

 Coleção de Formação Contínua


PLANO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA  
2013-2014

E-BOOK  
(AGOSTO 2016)

# **SAÚDE, DOENÇA E DISCRIMINAÇÃO NO LOCAL DE TRABALHO**

CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

C E N T R O  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS



*Em parceria com a OIT (escritório de Lisboa) e a Plataforma Laboral o CEJ realizou nos dias 23 e 24 de abril de 2014 uma Ação de Formação Contínua (que fez também parte do "Catálogo+" da Rede Europeia de Formação Judiciária), onde estiveram em análise - numa perspetiva internacional, europeia e nacional - as formas de discriminação no local de trabalho (em virtude do sexo, da doença e da deficiência), as Convenções da OIT sobre questões ligadas à não discriminação devido ao HIV e à SIDA, a divulgação e debate da aplicação dos princípios gerais da segurança e saúde no trabalho (procurando dar a conhecer a dimensão da sinistralidade laboral em Portugal, realçando a importância da medicina no trabalho e os contornos legais da realização dos exames médicos, à luz do Código do Trabalho e discutindo o papel dos parceiros sociais na prevenção e promoção da segurança e saúde no trabalho).*

*Entre textos, apresentações e videogravações das comunicações, a abordagem das indicadas matérias, pela sua inegável atualidade, terá - por certo - grande utilidade não apenas para os juizes, magistrados do Ministério e advogados, mas para toda a Comunidade Jurídica, o que justifica mais esta publicação na Coleção Formação Contínua.*

## Ficha Técnica

### Conceção e organização:

#### Jurisdição do Trabalho e da Empresa

Viriato Reis (Procurador da República, Docente do CEJ)

Diogo Ravara (Juiz de Direito, Docente do CEJ)

Albertina Pereira (Juíza Desembargadora, Docente do CEJ)\*

João.Luís Pena dos Reis (Procurador Geral Adjunto, Docente do CEJ)\*

### Nome:

Saúde, doença e discriminação no local de trabalho

### Categoria:

Coleção Formação Contínua

### Revisão final:

Edgar Taborda Lopes (Coordenador do Departamento da Formação – Juiz Desembargador)

Ana Caçapo (Departamento da Formação do CEJ)

### Forma de citação de um livro eletrónico (NP405-4):

AUTOR(ES) – **Título** [Em linha]. a ed. Edição. Local de edição: Editor, ano de edição.  
[Consult. Data de consulta]. Disponível na internet: <URL:>. ISBN.

### Exemplo:

**Direito Bancário** [Em linha]. Lisboa: Centro de Estudos Judiciários, 2015.

[Consult. 12 mar. 2015].

Disponível na internet:

<URL: [http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/civil/Direito\\_Bancario.pdf](http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/civil/Direito_Bancario.pdf).

ISBN 978-972-9122-98-9.

\*À data da realização da ação de formação.

**Notas:**

Os conteúdos e textos constantes desta obra, bem como as opiniões pessoais aqui expressas, são da exclusiva responsabilidade dos seus autores não vinculando nem necessariamente correspondendo à posição do Centro de Estudos Judiciários relativamente às temáticas abordadas.

A reprodução total ou parcial dos seus conteúdos e textos está autorizada sempre que seja devidamente citada a respetiva origem.

Foi respeitada a opção dos autores na utilização ou não do novo Acordo Ortográfico.

Para a visualização correta dos e-books recomenda-se a utilização do programa Adobe Acrobat Reader.

**Registo das revisões efetuadas ao e-book**

Identificação da versão	Data de atualização
Versão inicial – 02/08/2016	

CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

## ÍNDICE

<b>I – ABERTURA</b> .....	9
<b>II – COMBATE ÀS DISCRIMINAÇÕES NO LOCAL DE TRABALHO EM VIRTUDE DE DOENÇA</b> ...	13
• Enquadramento da atividade da OIT no combate às discriminações se apresentação do manual da OIT “VIH e SIDA e direito do trabalho: um manual para juízes e profissionais da área jurídica” Anna Torriente.....	15
• Instrumentos internacionais relevantes no combate à discriminação no local de trabalho em virtude de doença. Sua aplicabilidade no direito interno, com especial enfoque na Recomendação (Nº 200) da OIT sobre VIH e SIDA, 2010.....	17
Cristina Rodrigues	
• Situação Nacional da Epidemia VIH e SIDA.....	19
António Diniz	
• Apresentação e discussão de casos de discriminação por VIH e SIDA.....	21
Anna Torriente	
Margarida Geada	
• Debate.....	23
Margarida Geada	
Mafalda Troncho	
João Pena dos Reis	
<b>III – DISCRIMINAÇÃO EM FUNÇÃO DA DOENÇA, DO SEXO E DA DEFICIÊNCIA NO TRABALHO E NO EMPREGO</b> .....	25
• Discriminação em função do sexo no trabalho e no emprego. Apresentação de casos. ....	27
Sandra Ribeiro	
• O Código do Trabalho - Exames médicos, privacidade e confidencialidade .....	29
Joana Vasconcelos	
• O ónus da prova em caso de discriminação .....	31
Paulo Morgado de Carvalho	
• Discriminação dos trabalhadores em razão de doença e deficiência - perspetiva europeia e nacional Teresa Coelho Moreira.....	33
• Debate.....	51
Joana Vasconcelos	
Teresa Coelho Moreira	
Albertina Aveiro Pereira	

<b>IV – SEGURANÇA NA SAÚDE E NO TRABALHO .....</b>	<b>53</b>
• Princípios gerais de segurança e saúde no trabalho.....	55
Pedro Braz	
• A importância da Medicina no Trabalho.....	57
Salvador Massano Cardoso	
• Acidentes de trabalho e doenças profissionais: sua verdadeira dimensão.....	67
Maria Laura Quadrado Saraiva	
<b>V – O PAPEL DOS PARCEIROS SOCIAIS NA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO .....</b>	<b>77</b>
• Alexandra Freire.....	79
• Marcelino Pena Costa.....	81
• Hugo Dionísio.....	87
• Nuno Biscaya.....	89
• Pedro Petrucci de Freitas.....	99
• Vanda Cruz .....	103
• Debate.....	105



ABERTURA

CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

**Abertura****Maria Helena Fazenda**Diretora-Adjunta do CEJ<sup>1</sup>**Mafalda Troncho**

Diretora da OIT-Lisboa

**Cristina Duarte**

Membro da Plataforma Laboral



---

<sup>1</sup> À data da realização da ação de formação

CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

# COMBATE ÀS DISCRIMINAÇÕES NO LOCAL DE TRABALHO EM VIRTUDE DE DOENÇA

C E N T R O  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

***Enquadramento da atividade da OIT no combate às discriminações  
e apresentação do manual da OIT “VIH e SDA e direito do trabalho:  
um manual para juízes e profissionais da área jurídica”***

**Anna Torriente**  
ILOAIDS Senior Legal Officer



C E N T R O  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS



***Instrumentos internacionais relevantes no combate à discriminação no local de trabalho em virtude de doença. Sua aplicabilidade no direito interno, com especial enfoque na Recomendação (Nº 200) da OIT sobre VIH e SIDA, 2010***

**Cristina Rodrigues**

Coordenadora Central da Comissão de Recursos do Subsídio de Desemprego (IEFP)



C E N T R O  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

*Situação Nacional da Epidemia VIH e SIDA*

**António Diniz**

Diretor do Programa Nacional para a infeção VIH/SIDA



CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

*Apresentação e discussão de casos de discriminação por VIH e SIDA*

**Anna Torriente**

ILOAIDS Senior Legal Officer

**Margarida Geda**

Membro da Plataforma Laboral



C E N T R O  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

## COMBATE ÀS DISCRIMINAÇÕES NO LOCAL DE TRABALHO EM VIRTUDE DE DOENÇA

### Debate

**João Pena dos Reis** (Moderação)  
Procurador-Geral Adjunto

**Margarida Geada**  
**Mafalda Troncho**



C E N T R O  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS



DISCRIMINAÇÃO EM FUNÇÃO DA DOENÇA,  
DO SEXO E DA DEFICIÊNCIA NO TRABALHO  
E NO EMPREGO

CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

***Discriminação em função do sexo no trabalho e no emprego.***

***Apresentação de casos.***

**Sandra Ribeiro**

Presidente da CITE (Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego)



CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

*O Código do Trabalho - Exames médicos, privacidade e confidencialidade*

**Joana Vasconcelos**

Professora Auxiliar da Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa



CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

*O ónus da prova em caso de discriminação*

**Paulo Morgado de Carvalho**  
Procurador da República



CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS



***Discriminação dos trabalhadores em razão de doença e deficiência***  
***- perspectiva europeia e nacional<sup>1</sup>***

**Teresa Coelho Moreira<sup>2</sup>**

Professora Auxiliar da Escola de Direito da Universidade do Minho

**Resumo:** A discriminação em razão da deficiência é um conceito relativamente novo. De facto, as questões relacionadas com a deficiência começaram por ser tratadas como um tema relacionado com a segurança social, a saúde ou a tutela.

A proteção conferida aos trabalhadores portadores de deficiência encontra-se prevista a nível internacional, em instrumentos jurídicos ratificados pelo Estado Português, como a Convenção n.º 159 da OIT relativa à readaptação profissional e emprego de pessoas portadoras de deficiência, adotada em 1983, em articulação com a Recomendação n.º 168.

De realçar, ainda, pela sua relevância, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada em 2006.

A implicação de ter ratificado esta Convenção para a UE é de que ela passa a fazer parte das bases do direito universal de igualdade e deve ser tida em atenção em casos de discriminação. Atendendo a esta base, o próprio TJUE tem de respeitar a Convenção e poderá recorrer aos princípios vertidos na mesma para interpretar os arts. 21.º e 26.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, como já aconteceu em vários casos recentes do Tribunal — acórdão Jette Ring, de 11 de Abril de 2013 — C- 335/11 e C-337/11, assim como mais recentemente *caso Z contra A Government Department and the Board of Management of a Community School*, processo C-363/12, de 18 de Março de 2014.

Ao nível da legislação nacional existe proteção legal assegurada no CT e em várias legislações avulsas.

**Palavras-chave:** Igualdade e Não Discriminação; Deficiência; UE; TJUE; Portugal.

---

<sup>1</sup> Este artigo corresponde à nossa intervenção no Seminário do CEJ subordinado ao tema “Saúde, Doença e Discriminação no Local de Trabalho” que aconteceu em Lisboa nos dias 23 e 24 de Abril de 2014. Para maiores desenvolvimentos sobre a temática da discriminação em razão da deficiência *vide* Teresa Coelho Moreira, “A discriminação em razão da deficiência”, in *Igualdade e Não Discriminação — Estudos de Direito do Trabalho*, Almedina, Coimbra, 2014.

<sup>2</sup> Doutora em Direito. Professora Auxiliar da Escola de Direito da Universidade do Minho. Membro Integrado do Centro de Investigação Interdisciplinar em Direitos Humanos da Escola de Direito da Universidade do Minho. [tmoreira@direito.uminho.pt](mailto:tmoreira@direito.uminho.pt)

## 1. Introdução

**1.1.** A discriminação em razão da deficiência é um conceito relativamente novo<sup>3</sup>. De facto, as questões relacionadas com a deficiência começaram por ser tratadas como um tema relacionado com a segurança social, a saúde ou a tutela.

Com a ascensão do movimento dos direitos civis de pessoas com deficiência, iniciado nos EUA<sup>4</sup>, e com base no modelo social da deficiência que começou a ser amplamente difundido ocorreu uma mudança de paradigma e a queda de barreiras que impediam a vida das pessoas com deficiência.

Desde o final de 1970 o movimento dos direitos das pessoas portadoras de deficiência tem vindo a crescer e com considerável sucesso em muitos países defendendo-se uma compreensão teórica diferente de deficiência. Esse modelo, atualmente, é caracterizado como o modelo biopsicossocial pela Organização Mundial de Saúde, em contraste com o modelo médico e com o modelo social. Localizando a deficiência no meio social as respostas políticas são dirigidas a mudar o ambiente e eliminar as barreiras estruturais à participação igualitária, incluindo legislação antidiscriminatória, códigos de construção universais de *design*, integração e *mainstreaming*, e criando condições para a participação individual<sup>5</sup>. O papel da lei neste modelo é a de proteger as pessoas contra tratamentos discriminatórios e estabelecer o dever de integrar e acomodar as pessoas com deficiência, definir os seus direitos na participação e controlo dos programas sociais focados nas suas necessidades particulares.

Esta noção, sem dúvida, assegura indiscutivelmente uma proteção mais sólida e ampla contra a discriminação do que uma definição estrita, centrada no indivíduo. Efetivamente, reconhece que a deficiência é tanto uma construção social como um facto médico. Assim, este modelo tem subjacente uma conceção mais inclusiva da deficiência. É particularmente significativo o facto de a deficiência depender do contexto e da situação: por exemplo, uma doença crónica

<sup>3</sup> Como defende Marzia Barbera, “Le discriminazioni basate sulla disabilità”, in *Il Nuovo Diritto AntiDiscriminatori — Il quadro comunitario e nazionale*, Giuffrè Editore, Milan, 2007, p. 79, citando Martha Nussbaum, são três os problemas de justiça social que ainda não se encontram totalmente resolvidos sendo que um deles é exatamente a tutela das pessoas portadoras de deficiência.

<sup>4</sup> Na Secção 12101 do *American Disabilities Act* de 1990 pode encontrar-se a defesa destas ideias ao estabelecer-se que “The Congress finds that (1) physical or mental disabilities in no way diminish a person’s right to fully participate in all aspects of society, yet many people with physical or mental disabilities have been precluded from doing so because of discrimination; others who have a record of a disability or are regarded as having a disability also have been subjected to discrimination; (2) historically, society has tended to isolate and segregate individuals with disabilities, and, despite some improvements, such forms of discrimination against individuals with disabilities continue to be a serious and pervasive social problem; (3) discrimination against individuals with disabilities persists in such critical areas as employment, housing, public accommodations, education, transportation, communication, recreation, institutionalization, health services, voting, and access to public services”.

<sup>5</sup> Segundo a OMS, *Classificação Internacional sobre o Funcionamento, a Deficiência e a Saúde*, Lisboa, 2004, a deficiência e o funcionamento são vistos como resultado das interações entre condições de saúde e fatores do contexto que podem ser externos relacionados com condições ambientais, ou internos.

como a diabetes, ou até uma alergia, podem, em função do ambiente envolvente, constituir uma deficiência.

Reconhece-se, desta forma, que a discriminação apresenta um obstáculo significativo à concretização do trabalho digno para todos.

**1.2.** Por outro lado, creio ser importante atendermos a números, não nos podendo esquecer que cerca de 15% da população mundial sofre de alguma forma de deficiência e, dentro desta, cerca de 2-4% tem significativas dificuldades funcionais. Quer isto dizer que mais de um bilião de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência, dentre os quais cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis. Nos próximos anos, a deficiência será uma preocupação ainda maior porque a sua incidência tem aumentado com o envelhecimento da população e com o risco maior de deficiência na população de mais idade, bem como com o aumento global de doenças crónicas tais como diabetes, doenças cardiovasculares, cancro e distúrbios mentais<sup>6</sup>.

**1.3.** Na União Europeia, o número de pessoas que sofre de algum tipo de deficiência é de cerca de 80 milhões, ou seja, mais de 15% da população, sendo que um em cada quatro cidadãos europeus tem um membro da família que sofre de algum tipo de deficiência. Assim, considera-se que é um pouco errado pensar que a deficiência afeta apenas 15% da população pois é algo que atinge todos desde a família aos amigos, aos empregadores, aos colegas de trabalho, entre muitos outros.

Por outro lado, pessoas com reduzida mobilidade representam cerca de 40% da população, sendo que as pessoas portadoras de algum tipo de deficiência enfrentam uma probabilidade muito maior para estarem ou ficarem desempregadas.

