

**Anexo 3 - QUESTIONÁRIO**

1 – Qual sua idade?

---

2 – Sexo

Masculino     feminino

3 – Você é alfabetizado?

- Não sei ler nem escrever  
 Sei apenas ler  
 Sei apenas ler e escrever poucas palavras  
 Sei ler e escrever perfeitamente

4 – Se você é alfabetizado, qual é sua escolaridade?

- Primeiro grau,                     completo  incompleto  
 Segundo grau,                     completo  incompleto  
 Curso técnico,                     completo  incompleto

5 – Em que estado você nasceu?

---

6 – Se nasceu em outro estado, veio para cá com quantos anos?

---

7 – Se nasceu em outro estado, porque veio para este estado?

---

8 – Onde você mora?

- moro em casa própria  
 moro em casa alugada  
 moro com meus pais  
 moro em casa emprestada  
 divido uma casa com mais companheiros  
 moro no canteiro da obra

9 – Se você não mora no canteiro de obras, sua casa fica muito distante? Quantas horas do local de trabalho?

---

10 – Há quanto tempo você trabalha na construção civil?

---

11 – A Construtora que você trabalha atualmente é?

- Uma grande construtora
- Uma construtora de nível médio
- Uma pequena construtora

12 – Há quanto tempo trabalha na atual empresa?

---

13– Qual é sua função na obra?

- Mestre
- Pedreiro
- Carpinteiro
- Servente
- Outros

Qual? \_\_\_\_\_

14 – Qual o tipo de transporte que você utiliza para chegar ao trabalho?

- Ônibus
- Trem
- Metrô
- Bicicleta
- Carro
- Moto

15 - Sua empresa fornece equipamento de segurança?

- Fornece todos os equipamentos de segurança
- Fornece alguns equipamentos de segurança
- Não fornece nenhum equipamento de segurança

16 – Se ela fornece o equipamento de segurança, assinale abaixo quais?

- Capacete
- Protetor auricular
- Óculos de segurança
- Luvas
- Botas
- Cinto de segurança tipo:  abdominal  torácico

17 – Sua empresa exige que você utilize o equipamento de segurança?

- Ela exige o uso de todos os equipamentos
- Ela exige o uso de alguns equipamentos de segurança
- Ela não exige o equipamento de segurança

18 – Se ela exige o equipamento de segurança, quem fiscaliza?

- O dono da construtora
- O engenheiro de segurança
- O supervisor
- O mestre
- Seus companheiros
- Somente cartazes e placas de advertência

19 – Se sua empresa exige e o lembra de usar equipamento de segurança, existe alguém para ensiná-lo a usar?

- Existe uma pessoa que nos ensina a usá-lo
- Ninguém nos ensina a usá-los
- Somente cartazes explicam para que servem

20 – Assinale abaixo quais equipamentos de segurança você utiliza em sua atividade:

- Capacete
- Óculos de segurança
- Protetor auricular
- Luvas
- Botas
- Cinto de segurança tipo:  abdominal  torácico
- Não utilizo nenhum

22– Qual é sua função na montagem do escoramento de uma laje?

- Monto as Torres e pontaletes
- Monto as vigas de suporte para laje
- Monto as formas para laje
- Monto todo o equipamento
- Outros.

Quais? \_\_\_\_\_

---

23 – Que tipo de equipamento sua empresa utiliza para escorar lajes?

- Torres e pontaletes de madeira
- Torres e pontaletes de aço
- Torres e pontaletes de alumínio
- Vigas de apoio para forma de aço
- Vigas de apoio para forma de alumínio
- Vigas de apoio para forma de madeira
- Outros.

Quais? \_\_\_\_\_

---

24– Que tipo de forma sua empresa utiliza para concreto?

- Formas de compensado
- Formas de painel misto (aço e compensado)
- Formas de painel misto (alumínio e compensado)

25 – Sua empresa tem algum tipo de equipamento para elevar o material da rua até a laje?

- Existe uma grua (guindaste)
- Existe um monta-carga
- Existe um elevador de carga
- Levamos o material pelas escadas do andaime
- Levamos o material pelas escadas prédio

26– Sua empresa tem algum tipo de máquina para ajudar a montagem do escoramento e formas?

- Existe uma máquina que monta os andaimes e formas
- A montagem é feita uma parte com máquina e outra manualmente
- A montagem é feita manualmente

27 – Caso ela possua máquinas montagem de forma, que tipo de máquina é utilizada?

---

28 – Caso ela não possua nenhuma máquina, a montagem do escoramento tem algum tipo de escada ou você sobe no próprio equipamento?

- Utilizo escada ou andaime auxiliar  
 Utilizo o próprio equipamento como apoio para montagem  
 Outros.

Quais? \_\_\_\_\_

---

29 – O equipamento que você utiliza para escorar a laje é:

- Leve  
 Pesado  
 Não é leve mas não faço muito força para levantar  
 Outros.

Comentários \_\_\_\_\_

---

30 – Qual é seu horário de trabalho?

---

31 – Se você mora no canteiro de obras, a que horas tem de levantar para trabalhar?

---

32 – Na época de concretagem de laje, você tem de fazer horas extras para concluir a laje?

