****

# Instruções

Muito obrigado por seu tempo! Por favor leia as seguintes instruções antes de responder:

* Responda às perguntas de acordo com sua experiência pessoal no contexto da pandemia COVID-19

# Dados Demográficos

1. Posição profissional. Indique o tipo de posto que ocupa atualmente na organização.

( ) Operativo

( ) Técnico ou administrativo

( ) Supervisão

( ) Gerência

( ) Diretoria

( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Prefiro não responder

1. Type Tipo de contrato de Trabalho.

( ) Tempo integral

( ) Tempo parcial

( ) Estagiário

( ) Contrato temporal

( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Prefiro não responder

1. Modalidade de trabalho. Indique a modalidade de trabalho que exerce a maioria do tempo atualmente

( ) 100% na local do empregador

( ) 100% localização remota

( ) Mista

( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Prefiro não responder

1. Antiguidade. Indique há quanto você trabalha para seu atual empregador

( ) 0-11 meses

( ) 1-5 anos

( ) 6-10 anos

( ) Mais de 10 anos

( ) Prefiro não responder

1. Localização

( ) País

( ) Região

( ) Estágio

( ) Prefiro não responder

1. Gênero

( ) Feminino

( ) Masculino

( ) Outro

( ) Prefiro não responder

1. Idade. Indique sua a faixa etária atual

( ) Menor de 18 anos

( ) 18-35 anos

( ) 36-49 anos

( ) 50-64 anos

( ) Mais de 65 anos

( ) Prefiro não responder

1. Tem pessoal a cargo

( ) Yes

( ) No

( ) I prefer not to respond

* 1. **Impacto das responsabilidades no individuo**

1. No contexto atual da pandemia COVID-19, como você avalia os seguintes aspectos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Melhorou considera-  velmente | Ligeiramente melhorado | Permaneceu o mesmo que antes da atual pandemia. | Ligeiramente diminuído | | Diminuiu considera-  velmente | Não aplica | Prefiro não responder |
| Sua capacidade de atender às suas responsabilidades individuais de trabalho |  |  |  | |  |  |  |  |
| A qualidade da interação com seu grupo de convivência no trabalho |  |  |  | |  |  |  |  |
| A qualidade de interação com seu grupo de convivência no círculo familiar |  |  |  | |  |  |  |  |
| Sua capacidade de manejar emoções para responder ao ambiente(equilíbrio emocional) |  |  |  | |  |  |  |  |
| Sua capacidade para atender às suas responsabilidades como chefe de outros trabalhadores |  |  |  | |  |  |  |  |

Mencione as razões que têm gerado as mudanças que você indica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. De que forma considera que a pandemia COVID-19 tem afetado seu desempenho no trabalho:

( ) A pandemia tem afetado meu desempenho de forma positiva

( ) A pandemia NÃO tem afetado meu desempenho de forma alguma

( ) A pandemia tem afetado meu desempenho de forma negativa

( ) Prefiro não responder

* 1. No contexto atual da pandemia COVID-19, qual é o nível de satisfação com seu trabalho:

( ) Totalmente satisfeito

( ) Moderadamente satisfeito

( ) Neutro

( ) Moderadamente insatisfeito

( ) Totalmente insatisfeito

( ) Prefiro não responder

* 1. No contexto atual da pandemia COVID-19, indique quais foram os fatores que mais tem limitado sua capacidade para responder às suas reponsabilidades no trabalho. Marque todas as que apliquem:

( ) O espaço de trabalho remoto não é o adequado

( ) Os móveis no espaço de trabalho são inadequados

( ) Falta do equipamento de trabalho necessário

( ) Dificuldade de concentração

( ) Conectividade pobre ou insuficiente

( ) Condições ambientais inadequadas (temperatura, ruído)

( ) Distrações frequentes

( ) Outros (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Prefiro não responder

* 1. **Trabalhos em cuidado**
  2. No contexto da pandemia da COVID-19, com qual das seguintes atividades você combina suas tarefas de trabalho porque elas não podem esperar para serem realizadas em tempo sem trabalho? Verifique tudo o que se aplica.

