



# QUESTIONÁRIO AOS MÉDICOS DENTISTAS

## 1. Aspectos gerais

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Altura: \_\_\_\_\_ cm

Seleccione a sua resposta assinalando com ✓ ou × a opção respectiva.

## 2. Aspectos relacionados com o exercício da profissão

1. Antiguidade na profissão: \_\_\_\_\_ anos

2. Número médio de horas de trabalho semanais:  < 35 h  De 35 a 40 h  > 40 h

3. Costuma fazer pausas de, pelo menos, 5 minutos seguidos (excluindo a pausa para almoço)?

 Não  Sim Quantas?  Uma  Duas  Três ou mais4. Posição de trabalho:  De pé  Sentado/a  
 À direita do doente  À esquerda do doente  Por trás do doente

5. O mobiliário do consultório onde trabalha, a maior parte do tempo, é regulável em relação a:

Altura do banco  Não  SimAltura da mesa dos materiais e instrumentos  Não  SimInclinação e altura da cadeira do doente  Não  Sim

6. Assinale com uma cruz qual a proporção de tempo diário (aproximado) gasto na execução das seguintes actividades:

	Actividade executada	Frequência com que desempenha cada actividade			
		Ocasional	Pouco frequente	Frequente	Muito frequente
1	Cirurgia Oral				
2	Implantologia				
3	Dentisteria				
4	Destartarização				
5	Endodontia				
6	Prótese				
7	Ortodontia				

## 3. Aspectos relacionados com a sua saúde e bem-estar

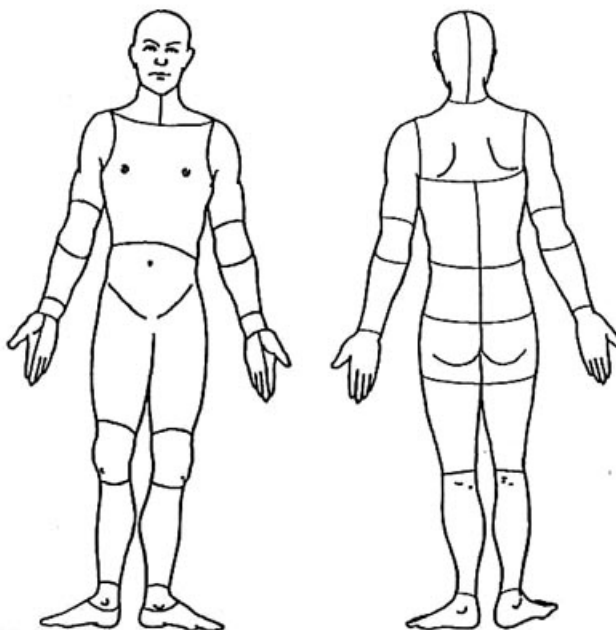
7. Durante o exercício da sua profissão, no último ano, sentiu alguma vez desconforto ou dor?  Não  Sim

8. Associa esse desconforto ou dor a alguma das actividades do ponto 6 deste questionário:

 Não  Sim. A que actividades?  Act.1  Act.2  Act.3  
 Act.4  Act.5  Act.6

9. Indique as áreas de desconforto ou dor, numerando-as de acordo com a intensidade do desconforto ou dor sentidos:

- 1 – mínimo
- 2 – leve
- 3 – moderado
- 4 – severo
- 5 – insuportável



10. Durante o último ano quantos dias esteve sem trabalhar devido ao seu estado de saúde debilitado provocado pela sua profissão:

- Nenhum dia
- Até 9 dias
- De 10 a 24 dias
- De 25 a 99 dias
- De 100 a 365 dias

11. Por favor, diga-nos mais acerca do seu desconforto/dor e do seu posto de trabalho.

O que é que pensa que lhe causa desconforto / dor?

---

---

---

---

---

Tem alguma sugestão para melhorar o seu posto de trabalho?

---

---

12. Pratica regularmente alguma actividade física?  Não  Sim

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

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.