

Checklist de Avaliação dos Aspectos Psicossociais

NR-01

ESOCIAL

⚠ **Modelo orientativo:** Este checklist serve como guia de referência para identificação dos fatores psicossociais. Para aplicação formal na sua empresa, consulte um profissional habilitado de Segurança do Trabalho.

EMPRESA / RAZÃO SOCIAL

CNPJ

DATA DE APLICAÇÃO

NOME DO COLABORADOR

CARGO / FUNÇÃO

SETOR / DEPARTAMENTO

1 CONDIÇÕES GERAIS DO AMBIENTE DE TRABALHO

1.1 Como está a organização do ambiente?

☐ Muito organizado e limpo ☐ Moderadamente organizado ☐ Desorganizado

1.2 Existem espaços adequados para descanso?

☐ Sim, bem estruturados ☐ Sim, mas com melhorias necessárias ☐ Não há espaços adequados ☐ Não se aplica (Trabalho externo)

2 CARGA DE TRABALHO E EXIGÊNCIA MENTAL

2.1 O ritmo de trabalho é adequado para a sua função?

☐ Sim, equilibrado
☐ Moderadamente intenso
☐ Excesso de demanda

2.2 A carga de trabalho é compatível com a sua capacidade?

☐ Sim, compatível
☐ Em alguns momentos há sobrecarga
☐ Frequentemente excessiva

3 JORNADA DE TRABALHO E PAUSAS

3.1 Você consegue realizar pausas regulares? (Água, café, almoço...)

☐ Sim, conforme necessário
☐ Algumas pausas, mas insuficientes
☐ Não há pausas regulares

3.2 O tempo de pausa é suficiente para sua recuperação física e mental?

☐ Sim, totalmente adequado
☐ Moderado, mas pode melhorar
☐ Insuficiente

4 RELAÇÕES INTERPESSOAIS E CLIMA ORGANIZACIONAL

4.1 Sobre o clima organizacional:

☐ Ambiente saudável ☐ Alguns conflitos ☐ Ambiente hostil, clima pesado

5 RECONHECIMENTO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

5.1 Você se sente reconhecido e valorizado?

☐ Sim, frequentemente
☐ Pouco reconhecido
☐ Não há reconhecimento

5.2 Há possibilidade de crescimento profissional? Há plano de carreira?

☐ Sim
☐ Limitado
☐ Não há oportunidades claras

Checklist de Avaliação dos Aspectos Psicossociais

NR-01

ESOCIAL

Página 2/2

6 SUPORTE E BEM-ESTAR

6.1 Sua empresa oferece benefícios?

☐ Sim, mais de um ☐ Sim ☐ Não

OBSERVAÇÕES / COMENTÁRIOS ADICIONAIS

DECLARAÇÃO E ASSINATURAS

Declaro que as informações prestadas neste checklist são verdadeiras, foram preenchidas voluntariamente e de forma confidencial, em atendimento às disposições da NR-01 e do eSocial.

NOME COMPLETO DO COLABORADOR

Assinatura do Colaborador

NOME / CARGO / MATRÍCULA

Responsável pela Aplicação

DATA DE COLETA ____ / ____ / ____

Responsável RH / Depto. Pessoal