**NIOSH WellBQ**

**Questionário de Bem-estar do Trabalhador**

**do Instituto Nacional de Saúde e Segurança Ocupacional**

Versão 1

Bem-vindo! Obrigado por concordar em preencher o Questionário de Bem-estar do trabalhador do Instituto Nacional de Saúde e Segurança Ocupacional, conhecido como **NIOSH WellBQ** . Esta pesquisa questiona sobre aspectos de seu trabalho e local de trabalho, sua saúde e sua vida fora do trabalho. As informações ajudarão a fornecer uma melhor compreensão de como os trabalhadores da sua organização estão e identificar formas de melhorar o bem-estar do trabalhador.

Você pode optar por não participar. Em qualquer pergunta, você pode optar por não responder. Não há respostas certas ou erradas. Basta basear suas respostas no que você pensa. Algumas perguntas podem não se aplicar à sua situação. Nesses casos, você pode escolher “Não se aplica” se for uma das opções de resposta. Por favor, tente completar a pesquisa em uma única sessão. Levará cerca de 15 minutos para ser concluída.

Se você tiver mais de um emprego, responda às perguntas, conforme elas se aplicam ao seu emprego principal.

Esse produto é um componente do Questionário de Bem-Estar do Trabalhador NIOSH (WellBQ): DHHS (NIOSH) Publicação nº 2021-110 (revisada em 5/2021) DOI: https://doi.org/10.26616/NIOSHPUB2021110revised52021

**As perguntas nesta seção questionam como você se sente sobre os diferentes aspectos do seu trabalho. Se você tiver mais de um emprego, por favor, responda às perguntas, conforme elas se aplicam ao seu emprego principal.**

**Q1. No geral, estou \_\_\_\_ com meu trabalho.**

□ Nem um pouco satisfeito

□ Não muito satisfeito

□ Um pouco satisfeito

□ Muito satisfeito

**Q2. Estou \_\_\_\_ com meu salário.**

□ Nem um pouco satisfeito

□ Não muito satisfeito

□ Um pouco satisfeito

□ Muito satisfeito

**Q3. Estou \_\_\_\_ com os benefícios fornecidos pelo meu empregador.**

□ Nem um pouco satisfeito

□ Não muito satisfeito

□ Um pouco satisfeito

□ Muito satisfeito

□ Não se aplica

**Q4. Estou \_\_\_\_ com minhas chances de avançar no trabalho.**

□ Nem um pouco satisfeito

□ Não muito satisfeito

□ Um pouco satisfeito

□ Muito satisfeito

**Q5. Posso contar com meu supervisor para me apoiar quando preciso.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

□ Não se aplica

**Q6. Posso contar com meus colegas de trabalho para me apoiar quando preciso.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

□ Não se aplica

**Q7. Sinto que meu trabalho está seguro.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

**Q8. Tenho muita liberdade para decidir como fazer meu próprio trabalho.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

**Q9. Eu nunca pareço ter tempo suficiente para fazer tudo no meu trabalho.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

**Q10. O trabalho que faço é significativo para mim.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

**Q11. O trabalho que faço serve a um propósito maior.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

**Q12. Com que frequência você experimenta estes sentimentos quando está trabalhando?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca** | **Quase nunca**  (algumas vezes ao  ano ou menos) | **Raramente**  (uma vez ao mês  ou menos) | **Às vezes**  (algumas vezes ao mês) | **Frequentemente**  (uma vez por  semana) | **Muito frequentemente**  (algumas vezes por semana) | **Sempre**  (todo dia) |
| **A. Entusiasmado** |  |  |  |  |  |  |  |
| **B. Energético** |  |  |  |  |  |  |  |
| **C. Contente** |  |  |  |  |  |  |  |
| **D. À vontade** |  |  |  |  |  |  |  |
| **E. Ansioso** |  |  |  |  |  |  |  |
| **F. Irritado** |  |  |  |  |  |  |  |
| **G. Melancólico** |  |  |  |  |  |  |  |
| **H. Desencorajado** |  |  |  |  |  |  |  |

**Q13. Com que frequência você sente fadiga, quando está trabalhando?**

□ Nunca

□ Quase nunca (algumas vezes por ano ou menos)

