



Avaliação da Saúde e Segurança dos Servidores *

Unidade: _____

Prédio: _____

Setor: _____

Data: _____ Informante: _____

1. o que você considera problema no ambiente de trabalho, com relação aos seguintes Riscos à Saúde:

a. RISCO FÍSICOS

- Ruídos
- Vibrações
- Radiações Ionizantes (RX)
- Radiações não-ionizantes Solda, U.V., I.V.)
- Frio, Calor, Umidade

b. RISCOS QUÍMICOS

- Poeiras
- Fumos metálicos
- Névoas, Neblinas, Gases, Vapores
- Substâncias, compostos ou produtos químicos em geral

c. RISCOS BIOLÓGICOS

- Vírus
- Bactérias
- Protozoários
- Fungos
- Parasitas
- Bacilos



d. RISCOS ERGONÔMICOS

- () Esforço Físico intenso
- () Levantamento e transporte manual de peso
- () Exigência de postura inadequada
- () Controle rígido de produtividade
- () Imposição de ritmos excessivos
- () Trabalho em turno e noturno
- () Jornadas de trabalho prolongadas
- () Monotonia e repetitividade
- () Outras situações causadoras de stress físico e/ou psíquico

e. RISCOS DE ACIDENTES

- () Arranjo físico inadequado (espaço pequeno, excesso de equipamentos, etc)
- () Máquinas e equipamentos sem proteção
- () Ferramentas ou equipamentos indequados ou defeituosos
- () Iluminação inadequada
- () Eletricidade
- () Incêndio ou explosão
- () Armazenamento inadequado
- () Animais peçonhentos (cobra, aranha, etc)
- () Outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes (queda, máquinas perigosas, choque)
- () Inflamáveis
- () Queda de Altura
- () Descarte Inadequado

2. Foram Feitos Mapas de Riscos, identificando estes riscos existentes nos ambientes de Trabalho da sua Unidade?

() Sim () Não

3. Se foram feitos Mapas de Riscos, são realizadas capacitações para trabalhar de forma segura com os Riscos Identificados?

() Sim () Não

4. Quais as queixas/sintomas que são referidos com mais frequência pelos Servidores? (marque quantos forem necessários)

() Dor de cabeça

() Tontura

() Esquecimento

() Insônia

() Cança mental

() Fraqueza

() Nervosismo

() Irritação nos olhos

() Não ouve bem

() Nariz entupido

() Rouquidão

() Espirros

() Falta de ar

() Problemas de pele

() Tosse

() Dor no estômago

- Diarréia
- Pressão alta
- Dor nas costas
- Dor ou formigamento nos braços
- Dor ou formigamento nas pernas
- Problemas de visão
- Impotência sexual
- Dor na garganta
- Enjôo

5. São Disponibilizados Equipamentos de Proteção Individual

- Sim São insuficientes São inadequados
- Não

Por que? _____

6. Quais?

- Bota
- Luvas
- Protetor de ouvido
- Capacete
- Avental
- Óculos de Segurança
- Máscara
- _____



7. São utilizados os Equipamentos de Proteção Individual - EPI

() Sim () Não

Por que? _____

8. Há ocorrência(s) de acidente de trabalho?

() Sim () Foi registrado e comunicado

() Não

Por que? _____

9. Já teve caso(s) comprovado de alguma doença relacionada com o trabalho?

() Sim () Foi registrado e comunicado

() Não

Por que? _____

10. São realizadas capacitações periódicas?

Relativo ao Trabalho () Sim () Não

Relativo a segurança no trabalho () Sim () Não



11. São feitos cursos sobre Saúde e Segurança para os Servidores, Terceirizados e Comunidade Acadêmica?

() Sim () Não

Proposta de Cursos: _____

12. Foram feitas Capacitações sobre as Normas Regulamentadoras de Saúde e Segurança no trabalho?

() Sim () Não

Proposta de Cursos: _____

13. Há recebimento de adicional de:

() insalubridade () periculosidade () RX

Motivo: _____

14. A UFRGS convoca regularmente os Servidores para fazerem exames médicos periódicos, em acordo com a atividade que desenvolve?

() Sim () Não

15. Existe na sua unidade alguma organização dos servidores para a prevenção de acidentes e doenças do trabalho?

() Sim () Não () Não sabe

Indique: _____

* Questionário extraído da Proposta "Novos Paradigmas para as IFES: O Caso da UFRGS / 1998", validado na Escola de Engenharia da UFRGS / 2002