Apenas 16% das pessoas que sofrem de restrições para trabalhar usufruem de alguma assistência para o fazer e, por isso, muitas pessoas deficientes são *trabalhadores desencorajados* e nem sequer tentam ingressar no mercado de trabalho, sendo classificados como inativos. E, quanto maior for o grau de deficiência, menor é a participação das pessoas

---

<sup>6</sup> *World Report on Disability*, 2011, realizado pela OMS e pelo Banco Mundial, p. 5. De acordo com a *World Health Survey*, aproximadamente 785 milhões de pessoas (15,6%) com 15 anos ou mais vivem com alguma forma de deficiência, enquanto a *Global Burden of Disease* estima que 975 milhões de pessoas (19,4%). Dessas, a *World Health Survey* estima que 110 milhões de pessoas (2,2%) possuem dificuldades funcionais muito significativas, enquanto a *Global Burden of Disease* estima que 190 milhões (3,8) possuem uma “deficiência grave” — o equivalente as deficiências inferidas por condições tais como a tetraplegia, a depressão grave ou a cegueira.

no mercado de trabalho, sendo que o rendimento que auferem é, também, consideravelmente inferior<sup>7</sup>.

**1.4.** Em Portugal, de acordo com os dados dos Censos 2001, a população residente com deficiência era de 636 059, sendo 334 879 homens e 301 180 mulheres. Estes números representam cerca de 6,1% da população<sup>8</sup>.

A discriminação no trabalho em relação a pessoas com deficiência varia entre o acesso limitado ao ensino, à formação profissional e à reabilitação, e diferenças consideráveis nos salários entre os trabalhadores portadores de deficiência e os restantes trabalhadores, assim como a exclusão daqueles de algumas formas de trabalho. Muitas vezes, as pessoas que nasceram com deficiência podem enfrentar a exclusão desde tenra idade desde logo a nível da educação, incluindo discriminação institucionalizada, estigmatização e negligência na sala de aula, na comunidade e no seio da própria família.

**1.5.** A proteção conferida aos trabalhadores portadores de deficiência encontra-se prevista a nível internacional, em instrumentos jurídicos ratificados pelo Estado português, como a Convenção n.º 159 da OIT relativa à readaptação profissional e emprego de pessoas portadoras de deficiência<sup>9</sup>, adotada em 1983, em articulação com a Recomendação n.º 168.

De realçar, pela sua relevância, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada em 2006, que, juntamente com a Convenção n.º 159 e outros instrumentos normativos internacionais, regionais e nacionais, contribuiu para melhorar a vida e o estatuto das pessoas com deficiência. A Convenção das Nações Unidas entrou em vigor a de maio de 2008 e é vinculativa para os países que a ratificaram.

A Convenção das Nações Unidas foi uma resposta ao facto de que, não obstante a existência de Convenções Internacionais que ofereciam e promoviam uma proteção considerável às pessoas com deficiência, o seu potencial não estar a ser aproveitado. As pessoas portadoras de

---

<sup>7</sup> Veja-se *European Disability Forum* e *mAry stAcey, Disability: EU jurisprudence and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, in [www.era.int](http://www.era.int), junho 2012, p. 1

<sup>8</sup> De acordo com os Censos 2011, aproximadamente 40,5% das pessoas entre os 15 e os 64 anos tinham pelo menos um problema de saúde ou doença prolongados e 17,4% tinham pelo menos uma dificuldade na realização de atividades básicas, em 2011. A coexistência de problemas de saúde prolongados e de dificuldades na realização de atividades básicas afeta cerca de 16% das pessoas da mesma faixa etária. Os problemas músculo-esqueléticos e as dificuldades na mobilidade, especialmente andar e subir degraus, constituíam respetivamente o principal problema de saúde e a principal dificuldade para a população inquirida. De acordo com os resultados dos Censos 2011, cerca de 50% da população idosa tem muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma das 6 atividades do dia-a-dia. Estas dificuldades afetam 995 213 pessoas idosas em Portugal, mais de metade das quais (565 615) vivem sozinhas ou acompanhadas exclusivamente por outros idosos. Toda esta informação pode ser consultada em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

<sup>9</sup> Aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 63/98, em 9/10, e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 56/98, de 2/12.

deficiência continuavam a ver serem-lhes negados os seus direitos fundamentais e continuavam a ser marginalizadas em todo o mundo. Para tentar colmatar esta situação, a Convenção estabeleceu várias obrigações para os Estados membros no sentido de promover e proteger os direitos das pessoas com deficiência, o que é visível logo no artigo 1.º<sup>10</sup>.

Esta Convenção foi assinada em nome da União Europeia em 30 de março de 2007<sup>11</sup> e foi ratificada por Portugal em 2009. Este instrumento internacional impõe não só a proibição da discriminação mas também a adoção de medidas positivas e o direito à adaptação razoável que visam assegurar a efetiva igualdade de oportunidades entre as pessoas deficientes e os demais trabalhadores, principalmente no acesso ao emprego e à formação profissional, quer no setor público, quer no setor privado.

**1.6.** No contexto da União Europeia, o art. 19.º do TFUE confere-lhe o direito de adotar medidas adequadas, dentro dos limites das suas competências, para combater a discriminação em razão da deficiência, entre outros motivos. E, com base nesta competência, o Conselho adotou a Diretiva 2000/78/CE, de 27 de novembro, que estabelece um quadro geral da igualdade de tratamento no emprego e na atividade profissional. Esta diretiva criou pela primeira vez uma fonte de Direito Europeu através da qual cidadãos deficientes na UE podem reivindicar judicialmente a nível europeu os seus direitos.

A 23 de dezembro de 2010 a União Europeia ratificou a Convenção das Nações Unidas. A implicação de ter ratificado esta Convenção para a UE é de que ela passa a fazer parte das bases do direito universal de igualdade e deve ser tida em atenção em casos de discriminação. Atendendo a esta base, o próprio TJUE tem de respeitar a Convenção e poderá recorrer aos princípios vertidos na mesma para interpretar os arts. 21.º e 26.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, como já aconteceu em vários casos recentes do Tribunal — acórdão Jette Ring, de 11 de Abril de 2013 — C- 335/11 e C-337/11, assim como mais recentemente o caso *Z contra A Government Department and the Board of Management of a Community School*, processo C-363/12, de 18 de março de 2014.

---

<sup>10</sup> “O objeto da presente Convenção é promover, proteger e garantir o pleno e igual gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua inerente dignidade.

<sup>11</sup> Com uma reserva relativa ao art. 27.º, n.º 1, decorrente da faculdade que é conferida aos Estados-membros pelo art. 3.º, n.º 4, da Diretiva 2000/78/CE do Conselho, de 27/11 (que estabelece um quadro geral de igualdade de tratamento no emprego e na atividade profissional), de excluírem as forças armadas no que se refere às discriminações baseadas numa deficiência.

**1.7.** Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa impõe, desde a sua versão originária, ao Estado nos arts. 59.º, n.º 2, al. c), e 71.º, uma especial proteção dos cidadãos portadores de deficiência. No primeiro inciso legal, através da consagração de uma garantia especial do seu direito ao trabalho e, no segundo, plasmando o direito dos cidadãos portadores de deficiência gozarem dos mesmos direitos e estarem sujeitos aos mesmos deveres dos restantes cidadãos. Também admite medidas de discriminação positiva, nos termos do art. 9.º, al. d), ao referir a necessidade de o Estado promover “a igualdade real entre os portugueses”.

Por seu turno, a Lei n.º 37/2004, de 13/08, veio consagrar o direito das associações de pessoas com deficiência de integrarem o Conselho Económico e Social.

Ao nível do Código do Trabalho ressaltam os artigos 85.º e 86.º que fazem recair sobre o Estado e o empregador obrigações de adoção de medidas adequadas a promover o acesso ao emprego, a progressão na carreira e a formação profissional de pessoas portadoras de deficiência ou de doença crónica.

## **2. A perspetiva europeia da deficiência e a jurisprudência do TJUE**

**2.1.** O primeiro caso decidido pelo TJUE sobre discriminação em razão da deficiência estava relacionado com sua noção e sobre quem deveria ser considerado deficiente para efeitos da Diretiva. É o caso *Chacón Navas*, processo C-13/05, de 11 de julho de 2006<sup>12</sup>.

O TJUE na decisão que emitiu deu uma noção de deficiência bastante restritiva e considerou que a doença não poderia ser considerada como um fator a acrescentar aos demais já previstos na Diretiva.

Esta decisão do Tribunal merece várias considerações. Torna-se claro, em primeiro lugar, que a definição que o TJUE adotou baseia-se no modelo médico da deficiência pois considera que a causa da limitação na deficiência está relacionada com a “incapacidade” que impede a participação na vida profissional por parte da pessoa que dela é portadora. Não há, nesta noção, qualquer referência ao ambiente nem às barreiras existentes na sociedade, assentando o problema no indivíduo e não na reação da sociedade à incapacidade da pessoa. Nesta noção adotada pelo Tribunal o indivíduo é concetualizado como o *problema* e não as estruturas sociais.

---

<sup>12</sup> Veja-se David Hosking, “A High Bar for EU Disability Rights”, in *Industrial Law Journal*, Vol. 36, n.º 2, 2007, pp. 228 e ss..

Parece-nos, assim, que o Tribunal não adotou a melhor posição, ao ter em atenção apenas este modelo médico e focando a limitação somente na incapacidade e na necessidade de provar essa mesma limitação.

Por outro lado, considera-se que a resposta do Tribunal relativamente ao conceito de doença, sobretudo de doença que pode considerar-se crónica, deveria ter sido muito mais clara, não deixando margem para ambiguidades e especulações.

Considera-se, desta forma, que a primeira decisão do Tribunal de Justiça relativa à discriminação por deficiência foi demasiado restrita, guiada por um modelo médico em detrimento de um modelo biopsicossocial. Em seu abono há que ter em atenção o facto de ter sido adotada antes da UE ter ratificado a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

**2.2.** Mais recentemente, este Tribunal, teve oportunidade de se debruçar mais uma vez sobre o conceito de deficiência e fê-lo em termos bem mais amplos.

Trata-se do acórdão *Jette Ring*, processos C-335/11 e C-337/11, de 11 de abril de 2013.

Esta decisão reveste interesse primeiro porque foi a primeira após a ratificação por parte da UE da Convenção nas Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com deficiência e também porque o Tribunal de Justiça foi chamado a precisar o conceito de deficiência definido no acórdão *Chacón Navas*, já que no cerne dos pedidos de reenvio prejudicial colocava-se a questão de saber quando se poderia considerar que existe uma deficiência na aceção da Diretiva 2000/78/CE e de que forma devia o conceito de deficiência ser distinguido do conceito de doença.

Nesta decisão o Tribunal já fez referência à Convenção das Nações Unidas, logo na análise do Direito Internacional, o que não deixa de ter relevância para o julgamento da questão atendendo a todos os princípios nela consagrados, facto que foi salientado pelo próprio Tribunal nos parágrafos 28 a 33.

Assim, o Tribunal de Justiça teve em consideração a noção de deficiência prevista nesta Convenção, tendo procedido à sua alteração ao considerar que a deficiência “deve ser entendida no sentido de que visa uma limitação, que resulta, designadamente, de incapacidades físicas, mentais ou psíquicas, cuja interação com diferentes barreiras pode impedir a participação plena e efetiva da pessoa em questão na vida profissional em condições

de igualdade com os outros trabalhadores”<sup>13</sup>, considerando que estas incapacidades, de acordo com a definição do art. 1.º, n.º 2, da Convenção, devem ser “duradouras”<sup>14</sup>.

Nota-se, desta forma, que se passou de um modelo médico para um modelo biopsicossocial, o que nos parece ser de saudar.

Mas a decisão vai mais longe seguindo a opinião da Advogada-geral Juliane Kokott, de 6 de Dezembro de 2012, entendendo nos parágrafos 40 a 42 que “não é evidente que a Diretiva 2000/78 apenas pretenda abranger deficiências congénitas ou resultantes de acidentes, excluindo as que são causadas por uma doença. Com efeito, seria contrário ao próprio objetivo da diretiva, que é o de concretizar a igualdade de tratamento, admitir que esta se possa aplicar em função das causas da deficiência.

Consequentemente, há que concluir que, se uma doença passageira ou incurável implica uma limitação, que resulta, designadamente, de lesões físicas, mentais ou psíquicas, cuja interação com diferentes barreiras pode impedir a participação plena e efetiva da pessoa em questão na vida profissional em condições de igualdade com os outros trabalhadores, e se esta limitação é duradoura, tal doença pode enquadrar-se no conceito de «deficiência» na aceção da Diretiva 2000/78.

Em contrapartida, uma doença que não implique tal limitação não se enquadra no conceito de «deficiência» para efeitos da Diretiva 2000/78. De facto, a doença enquanto tal não pode ser considerada um motivo que acresce àqueles com base nos quais a Diretiva 2000/78 proíbe quaisquer discriminações”.

Por outro lado, o Tribunal também decidiu, e mais uma vez quanto a nós bem, que o facto de a pessoa poder continuar a trabalhar não exclui a caracterização como deficiência da sua situação.

**2.3.** No que concerne ainda à jurisprudência do TJUE, não podemos deixar de referir o caso Z., processo C-363/12, de 18 de março de 2014.

Tratava-se de uma mulher que, por não poder ter filhos, celebrou um contrato de maternidade de substituição tendo-lhe sido negado pelo empregador o pedido de licença remunerada equiparada à licença de maternidade apesar de ter a bebé a seu cargo desde o nascimento, tendo o Tribunal *a quo* colocado, entre várias outras questões, a seguinte: “Deve a Diretiva 2000/78/CE, e em especial os seus artigos 3.º, n.º 1, e 5.º, ser interpretada no sentido de que deve ser qualificada como discriminação em razão de uma deficiência a situação em que a

<sup>13</sup> Parágrafo 38, onde o Tribunal chama a atenção para o facto de a atual noção ter atendido ao previsto na Convenção, alargando a definição que tinha dado no acórdão *Chacón Navas*.

<sup>14</sup> Parágrafo 39.



entidade empregadora indefere o pedido de licença remunerada equiparada à licença de maternidade e/ou à licença para adoção apresentado por uma mulher que sofre de uma deficiência que a impede de dar à luz, cuja filha biológica nasceu na sequência de um contrato de maternidade de substituição e que tem a bebé a seu cargo desde o nascimento?”<sup>15</sup>

O TJUE decidiu este caso no dia 18 de março de 2014, seguindo a opinião de 26 de setembro de 2013 do Advogado-geral NILS WAHL.

Assim, considerou que a Diretiva 2000/78 deve ser interpretada, tanto quanto possível, em conformidade com a Convenção da ONU e que, nos termos do artigo 216.º, n.º 2, do TFUE, os acordos internacionais celebrados pela União Europeia vinculam as suas instituições, tendo de prevalecer sobre os atos da União. Contudo, apesar de defender que deficiência deve ser entendida como um “conceito em evolução”, não se pode deixar de atender que existe aparentemente uma diferença assinalável<sup>16</sup> entre a definição da Convenção da ONU e a definição que o Tribunal de Justiça optou por utilizar no acórdão *Jette Ring* pois, enquanto a Convenção da ONU refere, em termos gerais, a participação na sociedade, a definição do Tribunal de Justiça abrange apenas a participação na “vida profissional”. E, por isso, defendeu que “não parece que a doença de que Z impeça, na aceção da jurisprudência do Tribunal de Justiça, em «interação com várias barreiras [...] a participação plena e efetiva da pessoa em questão *na vida profissional* em condições de igualdade com os outros trabalhadores». Com efeito, conforme o Tribunal de Justiça observou, para efeitos da Diretiva 2000/78, o conceito de «deficiência» deve ser entendido como estando relacionado com as possibilidades que essa pessoa tem para trabalhar e para exercer uma atividade profissional. Esta abordagem parece corresponder aos objetivos prosseguidos pela diretiva que consistem, nomeadamente, em combater a discriminação no âmbito específico do emprego e, por conseguinte, permitir que uma pessoa portadora de uma deficiência aceda ao mercado de trabalho e nele participe”.

**2.4.** Há, ainda, um pedido de reenvio prejudicial sobre esta matéria e que envolve, tal como o caso anterior, uma situação de discriminação intersectorial, num caso muito interessante e que é o processo C-354/13, de 27 de junho de 2013, e que está relacionado com uma situação de obesidade. Neste caso, o Tribunal *a quo* coloca inúmeras questões, sendo que para aqui releva sobretudo a última: “A obesidade pode ser considerada uma deficiência, abrangida pela proteção conferida pela Diretiva 2000/78/CE do Conselho, de 27 de novembro de 2000, que

---

<sup>15</sup> Sublinhado nosso.