□ Raramente (uma vez por mês ou menos)

□ Às vezes (algumas vezes por mês)

□ Frequentemente (uma vez por semana)

□ Muito frequentemente (algumas vezes por semana)

□ Sempre (todos os dias)

**Q14. Meu trabalho inspira-me.**

□ Nunca

□ Quase nunca (algumas vezes por ano ou menos)

□ Raramente (uma vez por mês ou menos)

□ Às vezes (algumas vezes por mês)

□Frequentemente (uma vez por semana)

□ Muito frequentemente (algumas vezes por semana)

□ Sempre (todos os dias)

**Q15. Estou imerso no meu trabalho.**

□ Nunca

□ Quase nunca (algumas vezes por ano ou menos)

□ Raramente (uma vez por mês ou menos)

□ Às vezes (algumas vezes por mês)

□ Frequentemente (uma vez por semana)

□ Muito frequentemente (algumas vezes por semana)

□ Sempre (todos os dias)

**Q16. Quando me levanto de manhã, sinto vontade de ir trabalhar.**

□ Nunca

□ Quase nunca (algumas vezes por ano ou menos)

□ Raramente (uma vez por mês ou menos)

□ Às vezes (algumas vezes por mês)

□ Frequentemente (uma vez por semana)

□ Muito frequentemente (algumas vezes por semana)

□ Sempre (todos os dias)

**As perguntas nesta seção, questionam como você se sente sobre sua organização e sobre os benefícios e programas de saúde disponíveis no trabalho. Se você tem mais de um emprego, responda as perguntas que se aplicam ao seu trabalho principal.**

**Q17. Na minha organização, sou tratado com respeito.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

□ Não se aplica

**Q18. Minha organização valoriza minhas contribuições.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

□ Não se aplica

**Q19. Minha organização preocupa-se com a minha satisfação geral no trabalho.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

□ Não se aplica

**Q20. Minha organização está disposta a estender recursos, a fim de ajudar-me a executar meu trabalho, com o melhor da minha capacidade.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

□ Não se aplica

**Q21. Recebo reconhecimento por um trabalho bem feito.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo plenamente

□ Não se aplica

**Q22. Confio na gestão da minha organização.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo plenamente

□ Não se aplica

**Q23. Minha organização está comprometida com a saúde e o bem-estar dos funcionários.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo plenamente

□ Não se aplica

**Q24. Minha organização me incentiva e oferece oportunidades para me envolver em comportamentos(atitudes) saudáveis, como ser fisicamente ativo, ingerir uma dieta saudável, viver sem tabaco e administrar meu estresse.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

□ Não se aplica

**Q25. Os seguintes benefícios são oferecidos pelo seu empregador?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SIM** | **NÃO** | **NÃO SEI** | **NÃO SE APLICA** |
| **A. Seguro de saúde** |  |  |  |  |
| **B. Assistência com educação/mensalidade** |  |  |  |  |
| **C. Aposentadoria (contribuições do empregador para aposentadoria**  **poupança)** |  |  |  |  |
| **D. Licença maternidade remunerada** |  |  |  |  |
| **E. Licença paternidade remunerada** |  |  |  |  |
| **F. Licença médica remunerada** |  |  |  |  |
| **G. Outras licenças remuneradas que exijam cuidados (por exemplo, para cuidar de familiares doentes)** |  |  |  |  |
| **H. Licença por invalidez remunerada** |  |  |  |  |
| **I. Dias de férias remunerados** |  |  |  |  |
| **J. Outras licenças remuneradas (por exemplo, luto, emergência, dever do júri)** |  |  |  |  |
| **K. Capacidade de tirar licença não remunerada** |  |  |  |  |
| **L. Opções de transporte (como ajuda com transporte de ida e vinda para o trabalho)** |  |  |  |  |
| **M. Atendimento médico no local** |  |  |  |  |
| **N. Programas de assistência a funcionários (como programas que ajudam os trabalhadores com problemas pessoais ou relacionados ao trabalho** |  |  |  |  |

