

## INSTRUMENTO DE AUTODIAGNÓSTICO PARA TRABALHADORES PRESCRIÇÕES MÍNIMAS DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

| <b>1. Informação geral</b> |            |
|----------------------------|------------|
| 1.1. Empresa:              | NIPC:      |
| 1.2. Sede:                 | Telefone:  |
| 1.3 Estabelecimento:       | Telemóvel: |
| Email:                     | Fax:       |

**I - Pertence a um grupo vulnerável de trabalhadores (mulheres grávidas, lactantes, com deficiência)?**  
Se sim, verifique se o seu local de trabalho possui as condições mínimas de segurança e saúde

| <b>1. Mulheres grávidas, puérperas ou lactantes</b>  | Sim                      | Não                      | Não Sabe                 | Não Aplicável            |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1. Possui um local onde possa descansar em condições apropriadas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2. No exercício das suas funções é desnecessário levantar, baixar, empurrar, puxar ou segurar cargas pesadas?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3. Consegue evitar permanecer de pé por períodos longos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4. É-lhe possível evitar a realização de viagens longas de carro, avião ou outro meio de transporte?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.5. Na realização das suas funções, o contacto com aparelhos de raios-X ou outros com emissão de radiação ionizante, é inexistente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.6. O manuseamento de produtos químicos ou outras substâncias perigosas e/ou agentes biológicos é evitável?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Observações/Especificações:</b>   |                          |                          |                          |                          |

| <b>2. Trabalhadores com deficiência</b>   | Sim                      | Não                      | Não Sabe                 | Não Aplicável            |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1. Sente-se incluído na aplicação das regras de segurança e saúde existentes no local onde trabalha?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2. Existem sistemas de alarme visuais e auditivos?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3. O seu posto de trabalho e respetivos acessos, bem como os equipamentos de trabalho, estão adaptados ao seu nível de deficiência? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4. Consegue aceder ao seu posto de trabalho com autonomia?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.5. É fácil aceder às saídas de emergência se necessário?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.6. Consegue aceder às instalações sanitárias com autonomia?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Observações/Especificações:</b>  |                          |                          |                          |                          |

### II - Trabalha ao ar livre?

**Se sim, verifique se possui as condições mínimas de segurança e saúde**

|  | Sim                      | Não                      | Não Sabe                 | Não Aplicável            |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| No seu posto de trabalho sente-se protegido, na medida do possível, contra:                          |                          |                          |                          |                          |
| • Excesso de ruído?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Poluição?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Condições climatéricas adversas (mau tempo)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onde habitualmente exerce as suas funções, o risco de queda de materiais e objetos é inexistente?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se não, sente-se protegido contra essas quedas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sente que o calçado que utiliza é adequado ao pavimento sobre o qual tem necessidade de se deslocar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disponibilizam-lhe outro tipo de calçado se necessário?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Observações/Especificações:</b>   |                          |                          |                          |                          |

**III - Trabalha num edifício?**

**Se sim, verifique se o edifício possui as condições mínimas de segurança e saúde, relativamente a:**

| <b>1. Pavimentos</b>  | Sim                      | Não                      | Não Sabe                 | Não Aplicável            |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1. Sente que este possui a estabilidade, resistência e solidez necessárias à atividade que exerce?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2. São evitadas as cargas excessivas sobre os pavimentos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3. O pavimento é revestido de material não escorregadio e antiderrapante?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4. O pavimento é isento de saliências ou buracos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.5. O pavimento está usualmente livre de obstáculos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.6. Sente que o pavimento se encontra devidamente iluminado, conseguindo identificar, se existirem obstruções ou derrames?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.7. As alcatifas ou tapetes, existentes sobre o pavimento, encontram-se presas/os ou fixas/os?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.8. Sente que o calçado que utiliza é adequado ao pavimento sobre o qual tem necessidade de se deslocar?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.9. Disponibilizam-lhe outro tipo de calçado se necessário?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.10. Considera que o pé direito (altura entre o pavimento e o teto) do seu local de trabalho é adequado (pelo menos 3 metros)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Observações/Especificações:</b>  |                          |                          |                          |                          |

| <b>2. Instalação elétrica e iluminação</b>  | Sim                      | Não                      | Não Sabe                 | Não Aplicável            |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1. A instalação elétrica encontra-se em bom estado?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2. Os cabos elétricos encontram-se protegidos?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3. Os cabos elétricos encontram-se afastados de água / humidades?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4. Existe, na medida do possível, iluminação natural adequada?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.5. Se não existe, a iluminação artificial existente é suficiente para garantir idênticas condições? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Observações/Especificações:</b>  |                          |                          |                          |                          |