- Normalmente não fazemos horas extras  
 Às vezes fazemos horas extras  
 Nunca fazemos horas extras

33 – Se faz horas extras, quantas faz normalmente?

- 1 hora  
 2 horas  
 3 horas  
 4 horas  
 5 horas  
 6 horas

Mais horas. Quantas? \_\_\_\_\_

34 – Antes de trabalhar, você tinha algum tipo de problema físico?

- Eu nunca tive nenhum problema físico
- Eu já tinha um problema físico
- Eu passei a ter problemas físicos depois que comecei a trabalhar

35 – Se já tinha algum problema físico, diga qual (ou quais)?

---

---

36 – Este problema o atrapalha para a função que exerce?

- Não atrapalha
- Atrapalha pouco
- Atrapalha muito

37 – Quanto a função que você exerce, você tem algum tipo de problema físico causado pelo trabalho?

- Nesta função passei a ter problemas
- Nesta função nunca tive problemas físicos

38 – Se tem algum problema físico causado pelo trabalho, diga qual.

---

---

---

39 – Qual que tipo de atividade provocou seu problema físico?

---

40 – Você já sofreu algum tipo de acidente durante seu trabalho?

- Nunca sofri nenhum acidente
- Quase sofri um acidente
- Até agora só sofri um acidente
- Já sofri mais de um acidente
- Já sofri acidente vários acidentes.

41 – Se a resposta anterior foi positiva, que tipo de acidente você sofreu?

---

---

42 – Se já sofreu mais de um acidente, relacione abaixo os tipos de acidente que sofreu.

---

---

---

---

43– O atendimento inicial foi prestado no ambulatório de sua empresa ou somente no hospital?

- Fui atendido inicialmente no ambulatório da empresa
- Fui atendido somente no ambulatório da empresa
- Fui atendido inicialmente no ambulatório da empresa e depois no hospital
- Fui atendido somente no hospital
- Não falei para ninguém que me machuquei e aguentei a dor
- Não fui atendido

44 – Quanto tempo ficou afastado do trabalho?

- Não me afastei
- 1 dia
- 3 dias
- 1 semana
- 15 dias
- 20 dias
- 1 mês
- 2 meses
- 3 meses
- 6 meses
- 1 ano
- 2 anos

45 – Ficou com alguma deficiência após acidente?

- Não
- Fiquei com alguma seqüela
- Fiquei com bastante seqüela

46 – Se sofreu algum acidente, você continua na mesma atividade?

Continuo

Mudei de atividade

47 – Se mudou de atividade, para qual mudou?

---

48 - Escala de avaliação de desconforto corporal – Fonte: CORLETT (1995).

Por favor, marque a região (segmento) do diagrama do corpo humano abaixo onde você sente desconforto/dor. Em seguida, tome como base a escala progressiva de desconforto/dor (abaixo) e assinale o número que você acha correspondente ao grau de intensidade sentido deste desconforto/dor (marque com um ✕ ou ✓). Por favor, mesmo que você não tenha tido problemas em qualquer parte do corpo, marque como o grau de intensidade "1" (**nenhum** desconforto/dor).



Intensidade				
1	2	3	4	5
↑ Nenhum desconforto/ dor	↑ Algum desconforto/ dor	↑ Moderado desconforto/ dor	↑ Bastante desconforto/ dor	↑ Intolerável desconforto/ dor
<i>Escala progressiva de desconforto/dor</i>				

**Tronco**

**Pescoço (0)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Costas-médio (3)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Região cervical (1)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Costas-inferior (4)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Costas-superior (2)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Bacia (5)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Lado esquerdo**

**Ombro (6)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Braço(8)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Cotovelo (10)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Antebraço (12)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Punho (14)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Mão (16)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

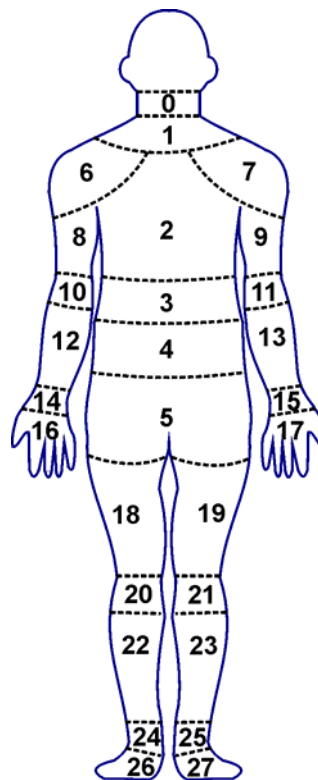
**Coxa (18)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Perna (20, 22, 24, 26)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

***Mapa de regiões corporais***



**Lado direito**

**Ombro (7)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Braço(9)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Cotovelo (11)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Antebraço (13)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Punho (15)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Mão (17)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Coxa (19)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Perna (21, 23, 25, 27)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

49 – Deseja fazer um comentário sobre sua atividade?

---

---

---

---

50 – Deseja dar uma sugestão sobre o que poderia melhorar o seu trabalho?

---

---

---

---

51 – Qual é sua opinião sobre esta entrevista?

---

---

---

---