**Q26. Os seguintes programas de saúde e bem-estar ou serviços estão disponíveis para você, no local onde você trabalha?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SIM** | **NÃO** | **NÃO SEI** | **NÃO SE APLICA** |
| **A. Programas de educação e promoção da saúde (programas de bem-estar)** |  |  |  |  |
| **B. Centros de fitness no local ou descontos em academias (inclui academia e/ou espaço para aulas em grupos)** |  |  |  |  |
| **C. Espaços comuns ou centros de atividades (áreas para atividades em grupos, como socialização, aulas de ginástica, etc.)** |  |  |  |  |
| **D. Programas para parar o tabagismo** |  |  |  |  |
| **E. Programas contra o álcool e substâncias** |  |  |  |  |
| **F. Programas de gerenciamento do estresse** |  |  |  |  |
| **G. Acesso a opções saudáveis ​​de almoço e lanche** |  |  |  |  |

**Q27. Com que frequência as exigências do seu trabalho interferem na sua vida pessoal?**

□ Nunca

□ Quase nunca (algumas vezes por ano ou menos)

□ Raramente (uma vez por mês ou menos)

□ Às vezes (algumas vezes por mês)

□ Frequentemente (uma vez por semana)

□ Muito frequentemente (algumas vezes por semana)

□ Sempre (todos os dias)

**Q28. Com que frequência as exigências da sua vida pessoal interferem no seu trabalho?**

□ Nunca

□ Quase nunca (algumas vezes por ano ou menos)

□ Raramente (uma vez por mês ou menos)

□ Às vezes (algumas vezes por mês)

□ Frequentemente (uma vez por semana)

□ Muito frequentemente (algumas vezes por semana)

□ Sempre (todos os dias)

**Q29. Tenho liberdade para modificar meu horário de trabalho.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

**Q30. Tenho a liberdade de trabalhar onde for melhor para mim — seja em casa ou na minha organização.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

□ Não se aplica

**As perguntas nesta seção questionam sobre as características físicas do seu ambiente de trabalho e condições de segurança onde você trabalha. Se você tem mais de um emprego, responda as perguntas que se aplicam ao seu trabalho principal.**

**Q31. No geral, quão seguro você acha que seu local de trabalho é?**

□ Muito inseguro

□ Um pouco inseguro

□ Um pouco seguro

□ Muito seguro

**Q32. Por favor, indique o quanto você concorda ou discorda de cada uma das seguintes afirmações sobre as práticas de segurança em seu local de trabalho.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Discordo totalmente** | **Discordo um pouco** | **Concordo um pouco** | **Concordo**  **totalmente** | **Não se aplica** |
| **A. A gerência reage rapidamente para resolver o problema, quando informada sobre os riscos de segurança** |  |  |  |  |  |
| **B. A gerência insiste em auditorias e inspeções de segurança completas e regulares.** |  |  |  |  |  |
| **C. A gerência fornece todo o equipamento necessário, para fazer o trabalho com segurança.** |  |  |  |  |  |
| **D. A gerência investe muito tempo e dinheiro em treinamento de segurança para os trabalhadores.** |  |  |  |  |  |
| **E. A gerência ouve atentamente as ideias dos trabalhadores sobre o melhoramento da segurança.** |  |  |  |  |  |
| **F.A gerência dá ao pessoal da segurança o poder que eles precisam, para executar seu trabalho.** |  |  |  |  |  |

**Q33. No meu trabalho atual, é assim que me sinto sobre os seguintes tópicos:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nem um pouco**  **satisfeito** | **Não muito satisfeito** | **Um pouco**  **satisfeito** | **Muito satisfeito** |
| **A.As condições ambientais (aquecimento, iluminação, ventilação, etc.** |  |  |  |  |
| **B. O ambiente físico (por exemplo, Infraestrutura do prédio, layout da área de trabalho, projeto)** |  |  |  |  |
| **C. A amabilidade no ambiente de trabalho** |  |  |  |  |

**Q33D. As acomodações para deficientes e/ou necessidades especiais (rampas para cadeiras de rodas,**

**Salas de Lactação, etc.)**

□ Nem um pouco satisfeito

□ Não muito satisfeito

□ Um pouco satisfeito

□ Muito satisfeito

□ Não se aplica

**Q34. Sinto-me discriminado no meu trabalho, por causa da minha idade.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

**Q35. Sinto-me discriminado no meu trabalho, por causa da minha raça ou origem étnica.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo totalmente