<sup>16</sup> Sublinhado nosso.

estabelece um quadro geral de igualdade de tratamento no emprego e na atividade profissional, e, sendo o caso, quais os critérios que devem ser determinantes para apreciar se a obesidade de uma pessoa em concreto implica que essa pessoa está protegida pela proibição de discriminação em razão de deficiência prevista na diretiva?”<sup>17</sup>.

**2.5.** Uma outra questão já colocada ao TJUE, e com bastante interesse, é a de saber se estão protegidos pela legislação antidiscriminatória apenas as pessoas que são portadoras de alguma deficiência ou também aquelas que, não o sendo, estão relacionadas com elas por associação. O caso relacionado com esta matéria, ainda sobre o âmbito de aplicação da Diretiva, foi decidido pelo TJUE através do processo C-303/06, de 17 de julho de 2008, o caso *Coleman*. Tratava-se da Sr.<sup>a</sup> *Coleman*, que trabalhava numa sociedade de advogados e que tinha um filho portador de uma deficiência — broncomalácia e de laringomalácia congénita— sendo que era ela que tinha o filho a seu cargo. Alegava ela que após ter voltado ao trabalho depois de ter tido o seu filho, começou a ser tratada de forma menos favorável do que os seus colegas em posições comparáveis, dado que ela é que era a principal responsável pelo seu filho, tendo inclusive a sua guarda.

Na decisão, o Tribunal de Justiça começou por realçar, seguindo a opinião do Advogado-Geral Poirares Maduro, de 31 de janeiro de 2008, que o objetivo da Diretiva é o de “lutar contra todas as formas de discriminação em razão de deficiência. Com efeito, o princípio da igualdade de tratamento consagrado por esta diretiva neste domínio aplica-se não a uma determinada categoria de pessoas, mas em função das razões referidas no seu artigo 1.º.

O TJUE decidiu, assim, que é a característica abrangida, mais do que a pessoa que alega a discriminação, que deve ser atendida.

**2.6.** Também no processo *Comissão contra Itália*, C-312/11, de 4 de julho de 2013, o TJUE decidiu que a República Italiana não tinha transposto corretamente a Diretiva 2000/78 relativamente ao dever de adaptação razoável por não aplicar este dever a todos os empregadores tendo defendido no considerando 59, na senda da decisão *Jette Ring*, que esta noção visa a eliminação das barreiras que impendem a plena e efetiva participação das pessoas portadoras de deficiência na vida profissional em igualdade de circunstâncias com os restantes trabalhadores, reforçando no considerando 61 que estas adaptações se aplicam a todos os empregadores, desde que não lhes imponham um encargo desproporcionado.

---

<sup>17</sup> Sobre este pedido veja-se Tom Stiebert, “Diskriminierungsschutz XXL — Super Size Me?”, in *NZA*, n.º 5, 2014.

Consideramos ainda de grande importância o defendido pelo Tribunal no Considerando 62 pois decidiu, e quanto a nós bem, que não basta que os Estados membros, para transporem corretamente o art. 5.º da Diretiva, “editem medidas públicas de incentivo e de ajuda, cabendo-lhes ainda a obrigação de impor aos empregadores a obrigação de adotar medidas eficazes e práticas em função das necessidades nas situações concretas das pessoas portadoras de deficiência, permitindo que possam aceder a um emprego, que o possam exercer, progredir ou que possam receber uma formação adequada.

### **3. Perspetiva nacional**

Ao nível da legislação nacional existe, tal como já mencionamos anteriormente, proteção legal assegurada no CT não só relativamente ao trabalhador portador de deficiência ou doença crónica mas também relativamente ao trabalhador com capacidade de trabalho reduzida nos termos dos arts. 84.º e ss.º e de várias legislações avulsas.

#### **3.1. Proteção contra a discriminação no emprego**

As pessoas portadoras de deficiência, doença crónica ou capacidade de trabalho reduzida encontram-se protegidas contra qualquer forma de discriminação logo no art. 24.º, n.º 1, do CT que se insere Subsecção III, Divisão I do Código do Trabalho que consagra várias disposições de carácter geral sobre a matéria de igualdade e não discriminação. O legislador nacional transpôs nesta parte a Diretiva 2000/78/CE e consagrou a proibição quer da discriminação direta, quer da discriminação indireta.

Porém, a proibição da discriminação é mitigada perante o teor do art. 25.º, n.º 2, do CT que admite certas disposições, critérios ou práticas distintivas baseadas na capacidade de trabalho reduzida, deficiência ou doença crónica desde que satisfaçam os critérios previstos no mesmo. Assim, não existirá discriminação na diferença de tratamento se decorrer da natureza da atividade profissional em causa ou do contexto em que a mesma é exercida; que a característica diferenciadora seja justificável e determinante para o exercício da atividade; que o objetivo seja legítimo; que respeite o princípio da proporcionalidade<sup>18</sup>, embora não nos pos-

---

<sup>18</sup> No mesmo sentido poderá ver-se o art. 5.º, n.º 3, da Lei n.º 46/2006, ao estabelecer que “As práticas discriminatórias definidas no n.º 1 não constituirão discriminação se, em virtude da natureza da actividade profissional em causa ou do contexto da sua execução, a situação de deficiência afecte níveis e áreas de funcionalidade que constituam requisitos essenciais e determinantes para o exercício dessa actividade, na condição de o objectivo ser legítimo e o requisito proporcional”.

samos esquecer das regras relativas à repartição do ónus da prova previstas no art. 25.º, n.º 5, do CT.

Para além das regras previstas no CT em matéria de proibição de discriminação existe a Lei 46/2006 que visa proibir e punir a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde aplicando-se não apenas no contexto laboral. Este diploma no art. 5.º, com a epígrafe discriminação no trabalho e no emprego, reproduz, essencialmente o que está previsto no CT, embora tenha de ser salientado que na alínea *b*) do n.º 1 deste artigo se proíbe “a produção ou difusão de anúncios de ofertas de emprego, ou outras formas de publicidade ligada à pré-seleção ou ao recrutamento, que contenham, direta ou indiretamente, qualquer especificação ou preferência baseada em fatores de discriminação em razão da deficiência”, pois a norma equivalente ao nível do CT só proíbe relativamente à discriminação em razão do sexo nos termos do art. 30.º, n.º 2.

É importante, ainda atender à consagração da aceitação de medidas de ação positivas que não são consideradas discriminação nos termos do art. 27.º. Contudo, é importante atender que estas medidas não podem ser confundidas com o conceito de adaptação ou acomodação razoável previsto no art. 86.º pois apesar da epígrafe deste ser *Medidas de ação positiva*, há uma certa obrigatoriedade destas logo consagrada no n.º 1 deste artigo desde que cumpram determinados requisitos, que não existe neste artigo, ainda que estejam intimamente ligados. O art. 27.º pretende consagrar a ideia de igualdade enquanto igualdade de oportunidades considerando lícitas determinadas medidas de *discriminação positiva* e que poderão originar a adoção de medidas temporárias que consagram um tratamento desigual como forma de compensar desigualdades de oportunidades e de tratamento que ocorrem na vida social.

### **3.2. A consagração de quotas de emprego como discriminação positiva**

Claramente relacionado com o art. 27.º está a questão da existência de quotas de emprego para determinados grupos.

Contudo, apesar de se defender a existência de quotas de emprego relativamente aos trabalhadores portadores de deficiência, parece-nos ser necessário ter em atenção a dimensão da empresa em causa pois a limitação da liberdade contratual do empregador através desta imposição tem reflexos diferentes consoante se trate de uma microempresa ou de uma média ou grande empresa.

O ordenamento jurídico português, contrariamente ao que acontece noutros ordenamentos jurídicos, estabeleceu uma quota diferente consoante se trate de empresas privadas ou a Administração Pública.

Assim, o art. 28.º, n.º 1, da Lei n.º 38/2004, impõe às empresas o dever de “contratar pessoas com deficiência, mediante contrato de trabalho ou de prestação de serviço, em número até 2% do total de trabalhadores”, tendo em atenção a sua dimensão. Alargando depois esta possibilidade não só para as empresas no n.º 2.

Contudo, neste artigo, para além de não se fazer qualquer alusão ao que deve ser entendido por dimensão da empresa, abarca-se na quota não só a possibilidade de trabalho subordinado através de um contrato de trabalho, como a possibilidade de trabalho autónomo, através de um contrato de prestação de serviços, o que não deixa de causar alguma estranheza. Estranheza esta que se prolonga ao ler no n.º 3 deste artigo, que a quota para a Administração Pública será igual ou superior a 5%.

Aliás, a existência de uma quota de valor igual ou superior a 5% já se encontrava consagrada no DL n.º 290/91, de 3 de fevereiro, que estabeleceu um sistema de quotas de emprego na administração pública para pessoas com deficiência no art. 3.º.

### **3.3. Políticas ativas de mercado de trabalho para a integração de pessoas portadoras de deficiência, doença crónica ou capacidade de trabalho reduzida**

Para além da existência de um sistema de quotas para tentar dinamizar a contratação de pessoas portadoras de deficiência, existem mecanismos que visam a tutela e a promoção da empregabilidade destas pessoas, podendo referir-se vários programas e tipos de emprego e que variam desde apoios económicos, a custos salariais mais reduzidos, apoios para dotarem de maior acessibilidade o local de trabalho, entre outras possibilidades.

Assim, a contratação de pessoas com deficiência é encorajada através de incentivos financeiros introduzidos pelo governo. Os apoios podem ser concedidos quer à própria contratação de pessoas com deficiência, quer à execução ou implementação de ajudas técnicas para que a empregabilidade seja possível. Por outro lado, as empresas podem receber subsídios para compensar decréscimos da produtividade de trabalhadores com deficiência, por comparação com os restantes trabalhadores. De todas estas medidas decorrem vantagens financeiras consideráveis para as empresas que contratam e mantêm trabalhadores com deficiência.

**3.3.1.** A tutela proporcionada começa antes mesmo da inserção no mercado de trabalho através de políticas ativas de formação e qualificação profissional, tal aliás como se pode ler no Capítulo II, intitulado *Apoio à qualificação*, do Programa de Emprego e Apoio à Qualificação das Pessoas com Deficiências e Incapacidades, previsto no DL 290/2009, de 12 de outubro, alterado pelo DL 131/2013, de 11 de setembro.

Este programa tem por objeto, tal como consagrado no art. 1.º, adotar medidas de apoio à qualificação, de apoio à integração, manutenção e reintegração no mercado de trabalho, de emprego protegido e de prémio de mérito.

Na primeira fase pode salientar-se as ações de formação inicial e contínua dirigidas às pessoas com deficiências e incapacidades, empregadas ou não, e que tenham apoio financeiro. Para atingir o objetivo desta medida, a legislação prevê apoio financeiro aos empregadores no que concerne às ações de formação contínua realizadas para os seus trabalhadores com deficiência ou incapacidades que abrange despesas relacionadas com a adaptação do posto de formação, aquisição de recursos pedagógicos assim como didáticos e, se necessário, a disponibilização de serviços especializados de forma a possibilitar o acesso e a frequência da formação.

Neste diploma legal consagram-se ainda outras medidas que visam também esta integração vocacional no mercado de trabalho através de apoios à integração, manutenção e reintegração no mercado de trabalho previsto no Capítulo III — art. 15.º e ss..

Através desta medida visa-se promover a integração, a manutenção, assim como a reintegração no mercado de trabalho de pessoas com deficiências e incapacidades através de diversas modalidades relacionadas com a informação, avaliação e orientação para a qualificação e emprego, o apoio à colocação, o acompanhamento mesmo após a colocação, a própria adaptação de postos de trabalho, assim como a eliminação das barreiras arquitetónicas e a isenção e redução de contribuições para a segurança social, sendo importante referir que os apoios financeiros existem quer para as pessoas com deficiências e incapacidades beneficiárias deste regime, como também os centros de recurso nos termos do art. 28.º e ss...

**3.3.2.** As políticas ativas de mercado de trabalho consagram a existência de tutela também na própria fase de contratação e execução do contrato de trabalho através da existência do *emprego apoiado* previsto no Capítulo IV do DL 290/2009, art. 38.º e ss..

O conceito de emprego apoiado designa “o exercício de uma atividade profissional ou socialmente útil com enquadramento adequado e com possibilidade de atribuição de apoios especiais por parte do Estado, que visa permitir às pessoas com deficiências e incapacidades o

desenvolvimento de competências pessoais e profissionais que facilitem a sua transição, quando possível, para o regime normal de trabalho”, incluindo o desenvolvimento de atividades em contexto laboral.

No âmbito do emprego apoiado temos quatro modalidades que têm uma extensão maior do que as modalidades de emprego anteriores e que são o estágio de inserção para pessoas com deficiências ou incapacidades, contrato emprego-inserção para estas pessoas, centro de emprego protegido e contrato de emprego apoiado em entidades empregadoras.

Pode ainda referir-se, ainda que não diretamente relacionado com as pessoas portadoras de deficiência, a medida denominada Estímulo 2013, prevista na Portaria n.º 106/2013, de 14 de março, que consiste em apoio financeiro, que inclui financiamento da União Europeia, às entidades empregadoras que celebrem contratos de trabalho a tempo completo ou a tempo parcial por prazo igual ou superior a 6 meses, com desempregados inscritos nos centros de emprego ou centros de emprego e formação profissional, com a obrigação de proporcionarem formação profissional aos trabalhadores contratados pois existe uma majoração de 10% do apoio concedido pelo Estado<sup>19</sup> se o contrato de trabalho for celebrado com pessoa com deficiência e incapacidade.

**3.3.3.** No Código do Trabalho podemos ainda referir a proteção prevista nos arts. 84.º a 88.º, merecendo aqui destaque, sobretudo, os arts. 87.º e 88.º.

O art. 87.º, com a epígrafe *Dispensa de algumas formas de organização do tempo de trabalho de trabalhador com deficiência ou doença crónica*, deve ser relacionado com os arts. 204.º a 207.º sobre a adaptabilidade, 208.º, relativo ao banco de horas e 209.º, referente ao horário concentrado, assim como o próprio trabalho noturno, previsto nos arts. 223.º a 225.º.

O art. 88.º dispensa os trabalhadores com deficiência ou doença crónica de prestar trabalho suplementar.

**3.3.4.** O DL n.º 299/86, de 19 de setembro<sup>20</sup> estabeleceu incentivos às entidades empregadoras, através de desagravamento contributivo, como uma forma de facilitar a integração de pessoas portadoras de deficiência no trabalho.

Desta forma, as entidades empregadoras que contratem uma pessoa deficiente por tempo indeterminado — desde que tenham capacidade para o trabalho inferior a 80% da capacidade

<sup>19</sup> O empregador que contratar algum destes destinatários terá o apoio de 50% da retribuição mensal do trabalhador por um período máximo de 6 meses, no caso de celebração de contrato a termo certo ou de 18 meses, no caso de celebração de contrato de trabalho sem termo.

<sup>20</sup> Alterado pelo DL n.º 125/91, de 21 de março.

normal exigida a um trabalhador não deficiente no desempenho das mesmas funções — têm direito a descontar menos para a Segurança Social por esse trabalhador, ou seja, têm direito a uma redução da *taxa contributiva*, passando a pagar 12,5% sobre as remunerações do trabalhador.

Para ter direito à redução da taxa contributiva, a entidade empregadora tem de cumprir as seguintes condições: a) ter os pagamentos de contribuições à Segurança Social em dia; b) celebrar com um trabalhador deficiente um contrato por tempo indeterminado.

#### 4. Conclusões

Podemos apontar do lado positivo que há agora mais legislação e mais iniciativas institucionais, assistindo-se, de um modo geral, a uma maior consciencialização da necessidade de vencer este tipo de discriminação.

Contudo, a mudança de paradigma que começou a ocorrer ainda não está completa. A discriminação em razão da deficiência continua a ser tratada como uma espécie de “apêndice” no campo da discriminação, inferior às outras formas, ditas clássicas, de discriminação.

