



## 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, ect)
- ( ) 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