**Q36. Sinto discriminado no meu trabalho, por causa do meu gênero.**

□ Discordo totalmente

□ Discordo um pouco

□ Concordo um pouco

□ Concordo plenamente

**Q37. Nos últimos 12 meses, você foi assediado sexualmente por alguém, enquanto estava no trabalho?**

□ Sim

□ Não

**Q38. Nos últimos 12 meses, você foi exposto à violência física, enquanto estava no trabalho?**

□ Sim

□ Não

**Q39. Nos últimos 12 meses, você foi intimidado, ameaçado ou assediado de alguma forma por alguém, enquanto você estava no trabalho?**

□ Sim

□ Não

**Q40. Nos últimos 12 meses, você esteve em uma situação em que algum de seus superiores ou colegas de trabalho o colocaram para baixo ou foram condescendentes com você, fizeram comentários humilhantes, ou se dirigiram a você em termos não profissionais?**

□ Sim

□ Não

□ Não se aplica

**As perguntas nesta seção são sobre sua saúde física e mental e comportamentos relacionados à saúde.**

**Q41. Você diria que, em geral, sua saúde é ruim, regular, boa, muito boa ou excelente?**

□ Ruim

□ Regular

□ Boa

□ Muito boa

□ Excelente

**Q42. Agora, pensando em sua saúde física, que inclui doenças e lesões físicas, durante os últimos 30 dias, por quantos dias sua saúde física não foi boa?**

a: 0 dias

b: 1-3 dias

c: 4-7 dias

d: 8-15 dias

e: 16-30 dias

**Q43. Você já teve algum dos seguintes?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NUNCA** | **NO PASSADO** | **TENHO ATUALMENTE** |
| **A. Artrite** |  |  |  |
| **B. Outros distúrbios musculoesqueléticos (por exemplo, dor nas costas, dor no pescoço, outra dor)** |  |  |  |
| **C. Asma** |  |  |  |
| **D. Doença pulmonar, exceto asma (por exemplo, doença crônica pulmonar obstrutiva [DCPO], bronquite crônica, enfisema)** |  |  |  |
| **E. Câncer** |  |  |  |
| **F. Depressão** |  |  |  |
| **G. Diabetes** |  |  |  |
| **H. Doença cardíaca** |  |  |  |
| **I. Pressão alta** |  |  |  |

**Q44. Você já teve insônia crônica?**

□ Nunca

□ No passado

□ Tenho atualmente

**Q45. Agora, pensando em sua saúde mental, que inclui estresse, depressão, ansiedade e problemas com emoções, durante os últimos 30 dias, por quantos dias sua saúde mental não é boa?**

a: 0 dias

b: 1-3 dias

c: 4-7 dias

d: 8-15 dias

e: 16-30 dias

**Q46. Com que frequência você sente estresse em relação aos seguintes tópicos?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca** | **Quase nunca (algumas vezes ano ou menos)** | **Raramente**  **(uma vez por mês ou menos)** | **Às vezes**  **(algumas vezes ao**  **mês)** | **Frequentemente**  **(uma vez por**  **semana)** | **Muito Frequentemente**  **(algumas vezes**  **semana)** | **Sempre**  **(todo dia)** |
| **A. Sua saúde** |  |  |  |  |  |  |  |
| **B. Suas finanças** |  |  |  |  |  |  |  |
| **C. Sua família ou relacionamentos sociais** |  |  |  |  |  |  |  |
| **D. Seu trabalho** |  |  |  |  |  |  |  |

**Q47. Nas últimas 2 semanas, com que frequência você se sentiu incomodado por se sentir para baixo, deprimido ou sem esperança?**

□ Nem um pouco

□ Vários dias

□ Mais da metade dos dias

□ Quase todos os dias

**Q48. Nas últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado por pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?**

□ Nem um pouco

□ Vários dias

□ Mais da metade dos dias

□ Quase todos os dias

**Q49. Nas últimas 2 semanas, com que frequência você se sentiu incomodado por se sentir nervoso, ansioso ou no limite?**

□ Nem um pouco

□ Vários dias

□ Mais da metade dos dias

□ Quase todos os dias

**Q50. Nas últimas 2 semanas, com que frequência você se sentiu incomodado por não conseguir parar ou controlar as preocupações?**

