

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:

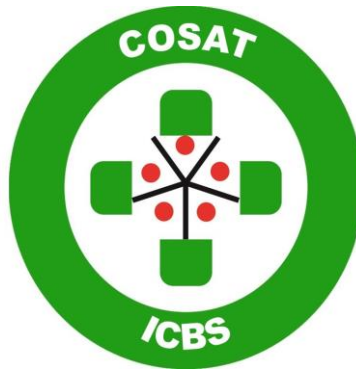
a. RISCO FÍSICOS

- () 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



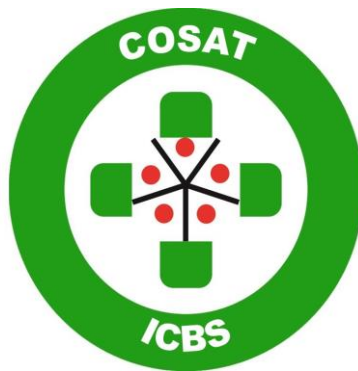
- Iluminação inadequada
- Eletricidade
- Incêndio ou explosão
- Armazenamento inadequado
- Animais peçonhentos (cobra, aranha, etc)
- Outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes (queda, máquinas perigosas, choque)
- Inflamáveis
- Queda de Altura
- Descarte Inadequado

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

- Sim Não

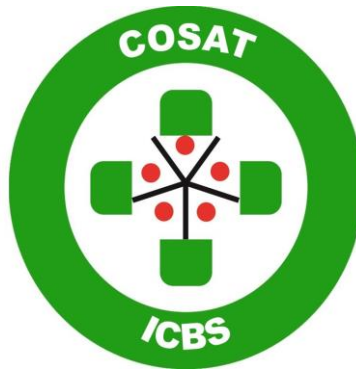
3. Se foram feitos Mapas de Riscos, são realizadas capacitações para trabalhar de forma segura com os Riscos Identificados?

- 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

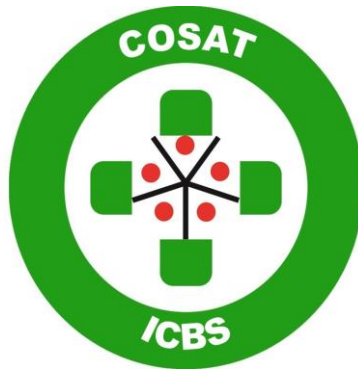
() Não

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