( ) Atividades relacionadas com a atenção de suas necessidades pessoais (preparar seus alimentos, limpeza de espaços, compras regulares para o lar)

( ) Atividades de cuidado indireto de outros (cozinhar, limpeza de espaços, compras regulares para o lar, consertos no lar, pagamento de serviços)

( ) Atividades de cuidado direto de outros (alimentação, asseio, cuidado de crianças ou pessoas que não podem valer-se por si mesmas ou que estão em condição de deficiência ou saúde limitantes, participar de atividades relacionadas com a educação dos membros da família, transporte dos membros da família, cuidado de outras pessoas no lar)

( ) Nenhuma das anteriores

( ) Outras:

( ) Prefiro não responder

* 1. Em que grau a pandemia COVID-19 tem mudado os tem mudado os seguintes aspectos de sua vida

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Considera velmente | Moderada-mente | Levemente | Não tem mudado | Não Aplica | Prefiro não responder |
| Como você cuida de suas necessidades pessoais (preparar suas refeições, limpar seu espaço, fazer compras domésticas regulares) |  |  |  |  |  |  |
| A forma como você atende às necessidades indiretas de cuidado de outros (cozinha, limpeza de espaços, compras domésticas regulares, reparos domésticos, pagamento de serviços) |  |  |  |  |  |  |
| A forma como você cuida das necessidades de cuidados diretos dos dependentes (alimentação, limpeza, cuidado de crianças ou pessoas que não podem cuidar de si mesmas ou que estão em condição de incapacidade ou limitações de saúde, assistência em atividades relacionadas à educação dos membros da família, transporte dos membros da família, cuidado de outras pessoas no lar). |  |  |  |  |  |  |
| O tempo investido em responsabilidade de cuidado. |  |  |  |  |  |  |

Indique de forma geral os motivos desta mudança (opcional)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Grupo de convivência. Indique com quantas pessoas convive atualmente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Indique a quantidade de pessoas às que você deve cuidar direta ou indiretamente na atualidade classificadas de acordo com sua idade e sua situação de convivência.

**Cuidado indireto:** cozinhar, limpeza de espaços, compras regulares para o lar, consertos no lar, e pagamento de serviços.

**Cuidado direto:** alimentação, asseio, cuidado de crianças ou pessoas que não podem valer-se por si mesmas ou que estão em condição de deficiência ou saúde limitantes, participar de atividades relacionadas com a educação dos membros da família, transporte dos membros da família, cuidado de outras pessoas no lar.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grupo/Número de pessoas | Número de pessoas neste grupo que convivem com você | Número de pessoas neste grupo que não convivem com você |
| Pessoas menores de 5 anos |  |  |
| Pessoas entre 6 e 12 anos |  |  |
| Pessoas entre 13 e 18 anos |  |  |
| Pessoas entre 19 e 64 anos |  |  |
| Pessoas com mais de 65 anos |  |  |
| Pessoas com deficiência ou condição de saúde limitante. |  |  |

* 1. No contexto atual da pandemia COVID-19, indique os fatores que tem limitado sua capacidade para conciliar melhor suas responsabilidades no trabalho e fora do trabalho. Marque todas as que apliquem:

( ) Fechamento de centros educacionais

( ) Fechamento dos centros de atendimento

( ) Decisão da família de ficar em casa por um futuro próximo

( ) Limitações para contratar ajuda doméstica

( ) Limitações de acesso a centros de cuidado

( ) Necessidade de enfrentar novas responsabilidades decorrentes da pandemia

( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Prefiro não responder

1. **Tempo investido em responsabilidades**
   1. Quanto tempo a mais você dedica em um dia de trabalho às atividades de cuidado direto de outras pessoas? Por exemplo, : alimentação, asseio, cuidado de crianças ou pessoas que não podem valer-se por si mesmas ou que estão em condição de deficiência ou saúde limitantes, participar de atividades relacionadas com a educação dos membros da família, transporte dos membros da família, cuidado de outras pessoas no lar.