Por outro lado, as capacidades não vão a par da vontade política e uma crise económica prolongada como a atual expõe as debilidades estruturais e agrava mesmo a discriminação estrutural.

Compreendo que a mudança de leis anti discriminatórias para leis que promovam a efetiva igualdade não seja fácil. E, sem dúvida, é mais fácil e mais barato focar a atenção em deveres negativos do que impor obrigações positivas aos empregadores. E todos sabemos que no mundo do trabalho a perspectiva económica e a perspectiva humana entra por vezes em conflito. Há sempre a tentação de se ser mais competitivo principalmente no mundo globalizado em que vivemos e, sobretudo, nos últimos anos.

Em tempos de crise a desigualdade, a insegurança e o perigo de exclusão são alimentados pela discriminação direta e indireta, sendo que a relação entre não discriminação e estabilidade social é especialmente importante numa época de adversidade económica.

As medidas adotadas para reduzir os efeitos da crise, especialmente os pacotes de austeridade vieram por vezes aumentar, indireta e inadvertidamente, a discriminação contra certo grupo de pessoas. E o problema é que as preocupações com o crescimento e o desemprego ocupam o primeiro lugar no *ranking* de prioridades, pelo que as preocupações relativamente à discriminação podem facilmente ocupar um segundo lugar nas políticas dos Estados a curto



prazo e nas decisões orçamentais com incidência direta nas instituições públicas e privadas que lidam com estas questões.

Contudo, defende-se que seja qual for o impacto social da crise financeira, as estratégias e medidas de recuperação pós-crise não devem ignorar os princípios da igualdade e não discriminação.



CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

*Saúde Doença e discriminação no local de trabalho*

**Debate**

**Albertina Aveiro Pereira** (Moderação)  
Juíza Desembargadora

**Joana Vasconcelos**  
**Teresa Coelho Moreira**




C E N T R O  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

# SEGURANÇA NA SAÚDE E NO TRABALHO

C E N T R O  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

*Princípios gerais de segurança e saúde no trabalho*

**Pedro Braz**  
Inspetor-Geral do Trabalho (ACT)

 Apresentação da comunicação



C E N T R O  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS



## ***A importância da Medicina no Trabalho***

**Salvador Massano Cardoso**

Professor Catedrático da Universidade de Coimbra

Falar de medicina do trabalho é falar da essência mais nobre da medicina, a prevenção e a promoção da saúde.

A medicina atua através de quatro verbos, cortar, substituir, modificar e prevenir. Todas são importantes, cortar um tumor, substituir um órgão, modificar algo que foge à normalidade do funcionamento do organismo e por último, o objetivo máximo que é prevenir a doença e dar mais saúde à saúde.

Falar de trabalho é falar da condição humana. O homem nasce com o trabalho, o trabalho é a marca da consciencialização do homem. A diferença entra a nossa espécie e as demais assenta na consciência da existência, somos frágeis, sabemos que estamos condenados a morrer e somos obrigados a trabalhar para viver. Consciência da existência, obrigação de trabalhar e estar condenado ao sofrimento constituem a essência da humanidade

Presumo que em todas as culturas o elogio ao trabalho é uma constante. É pelo trabalho que o homem se liberta e se realiza. No entanto, existe um senão relacionado com o trabalho, mata e provoca doenças. Uma contradição, o que está na base da realização é fonte de sofrimento. Foi sempre assim, e hoje continua a matar e a provocar muitas doenças e acidentes.

No fundo, o trabalho comporta duas faces de uma moeda, a bela e a má. Mas, na prática como que por artes mágicas, muitas dessas moedas são falsas, apresentando ambas as faces más. Se olharmos à nossa volta, podemos verificar que muita má moeda circula por esse mundo fora e, também, entre nós.

Na definição de saúde da OMS — definição política — está contemplado que o nível mais elevado de saúde é um objetivo social em todo o mundo, cujo alcance exige a intervenção de muitos fatores sociais e económicos.

A saúde é coisa própria, a saúde ganha-se ou perde-se. Neste jogo, os meios ambientes material, afetivo e social jogam um papel importante, algo que, consideramos singular: a organização do trabalho.

Quando se fala da famosa definição de saúde da OMS, omite-se ou pára-se na primeira fase. Seria conveniente continuar com a mesma para vermos a importância do trabalho. A definição original de saúde é retomada pela mesma organização de forma a realçar aspetos importantes do meio e do trabalho.

A saúde não é a mera ausência de doença, mas sim um estado ótimo de bem-estar físico, mental e social. A saúde não é algo que se possua como um bem, mas sim uma forma de funcionar em harmonia com o meio (trabalho, lazer e forma de vida em geral). Não significa somente ver-se livre de dores ou doenças, mas também a liberdade para desenvolver e manter as capacidades funcionais.

O conceito de saúde tem sofrido muitas transformações ao longo dos tempos. Através da análise histórica e do meio ambiente social podemos compreender melhor a história social das relações saúde-doença. Cito, a título de exemplo o caso do bacilo de Kock e a tuberculose. Este bacilo existe há muitos milhares de anos, mas foi sobretudo graças à concentração dos agricultores deslocados para as cidades, à desnutrição, às carências higiénico-sanitárias da revolução industrial, e às novas formas de organização laboral as principais razões para o desbravamento da tuberculose. As mudanças do tipo de trabalho foram determinantes para a eclosão da epidemia.

A saúde não é um dom. A saúde é coisa própria. A saúde é a reserva mais importante que os trabalhadores têm.

Os indivíduos fundamentais na defesa da saúde nos ambientes de trabalho são os próprios trabalhadores. A saúde de quem trabalha não é uma mercadoria para vender, mas sim um bem a defender mediante a prevenção. A prevenção efetua-se com a contribuição dos

conhecimentos técnicos e científicos, os resultados dos estudos ambientais e sanitários e a avaliação subjetiva dos trabalhadores.

Verificamos que a tendência atual é caminhar desde o direito à saúde até à prevenção. É interessante verificar a tentativa de rutura com uma velha tradição que, infelizmente, ainda permanece: a “*monetarização da saúde*”. Ou seja, a aceitação de recompensas ou incentivos económicos a troco de condições de trabalho hostis. Esta observação revela-se particularmente nos dias e momentos de crise económica em que são violados muitas regras e princípios que deviam proteger a saúde quem trabalha.

O discurso oficial relativamente à prevenção assenta nos hábitos pessoais, como sinónimo de responsabilidade do estado de saúde-doença. Quando se fala em cancro, a tónica da prevenção assenta nos riscos individuais, esquecendo-se os fatores ambientais e laborais; o mesmo se passa num sem número de doenças, inclusive as próprias doenças cardiovasculares. São os trabalhadores com menores rendimentos os que sofrem, bebem e fumam mais e têm as piores dietas. A falta de decisão ou a sua limitação, aliada às exigências de trabalho, e falta de suporte social, determinam que os trabalhadores nestes patamares estejam mais sujeitos ao stresse no trabalho e, conseqüentemente, expostos a um sem número de problemas. Em síntese, o não reconhecimento destas influências sociais e laborais limita naturalmente qualquer tentativa de impacto da prevenção, em virtude de centrar-se no indivíduo.

Algumas doenças laborais são conhecidas desde longa data. Talvez a falta de prevenção nos ambientes de trabalho e as suas conseqüências estejam na origem dos patronos dos diferentes ofícios: São José para os carpinteiros, São Lourenço para os ferreiros, Santa Bárbara para os mineiros, São Cosme e São Damião para os médicos e, mais recentemente, São Isidoro de Sevilha eleito para os cibernautas.

Nos finais de 1700, Sir Thomas Percival descrevia que *“as indústrias têxteis compram meninos em Londres e noutras cidades por cinco libras. A urgência é tanta para conseguir mercadoria barata, que se aceitava um idiota por cada 12 normais”*. *“A vida destes meninos ficava totalmente à mercê dos industriais; viviam em barracas e os horários de trabalho, alimentação, roupa e assistência médica dependiam deles, vocacionados em explorá-los ao máximo, porque sabiam que se um deles morresse, havia outro para ocupar o seu lugar”*. Sir

Percival continuou a efetuar denúncias. No final do século XVIII, o Parlamento Britânico terminou com a situação, impedindo que os industriais obrigassem as crianças a trabalhar mais de 12 horas por dia ou a efetuar trabalho noturno.

O impacto das más condições de trabalho na doença e nos acidentes tem sido alvo de várias publicações e reflexões. Renzo Richi, no seu livro *“La muerte obrera”*, afirmava que a Itália não é só uma terra de poetas, de santos e de emigrantes. A sua fama na história da civilização ocidental ficará também ligada à primazia no campo dos acidentes de trabalho e doenças profissionais. Mas não é só neste país, ocorre o mesmo fenómeno em todos, independentemente da cultura e regime.

Mussolini, nas vésperas da declaração de guerra à Inglaterra, disse a Badoglio que necessitava apenas de alguns milhares de mortos para conquistar o direito a sentar-se à mesa da paz em traje de guerra. Resta saber quantos morreram ou ficaram estropeados para que os políticos e empresários se sentassem à mesa do progresso económico. Esta reflexão está contida igualmente noutras obras.

O fluxo migratório de trabalhadores, ocorrido nos E.U.A. para os diversos campos de batalha, onde tiveram (e têm) que lutar contra os agentes químicos, as más condições de trabalho, sujeitos a tensões intensas quer do ponto de vista físico e emocional, é paradigmático. Para estas vítimas, que se contam por milhões de doentes e de mortos ou incapacitados, não se erigem mausoléus, além de que, não seriam mais do que um testemunho à negligência, a medidas ineficazes e a ocasiões perdidas.

A deterioração da saúde perante as más condições de trabalho é somente um indicador, um sintoma que nos remete para as contradições sociais. Os acidentes de trabalho são uma praga a nível mundial, ocorrendo cerca de 22 por hora. Sabemos que existe uma correspondência da ordem de 750 acidentes por óbito. Deste modo, estima-se em mais de 150.000.000 acidentes de trabalho a nível mundial, por ano.

Um dos problemas que se nos coloca é a subnotificação das doenças profissionais. Mesmo nos países desenvolvidos dos quais Portugal faz parte, concluímos por cifras patéticas. As consequências são óbvias, os interessados não recebem as respetivas indemnizações, além de adiar ou impossibilitar as necessárias ações preventivas.

Quando se fala de doenças do trabalho, devemos ter em consideração dois conceitos: doenças profissionais e doenças relacionadas com o trabalho. As doenças profissionais são as originadas direta e exclusivamente por um fator de risco próprio do ambiente do trabalho (ex.: surdez profissional, silicose, brossinose, etc.). No entanto, o conceito de doença profissional é um conceito meramente legislativo, isto é, para assinalar as doenças, para as quais, nos diferentes regimes de segurança social, estão contempladas ações de indemnização. Há países cujas listas de doenças profissionais são limitadas. Pode acontecer que uma doença seja considerada como profissional num país e não noutra.

O conceito de doença profissional é reducionista e deixa de lado um grande número de doenças que, não sendo exclusivas de agentes ou fatores laborais, se distribuem com predileção especial entre os trabalhadores. Estas afeções sendo inespecíficas, porque não reconhecem um só agente causal, são designadas como doenças relacionadas com o trabalho. Podemos destacar doenças como o cancro, o aborto, as doenças cardio vasculares, as artroses, etc.

Alguns dados permitem-nos verificar a ignorância sobre estes temas. Se analisarmos as dezenas de milhares de substâncias químicas utilizadas, podemos afirmar que em 80% dos casos não existem estudos de toxicidade; os médicos não têm de um modo geral formação na área da saúde ocupacional durante o seu percurso universitário; os trabalhadores habitualmente não estão devidamente informados sobre os riscos que correm, e os organismos estatais revelam insuficiências e limitações confrangedoras.

A medicina do trabalho foca o seu interesse em áreas muito importantes. Destaco o problema do stress laboral, o envelhecimento precoce (medido através da polipatologia) e o desgaste laboral (morte prematura).

O desgaste pode ser definido como a perda de capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica. Os indicadores de desgaste mais utilizados são os sinais e sintomas inespecíficos, o perfil patológico, os anos de vida perdidos, o envelhecimento precoce e a morte prematura.

Na realidade não há uma saúde física e uma saúde mental. O processo saúde-doença obriga-nos a encará-lo na totalidade. Muitas profissões estão sujeitas a pressões diversas a

nível laboral, das quais resultam consequências graves. Stresse, síndrome de *burn-out*, alcoolismo e enfarte constituem alguns dos principais problemas, nos quais o desgaste psíquico desempenha um papel muito importante.

Em 1700 foi publicado o primeiro tratado médico de especialidade. Foi precisamente na área da Medicina do Trabalho. Bernardino Ramazzini, cuja reputação mundial é reconhecida por todos, deu um impulso notável à compreensão dos fenómenos que atingem os trabalhadores. É bom não esquecer o seu tratado, *De Morbis Artificum Diatriba*.

Efeito do mercúrio, problemas das tipografias, patologias dos fabricantes de espelhos, soldadores, químicos, ferreiros, pedreiros, manipuladores de cereais, operários da indústria têxtil, do tabaco, entre muitos outros, dão uma imagem muito séria das condições laborais na saúde dos trabalhadores. No mínimo, o que se pode afirmar é que é notável a perspicácia e o alcance deste professor de Modena, que deixou um legado muito importante à comunidade científica. No entanto, esta, atrasada, não soube aproveitar os ensinamentos e os princípios que muito mais tarde foram desenvolvidos. De facto, no século XIX observou-se uma revolta e uma consciencialização dos problemas laborais em todas as dimensões, nomeadamente na área da saúde. A medicina começou a ser considerada como uma ciência social apenas em meados do século XIX. Foi a última das disciplinas a ser abrangida pela revolução científica dos séculos precedentes!

De acordo com George Rosen, no seu livro *“Da Polícia Médica à Medicina Social”*, Emil Behring verificou que a associação causal entre a miséria social e a doença constituía uma característica do pensamento médico do século XIX.

Não há nenhum médico que desconheça o nome de Rudolf Virchow. No entanto, é conhecido, sobretudo como anatomopatologista. Mas este ilustre autor desempenhou, a par de outros cientistas, um papel muito importante no desenvolvimento da medicina social. Virchow foi um entusiasta do espírito revolucionário que varreu a Europa Central em meados do séc. XIX. Aderente do movimento revolucionário de 1848, defensor das barricadas dos *“Dias de Março”* de Berlim, trocou as armas pela escrita onde fez uma interessante e profunda análise da concepção da medicina. Para Virchow a medicina *“É uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala”*.

As principais razões para a medicina ser considerada como uma ciência social assentaram na industrialização e nos consequentes problemas sociais, o que levou os investigadores a estudar a influência de fatores como a pobreza e a profissão no estado da saúde.

Nomes como Villermé, Benoiston de Chateauneuf, Guépin, Constatin Pecqueur, em França, foram os mentores de novas ideias que irradiaram para a vizinha Alemanha. Virchow defendia a profilaxia social e proclamou alto e em bom som o “*direito do cidadão ao trabalho, princípio fundamental a ser incluído na constituição de um estado democrático*”. Segundo Rosen, “Virchow foi influenciado pelo Governo Provisório Francês de 1848 que reconheceu o direito ao trabalho — a doutrina de *Droit au travail* que Louis Blanc propagava desde 1839”.

Segundo Virchow, “*o proletariado em grau cada vez maior é vítima de doenças e epidemias, e as crianças morrem prematuramente ou tornam-se inválidas*”. Para a resolução destes problemas, alguns autores propuseram programas de higiene industrial com ênfase na regulação legislativa das condições de trabalho, nomeadamente a proibição do trabalho infantil antes dos catorze anos, a redução do dia de trabalho nas profissões perigosas, a proteção das mulheres grávidas, ventilação dos locais de trabalho e muitas outras medidas de carácter preventivo face às noxas conhecidas. Podemos observar a existência duma estreita correlação entre os conceitos de medicina preventiva e o local de trabalho numa época em que as condições laborais eram verdadeiramente dramáticas.