□ Nem um pouco

□ Vários dias

□ Mais da metade dos dias

□ Quase todos os dias

**Q51. Em uma semana típica, em quantos dias você faz no mínimo 20 minutos de atividades físicas de alta intensidade? (Atividade de alta intensidade dura pelo menos 10 minutos e aumenta sua frequência cardíaca, você sua e pode fazer você se sentir sem fôlego; exemplos são corrida, ciclismo rápido e levantamento extenuante e contínuo de objetos pesados.)**

a: 0 dia

b: 1 dia

c: 2 dias

d: 3 dias

e: 4 dias

f: 5 dias

g: 6 dias

h: 7 dias

**Q52. Em uma semana típica, quantos dias você tem no mínimo 30 minutos de atividades físicas moderadas? (Atividade de intensidade moderada dura pelo menos 10 minutos e requer mais esforço do que é necessário para tarefas diárias típicas; exemplos são caminhadas rápidas, jardinagem e levantamento de objetos leves.)**

a: 0 dia

b: 1 dia

c: 2 dias

d: 3 dias

e: 4 dias

f: 5 dias

g: 6 dias

h: 7 dias

**Q53. Você usa algum dos seguintes produtos do tabaco?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca** | **Não mais** | **Alguns dias** | **Diariamente** |
| **A. Cigarros** |  |  |  |  |
| **B. Charutos** |  |  |  |  |
| **C. Cachimbo** |  |  |  |  |
| **D. Tabaco sem fumaça** |  |  |  |  |
| **E. Cigarros eletrônicos** |  |  |  |  |

**Q54. Quantas doses de bebidas alcoólicas você toma em uma semana típica? (Uma bebida = uma cerveja, copo de vinho, dose de licor ou bebida mista.)**

a: 0 doses

b: 1 dose

c: 2-3 doses

d: 4-5 doses

e: > 6 doses

**Q55. Durante o ano passado, com que frequência você bebeu mais de quatro drinques se for homem, ou mais de três drinques se você for mulher, em um único dia? (Uma bebida = uma cerveja, copo de vinho, dose de licor ou bebida mista.)**

□ Nunca

□ Uma vez (1 dia)

□ Algumas vezes (2 ou 3 dias)

□ Frequentemente (mais de 3 dias)

**Q56. Pense nos alimentos que fazem parte de sua dieta normal. Quantas porções de frutas e vegetais você ingere em um dia normal? (Uma porção é qualquer um dos seguintes: 1 xícara de folhas verdes cruas [do tamanho de um punho pequeno]; 1⁄2 xícara de outros vegetais [cozidos ou crus]; 1 pedaço médio de fruta [do tamanho de uma bola de beisebol]; 1/2 xícara de frutas picadas, cozidas ou enlatadas; ou 3⁄4 xícara de suco de vegetais ou frutas.)**

□ Menos de 1 porção

□ 1 porção

□ 2 porções –

□ 3 porções

□ 4 porções

□ 5 ou mais porções

**Q57. Quantas horas de sono você costuma ter à noite? Se você é um trabalhador por turnos, quantos horas de sono você tem por dia?**

□ 6 ou menos horas

□ 7 horas

□ 8 horas

□ 9 ou mais horas

**Q58. Nos últimos 7 dias, com que frequência você se sentiu sonolento no trabalho?**

□ Nunca

□ Raramente

□ Às vezes

□ Normalmente

□ Sempre

**Q59. Por causa de uma condição física, mental ou emocional, você tem sérias dificuldades em se concentrar, lembrar ou tomar decisões?**

□ Nem um pouco

□ Ligeiramente

□ Moderadamente

□ Extremamente

□ Não se aplica/não há condição

**Q60. Você está limitado no tipo ou quantidade de trabalho que pode executar, por causa de um problema físico, mental ou emocional?**