| <b>3. Área de trabalho e ambiente térmico</b>   | Sim                      | Não                      | Não Sabe                 | Não Aplicável            |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1. Considera que a área de trabalho que tem disponível para si é adequada (pelo menos 1,80 m <sup>2</sup> livres)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2. Sente-se confortável termicamente: sem frio, calor ou humidade?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3. Existe renovação de ar?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4. Se sim, considera-a adequada?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.5. Quando há renovação do ar sente que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Está protegido de correntes de ar nocivas para a sua saúde?</li> <li>• Existe rápida eliminação da poluição do ar respirável?</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.6. As divisórias, transparentes ou translúcidas, se existentes, encontram-se devidamente identificadas de modo a evidenciar a sua presença?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.7. O material de que são feitas as divisórias, transparentes ou translúcidas, é isento de risco para os trabalhadores?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Observações/Especificações:</b>  |                          |                          |                          |                          |

| <b>4. Vias onde tem necessidade de circular: normais e de emergência</b>  | Sim                      | Não                      | Não Sabe                 | Não Aplicável            |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.1. Sente-se seguro e é fácil a circulação nas vias onde normalmente tem de circular?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2. As vias de circulação estão habitualmente livres de obstáculos?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3. Estas vias estão devidamente identificadas e conduzem, o mais diretamente possível, a áreas ao ar livre ou a zonas de segurança? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.4. Considera que a largura que essas vias de circulação possuem é adequada (pelo menos 1,20 m)?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.5. Onde circula, o risco de queda em altura é inexistente?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.6. Se não, existem resguardos laterais que o impeçam de cair, bem como impeçam a queda de objetos?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.7. As vias de circulação encontram-se adequadamente iluminadas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.8. Estas vias, se com trânsito simultâneo de pessoas e veículos, possuem largura suficiente para circular em segurança? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.9. Tem conhecimento se existem vias de evacuação rápida, e em máxima segurança, em caso de emergência?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.10. Se sim, encontram-se devidamente sinalizadas e iluminadas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.11. Nestas vias, as portas que existem abrem para o exterior de forma rápida e facilmente acessível a qualquer pessoa?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Observações/Especificações:</b>  |                          |                          |                          |                          |

| <b>5. Vias onde tem necessidade de circular: escadas e passadeiras rolantes</b>                    | Sim                      | Não                      | Não Sabe                 | Não Aplicável            |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.1. As escadarias possuem os degraus:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Regulares?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sem deformações?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sem estarem partidos?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2. As escadarias possuem corrimão e/ou proteção equivalente?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.3. As passadeiras rolantes dispõem de dispositivos de segurança e de paragem de emergência?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.4. Sabe onde se encontram estes dispositivos, isto é, estão sinalizados e facilmente acessíveis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.5. Na sua atividade é desnecessário transportar cargas por escadas?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.6. Se necessário, durante o transporte consegue ver os degraus ou algum obstáculo que surja?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Observações/Especificações:</b>   |                          |                          |                          |                          |

#### IV – Disposições comuns

| <b>1. Deteção e combate contra incêndios</b>   | Sim                      | Não                      | Não Sabe                 | Não Aplicável            |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1. Existem, no seu local de trabalho, meios de deteção e combate contra incêndios (extintores, mangueiras de incêndio...)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2. Se sim, encontram-se:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Em locais acessíveis?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Em perfeito estado de funcionamento?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                            |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Devidamente sinalizados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

| <b>2. Primeiros socorros</b>  | Sim                      | Não                      | Não Sabe                 | Não Aplicável            |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1. Sabe se existe material de primeiros socorros?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2. Se sim, sabe onde se encontra?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3. Considera que o material de primeiros socorros disponibilizado é adequado, tendo em conta a atividade, o n.º de trabalhadores e a frequência de acidentes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Observações/Especificações:</b>  |                          |                          |                          |                          |

| <b>3. Instalações sanitárias, vestiários e balneários</b>  | Sim                      | Não                      | Não Sabe                 | Não Aplicável            |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1. Existem instalações sanitárias próximas do seu local de trabalho?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2. Se sim:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Considera que são em número suficiente?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Habitualmente é desnecessário esperar para as poder utilizar?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • A sua utilização é separada por sexos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Possuem sanitas e lavatórios em número suficiente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Os compartimentos onde estão instaladas as sanitas possuem porta independente a abrir para fora?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3. São disponibilizados vestiários ou balneários, caso a natureza da sua atividade o exija?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4. Se sim, eles estão próximos do seu local de trabalho?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.5. No caso de vestiários:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • A sua utilização é separada por sexos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Considera que são adequadamente iluminados e ventilados?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Comunicam diretamente com a zona dos balneários?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Têm armários individuais possíveis de fechar à chave?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Os armários são duplos, no caso das tarefas que desempenha envolverem exposição a substâncias tóxicas, irritantes, infetantes, humidade ou sujidade? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.6. No caso de balneários:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • A sua utilização é separada por sexos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dispõem de água quente e fria?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Observações/Especificações:</b>   |                          |                          |                          |                          |

**Local e data:**

**Responsável(eis) pelo preenchimento Instrumento de Autodiagnóstico:**

**Nome** **Cargo/Categoria**

**Nome** **Cargo/Categoria**

**Nome** **Cargo/Categoria**

**Assinatura(s):**

**OBSERVAÇÕES**

**Se respondeu negativamente a alguma das questões comunique ao empregador.**

**Poderá ser necessária a adoção de medidas de prevenção.**

**Colabore e participe na sua própria segurança!**