A derrota da revolução de 1848 foi seguida não da derrota das ideias de Virchow, mas do seu adormecimento. O movimento da reforma médica chegou ao fim. Virchow e os seus colaboradores não tiveram a ocasião de ver o desabrochar das sementes então lançadas. Os problemas de natureza social e económica, considerados responsáveis pela doença nos tempos de Virchow, tiveram igualmente outros lutadores e pensadores que não podemos deixar de considerar como marcos importantes na história da Medicina Preventiva. Além do mais, as condições de trabalho foram os fatores mais determinantes para o desenvolvimento do conceito de Medicina Preventiva. A este propósito não se pode deixar de citar o clássico *Inquiry into Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain* de Chadwick em 1848.

A Medicina do Trabalho é o paradigma da Medicina Preventiva e pode contribuir para uma melhoria significativa não só da saúde dos trabalhadores, como também da saúde da comunidade, com ganhos deveras importantes a todos os níveis, com lucros impossíveis de contabilizar.

A necessidade de produzir legislação nesta matéria não é de hoje, e Portugal até foi um dos pioneiros. Infelizmente, a abundante legislação nacional não se acompanhou (nem se acompanha), da adequada implementação de medidas corretivas e de prevenção, necessárias para proteger a saúde dos trabalhadores. Há uma verdadeira hipocrisia social nesta área. As diretivas comunitárias têm sido transcritas para o normativo interno. Na prática, vemos que o mesmo não é cumprido de forma adequada, não obstante algum esforço por parte dos empresários e alguma fiscalização. Mas estamos longe de atingirmos não o ideal, mas o mínimo desejável, já que todos os trabalhadores sem exceção correm riscos de acidentes e de doenças profissionais, incapacitantes e por vezes mortais. A falta de cultura, e as insuficiências na materialização dos projetos estão à vista de todos. Basta ver o que se passa no caso dos acidentes de trabalho, que apesar de drástica redução nos últimos anos, ainda constituem um grave preocupação. E no caso das doenças profissionais? Bom, neste caso, o melhor é nem falar, porque devemos ser um paraíso e exemplo para muitos outros — bem mais desenvolvidos — visto que, praticamente, não temos nada de especial, salvo alguns casos de surdez, de silicose e de dermatoses!

A área da Medicina do Trabalho é vital para o desenvolvimento do país. É preciso investir mais, não só no caso da Medicina do Trabalho, mas também na Segurança. É preciso que os políticos acordem para estes temas e acendam a luz verde para que os diferentes técnicos nacionais possam atuar no terreno. Apesar das limitações quantitativas em certos domínios, Portugal possui neste momento bons e bem treinados profissionais, capazes de revolucionar o panorama nacional. Aliás, a talhe de foice, é obrigatório recordar o já longínquo ano Europeu de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho, no qual tivemos oportunidade de acompanhar e que teve um impacto substancial, a tal ponto que, todos nós, envolvidos no processo acalentámos uma esperança — esperança vã — de continuar na senda adequada. Infelizmente, e como já é habitual, as boas ideias e iniciativas não têm o seguimento necessário, fruto da falta de visão de responsáveis que, nas substituições periódicas, acabam por eliminar os mais dotados e esclarecidos, comprometendo todo um processo que consideramos vital ao bom funcionamento do país.



É preciso dignificar a Medicina do Trabalho. Uma área que apesar de todas as vicissitudes irá conseguir resolver muitos problemas e contribuir para a saúde das comunidades. Assim, a medicina e os seus praticantes especializados neste sector irão ser chamados a contribuir decisivamente para o bem-estar e desenvolvimento da sociedade portuguesa mas, para o efeito, terá de haver uma profunda reorganização dos serviços de prestação de medicina e de saúde do trabalho de forma a garantir a qualidade dos mesmos. Nos tempos que correm são inúmeros os casos de má prática, o que não dignifica os profissionais, nem os responsáveis e nem o país.

A obrigatoriedade dos serviços de medicina do trabalho atrai muitos empresários que, à exceção de alguns, primam a sua atividade com intuítos comerciais e cuja qualidade e a dignidade das atividades pecam por defeito ou são mesmo atentatórios da arte médica. É preciso vigiar e corrigir estes desvios. É imperioso. As autoridades de saúde e do trabalho têm feito algo ou mostrado interesse na resolução, mas na prática os infratores continuam a exercer as atividades com um descaramento que brada aos céus, rindo-se ou ignorando princípios éticos ou “fintando” sem escrúpulos os normativos e leis em vigor. A ganância de ganhar dinheiro fácil sobrepõe-se aos verdadeiros interesses dos trabalhadores.

Os tempos atuais apresentam novos desafios, emergência de novas patologias e ressuscitação de velhas maleitas que, conjuntamente com novas formas laborais e organizacionais, irão exigir mudanças estruturais aos diferentes sectores da saúde ocupacional. Resta saber se estaremos à altura dos mesmos, atendendo ao facto de não termos conseguido resolver ainda muito das insuficiências que nos atingiram e continuam a atingir.



C E N T R O  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

***Acidentes de trabalho e doenças profissionais: sua verdadeira dimensão*****Maria Laura Quadrado Saraiva**

Inspetora Superior (ACT)

No âmbito do tema proposto para esta apresentação — Acidentes de trabalho, sua verdadeira dimensão —, pretendo abordar os seguintes pontos, que considero mais relevantes, na qualidade de inspetora do trabalho.

- **Dimensão mundial, europeia e nacional**
- **Principais indicadores**
- **Impactos e custos**
- **Conceito e causas**
- **Estratégia de prevenção**
- **Quadro legal de segurança e saúde no trabalho**
- **Princípios Gerais de segurança e de prevenção**
- **Gestão do risco**
- **Vigilância da saúde e participação obrigatória das doenças profissionais**

Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho em cada ano ocorrem em todo o mundo cerca de 270 milhões de acidentes de trabalho e 160 milhões de doenças profissionais e o número de mortes ultrapassa os 2 milhões todos os anos.

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho todos os anos morrem na UE mais de 140 mil pessoas devido a doenças profissionais e cerca de 9000 por acidentes de trabalho.

Existem na EU 19 milhões de pequenas e médias empresas registam 82% das lesões relacionadas com o trabalho e 90% dos acidentes mortais.

Entre 2000 e 2010 embora exista uma tendência para o decréscimo, o número de acidentes de trabalho não baixou dos 215 mil embora tivesse diminuído o número dos acidentes com consequência mortal caíram quase para metade (46,7%).

Segundo os últimos dados disponíveis, referentes ao ano de 2011, ocorreram mais dois mil e nove acidentes de trabalho dos quais 196 foram mortais.

Relativamente ao tipo de acidente mais frequente, foram apurados os principais indicadores referentes às características da entidade empregadora, do sinistrado, da localização geográfica e temporal do acidente, das circunstâncias em que ocorre e das consequências que gera.

Estes são dados administrativos do gabinete de estratégia do ministério da economia, recolhidos através das participações de acidentes de trabalho. Inclui os acidentes registados com trabalhadores deslocados no estrangeiro e não inclui os acidentes ocorridos com subscritores da Caixa Geral de Aposentações nem os acidentes de trajeto

Relativamente à dimensão, destaca-se que mais de 27% dos acidentes ocorreram em pequenas empresas, com 10 a 49 pessoas. Quanto aos acidentes de trabalho mortais a maior parte, mais de 40%, deu-se com trabalhadores de microempresas, abaixo de 10 pessoas, ou com trabalhadores independentes.

Quase metade dos acidentes em 2011 ocorreu nos setores de atividade das indústrias transformadoras e da construção 26% e 18%, respetivamente. Para os acidentes mortais, as posições inverteram-se, sendo que 29% ocorreram na construção e 15% nas indústrias transformadoras.

Caraterizando o sinistrado, apurou-se que 72,8% do total de acidentes ocorreram com homens e que este valor aumenta para 95,6% quando se consideram apenas os acidentes de trabalho mortais. O grupo profissional que mais acidentes sofreu, destacando-se dos restantes, foi o grupo dos “trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices”.

A sinistralidade distribuída por escalões etários destaca mais de metade das ocorrências em trabalhadores entre os 30 e os 49 anos — mais de 55%. Já para os acidentes mortais, o escalão etário onde se registaram mais ocorrências foi entre os 50 e os 54 anos.

Quanto ao local onde o trabalhador se encontrava no momento do acidente, foi na região norte e distrito do Porto onde ocorreram mais acidentes (mais de 84 mil) e na região centro onde ocorreram mais acidentes mortais (56).

O período horário em que ocorreram mais acidentes foi o das 10 às 11:00 horas.

A maioria dos acidentes ocorreu em “zona industrial” (37,2%), isto é, em oficinas, armazéns, fábricas, etc.

Os sinistrados executavam transporte manual de objetos ou cargas, movimento (a subir, andar, descer, etc.) e trabalho com ferramentas de mão.

Mais de metade dos acidentes teve como acontecimento desviante do normal o movimento do corpo sujeito a constrangimento físico e a perda total/parcial de controlo de máquina, meio de transporte — equipamento manuseado ou ferramenta manual.

Para os acidentes de trabalho de que se conhece informação da natureza da lesão e parte do corpo atingida, 52% dos sinistrados sofreram “feridas e lesões superficiais” e 25% “deslocações, entorses e distensões”. No que respeita à parte do corpo atingida, 37,8% dos sinistrados lesionaram “extremidades superiores” e 25% “extremidades inferiores”

Nos acidentes de trabalho mortais, as lesões mais frequentes foram as “concussões e lesões internas” e as “lesões múltiplas”. As partes do corpo mais frequentemente atingidas foram a “cabeça” e o corpo inteiro ou partes múltiplas

Do total de acidentes não mortais, em 30% não resultou qualquer dia de trabalho perdido.

Nos restantes, perderam-se mais de 5 milhões de dias de trabalho. Os acidentes de trabalho acarretam inúmeras consequências para os vários agentes envolvidos. Para o acidentado, gera sofrimento físico, moral, perda de salário, baixa do seu potencial profissional e de trabalho.

Para a família, além do sofrimento e das preocupações, as dificuldades económicas. Os colegas sentem mal-estar, inquietação, perda de tempo de trabalho, por exemplo na formação de um substituto. A empresa pode ter perdas aos mais variados níveis, na produção, paragem de máquinas, atrasos, clima psicológico em baixo, má reputação junto dos clientes e acionistas, além dos custos para o país na recuperação do acidentado.

Estudos demonstraram que os custos dos acidentes de trabalho e doenças profissionais atingem verbas de ordem muito superior às verbas de transferência de responsabilidade para as seguradoras, tendo defendido que os custos indiretos seriam quatro vezes superiores aos custos diretos.

A imagem<sup>1</sup> mostra o icebergue de Heinrich, sendo a parte descoberta representativa dos custos diretos e a parte submersa representativa dos indiretos. Heinrich, em 1931, foi autor de um estudo que considerou como custo direto o montante total de indenizações e pensões pagas pela seguradora; como custo indireto admitiu o valor assumido diretamente pela empresa (primeiros socorros, transporte do sinistrado, tempo de trabalho perdido pelo sinistrado e pelos colegas que lhe prestaram auxílio, substituição do trabalhador, retoma da atividade interrompida na sequência do acidente, perdas de produção, danos nos equipamentos, etc.); e como custo total definiu a soma dos custos diretos e indiretos. Ou seja, grande parte dos custos decorrentes dos acidentes de trabalho, é representada pela parte oculta do icebergue. Deste estudo, resultou uma tomada de consciência, por parte das empresas, de que seria possível obter uma redução significativa dos custos indiretos com a sinistralidade laboral, bastando para isso implementar um sistema eficaz de prevenção de riscos.

A ocorrência de acidentes de trabalho ou de doenças profissionais constitui um indicador relevante da existência de disfunções nos locais de trabalho e nas respectivas envolventes.

A informação da sua ocorrência à ACT, que é obrigatória para as empresas no caso de acidentes mortais ou graves, permite direcionar com maior acerto a atividade inspetiva para as situações de trabalho evidenciadas dessa forma e às organizações produtivas permite conhecer melhor as necessidades de correção das medidas de prevenção aplicadas nos locais de trabalho.

O acidente de trabalho pode ser definido como um acontecimento inesperado, que ocorre de forma brusca, normalmente evitável, que inte rompe a continuidade de uma função laboral e causa lesões aos trabalhadores.

---

<sup>1</sup> Vide Apresentação PPT.

Na definição legal, é acidente de trabalho aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho, de ganho ou a morte.

São também considerados acidentes de trabalho os acidentes de viagem, de transporte ou circulação, nos quais os trabalhadores ficam lesionados e que ocorrem por causa, ou no decurso do trabalho.

E também os acidentes que ocorrem no trajeto normalmente utilizado pelo trabalhador, entre o seu local de trabalho ou de formação, ligado à sua atividade profissional e a sua residência principal ou secundária, o local onde toma normalmente as suas refeições ou o local onde recebe normalmente o seu salário, do qual resulte a morte ou lesões corporais.

Todos os acidentes acontecem por alguma razão — eles não acontecem por acaso. Se for feita uma análise adequada do acidente, podemos identificar as suas causas, o que permitirá posteriormente definir planos de ação corretiva e promover uma política de prevenção dos riscos profissionais, com vista a melhorar as condições de segurança e saúde dos trabalhadores, eliminar as causas e impedir que outro acidente como aquele se repita.

Os acidentes podem ter origem em vários fatores conjugada ou isoladamente considerados, nomeadamente em fatores materiais como por exemplo máquinas com zonas de operações desprotegidas ou com falhas no sistema de comando, produtos perigosos ou não identificados, materiais muito pesados, com arestas ou perfis cortantes, instabilidade na armazenagem por empilhamento, áreas onde falte a delimitação das áreas de risco, sistemas insuficientes de deteção de incêndios / alarme...

Também podem ter origem em fatores ambientais como por exemplo a falta de espaço ou de acesso às zonas de trabalho, escadas em mau estado, pavimento deficiente, vias de evacuação insuficientes ou obstruídas, falta de ordem e limpeza, desconforto térmico, ruído, ambiente com contaminantes químicos, etc.

Ou em fatores Organizacionais como por exemplo o ritmo de trabalho excessivo, a execução de tarefas repetitivas e monótonas, a falta de informação sobre os processos e métodos de trabalho, a falta de formação para operações com risco elevado, o funcionamento deficiente do serviço de segurança e saúde no trabalho e falhas de gestão como a inexistência de manutenção preventiva

nos equipamentos, a insuficiência de identificação ou avaliação dos riscos, falta de eliminação ou redução dos riscos detetados etc.

E finalmente em fatores individuais como a idade, a fadiga, os consumos (álcool, drogas...), a negligência, a falta de motivação...

Mas antes que o acidente aconteça e precisamente para o evitar é que devem ser envidados todos os esforços com o objetivo central da prevenção que é eliminar ou minimizar situações de risco através de um conjunto de medidas implementadas em todas as fases da atividade da organização (conceção/projeto, produção, comercialização, etc.) para evitar a ocorrência de acidentes e de doenças profissionais.

Tradicionalmente, a **segurança no trabalho** visa a conceção e implementação de metodologias adequadas à prevenção de acidentes e a **higiene do trabalho** abrange as medidas destinadas à prevenção de doenças profissionais.

Por exemplo, as medidas de segurança de máquinas destinam-se a evitar o acidente.

As medidas de controlo na utilização de agentes químicos, que passam para o ambiente de trabalho, ou medidas de controlo do ruído, que afetam os trabalhadores expostos, previnem a ocorrência de doenças profissionais.

Ao invés do que sucede com o acidente de trabalho, a doença profissional pressupõe uma causa lenta, insidiosa e progressiva ou uma atuação continuada ou repetida de um agente existente no ambiente de trabalho.

A prevenção é a pedra angular da gestão dos riscos. É um conjunto de metodologias para prevenir e controlar os riscos das operações, capazes de afetar a segurança e a saúde dos trabalhadores.

Prevenir é gerir os riscos relacionados com o trabalho, tendo como objetivo último a redução do número de acidentes de trabalho e de doenças profissionais e a sua eliminação.

Imagem 1<sup>2</sup>: Exemplo de uma situação evitável caso o risco de queda em altura tivesse sido devidamente controlado. Imagem 2: Exemplo de uma situação evitável caso o risco de queda do trabalhador na abertura existente no pavimento tivesse sido devidamente controlado. Afinal, a queda era evitável de forma fácil e acessível.