( ) Eu dedico o mesmo tempo que antes da pandemia.

( ) De 1 a 2 horas a mais por dia que antes da pandemia

( ) De 2 a 4 horas a mais por dia que antes da pandemia

( ) Mais de 4 horas a mais por dia que antes da pandemia

( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Prefiro não responder

* 1. Quanto tempo a mais você dedica em um dia de trabalho às atividades de cuidado indireto pessoal ou de outras pessoas? Por exemplo, cozinhar, limpeza de espaços, compras regulares para o lar, consertos no lar, e pagamento de serviços públicos.

( ) Eu dedico o mesmo tempo que antes da pandemia.

( ) De 1 a 2 horas a mais por dia que antes da pandemia

( ) De 2 a 4 horas a mais por dia que antes da pandemia

( ) Mais de 4 horas a mais por dia que antes da pandemia

( ) Outro (especifique)

( ) Prefiro não responder

1. **Acesso a recursos de apoio da organização empregadora**
   1. Você está ciente das políticas e benefícios oferecidos por sua organização para apoiar os trabalhadores a conciliar suas responsabilidades no contexto da pandemia da COVID-19?

( ) Sim, as conheço bem

( ) Eu as conheço, mas não em detalhe

( ) Não as conheço

( ) Prefiro não responder

* 1. Indique seu nível de satisfação com os seguintes aspectos das políticas e benefícios oferecidos por seu empregador para apoiar a conciliação de responsabilidades durante a pandemia da COVID-19.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Totalmente satisfeito(a) | Algo satisfeito(a) | Neutro | Pouco satisfeito(a) | Insatisfeito(a) | Não tenho informação para responder | Prefiro não responder |
| As áreas de apoio nas que se concentram as políticas de apoio |  |  |  |  |  |  |  |
| Facilidade de acesso às políticas de apoio |  |  |  |  |  |  |  |
| Frequência da comunicação das políticas e benefícios de apoio |  |  |  |  |  |  |  |
| Clareza das informações sobre políticas e benefícios |  |  |  |  |  |  |  |

Adicione comentários que complementem suas respostas

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Durante a pandemia de COVID-19 quais dos seguintes recursos você utilizou para melhor conciliar suas responsabilidades? Marque todas as opções que apliquem:

( ) Horário de trabalho flexível

( ) Segmentar a jornada laboral para entremear com atividades de cuidado

( ) Semana de trabalho comprimida

( ) Mudança de turno

( ) Reatribuição de tarefas na equipe de trabalho

( ) Licença paga para cuidar de dependentes, com deficiência ou condição de saúde limitante

( ) Licença de longo prazo com proteção trabalhista

( ) Licença remunerada para amamentação

( ) Tempo parcial o horário de trabalho reduzido

( ) Trabalho remoto (teletrabalho)

( ) Trabalho remoto temporário para prestar cuidados

( ) Mudança das responsabilidades de trabalho

( ) Férias

( ) Programa de assistência a pessoas que trabalham (psicologia, aconselhamento financeiro, aconselhamento jurídico)

( ) Subsídios ou empréstimos da empresa

( ) Centros de atendimento

( ) Equipamento informático adicional

( ) Recursos ergonômicos

( ) Oura (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Nenhuma das anteriores

( ) Prefiro não responder

* 1. No contexto da pandemia da COVID-19, avalie o apoio que você recebeu de seu supervisor para encontrar soluções que equilibrem seu trabalho e suas responsabilidades pessoais.

( ) Suficiente

( ) Escasso

( ) Nenhum

( ) Prefiro não responder

* 1. Se você não recebeu apoio de seu supervisor para encontrar soluções para conciliar seu trabalho e suas responsabilidades pessoais, quais são as razões? Assinale todas as opções que se aplicam.

