim	Não	Não Aplicável
É apoiado pelos seus superiores e colegas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É reconhecido quando faz um bom trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recebe muitas criticas quanto ao trabalho que realiza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:			

8. Formação	Sim	Não	Não Aplicável
Dispõe das qualificações adequadas para executar o seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É encorajado a aprofundar as suas qualificações?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É-lhe proporcionada formação contínua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/Especificações:			

Local e data:	Assinatura:
----------------------	--------------------