---

<sup>2</sup> Vide Apresentação PPT.



Costuma dividir-se o quadro legal da segurança e saúde no trabalho em **princípios gerais, de segurança e de prevenção** dos quais falarei adiante, **normas genéricas** aplicáveis a todos os setores da economia como por exemplo as regras próprias sobre determinadas matérias como por exemplo máquinas e sinalização de segurança; ou em função do tipo de riscos [ex: elétricos/químicos/biológicos].

Existem também **regras específicas** para determinadas atividades económicas como a agricultura, a construção civil, minas e pedreiras, comércio e serviços, entre outras.

Face aos riscos profissionais, a obrigação fundamental do empregador consiste em conhecê-los, identificá-los por forma a, nos termos da lei, assegurar a todos os trabalhadores condições de segurança e saúde em todos os aspetos relacionados com o trabalho, devendo desenvolver uma metodologia adequada à prevenção de riscos profissionais.

O trabalhador deve cumprir as regras de segurança e saúde estabelecidas para a sua proteção.

A metodologia para a prevenção de acidentes e doenças profissionais passa pelas seguintes etapas:

Identificar os perigos existentes no local de trabalho inerentes aos edifícios, envolventes, postos de trabalho, matérias-primas, materiais, equipamentos, ferramentas, processos e métodos de trabalho.

Uma vez identificados os perigos, importa analisar se é possível eliminá-los.

Não sendo tal possível, é necessário avaliar os riscos, ou seja, conhecer os efeitos da exposição das pessoas a esses perigos.

Na avaliação de riscos procura determinar-se a probabilidade da sua ocorrência e a sua gravidade, decorrendo deste processo a valoração do risco, ou seja, a comparação dos seus indicadores (probabilidade e gravidade) com os referenciais existentes para a segurança e saúde dos trabalhadores, de que decorre um juízo sobre a natureza aceitável ou não desse risco.

Os riscos não aceitáveis necessitam de ser controlados se não puderem ser eliminados.

A eficácia do controlo depende de medidas que incidam na sua génese ou fonte e que se direcionem no sentido da adaptação do trabalho ao homem e não o contrário.

Após a identificação de perigos, quantificação de riscos, identificação de medidas para eliminar ou reduzir contacto com os riscos identificados, controlar a eficácia das medidas, deve definir-se quando devem ser novamente avaliados os riscos e rever as medidas de prevenção, num processo de melhoria contínua que garanta a eficácia das medidas de proteção

No art 15 da Lei 102/2009, de 10.9, estabelece-se um conjunto de princípios gerais de prevenção com uma hierarquia de procedimentos visando a maior eficácia possível na ação preventiva. Sempre que não seja possível controlar suficientemente os riscos, dever-se-á então proteger o trabalhador privilegiando a proteção coletiva face à proteção individual.

A obrigação geral de segurança que impende sobre o empregador é aberta e dinâmica, devendo atender a alterações das circunstâncias e tentar melhorar as situações existentes. Não se pretende enunciar uma mera declaração programática, mas sim impor e possibilitar uma maior adaptação às circunstâncias concretas e aos constantes progressos técnicos.

Na verdade, a fixação de regras precisas e absolutas poderia revelar-se insuficiente para proteger os trabalhadores, dada a evolução científica e tecnológica permanente dos nossos dias e garante mais eficazmente os interesses a tutelar, uma obrigação de conteúdo evolutivo e atualizável.

Deste modo, o cumprimento das obrigações específicas pelos empresários não os isenta de responsabilidade, no caso de se produzirem danos na saúde dos trabalhadores, porquanto a existência de uma obrigação geral impõe a adoção de todas as medidas necessárias e tecnicamente possíveis, ainda que não elencadas na lei.

Doença profissional-Concepto:

- Doença contraída em consequência de **exposição, durante um dado período de tempo**, a fatores de risco decorrentes de uma atividade profissional.
- Doenças profissionais as **constantes da respetiva lista codificada** — art. 283.º n.º 2 do CT conjugado com o art. 94.º da Lei n.º 102/2009, de 10-09 e o Decreto Regulamentar n.º 76/2007, de 17-07 que altera e republica o Decreto Regulamentar n.º 8/2001, de 5-5)
- “as lesões, perturbações funcionais ou doenças não incluídas na lista (...) desde que se prove serem **consequência necessária e direta da atividade** exercida e não

representem normal desgaste do organismo” — art. 94.º n.º 2 da Lei n.º 98/2009, de 04-09.

A OIT estimou que 2,34 milhões de pessoas morrem todos os anos em virtude de acidentes e doenças relacionados com o trabalho. A grande maioria (estima-se que sejam 2,02 milhões) morre de um vasto leque de doenças ligadas à sua atividade profissional.

**Em 2008** foram certificados **4.841 novos casos** de doença profissional. As mulheres continuam a ser mais atingidas pela doença profissional com 2.569 casos enquanto os homens registaram 1841.

Em termos de manifestação clínica, as doenças com maior incidência são as músculo-esqueléticas que, no seu conjunto, representam 66 % e afetam sobretudo as mulheres, seguidas dos casos de hipoacusia (surdez profissional) que representam 12% e afetam sobretudo os homens.

Em 2008, ocorreram 132 mortes relacionadas com doença profissional.

O número de processos no âmbito do Sistema de Certificação de Doenças Profissionais registou, em 2011, variações significativas. A certificação de doenças com incapacidade aumentou 66%. A nível das doenças sem incapacidade, o aumento foi de 209% e a taxa certificação representou 45%.

Os processos sem doença profissional diminuíram em 54%, menos 813 processos do que no ano anterior.

A estratégia de prevenção de doenças profissionais segue a mesma metodologia de avaliação e gestão do risco profissional já descrita para os acidentes de trabalho, destacando-se a importância da vigilância da saúde do trabalhador pois a doença profissional pressupõe uma causa lenta, insidiosa e progressiva e o exame médico permite a deteção precoce de sinais e sintomas de doença, os quais dependem de fatores individuais, e permite um acompanhamento ativo e continuado do trabalhador e do seu percurso de vida.

Da referida estratégia de prevenção também é importante destacar a participação da suspeita de doença profissional que reveste carácter de obrigatoriedade e compete em primeira linha ao médico do trabalho.

Desencadeia o processo de diagnóstico e reparação e revela sintomas de disfuncionamento na empresa que implica um processo de prevenção.

Contrariamente ao previsto para os acidentes de trabalho, em que, obrigatoriamente, há transferência da responsabilidade pela reparação dos danos para uma companhia de seguros, no caso das doenças profissionais compete à Segurança Social o ressarcimento dos danos. Assim, a matéria das doenças profissionais é inserida no sistema de segurança social, competindo ao Departamento de proteção contra os riscos profissionais confirmar a situação de doença profissional.

Constitui um objetivo da ACT a realização de inquéritos às situações causadoras das doenças profissionais que tenham sido objeto de “diagnóstico definitivo” comunicado pelo Departamento de Proteção contra Riscos Profissionais (art. 143.º da Lei n.º 98/2009, de 04-09), no sentido de incentivar um processo de prevenção nas empresas onde as doenças se verificam.

Mais uma vez, a palavra mágica — prevenção — que será insistentemente lembrada no próximo dia 28 de abril, em que se comemora o Dia Nacional da Prevenção e Segurança no Trabalho e se homenageiam todas as vítimas de acidentes de trabalho e doenças profissionais.



# O PAPEL DOS PARCEIROS SOCIAIS NA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

**CAP**

Confederação da Agricultura Portuguesa

**CCP**

Confederação do Comércio  
e Serviços de Portugal

**CTP**

Confederação do Turismo de Portugal

**CIP**

Confederação Empresarial de Portugal

**CGTP**

Confederação Geral dos  
Trabalhadores Portugueses

**UGT**

União Geral dos Trabalhadores

CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

*O papel dos parceiros sociais na prevenção e promoção da segurança e saúde no trabalho*

**Alexandra Freire**  
Jurista, Representante da CAP



CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS



## ***O papel dos parceiros sociais na prevenção e promoção da segurança e saúde no trabalho***

**Marcelino Pena Costa**

Vice-Presidente, Representante da CCP

### **Introdução**

A CCP, na origem Confederação do Comércio Português, foi criada em 1976 como resultado do movimento associativo surgido após o 25 de Abril.

Com a extinção das estruturas corporativas, constituíram-se livremente, e em número significativo, um conjunto de associações patronais, muitas das quais aproveitando a organização dos grémios anteriormente existentes.

Face a esta evolução, era imperiosa a constituição de estruturas que aglutinassem os vários sectores e regiões na defesa de interesses comuns.

O modelo adoptado no comércio assentou na distinção clássica entre grossistas e retalhistas, sendo criadas a Federação do Comércio Grossista Português (FCGP) e a Federação do Comércio Retalhista Português (FCRP) que filiarium directamente as associações patronais respectivas.

A CCP, enquanto estrutura de cúpula de todo o movimento associativo do comércio e serviços, agruparia as duas Federações referidas e um conjunto de associações de serviços que, acompanhando a crescente terciarização da economia, aí encontraram a estrutura por excelência para a representação dos seus interesses.

A evolução da actividade económica nas duas últimas décadas, atenuando a separação entre grossistas e retalhistas e reforçando a aproximação entre o comércio e os serviços, conduziram à necessidade de ajustar a estrutura do movimento associativo às novas realidades e dinâmicas, fazendo surgir a necessidade de repensar a organização associativa do sector terciário.

A consequência foi a alteração estatutária, já em 1995, envolvendo a própria designação da CCP, agora CONFEDERAÇÃO DO COMÉRCIO E SERVIÇOS DE PORTUGAL, o princípio da filiação directa das associações na Confederação reforçando, deste modo, a ligação das bases à estrutura de cúpula do sector.

A estrutura actual da CCP assenta em 3 pilares, em igualdade de votos: as Associações Sectoriais, Regionais e de Serviços.

A Confederação tem como missão contribuir para o desenvolvimento do País, através de 3 vetores estratégicos:

1. no papel de dinamizador do associativismo e do empreendedorismo no comércio e serviços;

2. nos contributos no Conselho Económico e Social e em sede de Concertação Social, com vista ao desenvolvimento de um Contrato Social modernizador e mobilizador;
3. no papel de interlocutor entre o mundo empresarial e os sistemas político, social e fiscal, nomeadamente junto do Governo e da Administração Pública, Cúpulas Associativas, Escolas e Universidades, e Comunidade financeira e empresarial. E, na União Europeia.

Relativamente às questões que nos colocam, começo por dizer que a visão da CCP é que as empresas estão comprometidas com altos *standards* de saúde e segurança no trabalho, não só decorrentes da obrigação legal de protecção dos trabalhadores nos locais de trabalho, mas também decorrente de uma obrigação moral e ética que faz parte integrante da política negocial das empresas.

### **Saúde, doença e discriminação no local de trabalho**

A CCP, como aliás todos os parceiros sociais, desenvolve a sua acção no quadro da prevenção e promoção da segurança e saúde, em múltiplos domínios, que se podem tipificar/elencar da seguinte forma:

- No relacionamento com as empresas e associações;
- No relacionamento com o Governo e Assembleia da República, no quadro do poder legislativo;
- No relacionamento com a Administração Pública e, nomeadamente, com a ACT;
- No domínio Internacional;
- Outros domínios de Intervenção.

### **No relacionamento com as empresas e associações**

A CCP absorve as propostas e constrangimentos das empresas na implementação das medidas de SST;

Presta informações/esclarecimentos concretos;

Desenvolve iniciativas genéricas de promoção de uma cultura de prevenção ou iniciativas sobre temas mais concretos, como por exemplo, estresse, lesões músculo-esqueléticas, etc;

- No caso específico da CCP, uma vez que desenvolve programas integrados de formação com as associações, cria condições para que empresários e activos do sector possam beneficiar de formação profissional de qualidade neste domínio.

### **No relacionamento com o Governo e Assembleia da República, no quadro do poder legislativo**

- Participa nas discussões sobre a legislação no âmbito da prevenção e promoção da segurança e saúde;
- O exemplo mais recente foi a Proposta de lei que procede à alteração da Lei n.º 102/2009 que estabelece o regime jurídico da promoção e prevenção da segurança e saúde no trabalho.
- Negoceia Acordos de Concertação, específicos sobre este tema ou de âmbito mais genérico onde este tema é abordado;

Apresenta, por sua iniciativa, propostas de alteração legislativa.

### **No relacionamento com a ACT**

Participa no Conselho Consultivo onde são analisados todos os grandes eixos de intervenção no domínio da prevenção e promoção da segurança e saúde no trabalho;

- Exemplos mais recentes desta intervenção: parecer sobre o Regulamento de Gestão do Programa Operacional de Apoio à Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho, plano de actividades da ACT, Campanha Nacional contra o trabalho não declarado;

Colabora activamente com a OIRA — Plataforma europeia online da EU-OSHA (*a ACT é ponto focal nacional da agência de Bilbao*) para avaliação de riscos sectoriais para micro e pequenas empresas.

Nos últimos dois anos tivemos um amplo trabalho no sentido de garantir a implementação desta ferramenta a ser utilizada no sector dos cabeleireiros, por técnicos de segurança e profissionais do sector, estando ainda em curso a preparação desta ferramenta para outros sectores, como por exemplo o comércio, transportes etc.

- Propôs á ACT-Prevenção a realização de uma Campanha conjunta de sensibilização e formação e disponibilização de ferramentas necessárias à abordagem dos riscos psicossociais nas empresas e organizações.

### **Mas também, envolvendo outras entidades:**

- por exemplo o SICAD, onde participamos activamente tendo dado importantes contributos para o Guia de Intervenção em meio Laboral nos riscos de consumo de substâncias psicoactivas, Brochura para as PME, etc.,
- na Prevenção do Consumo de Álcool em contexto laboral.

Ainda:

- contributos para a informação técnica da Direcção Geral de Saúde sobre contratos de saúde no trabalho,
- e sobre os cuidados de saúde primários no trabalho dos Agrupamentos e Centros de Saúde (velha reivindicação da CCP).

### **No domínio Internacional:**

A CCP representa as Confederações Patronais Portuguesas:

- no EUROFOUND — Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Dublin);
- no *Conselho de administração* da Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (EU-OSHA, Bilbao);
- e de uma forma indirecta, dada a proximidade dos temas, aborda ainda a questão da prevenção e promoção de uma cultura de SST nos Comités Consultivos da Comissão Europeia (Livre Circulação dos Trabalhadores e Coordenação dos Sistemas de Segurança Social), onde também estamos presentes.

A CCP está presente em todas as Conferências anuais da OIT onde ao longo dos anos têm sido adoptadas convenções ou recomendações sobre este tema.

### **Outros domínios de Intervenção: parceiros sociais**

Desenvolvemos, no domínio do Stress, na sequência de um protocolo assinado com a CGTP um Estudo sobre Stress no Trabalho, com o objectivo de definir um modelo de intervenção nas empresas visando a redução do stress, através da identificação das suas origens e causas, dentro e fora da empresa e das suas consequências em contexto laboral.

Estamos, neste momento, a preparar uma iniciativa conjunta com a UGT no âmbito da Higiene e Segurança no trabalho e, em concreto, na área da prevenção das lesões músculo-esqueléticas, que apresentaremos à ACT com o objectivo de diminuir as perturbações desta natureza que como todos sabem são hoje o problema mais frequente em matéria de doenças profissionais.

No âmbito do Diálogo Social e Igualdade nas Empresas, temos desenvolvido várias iniciativas visando informar e sensibilizar os empresários para as questões :

- da Igualdade de Género,
- da Conciliação entre Vida Profissional, Pessoal e Familiar e da Protecção da Maternidade e da Paternidade,
- potenciando uma mudança de atitudes e de práticas em matéria de igualdade entre mulheres e homens.

### **Orientação de base da CCP**

No quadro das discussões, nomeadamente legislativas sobre SST, a CCP sempre tem defendido que as políticas em matéria de segurança e saúde no trabalho **devem ser orientadas numa dupla perspectiva:**

- Por um lado, assentar numa cultura de prevenção e,
- por outro, assegurar um enquadramento legal que tenha em conta os riscos envolvidos em cada actividade e que discrimine positivamente as micro empresas, de forma a que estas possam não só cumprir as obrigações a que estão sujeitas, mas que possam igualmente ser sujeitos activos na disseminação de uma cultura de prevenção.