( ) Eu não precisava

( ) Não me ofereceu ajuda

( ) Não pedi o apoio do meu supervisor

( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Nenhuma das anteriores

( ) Prefiro não responder

* 1. Indique as pessoas das quais você recebeu apoio para melhor conciliar seu trabalho e suas responsabilidades pessoais durante o curso da pandemia e seu nível de satisfação com o apoio que recebeu.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Totalmente satisfeito(a) | Algo satisfeito(a) | Neutro | Pouco satisfeito(a) | Insatisfeito(a) | Não aplica | Prefiro não responder |
| De seu empregador em geral |  |  |  |  |  |  |  |
| De seu supervisor(a) |  |  |  |  |  |  |  |
| Outros superiores |  |  |  |  |  |  |  |
| Outras pessoas no trabalho |  |  |  |  |  |  |  |
| Outro(s) fora do trabalho |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Acesso a recursos de apoio extra ocupacional**
   1. Verifique todas as opções que descrevem as pessoas que durante a pandemia da COVID-19 complementam o trabalho que você faz para atender diretamente aos seus dependentes (alimentação, asseio, cuidado de crianças ou pessoas que não podem cuidar de si mesmas ou que estão em condições de limitar a incapacidade ou saúde, assistência em atividades relacionadas à educação de membros da família, transporte de membros da família e cuidados gerais de outras pessoas no domicílio). Verifique tudo o que se aplica.

( ) Parceiro(a)

( ) Parente ou outros

( ) Ajuda doméstica contratada

( ) Assistência de pacientes contratada

( ) Instituições educacionais ou de assistência

( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Não recebo apoio

( ) Prefiro não responder

( ) Comentário

* 1. Marque tudo que descreve as pessoas ou organizações que durante a pandemia COVID-19 complementam o trabalho que você faz para fornecer cuidados indiretos para seus dependentes (cozinha, limpeza doméstica, compras domésticas regulares, consertos domésticos e pagamentos de serviços públicos).

( ) Parceiro(a)

( ) Parente ou outros

( ) Ajuda doméstica contratada

( ) Assistência de pacientes contratada

( ) Instituições educacionais ou de assistência

( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Não recebo apoio

( ) Prefiro não responder

( ) Comentário

* 1. Indique seu nível de satisfação com o equilíbrio na distribuição de tarefas e responsabilidades de cuidado direto e indireto que compartilha com as seguintes pessoas ou instituições. Marque todas as opções que apliquem.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Muito satisfeito | Satisfeito | Neutro | Insatisfeito | Muito insatisfeito | Não aplica |
| Parceiro(a) |  |  |  |  |  |  |
| Parentes ou outros |  |  |  |  |  |  |
| Ajuda doméstica contratada |  |  |  |  |  |  |
| Assistência de pacientes contratada |  |  |  |  |  |  |
| Instituições educacionais ou de assistência |  |  |  |  |  |  |
| Outro (especifique) |  |  |  |  |  |  |

* 1. Marque tudo que descreve as pessoas ou organizações que lhe deram apoio durante a pandemia da COVID-19 para melhorar sua capacidade de administrar as emoções e responder ao seu ambiente:

( ) Parceiro(a)

( ) Parente ou outros

( ) Instituições educacionais ou de assistência

( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Não recebo apoio

( ) Prefiro não responder

* 1. Favor indicar quais recursos você utilizou para apoiar seu bem-estar durante a pandemia da COVID-19. Marque todas as opções que apliquem.

( ) Fazendo pausas durante o dia

( ) Exercício ou prática de esporte

( ) Passar o tempo fazendo algo que você gosta de fazer

( ) Conversando com alguém de sua confiança

( ) Obter terapia profissional ou coaching

( ) Dormir mais horas

( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Nenhuma das anteriores

( ) Prefiro não responder

1. **Exploração de outras opções de apoio**
   1. Que outros recursos ou iniciativas você recomendaria a seu empregador para apoiar seus trabalhadores na busca de soluções para conciliar seu trabalho e suas responsabilidades pessoais na atual pandemia da COVID-19?

( ) Estou disposto a cooperar com informações adicionais, se necessário.

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Eu quero manter minhas respostas anônimas e não fornecer informações de contato.