□ Nem um pouco

□ Ligeiramente

□ Moderadamente

□ Extremamente

□ Não se aplica/não há problema

**Q61. No mês passado…**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca** | **Quase nunca (1 vez por mês)** | **Raramente (uma vez por semana ou menos)** | **Às vezes (algumas vezes na semana)** | **Frequente-mente (uma vez por dia)** | **Muito frequentemente (algumas vezes por**  **dia)** | **Sempre (todas as horas)** |
| **A. Com que frequência você não se concentrou suficientemente em seu trabalho?** |  |  |  |  |  |  |  |
| **B. Com que frequência você se viu não trabalhando cuidadosamente como deveria?** |  |  |  |  |  |  |  |
| **C. Com que frequência você não trabalhou nos horários em que deveria estar trabalhando?** |  |  |  |  |  |  |  |
| **D. Com que frequência você desempenhou menos do que outros trabalhadores?** |  |  |  |  |  |  |  |

**Q62. Nos últimos 12 meses, você sofreu alguma lesão relacionada ao trabalho?**

□ Sim

□ Não

**Q63. Se você sofreu algum acidente relacionado ao trabalho nos últimos 12 meses, algum deles exigiu quaisquer primeiros socorros ou tratamento médico, mudança nas atividades de trabalho ou afastamento do trabalho?**

□ Sim

□ Não

□ Não se aplica/não sofreu lesão nos últimos 12 meses

**As perguntas nesta seção perguntam sobre suas experiências, sentimentos e atividades fora do trabalho.**

**Q64. Em geral, o quão satisfeito você está com sua vida?**

□ Nem um pouco satisfeito

□ Não muito satisfeito

□ Um pouco satisfeito

□ Muito satisfeito

**Q65. O quão preocupado você está agora, por não ser capaz de manter o padrão de vida que deseja?**

□ Nem um pouco preocupado

□ Não muito preocupado

□ Moderadamente preocupado

□ Muito preocupado

**Q66. O quão preocupado você está agora por não ter renda suficiente para pagar suas contas mensais?**

□ Nem um pouco preocupado

□ Não muito preocupado

□ Moderadamente preocupado

□ Muito preocupado

**Q67. Com que frequência você recebe o apoio social e emocional de que precisa de amigos, familiares ou outras pessoas fora do trabalho?**

□ Nunca

□ Raramente

□ Às vezes

□ Sempre

**Q68. Em geral, com que frequência você participa de alguma das seguintes atividades fora do trabalho?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca** | **Quase nunca (Algumas vezes por ano ou menos)** | **Raramente (Uma vez por mês**  **ou menos)** | **Às vezes (Algumas vezes por mês)** | **Frequentemente (Uma vez por semana)** | **Muito frequentemente (Algumas vezes por semana)** | **Sempre (Todos os dias)** | **Não se aplica** |
| **A. Atividades voluntárias ou de caridade** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B. Atividades de cuidados domésticos (por exemplo, crianças, parentes/amigos idosos ou deficientes, mas não como voluntário**  **Ou em instituição de caridade)** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **C. Tarefas de manutenção doméstica (por exemplo, cozinhar, limpar, reparos)** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **D.Socialização com amigos, família, outros.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **E. Realização de cursos de treinamento ou educação.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **F. Atividades esportivas, culturais ou de lazer.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **G. Relaxamento ou atividades solitárias planejadas.** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Você concluiu o NIOSH WellBQ. Obrigado pelo seu tempo!**

**Itens Opcionais**

**As perguntas nesta seção são sobre seus atuais arranjos de trabalho, ocupação, e o setor industrial em que você está trabalhando. Se você tem mais de um emprego, por favor responda às perguntas que se aplicam ao seu trabalho principal.**

**E1. Como você descreveria seu arranjo de trabalho em seu trabalho?**

□ Sou um contratante independente, um consultor independente ou um trabalhador freelance.

□ Estou de plantão e só trabalho quando chamado.

□ Sou pago por uma agência temporária.

□ Eu trabalho para um empreiteiro que fornece trabalhadores e serviços a outros sob contrato.

□ Sou um empregado regular e permanente.