### **“Estado da Arte” em matéria de SST**

- Gostaríamos de poder afirmar que, com base no acervo legislativo existente, teríamos todas as condições para que o “Estado de Arte” fosse bastante positivo, mas infelizmente não podemos ir tão longe.

Para Finalizar:

A CCP tem um código de Ética aprovado em AG, do qual retiro os pontos relativos a liberdade, segurança e saúde no trabalho :

- (...) 4.4,2 as empresas devem promover a liberdade de oportunidades e de tratamento entre homens e mulheres, nomeadamente no que se refere ao acesso ao emprego, à formação profissional e à retribuição:

- 4.4.3 o direito à reserva da intimidade da vida privada deve ser respeitado em todas as situações;
- 4.4.4 os/as colaboradores/as portadores/as de algum tipo de doença devem poder continuar inseridos no local de trabalho, tanto quanto o permita, do ponto de *vista* clínico, a evolução do seu estado de saúde.
- **4.5 Segurança, higiene e saúde no trabalho**
- As empresas devem promover um ambiente de trabalho sadio e seguro, visando a valorização e o bem-estar, promovendo a confiança, o respeito, a justiça e o estímulo às inovações. Assim devem:
  - 4.5.1 proporcionar ao/à colaborador/a um ambiente facilitador da participação activa na prevenção dos riscos profissionais;
  - 4.5.2 assegurar a manutenção de um ambiente saudável no local de trabalho, promovendo o levantamento, a actualização e a prevenção dos riscos profissionais, cumprindo a legislação e colaborando com as entidades responsáveis pela prevenção e vigilância das condições de trabalho;
- 4.5.3 adoptar uma postura Pedagógica, que permita reduzir/eliminar os riscos no local de trabalho para colaboradores e clientes, facilitando e estimulando a participação de todos/as;
- 4.5.4 estar avertas aos factores de risco de *stress*, bem como a outros factores que possam afectar a saúde e a segurança dos/as colaboradores/as. (...)



CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

*O papel dos parceiros sociais na prevenção e promoção da segurança e saúde no trabalho*

**Hugo Dionísio**

Técnico do Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho  
Representante da CGTP



Apresentação da comunicação



CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS



## ***O papel dos parceiros sociais na prevenção e promoção da segurança e saúde no trabalho***

**Nuno Biscaya**

Diretor-Adjunto, Representante da CIP

Bom dia a todos Senhores Juizes e Magistrados do Ministério Público e outros profissionais da área forense.

Começo por agradecer ao Centro de Estudos Judiciários (CEJ), na pessoa do seu Diretor, Dr. António Pedro Barbas Homem, e ao Escritório da OIT em Lisboa, na pessoa da Diretora, Dr.ª Mafalda Troncho, a organização deste evento e o convite endereçado à CIP.

Seminários, como este que aqui nos trás, são, na nossa perspetiva, muito relevantes, dado que apresentam várias virtualidades, de entre as quais posso destacar, a título meramente exemplificativo:

- O dar a conhecer o que está a suceder no terreno, designadamente as boas práticas desenvolvidas pelas empresas;
- Dar igualmente a conhecer as diferentes sensibilidades dos atores envolvidos sobre as matérias de segurança e saúde no trabalho;
- A sensibilização de todos os intervenientes para a importância da matéria.

Não obstante os consideráveis avanços em matéria de segurança e saúde registados nos últimos anos — julgo que todos o devemos reconhecer —, segundo a Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho — Agência de Bilbao (Abril de 2012), todos os anos verificam-se 6,9 milhões de acidentes de trabalho e mais alguns milhões de novos casos de doenças relacionadas com o trabalho, sendo certo que se estima que o custo económico destes fenómenos ascenda a cerca de 490 mil milhões de euros por ano.

Mais, de acordo com dados (de 2012) da OIT, ocorrem todos os anos, no Mundo, cerca 270 milhões de acidentes de trabalho e são registadas mais de 160 milhões de doenças profissionais.

Ainda de acordo com a OIT, os acidentes e doenças profissionais causam, anualmente, mais de 2 milhões de mortes e provocam uma redução de 4% no PIB mundial.

Por sua vez, de acordo com o Relatório de 2012 sobre a Atividade de Inspeção do Trabalho, da autoria da ACT, em 2010, verificaram-se 215.632 acidentes de trabalho em Portugal e confirmaram-se 2.598 casos de doença Profissional.

Perante este quadro, devemos reconhecer que, uma vez mais, não obstante o caminho já percorrido, os números existentes são, ainda, muito preocupantes.

Minhas Senhoras e meus Senhores, quero também desde já afirmar que, na perspetiva da CIP, a prevenção de riscos profissionais constitui o melhor caminho — senão o único — para se obter uma redução progressiva, sustentada e significativa do número de acidentes e doenças profissionais, contribuindo, do mesmo passo, para a melhoria da competitividade das empresas.

E trata-se de um assunto muito importante pelas consequências sociais associadas às doenças e aos acidentes profissionais — a vida das pessoas.

Mas as políticas de prevenção, para além dos aspetos sociais, também têm subjacente, naturalmente, uma motivação de cariz económico.

De facto, um argumento relevante para a implementação de políticas de prevenção nas empresas é a vantagem económica:

- Para além da óbvia poupança em custos diretos, resultantes da ocorrência de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, observam-se:
  - Quebras de produtividade;
  - Aumentos dos custos dos seguros;
  - Ajustamentos de horários ou adoção de medidas destinadas a substituir o trabalhador ausente;

- Existe, igualmente, um conjunto de impactos que podem ser minimizados, de que é exemplo a deterioração da marca ou do produto.

Todas estas situações têm reflexos no desempenho da empresa e na sua posição concorrencial no mercado.

O absentismo no trabalho, resultante de doenças e acidentes profissionais, tem, também, um efeito negativo nas economias, em consequência da perda de produção potencial devido à redução da força de trabalho disponível e ao aumento dos custos com tratamentos médicos e da segurança social.

Em conclusão, verifica-se que prevenção dos riscos profissionais constitui um fator determinante para a saúde, segurança e qualidade de vida dos trabalhadores, com reflexos diretos na produtividade das empresas e, indiretos, no crescimento das economias.

Face a esta circunstância é facilmente perceptível a importância da participação de todos, em geral e, muito em particular, dos Parceiros Sociais, das empresas e dos trabalhadores e do Estado nas matérias de Segurança e Saúde no Trabalho.

E trata-se de uma temática que tem merecido grande atenção, e gerado amplo consenso, entre os Parceiros Sociais representados na Concertação Social e no Diálogo Social, quer ao nível internacional e da UE, quer ao nível nacional.

No âmbito internacional, são várias as Convenções e Recomendações da OIT sobre a matéria (por exemplo, a Convenção n.º 155, de 1981, sobre Segurança e Saúde no Trabalho — ratificada por Portugal em Maio de 1985 —, e a Recomendação n.º 164, de 1981, sobre a mesma matéria), sendo de destacar a Convenção n.º 187 relativa ao Quadro Promocional para a Segurança e Saúde no Trabalho, bem como a Recomendação n.º 197, sobre a mesma matéria, ambas adotadas na Conferência Internacional do Trabalho em 2006.

Aliás, o entendimento pacífico que tanto os empregadores como trabalhadores e os governos têm sobre a matéria do HIV/SIDA levou à adoção consensual da Recomendação n.º 200/2010 da OIT, sobre o HIV e a SIDA no Mundo do Trabalho foi, de que já falaram neste Seminário.

Ao nível da UE, há a salientar que a saúde e segurança fizeram parte do 1.º e 2.º Programas de Trabalho Plurianual do Diálogo Social (2003-2005 e 2006-2008), ao abrigo dos quais os Parceiros Sociais da UE (BUSINES- SEUROPE — Confederação Europeia de Empresas, CES — Confederação Europeia de Sindicatos, CEEP — Centro Europeu de Empresas com Participação Pública e/ou de Interesse Económico Geral, e UAPME — Associação Europeia da Pequenas e Médias Empresas) celebraram dois importantes Acordos sobre a Segurança e Saúde no Trabalho.

O primeiro diz respeito ao Acordo Voluntário sobre Stress Relacionado com o Trabalho, em 8 de outubro de 2004.

O segundo concerne o Acordo Voluntário sobre Violência e Assédio no Local de Trabalho, em 26 de abril de 2007.

Este tipo de Acordos têm por objetivo, por um lado, aumentar a consciência e a compreensão dos Parceiros Sociais (empresas, trabalhadores e seus representantes) quanto às respetivas matérias e, por outro lado, fornecer a esses mesmos Parceiros um quadro orientador que lhes possibilite identificar, prevenir e gerir os problemas que emergem de tal tipo de situações.

No âmbito da Estratégia Comunitária para a Saúde e a Segurança no Trabalho 2007-2012, lançada pela Comissão Europeia em Fevereiro de 2007, cometeu-se aos Estados-Membros dar prioridade à aplicação de um conjunto de instrumentos que garantam um nível elevado de respeito pela legislação da UE, designadamente nas PME e nos setores de maior risco.

Esta Estratégia Europeia, já cessou o seu período de vigência e o processo de elaboração de uma nova encontra-se em curso nas instâncias comunitárias.

Aguardamos, assim, com particular interesse o desenrolar desta matéria.

Ao nível nacional é ainda de destacar o facto de todas as Confederações Patronais e Sindicais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social (CPCS) terem

subscrito os Acordos de Concertação de 1991 e de 2001 sobre Segurança e Higiene no Trabalho.

Não obstante, verifica-se que Portugal tem revelado algum atraso em relação à situação média dos países que constituem a União Europeia, que resulta, inequivocamente, de condicionantes estruturais, mas, também, do facto de a legislação comunitária ter sido concebida com base num paradigma de empresa dificilmente ajustado à estrutura empresarial portuguesa, constituída maioritariamente por micro e pequenas empresas.

Devemos ter a consciência que qualquer organização das atividades de segurança e saúde no trabalho implementada pelas empresas e capaz de gerir os riscos — identificando os perigos, avaliando os riscos e, posteriormente, controlando esses mesmos riscos —, por muito boa que seja nunca poderá — realisticamente — suprimir por completo todos os fatores de risco inerentes às atividades desenvolvidas.

De facto, o que se pode almejar é a redução ou a minimização humanamente possível dos mencionados fatores de risco. É, no entanto, ao Estado que incumbe o papel fundamental na promoção de uma cultura de prevenção, e isso passa pela implementação de um conjunto de importantes medidas.

Tais medidas encontram-se plasmadas (ou encontravam-se) em dois documentos aprovados por consenso entre os Parceiros Sociais e o Governo: a Estratégia Nacional para a Saúde e Segurança no Trabalho 2008-2012 (v. Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2008, de 1 de Abril) e os Planos de Ação para Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho da Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT).

No que diz respeito à Estratégia Nacional para a Saúde e Segurança no Trabalho, é de realçar que, tal como a Estratégia Europeia, o seu período de vigência também terminou (2007-2012).

É, agora, necessário, perspetivar o futuro: E quanto a este posso informar que existe um consenso quanto à importância de termos uma nova Estratégia Nacional, sendo certo que brevemente será constituído um grupo de trabalho com vista a discutir os termos da eventual nova Estratégia Nacional.

Uma coisa parece certa, esta discussão deve ser precedida de uma análise séria sobre os resultados globais da implementação da Estratégia Nacional — aliás a própria Estratégia a isso obriga —, por forma a avaliar o que correu bem e o que correu mal e, assim, retirar lições que nos ajudem na formulação do futuro.

Posso informar-vos que, não obstante o manifesto atraso, o processo de avaliação da Estratégia Nacional encontra-se atualmente em curso.

Por seu turno, a intervenção fundamental das Confederações Patronais na promoção de uma cultura de prevenção passa principalmente por ações de sensibilização e divulgação junto das empresas e das associações.

Aliás, quero aproveitar este momento para vos transmitir que a CIP, com o apoio do Programa Operacional Potencial Humano (POPH), desenvolveu dois manuais de prevenção de riscos profissionais para o setor Metalúrgico e Metalomecânico e para o setor Têxtil e do Vestuário.

Os referidos manuais foram objeto de duas sessões públicas de apresentação no passado dia 15 de Dezembro de 2010 e contaram com uma elevada participação por parte das empresas. Destaca-se, por outro lado, a importância de que também se pode revestir a intervenção dos parceiros sindicais na promoção da cultura de prevenção, junto dos trabalhadores, na medida em que existem graves carências nesse domínio que resultam em parte da falta de formação e de informação.

Por outro lado, para além da intervenção dos parceiros sociais e do Estado, é também, naturalmente, muito relevante a intervenção das empresas e dos trabalhadores.

Às empresas, no contexto de prevenção de riscos profissionais, cabe, em primeiro, o cumprimento da lei e, completamente, a adoção, de acordo com as suas especificidades, das melhores práticas disponíveis no momento, sendo certo que a adoção de tais estratégias tem de ser objeto de consulta prévia aos colaboradores.

Por outro lado, aos trabalhadores cabe também o respeito pelas orientações resultantes das estratégias definidas.

E, é óbvio, que nestas matérias deve haver um diálogo adequado e construtivo entre as partes, que permita uma melhor prevenção e gestão dos riscos profissionais.

De facto, verifica-se que o sucesso de muitas organizações, de grande ou pequena dimensão passa, em relevante medida, por um diálogo positivo e produtivo entre os gestores e os

trabalhadores, assumindo-se, assim, o diálogo entre ambos como uma importante ferramenta de gestão.

Por outro lado, a consulta aos trabalhadores em matéria de segurança e saúde é, como todos sabemos, obrigatória por Lei.

Devemos, também, destacar a ideia de que a evolução legislativa neste domínio deve ter por base de sustentação o avanço tecnológico e da medicina e pressupostos científicos irrefutáveis.

É que neste, como em outros domínios, deve ser feita uma análise custo-benefícios de todas as propostas legislativas, na medida em que por vezes alterações legislativas por vezes aparentemente pouco relevantes têm implicações financeiras muito significativas.

Por outro lado, realço igualmente que a legislação comunitária relativa à saúde e segurança é mais exigente que a legislação vigente em algumas zonas que concorrem diretamente com a Europa, e que a legislação nacional, resultante da transposição de legislação comunitária, estabelece níveis de proteção muito superiores aos que existem em alguns países da UE, o que significa em muitos casos uma desvantagem competitiva muito acentuada para as empresas que operam em Portugal.

A manutenção do princípio da obrigatoriedade de organização de serviços internos para as empresas que exerçam atividades de risco elevado continua sem justificação e onera excessivamente as empresas.

Trata-se de um constrangimento à liberdade de opção da gestão empresarial, quanto à escolha entre a contratação externa dos serviços em causa ou a sua organização interna.

A CIP considera essa solução infundamentada uma vez que, até ao momento, não existem dados objetivos que permitam provar qualquer vantagem dos serviços internos sobre os externos, designadamente no que respeita aos resultados da ação da prevenção de riscos profissionais e consequentemente na redução da sinistralidade laboral.

Por outro lado, do ponto de vista normativo, salienta-se que a Diretiva-Quadro sobre SST, e o Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de novembro, que originalmente a transpôs para a ordem jurídica interna, não determinam a prevalência de qualquer modelo de organização de serviços, face às demais modalidades previstas.

Também o Livro Branco dos Serviços de Prevenção das Empresas, editado pelo IDICT em Abril de 1999 (pág. 58), a propósito dos serviços internos, refere que “no âmbito do serviço

*de prevenção é praticamente impossível conseguir a plenitude das capacidades necessárias ao desenvolvimento das atividades de prevenção num serviço interno, sem recurso à consultoria externa. Assim sendo, não se afigura determinante a estipulação de modelos rígidos de organização (ex: serviços internos) e, muito menos, se tais modelos são relacionados com critérios aferidos pela dimensão das empresas”.*

No mesmo sentido se inclinou, em 2000, quanto a esta questão, o Grupo Ad Hoc “Serviços Multidisciplinares”, constituído no âmbito do Comité Consultivo para a Segurança e Saúde nos Locais de Trabalho (Luxemburgo), que se absteve de estabelecer qualquer obrigatoriedade quanto ao modelo de organização de serviços de SHST.

Não há, portanto, qualquer fundamento para tal imposição.

Não é aceitável uma disposição que preveja a obrigatoriedade de organização de serviços internos exclusivamente em função do número de trabalhadores expostos ao risco, não se prevendo, igualmente, um regime de exceção dessa obrigatoriedade em razão do baixo nível de sinistralidade registado na empresa.

Neste contexto, deve ser estendida a todas as empresas, independentemente da sua dimensão e mesmo àquelas que exerçam atividades de risco elevado, a possibilidade de dispensa de serviços internos, ao abrigo do artigo 80º da LSST (Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, recentemente alterada e republicada pela Lei n.º 3/2014, de 28 de janeiro).

Em conclusão, a redução dos acidentes de trabalho e também das doenças profissionais passa em grande medida pela criação de uma cultura de prevenção, a qual exige uma intervenção e congregação de esforços por parte de todos — Estado, empregadores, sindicatos, empresas e trabalhadores, por outras palavras, exige a liderança de todos nós.

Muito obrigado pela Vossa atenção.





CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS

***O papel dos parceiros sociais na prevenção  
e promoção da segurança e saúde no trabalho<sup>1</sup>***

**Pedro Petrucci de Freitas**

Assessor Jurídico, Representante da CTP

Digníssimos representantes do Centro de Estudos Judiciários e do Escritório da Organização Internacional do Trabalho em Lisboa

Excelentíssimos Senhores e Senhoras

Antes de mais, agradeço o convite do Escritório da Organização Internacional do Trabalho em Lisboa e do Centro de Estudos Judiciários que foi dirigido à Confederação do Turismo Português para estar presente nesta acção de formação, o que muito nos honra.

Posso e devo dizer que tive a oportunidade e o privilégio de poder assistir às três primeiras prelecções da tarde de ontem que foram conduzidas pela Exma. Sra. Dra. Sandra Ribeiro, Presidente da Comissão para a Igualdade no Trabalho e Emprego, e pelas Exmas. Sras., Professora Dra. Joana Vasconcelos e Professora Dra. Teresa Coelho Moreira<sup>2</sup>, aproveitando assim para felicitar a organização desta iniciativa.

No que respeita ao tema deste painel, *“o papel dos parceiros sociais na prevenção e promoção da segurança e saúde no trabalho”*, gostaria de partilhar convosco um mero enquadramento geral.

Assim, e sem a preocupação de recorrer a uma qualificação terminológica ou conceptual rigorosa, diria, por facilidade de exposição, que o papel ou intervenção dos parceiros sociais na prevenção e promoção da segurança e saúde no trabalho (SST) se poderá verificar essencialmente, e sem prejuízo de outros, em três planos: (i) institucional, (ii) interno e (iii) normativo.

No **plano institucional**, destacaria a intervenção dos parceiros sociais em articulação com diversas instâncias ou entidades com papel relevante em matéria de SST, em especial, na relação com o Governo, através da Comissão Permanente de Concertação Social (CPCS) junto do Conselho Económico e Social<sup>3</sup>, e com diversas entidades públicas, com principal

<sup>1</sup> O presente texto serviu de apoio à nossa intervenção no seminário *“Saúde, Doença e Discriminação no local de trabalho”*, a qual teve lugar no dia 24 de Abril de 2014 no Auditório do Centro de Estudos Judiciários, tratando-se apenas de um mero enquadramento genérico sem pretensão de se efectuar uma análise mais aprofundada sobre esta temática. Não podemos deixar de manifestar igualmente o nosso agradecimento pela gentileza do convite que nos foi endereçado pela Exma. Sra. Dra. Albertina Aveiro Pereira para publicarmos este texto.

<sup>2</sup> Referimo-nos, respectivamente, e pela ordem indicada, aos seguintes temas: *“Discriminação em função do sexo no trabalho e no emprego. Casos práticos.”*, *“O Código do Trabalho — Exames médicos, privacidade e confidencialidade”* e *“Discriminação dos trabalhadores em razão da doença e deficiência — Perspetiva Europeia e Nacional”*, que foram apresentados no dia 23 de Abril de 2014.

<sup>3</sup> Nos termos do disposto no n.º1 do art. 92.º da Constituição, o Conselho Económico e Social é o órgão de consulta e concertação no domínio das políticas económica e social, participa na elaboração das propostas das grandes opções e dos planos de desenvolvimento económico e social e exerce as demais funções que lhe sejam atribuídas por lei. O enquadramento legal do Conselho Económico e Social é estabelecido pela Lei n.º 108/91, de 17 de Agosto, com as alterações introduzidas pelas Leis n.º 80/98, de 24 de Novembro, 128/99, de 20 de

destaque para a Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT). A este propósito, não é demais referir o Acordo para a SST firmado pela totalidade dos parceiros sociais e o Governo em Julho de 1991<sup>4</sup>, e que permitiu a adopção de diversas medidas ou iniciativas de carácter legislativo ou de diferente natureza com relevante impacto prático.

A intervenção, através do tradicional processo de consulta, permite que a feitura de legislação conte com os contributos dos parceiros sociais, conhecedores privilegiados das preocupações e necessidades reais dos trabalhadores e empregadores, sendo assim importantes actores na condução do processo legislativo, tal como se infere do preceituado nos arts. 470.º e 471.º do Código do Trabalho, inclusive em matéria de SST *ex vi* al. c), n.º 2, do art. 469.º do mesmo Código.

Devo abrir um parêntesis para referir que é o próprio legislador a reconhecer o papel e os contributos dos parceiros sociais, dispondo o n.º 4 do art. 6.º da LPSST<sup>5</sup> que no domínio da SST deve ser desenvolvida a cooperação entre o Estado e as organizações representativas dos trabalhadores e empregadores e, ao nível da empresa, estabelecimento ou serviço, entre o empregador e os representantes dos trabalhadores e estes. De referir também que, em conjunto com a ACT, os parceiros sociais, com assento no Conselho Consultivo para a Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho<sup>6</sup> têm, por lei, a missão de contribuir e aprovar diversas actividades, medidas e projectos, nomeadamente formativos, que influem igualmente no quotidiano das empresas com significado para a matéria em apreço, participação esta que é igualmente reconhecida no art. 8.º da LPSST.

Por último, cabe mencionar que os parceiros sociais representados na CPCS deverão ser consultados sobre a elaboração, pelos organismos dos ministérios responsáveis pelas áreas laboral e da saúde, de guias técnicos contendo orientações práticas sobre a prevenção e protecção dos agentes e factores susceptíveis de implicar riscos para o património genético do trabalhador ou dos seus descendentes (v. art. 48.º da LPSST).

Noutro plano a que, por mera facilidade de exposição, designei por **plano interno**, isto é, na relação entre as confederações patronais e sindicais e os seus associados, o papel é determinante também pelo exercício de influência ou de sensibilização que é transmitido, e bem assim pela promoção da reflexão conjunta sobre medidas a adoptar em sede de SST, a implementação de boas práticas, ou, inclusive, na formação e informação dos

---

Agosto, 12/2003, de 20 de Maio e 37/2004, de 13 de Agosto, importando também referir o Decreto-Lei n.º 90/92, de 21 de Maio, alterado pelo Decreto-Lei n.º 105/95, de 20 de Maio, pela Lei n.º 53-A/2006, de 29 de Dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 108/2012, de 18 de Maio, estando o respectivo Regulamento de Funcionamento publicado no Diário da República, II Série, n.º 162, de 13 de Julho de 1993. Na Comissão Permanente de Concertação Social participam actualmente a CGTP-IN, a UGT, a CAP, a CCP, a CIP, a CTP e o Governo, estando o respectivo Regulamento Interno publicado no Diário da República, II Série, n.º 204, de 31 de Agosto de 1993, competindo a esta Comissão, entre outros, apreciar os projectos de legislação respeitantes a matérias de âmbito sócio-laboral, designadamente de legislação do trabalho. Sobre este quadro institucional e a concertação social, *vide* Bernardo da Gama Lobo Xavier, *Manual de Direito do Trabalho*, Verbo, 2.ª ed. Revista e Atualizada, 2014, pp. 69 a 76.

<sup>4</sup> No dia 30 de Julho de 1991 foi outorgado pelos parceiros sociais com assento no então Conselho Permanente de Concertação Social e o Governo, o *Acordo de Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho*, a que se seguiu o *Acordo de Concertação Estratégica 1996/1999*, de 20 de Dezembro de 1996 (v. pp. 102 e 103), a 9 de Fevereiro de 2001, o *Acordo sobre Condições de Trabalho, Higiene e Segurança no Trabalho e Combate à Sinistralidade*, disponíveis para consulta em <www.ces.pt>.

<sup>5</sup> Referimo-nos à Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro com a última alteração introduzida pela Lei n.º 3/2014, de 8 de Janeiro.

<sup>6</sup> Cf. art. 5.º do Decreto-Regulamentar n.º 47/2012, de 31 de Julho, estando o respectivo regulamento interno disponível para consulta em <www.act.gov.pt>. Este Conselho tem natureza consultiva e compete-lhe apoiar a ACT no exercício das suas competências em matéria de segurança e saúde no trabalho.

trabalhadores, aspecto este em que cumpre realçar, a título de exemplo, os projectos de formação de trabalhadores eleitos para as estruturas representativas de trabalhadores para a SST, normalmente com a colaboração e apoio da ACT.

A formação é um domínio muito relevante em que a intervenção do Estado pode inclusivamente ter lugar, conforme decorre do disposto nos arts. 20.º, n.º 5 e 22.º, n.º 3 da LPSST, preceitos estes que determinam a possibilidade de a formação em SST poder ser assegurada por organismos públicos competentes quando os empregadores careçam dos meios e condições necessários à sua realização, o que é igualmente válido para a formação dos representantes dos trabalhadores em SST.

Efectivamente, nem todas as empresas dispõem de recursos materiais ou humanos necessários para assegurar a formação em matéria de SST, o que pela importância crítica que a mesma reveste, pode exigir a intervenção ou cooperação por parte do Estado.

No **plano normativo**, faço referência, claro está, à negociação colectiva, e ao que sobre esta matéria dispõe as Convenções da OIT n.ºs 98 e 154 e às Recomendações n.º 91 e 163 da OIT, que assim a promovem, isto, sem prejuízo naturalmente das normas de direito interno, cabendo ainda sublinhar o direito à negociação colectiva consignado no art. 6.º da Carta Social Europeia<sup>7</sup>, mas também ao direito de participação na determinação e na melhoria das condições de trabalho e do meio de trabalho na empresa e à higiene segurança no trabalho (Parte I, n.ºs 3 e 22 da Carta Social Europeia), e ao efectivo exercício do direito dos trabalhadores à segurança e à higiene no trabalho como obrigação/compromisso para as partes outorgantes em consulta com as organizações de empregadores e de trabalhadores (art. 3.º da Carta Social Europeia)<sup>8</sup>.

No que respeita em concreto à negociação colectiva, e apesar da complexidade das normas de SST e até do seu regime marcadamente imperativo, estou em crer que há algum espaço para acordar determinadas condições contratuais específicas<sup>9</sup>, como de resto, assim decorre do dever consignado na al. c), n.º 2, do art. 492.º do Código do Trabalho, embora me pareça que estas deverão subsumir-se à disciplina das relações entre fontes de regulação, caso em que, a título de exemplo, deverão ser mais favoráveis aos trabalhadores, como sucede em relação aos direitos dos representantes dos trabalhadores (*Cf.* al. n), n.º 3, do art. 3.º do Código do Trabalho), ou resultarem no mesmo sentido quando estabeleçam um âmbito mais abrangente ou superior em relação a normas de SST que fixam prescrições mínimas.

Neste domínio, podemos destacar a possibilidade de, em cada caso, se imprimir uma maior dinâmica à participação e consulta dos trabalhadores e dos seus representantes em matéria de SST, cumprindo-se mais do que aquilo que resulta como obrigatório (*vide* art. 18.º da LPSST) ou de se criarem comissões de SST de composição paritária por convenção colectiva de trabalho tal como se prevê no art. 23.º da LPSST. Noto que o diálogo e a interacção entre os trabalhadores ou as suas estruturas representativas e o empregador através dos seus quadros dirigentes potenciam o encontro de soluções que promovem boas condições de trabalho com ganhos colectivos. Efectivamente, os trabalhadores têm não apenas um direito a informação e formação, mas também um direito de participação, daí a vantagem

<sup>7</sup> *Cf.* igualmente o direito de negociação e de acção colectiva (art. 28.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, publicada no Jornal Oficial da União Europeia, C 303, de 14 de Dezembro de 2010).

<sup>8</sup> *Cf.* Resolução da Assembleia da República, n.º 64-A/200, aprovada em 21 de Setembro.

<sup>9</sup> Referindo alguns exemplos quanto ao potencial interesse de regulação da SST no âmbito material da negociação colectiva, como seja a garantia da vigilância da saúde e da periodicidade dos exames médicos de forma mais consentânea com o tipo de actividade desenvolvida, *vide* Manuel M. Roxo, *Direito da Segurança e Saúde no Trabalho, Da prescrição do seguro à definição do desempenho*, Almedina, 2011, p. 136.

de, através das estruturas representativas de trabalhadores, em especial, os representantes dos trabalhadores para a SST, ou até estruturas *ad hoc*<sup>10</sup> ou secções internas da empresa ou estabelecimento com competência própria nesta matéria, promoverem, em diálogo concertado e construtivo com os empregadores medidas e boas práticas de SST.

Neste ponto porém, admito que, em termos práticos, e embora não seja necessariamente assim, que os contratos colectivos de trabalho possam estar eventualmente mais vocacionados para estabelecer princípios ou orientações estratégicas gerais em matéria de SST, e que os acordos colectivos de trabalho e os acordos de empresa, estejam por sua vez, mais vocacionados para a regulação de aspectos mais específicos e adequados à natureza, actividade ou realidade organizacional de um concreto empregador ou conjunto de empregadores<sup>11</sup>.

Em suma, deixaria aqui este quadro genérico dos vários domínios em que a intervenção ou o papel dos parceiros sociais tem especial relevo em matéria de SST, considerando os diversos níveis em que se encontram estruturados, mas que, naturalmente, não esgota o respectivo campo de actuação.

Muito obrigado pela atenção que me dispensaram.



<sup>10</sup> Sobre este tipo de estruturas, Maria do Rosário Palma Ramalho, *Tratado de Direito do Trabalho, Parte III, Situações Laborais Colectivas*, Almedina, 2012, pp.175 a 177, e sobre a negociação colectiva atípica com reflexos em matéria de SST, Manuel M. Roxo.

<sup>11</sup> Conforme refere Manuel M. Roxo: “(...) numa matéria como a prevenção de riscos laborais, a convenção colectiva constitui um mecanismo idóneo para adaptar as condições gerais de SST às características do sector de actividade ou às específicas necessidades do âmbito empresarial de aplicação do IRCT, já que são os sujeitos negociadores da convenção colectiva quem melhor conhece as carências em matéria de prevenção de riscos no seu campo de negociação”, *op. cit.* p. 135.

*O papel dos parceiros sociais na prevenção  
e promoção da segurança e saúde no trabalho*

**Vanda Cruz**

Assessora Jurídica, Representante da CTP



CENTRO  
DE ESTUDOS  
JUDICIÁRIOS



***O papel dos parceiros sociais na prevenção e promoção  
da segurança e saúde no trabalho***

**Debate**

**Alexandre Baptista Coelho** (Moderação)  
Juiz Desembargador

**Alexandra Freire**  
**Marcelino Pena Costa**  
**Hugo Dionísio**  
**Nuno Biscaya**  
**Pedro Petrucci de Freitas**  
**Vanda Cruz**



Título: Saúde, doença e discriminação  
no local de trabalho

Ano de Publicação: 2016

ISBN: 978-989-8815-34-7

Série: Formação contínua

Edição: Centro de Estudos Judiciários

Largo do Limoeiro

1149-048 Lisboa

[cej@mail.cej.mj.pt](mailto:cej@mail.cej.mj.pt)