**E2. Seu trabalho é tempo integral ou meio período?**

□ Em tempo integral

□ Meio-período

**E3. Há quanto tempo você trabalha no seu emprego?**

□ Menos de 1 ano

□ 1-5 anos

□ 6-10 anos

□ 10-20 anos

□ Mais de 20 anos

**E4. Selecione a ocupação que melhor descreve o tipo de trabalho que você faz.**

□ Arquitetura e Engenharia

□ Artes, Design, Entretenimento, Esportes e Mídia

□ Limpeza e Manutenção de edifícios e terrenos

□ Negócios e Operações Financeiras

□ Informática e Matemática

□ Serviço Comunitário e Social

□ Construção e Extração

□ Instrução Educacional e Biblioteca

□ Agricultura, Pesca e Silvicultura

□ Preparação de alimentos e serviços relacionados

□ Profissionais e Técnicos de Saúde

□ Suporte de Saúde

□ Instalação, Manutenção e Reparo

□ Jurídico

□ Ciências da Vida, Físicas e Sociais

□ Gestão

□ Transporte de Materiais

□ Específico Militar

□ Escritório e Apoio Administrativo

□ Cuidados e Serviços Pessoais

□ Produção

□ Serviço de Proteção

□ Vendas e Afin

□ Transporte

□ Outro (especifique, por favor): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E5. Selecione o tipo de indústria ou empresa em que você trabalha para o seu trabalho.

□ Artes, Entretenimento e Recreação

□ Serviços de Hospedagem e Alimentação

□ Administrativo e de Apoio e Gestão de Resíduos

□ Agricultura, Silvicultura, Pesca e Caça

□ Construção

□ Serviços Educacionais

□ Finanças e Seguros

□ Cuidados de Saúde e Assistência Social

□ Informações

□ Gestão de Empresas e Empreendimentos

□ Fabricação

□ Militar

□ Mineração, Pedreiras e Extração de Petróleo e Gás

□ Outros serviços, exceto administração pública

□ Administração Pública

□ Serviços Profissionais, Científicos e Técnicos

□ Imóveis e Aluguel e Leasing

□ Comércio Varejista

□ Transporte e Armazenagem

□ Utilitários

□ Comércio por Atacado

□ Outro (especifique, por favor): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**As perguntas nesta seção pedem informações básicas sobre você.**

**D1. Qual é a sua idade?**

□18–29

□ 30–44

□ 45–64

□ 65 ou mais

**D2. Qual é o nível mais alto escolar que você completou ou o grau mais alto que você recebeu?**

□ Sem educação formal

□ Alfabetização

□ Ensino fundamental

□ Ensino médio

□ Ensino técnico

□ Graduação/Superior

□ Pós-graduação

□ Mestrado

□ Doutorado

**D3. Você se considera hispânico ou latino?**

□ Sim

□ Não

□ Recusado

□ Não sei

**D4. Que raça ou raças você se considera ser? Selecione um ou mais destas categorias.**

□ Branco

□ Preto

□ Pardo

□ Amarelo

□ Indígena

□ Recusado

□ Não sei

**D5. Você é homem ou mulher?**

□ Masculino

□ Feminino

□ Recusado

□ Não sei

**D6. Você se considera gay/lésbica ou gay; hétero, ou seja, não gay/lésbica; bissexual; algo mais; ou não sabe a resposta?**

□ Gay/lésbica

□ Hétero, isto é, não gay/lésbica

□ Bissexual

□ Outra coisa

□ Não sei a resposta

□ Recusado

□ Não sei

**D7. Qual foi a sua renda familiar total no ano passado, sem impostos?**

□ < R$ 20.000

□ R$ 20.000 a R$ 34.999

□ R$ 35.000 a R$ 49.999

□ R$ 50.000 a R$ 74.999

□ R$ 75.000 a R$ 99.999

□ R$ 100.000 a R$ 149.999

□ R$ 150.000 a R$ 199.999

□ R$ 200.000 ou mais

**D8. Você é o chefe de sua família?**

□ Sim

□ Não

**D9. Qual é o seu estado civil atual?**

□ Casado ou vivendo com companheiro

□ Viúvo

□ Divorciado

□ Separado

□ Nunca se casou ou solteiro

**D10. Quantos dependentes vivem atualmente em sua casa? Por favor, insira o número total em cada categoria de idade.**

A. Número total de membros da família de 0 a 5 anos MEDIA 1

B. Número total de membros da família de 6 a 12 anos MEDIA 2

C. Número total de membros da família de 13 a 17 anos MEDIA 2

D. Número total de membros da família com 18 anos ou mais MEDIA 3